

Merete Ryneld Sun

# Aktiv deltager eller passiv patient?

En undersøgelse af online sundhedsoplysning på det franske  
marked og fremstillingen af den depressive patients rolle i eget  
behandlingsforløb

Speciale  
Sommer 2013  
Kandidatuddannelsen fransk og  
international virksomhedskommunikation  
Vejleder: Jeanne Strunck



## Résumé

Selon l'OMS, environ 350 millions de personnes souffrent de la dépression à l'échelle mondiale. En France comme dans le monde entier, la dépression et le traitement de celle-ci sont devenus des problèmes de santé publique importants. L'objectif de ce mémoire était ainsi d'étudier comment le rôle du patient souffrant de dépression est construit et représenté dans l'information de santé en ligne destinée à ces patients. Ensuite, il était l'intention d'étudier comment cette construction du rôle du patient reflète l'attitude de la société et de l'État français envers la dépression et ceux qui souffrent de cette maladie.

L'approche épistémologique de ce mémoire est celle du constructivisme social. L'analyse est une analyse de discours critique de trois sites Web qui appartiennent à la Ministère des Affaires sociales et de la Santé et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et aux deux groupes médicaux Lundbeck et Lilly France. L'analyse du discours critique est ici faite selon les idées de Norman Fairclough et consiste donc en trois parties : l'analyse du texte, l'analyse de la pratique discursive et l'analyse de la pratique sociale.

Pour mettre en œuvre l'analyse textuelle et découvrir la représentation du rôle du patient sur ces sites Web, j'ai tiré sur des outils théoriques trouvés dans la sémiotique, la sémantique et la rhétorique afin d'étudier la langue et l'usage des images sur ces sites. Cette analyse montre que le patient souffrant de dépression est attribué un rôle relativement passif dans son propre traitement. Tous les trois sites présentent le patient comme une personne passive qui simplement doit se soumettre aux recommandations et aux instructions données par les autorités et par les médecins. Dans les discours menés sur ces sites, on voit les patients comme incapables d'assumer la responsabilité de leur propre santé et on ne les encourage pas à prendre part aux processus décisionnels.

Quant à l'analyse de la pratique discursive, j'ai tiré sur des théories de l'analyse de genre et discuté la signification des relations entre les destinataires, les destinataires et le médium. L'analyse du genre des trois sites Web révèle qu'il existe peut-être déjà un véritable genre de l'information de santé en ligne. Les trois sites sont très homogènes en ce qui concerne le contenu, les stratégies rhétoriques et les traits textuels. Aussi bien le site public que les sites commerciaux semblent avoir la même fonction d'information et d'éducation des patients, mais tous les trois sites ont évidemment aussi d'autres

fonctions. Pour les deux entreprises, les fonctions réelles peuvent être liées au marketing ou aux relations publiques. La fonction du site public peut être d'inciter les patients souffrant de dépression à agir d'une certaine manière.

Pour effectuer l'analyse de la pratique sociale et étudier comment la représentation du rôle du patient sur les trois sites Web peut refléter l'attitude de la société et de l'État français envers la dépression et les personnes qui en souffrent, j'ai étudié ce rôle en relation avec les notions *patient empowerment* et *gouvernementalité*. Cette dernière partie de l'analyse révèle qu'aussi bien les pouvoirs publics que les entreprises privées peuvent avoir des intérêts économiques dans une approche plutôt paternaliste envers les patients. Cette approche paternaliste consiste en ce qu'on donne des conseils et des instructions très concrètes aux patients. On n'attend pas que les patients ont une opinion sur le traitement ou un désir de participer aux processus de décision. Il paraît que cette approche paternaliste signifie aussi une plus grande consommation des médicaments antidépresseurs, ce qui peuvent avoir des effets économiques désirables pour tous les destinataires de ces sites Web. Pour les entreprises qui vendent ces médicaments, l'avantage d'une plus grande consommation est évident. Quant aux autorités publiques, l'explication peut être que le traitement avec des médicaments antidépresseurs est moins cher que d'autres types de traitement.

Finalement, je trouve que le résultat de la construction d'un rôle de patient passif peut être vu comme une subjectivation en ce qu'on incite le patient à assumer cette identité de patient passif. En représentant le patient comme une personne qui n'a pas la capacité de partager d'une manière active dans son propre traitement, on lui prive de la possibilité d'essayer de prendre la responsabilité et le contrôle de sa propre santé.

# Indhold

1 Indledning	4
2 Metode	6
2.1 Den kritiske diskursanalyses plads i sundhedsforskning	6
2.2 Socialkonstruktivismen og den kritiske diskursanalyse	7
2.3 Analysesestruktur	10
3 Empiri	13
3.1 Info-depression.fr	14
3.2 Lundbecks hjemmeside om depression	15
3.3 Lilly Frances hjemmeside	15
3.4 Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015	16
4 Teori	18
4.1 Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse	18
4.1.1 Ideologi og hegemoni	19
4.1.2 Den kommunikative begivenhed	20
4.1.2.1 Teksten	20
4.1.2.2 Den diskursive praksis	21
4.1.2.3 Den sociale praksis	21
4.2 Framing	21
4.3 Semiotik	24
4.3.1 Denotation og konnotation	26

4.3.2 Mytologier	27
4.4 Tekstanalyse	29
4.4.1 Aristoteles tre appelformer	29
4.4.2 Semantiske roller	31
4.5 Genre og medie	31
4.5.1 Trykt sundhedsinformation	32
4.5.2 Hjemmesider	34
5 Analyse	38
5.1 Tekstens dimension	38
5.1.1 Semantik, retorik og semiotik	38
5.1.1.1 Semantiske roller	38
5.1.1.2 Appelformer	42
5.1.1.3 Billeder – denotation og konnotation	45
5.1.2 Framing	49
5.1.3 Myter og diskurser	53
5.2 Den diskursive praksis	56
5.2.1 Afsender og modtager	56
5.2.2 Genre og medie	59
5.2.3 Funktioner	63
5.3 Den sociale praksis	67
5.3.1 Governmentality og den neoliberal stat	67
5.3.2 Empowerment og psykiske lidelser	72

5.3.3 Sundhedsoplysning	78
6 Konklusion	84
7 Litteraturliste	87

# 1 Indledning

Med 350 millioner mennesker på verdensplan, der lider af en depression<sup>1</sup>, er der ifølge WHO tale om en global krise. Frankrig er i flere europæiske studier blevet udråbt som den største forbruger af antidepressiva op gennem 1990'erne og 2000'erne, og selvom forbruget af antidepressiva er faldet en smule i løbet af de seneste år, menes der stadig at være mere end 3 millioner franskmænd, der lider af en depression<sup>2</sup>.

Mange patienter går i dag online for at finde informationer om og vejledning i deres sygdomsforløb, og derfor er langt de fleste medicinalvirksomheder, såvel som de offentlige sundhedsmyndigheder, i dag repræsenteret online. For mange patienter er den online sundhedsoplysning den primære kilde til viden om sygdommen, ligesom den online sundhedsoplysning for en del patienter også er første skridt på vejen til at søge behandling.

Under udarbejdelsen af dette speciale viste det sig hurtigt, at der ikke er mange medicinalvirksomheder på det franske marked, som *ikke*, i tillæg til andre produkter, også sælger antidepressiva<sup>3</sup>. Paradoksalt nok viste der sig dog også hurtigt at være overraskende få medicinalvirksomheder, som åbent kommunikerer om depression og antidepressiva på deres hjemmesider. Dette kan undre, især når langt de fleste medicinalvirksomheder på deres franske hjemmesider hellere end gerne informerer om en lang række andre terapeutiske områder, som for eksempel diabetes, hovedpine og fordøjelsesproblemer.

Det franske sundhedsministerium (for tiden Ministère des Affaires Sociales et de la Santé) ligger til gengæld inde med en del online materiale til patienter med depression. I en tid hvor begrebet *patient empowerment* i stigende grad vinder indpas i sundhedssektorer verden over, herunder også i Frankrig (se eksempelvis Deccache og van Ballekom 2010; Batifoulier, Domin og Gadreau 2011), kan det være relevant at se på,

---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/index.html>.

<sup>2</sup> <http://www.info-depression.fr/spip.php?rubrique19>  
[http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/07/03/consommation-de-medicaments-les-francais-ne-ont-plus-exception\\_l1728580\\_l651302.html](http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/07/03/consommation-de-medicaments-les-francais-ne-ont-plus-exception_l1728580_l651302.html).

<sup>3</sup> Se evt. <http://www.doctissimo.fr/classe-PL-ANTIDEPRESSEURS.htm> for en omfattende liste over antidepressive medikamenter, producenter og distributører på det franske marked.

hvordan patientens eget ansvar for sygdommen fremstilles, og om der lægges op til, at patienten skal påtage sig bestemte roller i sin egen behandling. Jeg vil i den sammenhæng se på, hvilken adfærd, patienten opfordres til at påtage sig, både i materialer fra det offentlige og det private, og især hvilket ansvar og hvilke muligheder for kontrol i eget forløb, patienten tillægges. Hvilke budskaber ønsker henholdsvis medicinalvirksomheder, som lever af at sælge antidepressiva, og de offentlige sundhedsmyndigheder, som bærer en stor del af udgifterne til behandlingen af syge borgere, at sende?

Baseret på den ovenfor skitserede problemstilling lyder problemformuleringen for dette projekt således:

*Jeg vil undersøge, hvordan patientens rolle og egne muligheder for at indvirke på eget sygdoms- og behandlingsforløb fremstilles i informationsmaterialer udarbejdet af henholdsvis offentlige institutioner og medicinalvirksomheder og henvendt til franske patienter, der lider af depression. Endvidere vil jeg se på, hvad disse fremstillinger viser om det franske samfunds og den franske stats syn på håndtering og behandling af depression.*

## 2 Metode

Da mit formål med dette speciale er at se på, hvordan den depressive patients eget ansvar og egne muligheder for at indvirke på sin sygdom fremstilles i forskellige former for informationsmateriale, er øvelsen at analysere, hvordan patientens rolle fremstilles og konstrueres i tekster, hvordan disse konstruktioner indvirker på det samfund, de optræder i, og hvordan de i sig selv er resultater af netop dette samfund. Jeg tillægger mig derfor en socialkonstruktivistisk tilgang til analysen, som nærmere bestemt vil blive udført som en kritisk diskursanalyse. I det følgende vil jeg først meget kort skitsere, hvordan den kritiske diskursanalyse kan bidrage til sundhedsforskning generelt, og derefter komme ind på den videnskabsteoretiske metode for dette speciale. Jeg vil slutte af med en oversigt over strukturen i specialet.

### 2.1 Den kritiske diskursanalyses plads i sundhedsforskning

Da dette speciale lægger sig indenfor sundhedsforskning i et diskursanalytisk perspektiv, kan det være på sin plads at ridse op, hvorfor denne gren af sundhedsforskning har en relevans. Sundhedsforskning spænder som begreb vidt henover de naturvidenskabelige, de samfundsvidenskabelige og, i mindre grad, de humanistiske felter, og der kan heller ikke siges at være en egentlig akademisk enighed om definitionen af begrebet. Jeg vil ikke her kaste mig ud i at definere begrebet, blot anvende det i bredeste forstand, som forskning i alt, der berører menneskelig sundhed og sygdom, og påpege, hvordan den kritiske diskursanalyse kan bidrage hertil.

*“Lægevidenskaben har ikke afspejlet, at sygdom og behandling er livsbegivenheder, som i høj grad også berører personlighedslivet. Lægevidenskaben har haft meget sparsom kontakt med de humanistiske videnskaber [...] i det akademiske forskningsmiljø har de menneskelige sygdomsaspekter ikke været anset for at være lige så relevante emner som de biologiske”* (Lunde og Ramhøj 1995, 17).

Når man på denne måde ser sygdom og behandling som livsbegivenheder, så må man også indse, at sundhedsforskning bør være mere end blot det biomedicinske og det kliniske. De effekter, som sygdom og behandling har på os, rækker ud over, hvad der kan undersøges i naturvidenskabelig sammenhæng. Vi må også tage fat på, hvordan disse

livsbegivenheder påvirker os som mennesker, hvordan de påvirker os som samfund, og hvordan vi kan forholde os til sundhed og sygdom på måder, som ikke bare kan have en indflydelse på vores sundhedstilstand eller påvirke vores behandlingsforløb, men som også kan give os en øget livskvalitet. Disse spørgsmål fører naturligvis også til diskussioner af mere ideologisk karakter, hvad vi opfatter som livskvalitet, hvad vi mener er fordelagtigt for os som samfund, og hvad *sundhed* i det hele taget er – hvilket igen er noget, den kritiske diskursanalyse kan hjælpe os med at afdække, hvordan vi forholder os til.

Som Lunde og Ramhøj også skriver (Lunde og Ramhøj 1995, 20):

*“Vi har en betydelig viden om, hvordan sygdomsprocesser udfolder sig i den biologiske organisme [...] Vi har en meget beskeden viden om, hvordan mennesker forholder sig til og reflekterer over sygdomsprocesser.”*

Det er her de forskellige humanistiske og samfundsvidenskabelige retninger, heriblandt den kritiske diskursanalyse, kan bidrage.

Den kritiske diskursanalyse kan ikke alene hjælpe med at afdække, hvordan vi forholder os til sygdom og sundhed eller til det at være patient, den kan også afdække, hvordan vi konstruerer vores måde at håndtere sygdom, sundhed og patientroller på. Denne afdækning af konstruktioner åbner op for, at vi kan reflektere over, om vi kunne forholde os anderledes til sundhedsspørgsmål og i sidste ende, om vi kunne skabe sociale praksisser, som virker sundhedsfremmende eller som øger vores livskvalitet. Et relevant spørgsmål kunne for eksempel være, om vi fremstiller patientroller på måder, der lægger op til, at patienten selv deltager som en styrende del af sit behandlingsforløb, eller om patienten fremstilles som et passivt objekt, der skal håndteres af sundhedssystemet, og hvordan disse forskellige syn på patienten hænger sammen med herskende ideologier i samfundet. Ved at afdække et sådant spørgsmål åbner man også op for muligheden for at ændre den sociale praksis på en måde, som i sidste ende kunne være en forbedring for både patient og samfund.

## 2.2 Socialkonstruktivismen og den kritiske diskursanalyse

Indenfor socialkonstruktivismen undersøges det, hvordan vi konstruerer vores virkelighed i en konstant forhandling med hinanden. Virkeligheden konstrueres til dels af

sociale processer, hvor vi indbyrdes forhandler hvad, der er sandt og rigtigt, og man ser derfor ikke virkeligheden som en objektiv størrelse men som sociale konstruktioner. En af disse sociale processer er netop sproget. Grundtanken er, at det vi siger ikke blot er beskrivelser af, hvordan vi opfatter virkeligheden, men også bliver en del af selve konstruktionen af vores virkelighed, og derfor er det heller aldrig ligegyldigt, hvordan vi taler, skriver eller på andre måder udtrykker os. Finn Collin udtrykker det således:

*"Et socialkonstruktivistisk standpunkt mht. et givent fænomen hævder, minimalt, at det pågældende fænomen, som normalt betragtes som "naturligt" og uafhængigt eksisterende, i virkeligheden er menneskeskabt og bærer aftryk af sin menneskelige oprindelse: Det er formet og præget af menneskelige interesser" (Collin og Køppe 2003, 248).*

Der kan skelnes mellem to former for konstruktivisme: den erkendelsesteoretiske konstruktivisme og den ontologiske (Collin og Køppe 2003, 250-252). Noget simpelt skitseret, bygger den erkendelsesteoretiske konstruktivisme på den ide, at *viden og videnskab* er samfundsmæssigt konstruerede, mens den ontologiske konstruktivisme mener, at dele af *virkeligheden* er konstrueret. En retning af den ontologiske socialkonstruktivisme bygger dog nærmere på en sammensmelting af det erkendelsesteoretiske og det ontologiske, hvor viden om virkeligheden er med til at skabe denne virkelighed. Det, vi ved om et bestemt fænomen, er altså med til at skabe selve dette fænomen, og ændres vores viden om eller opfattelse af dette fænomen, vil fænomenet i sig selv også ændres. Eller som Collin beskriver det:

*"Dette betyder mere præcist, at virkeligheden skabes af visse kognitive praksisser, der efter i sig selv er formet af samfundsmæssige processer. Ofte fremhæves den rolle, som sproget spiller i konstruktionen af virkeligheden; det tjener til at strukturere og konstituere virkeligheden, idet dets semantiske struktur lægges ned over en amorf virkelighed, der først får fast form i kraft af denne semiotiske proces" (Collin og Køppe 2003, 252).*

Dette kan også siges at være grundtankerne bag den kritiske diskursanalyse, hvor formålet er at finde sammenhængen mellem tekster og samfund, altså mellem det, der

bliver sagt, og den virkelighed, det bliver sagt i, og så forholde sig kritisk til denne sammenhæng. Igen, det, der bliver sagt i et givent samfund, er ikke bare tilfældige beskrivelser af virkeligheden, men spiller også en rolle i forhold til de sociale praksisser, som finder sted i dette samfund. På denne måde kan diskurser ses som sociale konstruktioner, altså forhandlede opfattelser af virkeligheden. Ligesom teksten giver et billede af det samfund, den opträder i, påvirker den også dette samfund. Disse opfattelser af virkeligheden forhandles konstant, og man kan derfor tale om en konstant social forandring, hvor samfundet hele tiden skabes og genskabes via sociale praksisser (Fairclough 2008).

Patientansvar og patientroller, som de fremstilles i den valgte empiri, er på en og samme tid en *beskrivelse* af patientansvar og patientroller, som de opfattes i det franske samfund af forskellige aktører, og en del af *konstruktionen* af patientansvar og patientroller i dette samfund. I dette speciale vil jeg derfor lægge mig opad den kritiske diskursanalyse, som den er beskrevet af Norman Fairclough<sup>4</sup>. I forlængelse af at se sproget som sociale processer, hvor virkeligheden forhandles, så må man også se diskurser som et udtryk for magt. I enhver social praksis ligger der et magtforhold, som kommer til udtryk gennem de dominerende diskurser. De diskurser, der dominerer i samfundet er ikke nødvendigvis mere rigtige eller sande end modstridende diskurser, de er blot de diskurser, som er blevet naturaliserede. Diskurser kan enten tage del i forandringsprocesser, der udfordrer eksisterende og naturaliserede diskurser, eller de kan opretholde og reproducere disse.

Det er vigtigt at nævne, at både den kristiske diskursanalyse og analyser indenfor socialkonstruktivismen i bredere forstand er fortolkende, ligesom sammensætningen af de teoretiske redskaber er et udtryk for min vurdering af, hvilke aspekter, der er relevante i forhold til empiri og problemstilling. Resultaterne af analysen i dette speciale vil dermed også være afhængige af de fortolkninger jeg gør, og kan dermed aldrig være absolutte. Resultaterne kan ikke anses for statiske eller generelle, men de kan give et indblik i, hvordan patientens rolle fremstilles i netop den empiri, som ligger til grund for denne analyse, og danne basis for en diskussion af patientens egen rolle i sit sygdomsforløb, som den fremstilles af medicinalvirksomheder og sundhedsministeriet i Frankrig. Denne fremstilling må så ses som en del af en større samfundsmæssig

---

<sup>4</sup> Se afsnit 4.I.

sammenhæng, der for eksempel også ville inkludere massemedier, og som ikke udforskes i dette speciale.

## 2.3 Analysestruktur

Udgangspunktet for den kritiske diskursanalyse er empirien, som undersøges udfra kvalitative principper. Dette betyder, at det empiriske materiale i dette speciale, vil være styrende for, hvordan analysen realiseres, og de aspekter, der analyseres og diskuteres, er de aspekter, som er fremtrædende eller bemærkelsesværdige i empirien.

Faircloughs teorier omfatter tre dimensioner af forholdet mellem tekst og samfund: selve teksten, den diskursive praksis og den sociale praksis. Disse tre dimensioner er overordnede og kræver hver især mere specifikke teoretiske redskaber. Tilsammen kan de tre dimensioner påpege, hvilke diskurser, der føres i den valgte empiri, om der er tale om sammenfaldende diskurser, og heraf kan så udspringe en diskussion om disse diskursers betydning for det samfund, som de føres i. De tre dimensioner kan ikke anses for at være skarpt adskilte, da de er internt afhængige af hinanden, men for overskuelighedens skyld, har jeg valgt at inddele analysen i tre dele.

Til analysen af tekstdimensionen vil jeg anvende teorier indenfor framing, semiotik, retorik og semantik. Med teorier om framing<sup>5</sup> ønsker jeg at undersøge, hvordan patienters rolle i forhold til sygdomsforløbet konstrueres i empirien. Her vil det være relevant at se på, hvilke rammer patienten og sygdommen sættes i, og hvilke rammer de *ikke* sættes i.

Semiotikken<sup>6</sup> er som bekendt et stort område, og jeg har derfor valgt at fokusere specifikt på nogle af Roland Barthes teorier, som især undersøger forholdet mellem tekst og billede. Jeg vil arbejde med begreberne konnotation og denotation og endvidere anvende hans teorier om mytologier, som giver en sammenhæng mellem tekstens tegn og det samfund, den befinder sig i.

Formålet med analysen af tekstdimensionen er at identificere de diskurser, rammer og myter, som føres i empirien. Med andre ord handler det altså om at afdække, hvilke virkelighedsopfattelser, der kommer til udtryk i empirien. Fælles for diskurser,

---

<sup>5</sup> Se afsnit 4.2.

<sup>6</sup> Se afsnit 4.3.

rammer og myter er spørgsmålet om ideologi og magt, som i sidste ende også handler om, hvilke virkelighedsopfattelser, der er de herskende i et givent samfund.

Til næranalysen af diskurser, rammer og myter, vil jeg desuden gøre brug af Aristoteles teori om appelformer<sup>7</sup> samt semantisk teori om rollefordeling af nominalsyntaxmer i sætninger<sup>8</sup>. Disse teorier er valgt på baggrund af empirien, og skal for det første afsløre, hvilke aktører, der fremstilles som handlende og ansvarligjorte i forhold til behandlingen af depressive patienter, og for det andet afdække, hvordan afsender henvender sig til modtager i form af retoriske strategier. Når jeg har valgt at lægge fokus på disse begrænsede områder, så er det, fordi netop rollefordelingen mellem nominalsyntaxmer og brugen af appelformer i den valgte empiri, afslører nogle interessante træk i forhold specialets problemformulering.

Den diskursive praksis indbefatter de forhold, som teksten er produceret, distribueret og konsumeret i. Her vil analysen dreje sig om forholdet mellem afsender og modtager, genre og medie. Da online sundhedsinformation til patienter ikke er indgående defineret og beskrevet som en selvstændig genre endnu, vil jeg i stedet trække på teoretisk materiale om henholdsvis hjemmesider og trykt sundhedsinformation, som det ses i fx projekter og brochurer. Resultaterne af denne del af analysen skal afdække forholdet mellem afsender, modtager, genre, medie og de diskurser, rammer og myter, som blev identificeret i den første del af analysen. Den diskursive praksis kan siges at være broen mellem selve teksten og den sociale praksis, altså der, hvor teksten indlejres i nogle diskursive praksisser, som kan afsløre, hvad dens funktioner er i en større samfundsmæssig sammenhæng.

Den sidste del af analysen vil fokusere på de sociale praksisser. De sociale praksisser er der, hvor diskurserne afspejler og forandrer samfundet. Forandring skal her ses i bred forstand, da diskurser også kan forstærke de sociale praksisser, der allerede er til stede. Diskussionen vil her gå på, hvordan de diskurser, der føres, afspejler patientansvar og patientens egen rolle i forhold til sin sygdom og sin behandling. I en bredere forstand vil det også handle om, hvordan det franske samfund, især det officielle Frankrig i skikkelse af sundhedsministeriet og erhvervslivet i skikkelse af de to medicinalvirksomheder, ser på spændingsfeltet mellem sygdom, behandling, borgere og ansvar. Jeg vil i denne del af

<sup>7</sup> Se afsnit 4.4.1

<sup>8</sup> Se afsnit 4.4.2

analysen også inddrage de to begreber *patient empowerment* og *governmentality* og se på, hvordan de første diskurser passer ind i forhold til disse. Det teoretiske materiale vil bestå af artikler om disse to begreber. Jeg vil her også medtage en plan for den franske psykiatri 2011-2015 og se på, om de tilgange og visioner, der kommer til udtryk her, stemmer overens med de afdækkede diskurser i den primære empiri, eller om der er en uoverensstemmelse mellem de holdninger til psykiatriske patienter, som man fra offentlig side tillægger sig, og de diskurser, der rent faktisk føres af henholdsvis offentlige og private aktører på området.

### 3 Empiri

Det empiriske materiale, som ligger til grund for dette speciale, er online informationsmateriale henvendt til patienter med depression. Materialet er fundet på tre hjemmesider, hvoraf de to ejes af medicinalvirksomhederne Lundbeck og Lilly France og den sidste af det franske sundhedsministerium og Inpes (l'Institut national de prévention et d'education pour la santé). I min tekstanalyse vil jeg se på tekster fra disse tre hjemmesider, som kan betegnes som primær empi, mens jeg i analysen af den sociale praksis også vil perspektivere til en sekundær empi, sundhedsministeriets plan for psykiatrien 2011-2015.

Der er tale om tre forholdsvis omfattende hjemmesider, og af praktiske hensyn har jeg derfor været nødt til at udvælge de tekster, som er mest relevante i forhold til min problemformulering. Det betyder, at jeg har været nødt til at se bort fra tekster, som også kunne have været relevante, men jeg har valgt at fokusere på de tekster, hvor der fokuseres på patientens eget ansvar og egne muligheder for at påvirke sygdommen, og hvor jeg mener, der er tekstuelle træk, som er særligt interessante i forhold til at svare på min problemformulering. Derudover har jeg også valgt at inkludere nogle tekster, der handler om antidepressive midler og om, hvordan patienten bør forholde sig til disse, da jeg også mener, det kan være interessant at se på, om der føres de samme diskurser på dette område af henholdsvis sundhedsministeriet og de to medicinalvirksomheder, som blandt andet lever af at sælge antidepressiva.

Det empiriske materiale er vedlagt som bilag i form af skærmudskrifter for læsevenlighedens skyld. Jeg vil dog gerne understrege, at online tekster er uløseligt bundet sammen med deres medie, hjemmesider, og at de derfor bør ses i deres originale form på de hjemmesider, de optræder på. Hvor skærmudskrifterne kan være praktiske i forhold til læsevenligheden af specialet, så kan de ikke til fulde gengive teksterne oprindelige form. Sundhedsministeriets sider vedlægges som bilag 1A-1G, Lundbecks som 2A-2D og Eli Lillys som 3A-3C. *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015* vedlægges som bilag 4.

Hjemmesider er en ikke-lineær, eller i hvert fald kun delvist lineær, form for tekst. Derfor er det måske på sin plads at definere begreberne, som jeg vil bruge dem i dette speciale. Generelt er teksterne, som jeg vil beskæftige mig med, indordnet hierarkisk i undersider

på de tre overordnede hjemmesider. Med *sektion* refererer jeg til de overordnede menupunkter, mens *underside* henviser til de underordnede menupunkter. Dermed kan en underside også i sig selv have undersider, altså et underordnet niveau. For overskuelighedens skyld kan man, på alle tre hjemmesider, kigge på menuerne i venstre side, hvor man kan se, hvor i hierarkiet man befinder sig.

### 3.1 Info-depression.fr

Det franske sundhedsministerium (la Ministère des Affaires sociales et de la Santé) har i samarbejde med Inpes udarbejdet siden Info-depression.fr<sup>9</sup> med undertitlen “*En savoir plus pour en sortir*”. Siden drives af Inpes<sup>10</sup> og er lanceret i forbindelse med kampagnen “*Dépression : En savoir plus pour en sortir*” i 2007<sup>11</sup>, hvis formål var at informere den brede offentlighed om depression og at fremme dialogen mellem depressive, deres pårørende og sundhedspersonalet.

Teksterne på hjemmesiden findes også i form af en omfattende brochure med titlen “*Dépression : En savoir plus pour en sortir*”<sup>12</sup>. Tekster og billeder i henholdsvis brochuren og på hjemmesiden er identiske med den forskel, at der på hjemmesiden er bortredigeret enkelte sætninger. Når jeg har valgt at fokusere på hjemmesiden fremfor brochuren, så er det fordi teksterne på hjemmesiden i genre og medie svarer til teksterne på medicinalvirksomhedernes hjemmesider og sammenligningen dermed bliver mere reel.

På Info-depression.fr finder man information om depression henvendt til depressive og pårørende. Siden omfatter flere sektioner, men jeg har valgt at fokusere på to sektioner: *Ce qu'on peut faire par soi-même* (bilag ID), som er direkte henvendt til den depressive selv og indeholder vejledning og råd til, hvad patienten selv kan gøre, og undersiden *Les médicaments anti-dépresseurs* (IA) under det overordnede menupunkt *Les solutions thérapeutiques*, hvor der gives vejledning i brugen af antidepressiva. Under *Ce qu'on peut faire par soi-même* vil jeg kigge på undersiderne *Exprimer sa souffrance et accepter d'être aidé* (IE), *Repérer les signes précurseurs de la dépression* (IF) og *Engager des actions de soin complémentaires* (IG). Under *Les médicaments anti-*

<sup>9</sup> <http://www.info-depression.fr/>.

<sup>10</sup> <http://www.info-depression.fr/?page=mentions>.

<sup>11</sup> <http://www.sante.gouv.fr/plan-psychiatrie-sante-mentale-2005-2008-et-lancement-de-la-campagne-d-information-depression-en-savoir-plus-pour-en-sortir.html>.

<sup>12</sup> [http://www.info-depression.fr/dist/\\_doc/DEPRESSION\\_LIVRET.pdf](http://www.info-depression.fr/dist/_doc/DEPRESSION_LIVRET.pdf).

dépresseurs vil jeg se på begge undersider, *Comment agissent-ils ?* (IB) og *Comment en faire bon usage ?* (IC).

Teksterne på siden er informative, skrevet i et forholdsvis letlæseligt fransk og ledsaget af tegnede illustrationer. På mange af undersiderne er der også mindre beretninger, hvor patienter fortæller kort om deres erfaring i relation til den pågældende undersides emne.

### 3.2 Lundbecks hjemmeside om depression

Med hjemmesiden Depression-infos.fr<sup>13</sup> stiller medicinalvirksomheden Lundbeck information om depression til rådighed for folk, der lider af en depression, og deres pårørende. Lundbeck specialiserer sig blandt andet i behandling af depression og har flere antidepressive midler på det franske marked<sup>14</sup>. Udeover hjemmesiden om depression ejer virksomheden også franske sider om alzheimers sygdom og parkinsons sygdom<sup>15</sup>.

Jeg har valgt at fokusere på den del af hjemmesiden, som ligger i sektionen *Vivre avec*. Denne del af siden er specifikt rettet mod patienter med depression, og giver vejledning i, hvordan patienten kan forholde sig til sin sygdom. Jeg vil, i min tekstanalyse, behandle undersiderne *Quelles sont les étapes qui mènent à la guérison ?* (2A), *Que faire si je pense souffrir d'une dépression ?* (2B), *Si je vais voir un psychiatre, va-t-il forcément me prescrire des médicaments ?* (2C) og *Ai-je vraiment besoin d'un antidépresseur ?* (2D).

Teksterne er letlæselige og ledsaget af fotografier. Der er desuden korte videoer forud for hver tekst. Jeg har af praktiske hensyn været nødt til ikke at analysere videoerne i dette speciale, og holder mig i stedet til tekster og billeder.

### 3.3 Lilly Frances hjemmeside

I modsætning til de to foregående dele af empirien lægger Lilly Frances informationsmateriale om depression<sup>16</sup> ikke på en selvstændig hjemmeside. Lilly France ejer hjemmesider om diabetes og erekitionsproblemer<sup>17</sup>, men materialet om depression

<sup>13</sup> <http://www.depression-infos.fr/>.

<sup>14</sup> Under navnene Seropram og Citalopram Biogaran.

<sup>15</sup> <http://www.alzheimer-infos.eu/> og <http://www.parkinson-infos.fr/>.

<sup>16</sup> <https://www.lilly.fr/patho/neuropsy/depression.cfm>.

<sup>17</sup> <http://www.lilly-diabete.fr/> og <http://www.vivresoncouple.com/>.

ligger altså ikke på en til formålet oprettet side men findes under sektionen *Votre santé*, undersiderne *Neurosciences* og *Dépression* på virksomhedens franske hjemmeside. Lilly France er en del af Eli Lilly International og har flere forskellige antidepressiva på det franske marked<sup>18</sup>.

Teksterne, som jeg har valgt at bruge i min analyse, er også lidt anderledes i forhold til de to andre dele af empirien. På undersiden *Dépression* finder man informationsmateriale om depression henvendt til depressive og pårørende. I højre side finder man desuden information sat op på udskriftsvenlige sider i pdf-format, og det er denne del af informationen jeg vil bruge. Teksten på undersiden og teksten på pdf-filerne er ikke identiske, men indeholder dog i store træk de samme informationer. Informationerne er givet i form af forklaring af forskellige aspekter ved depression og vejledning til, hvordan henholdsvis patienter og pårørende bør forholde sig til sygdommen. Jeg har valgt at holde mig til teksterne i pdf-format, fordi de er mere læsevenlige og er ledsaget af fotografier, og jeg mener derfor, at de er mere direkte henvendt til den almindelige borger og også mere sammenlignelige med teksterne på de andre sider, jeg analyserer. Jeg inkluderer pdf-filerne under overskrifterne *Les conseils d'hygiène de vie* (3A), *Les effets du traitement antidépresseur* (3B) og *Suis-je guéri de ma dépression ?* (3C). Disse tekster handler om, hvad patienten selv kan gøre for at understøtte behandlingen af sin sygdom og om, hvordan antidepressiva spiller en rolle i behandlingen.

### 3.4 Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015

I april 2012 blev det franske sundhedsministeriums plan for psykiatrien 2011 til 2015 offentliggjort<sup>19</sup>. Planen er udgivet som en rapport, der behandler flere områder af psykiatrien og mental sundhed i det franske samfund. I planen skitseres det i store træk, hvor man vil hen med psykiatrien og den mentale sundhed, og spørgsmål omkring patientens rolle i behandlingsforløb behandles også indirekte. I forhold til nærliggende speciale er det interessante her at se på, om der kommer bestemte holdninger til empowerment og governmentality til udtryk.

Jeg vil ikke inddrage *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015* i min tekstanalyse, men i stedet bruge den til at perspektivere de diskurser, som jeg finder i

<sup>18</sup> Under navnene Prozac og Cymbalta.

<sup>19</sup> <http://www.sante.gouv.fr/presentation-du-plan-sante-mentale-2011-2015.html>.

den øvrige empiri. Planen kan ses som et udtryk for sundhedsministeriets officielle holdning til psykiatrien og dermed også patienternes plads i psykiatrien, og derfor kan den være interessant at sammenholde med de diskurser, der findes i det konkrete materiale til patienter med depression fra henholdsvis sundhedsministeriet selv og kommercielle foretagender. Jeg vil undersøge om de diskurser, der findes i det konkrete materiale også har rod i de officielle holdninger på området og de visioner, som sundhedsministeriet har for psykiatrien.

Da planen er offentliggjort på sundhedsministeriets egen hjemmeside og udformet i et forholdsvis letlæseligt fransk, vil jeg tillade mig at gå ud fra, at den er henvendt til den brede offentlighed, måske især de parter, der måtte have en særlig interesse i psykiatrien, som for eksempel patienter, pårørende og sundhedsfagligt personale.

## 4 Teori

Jeg vil i det følgende afsnit gennemgå de teoretiske redskaber og begreber, som ligger til grund for min analyse. Da besvarelsen af min problemformulering nødvendiggør en afdækning af sammenhængen mellem sprog og samfund, vil Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse danne den teoretiske ramme om analysen, mens øvrige teorier indenfor framing, semiotik, retorik, semantik og genre vil blive brugt til at realisere de tre analysedele: teksten, den diskursive praksis og den sociale praksis (som beskrevet af Fairclough).

### 4.1 Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse

Med sin kritiske diskursanalyse af kommunikative begivenheder præsenterer Norman Fairclough en ramme for analysen af, hvordan sproget påvirker samfundet (Fairclough 2008):

*“Sprogbrug – enhver tekst – konstituerer altid simultant 1) sociale identiteter, 2) sociale relationer og 3) videns- og betydningssystemer (svarende til henholdsvis identiteter, relationer og repræsentationer). Det vil sige, enhver tekst kommer med sit eget lille bidrag til at forme disse aspekter af samfund og kultur”* (Fairclough 2008, l2l).

En diskurs kan forklares som den måde, hvorpå vi kommunikerer om ting. En diskurs er så at sige en bestemt måde at tale om et bestemt fænomen på, og et udtryk for en social praksis, altså hvordan vi forholder os til et givent fænomen. Men diskurser afspejler ikke kun de sociale praksisser, der finder sted i samfundet, de er også med til at oprettholde, forhandle og forandre disse sociale praksisser. Diskurs og samfund er på den måde to begreber, som ikke kan skilles ad men hele tiden indvirker på hinanden.

En diskursorden er den samling af diskurser, som anvendes i bestemte sammenhænge. En diskursorden kan for eksempel være samlingen af diskurser, som bruges af offentlige institutioner i sundhedssektoren. Indenfor en sådan diskursorden vil man, i forskellige kommunikative begivenheder, finde diskurser, som falder sammen, ligesom man måske også vil finde diskurser, som ikke passer ind i diskursordnen. Forskellige diskursordner vil ofte også stå i modsætning til hinanden, for eksempel en offentlig diskursorden overfor en privat.

#### 4.1.1 Ideologi og hegemoni

Diskurser handler i høj grad om magt, forstået på den måde, at diskurser udtrykker ideologier, som gennem hegemoniske kampe kan normaliseres og vedtages som dominerende.

Fairclough låner sin definition af ideologi af J.B. Thompson og forstår ideologier som:

*“betydninger/konstruktioner af virkeligheden (den fysiske verden, sociale relationer, sociale identiteter), der er bygget ind i forskellige dimensioner af diskursive praksissers form/mening, og som bidrager til produktion, reproduktion og transformation af dominansrelationer”* (Fairclough 2008, 46).

Han går derefter videre og siger, at ideologier er mest effektive, når de normaliseres og vedtages at være “common sense”, men at transformationsbegrebet netop betyder, at der foregår en konstant ideologisk kamp imellem diskursive praksisser, hvor der kan brydes med normaliserede ideologier. Det er værd at nævne, at folk ikke nødvendigvis selv er bevidste om de ideologier, de selv udtrykker i deres diskursive praksisser, og at formålet med en given diskursiv praksis derfor ikke nødvendigvis er at støtte en bestemt ideologi.

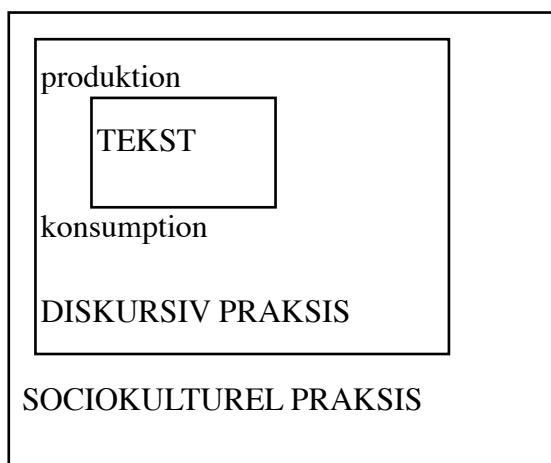
Hegemoni handler ifølge Fairclough om at:

*“skabe alliance og integrere, mere end bare dominere, underordnede klasser, gennem indrømmelser eller gennem ideologiske midler, for at vinde deres samtykke. Hegemoni er genstand for konstant økonomisk, politisk eller ideologisk kamp mellem klasser og blokke om at konstruere, opretholde eller destabilisere alliance og dominansrelationer”* (Fairclough 2008, 52).

Jeg vil ikke gå mere ind i Faircloughs teorier om hegemonier og ideologier, men hegemoni og ideologi handler altså i denne sammenhæng om magt og om, hvordan magtrelationer forhandles gennem sproget. Man kan ikke tale om, at dominerende eller naturaliserede ideologier og diskurser er mere “sande” eller “rigtige” end andre, de er så at sige bare dem, som nogen har haft succes med at overbevise andre om.

#### 4.1.2 Den kommunikative begivenhed

Noget forenklet ulagt, kan den kommunikative begivenhed forklares som summen af teksten, den diskursive praksis og den sociale praksis, som illustreres i figur 1. Den kommunikative begivenhed er altså der, hvor diskurser optræder, ligesom den er en del af en bestemt diskursorden. Den kommunikative begivenhed kan sideløbende beskrives som selve teksten, hvor diskurserne kommer til udtryk; som den diskursive praksis, hvor blandt andet genren henviser til diskursordenen; og som den sociale praksis, hvor diskurserne og deres plads i en given diskursorden indgår (Fairclough 2008, l23-l24). De tre dimensioner af den kommunikative begivenhed er ikke skarpt adskilte, men tværtimod stærkt afhængige af hinanden, som det også vil fremgå af det følgende. For analysens overskueligheds skyld vælger jeg dog alligevel at adskille dem.



Figur 1 (Fairclough 2008, l27).

##### 4.1.2.1 Teksten

Med *tekst* mener Fairclough enhver form for sprogligt udtryk, både verbalt og skriftligt, og den analyserede tekst kan lige såvel være en avisartikel som et nyhedsindslag. Derfor kan teksten uddover det sproglige indhold også have et visuelt indhold i form af billeder eller video (Fairclough 2008, l24). I tekstanalysen undersøges det sproglige indhold, hvorved de diskurser, der føres i teksten, afdækkes. Tekstanalysen er på den måde overvejende deskriptiv i det, at sproget beskrives, men afhængigt af de redskaber, der vælges til at realisere selve tekstanalysen, kan den også være delvist fortolkende. Redskaberne til udarbejdelse af tekstanalysen må vælges udfra den specifikke tekst og det formål, analysen har.

#### 4.1.2.2 Den diskursive praksis

Den diskursive praksis omfatter de processer, der er knyttet til produktion, distribution og konsumption af teksten og bygger på sin vis bro mellem den specifikke tekst og den sociale praksis. Produktion og konsumption handler om henholdsvis afsender og modtager af teksten, herunder også deres indbyrdes forhold til hinanden og hvilke betydninger det har i forhold til teksten. Distribution er et spørgsmål om, hvilket medie teksten udsendes gennem, og hvordan dette medie influerer på tekstens udformning samt dens produktion og konsumption. Til disse begreber knytter sig også spørgsmålet om genre, som, igen, har en indflydelse på og influeres af produktions-, distributions- og konsumptionsforhold. I sidste ende vil man så kunne se på, hvilket forhold den diskursive praksis har i forhold til de diskurser, som føres i teksten (Fairclough 2008, 35-45, l26-l30).

#### 4.1.2.3 Den sociale praksis

Fairclough taler både om den sociale og den socio-kulturelle praksis, som jeg vælger at betragte som to overlappende begreber. Den sociale praksis kan ses i flere perspektiver fra den helt situationelle kontekst til en mere overordnet samfundsmæssig kontekst (Fairclough 2008, l30-l31). Analysen af den sociale praksis er i høj grad fortolkende, det er her man undersøger, hvordan diskurserne afspejler og indvirker på samfundet. Diskurserne er en repræsentation af den sociale praksis samtidig med, at de konstruerer den sociale praksis. Diskurserne, altså den måde hvorpå man taler om noget, er også med til at skabe den sociale praksis, og det er her diskurser har et potentiale til at skabe forandring i samfundet. En diskurs kan opretholde allerede eksisterende og dominerende diskurser, eller den kan udfordre de eksisterende diskurser og dermed skabe forandring. Det er her det ovenfor behandlede spørgsmål om magt, ideologi og hegemoni kommer ind i billedet.

## 4.2 Framing

For at afdække fremstillinger af depressive patienter og deres eget ansvar i forhold til deres sygdomsforløb i den udvalgte empiri, vil jeg gøre brug af begreberne *frames* og *framing*. Mit teoretiske udgangspunkt for analysen af *frames* baseres på begrebet, som det er udviklet og beskrevet af henholdsvis Robert M. Entman (Entman 1993) og Jenny Kitzinger (Kitzinger 2007), som også har arbejdet med framing udfra blandt andet Entmans definitioner. Fordelen ved at trække på både Entman og Kitzinger er, at man ved at sammenholde deres ideer om framing, får et forholdsvis omfattende

udgangspunkt for en analyse af rammer. Kitzinger arbejder, som sagt, også blandt andet ud fra Entmans grundliggende ide om framing, men tilføjer flere aspekter, som kan være relevante i forhold til medietekster. Jeg vil i det følgende bruge det danske udtryk *ramme* parallelt med det engelske *frames*.

Entman definerer begrebet *framing* på følgende måde:

*"Whatever its specific use, the concept of framing consistently offers a way to describe the power of a communicating text. Analysis of frames illuminates the precise way in which influence over a human consciousness is exerted by the transfer (or communication) of information from one location [...] to that consciousness [...] To frame is to select some aspects of a perceived reality and make them more salient in a communicating text, in such way to promote a particular problem definition, causal interpretation, moral evaluation, and/or treatment recommendation for the item described"* (Entman 1993, 51-52).

Som set i forhold til Faircloughs kritiske diskursanalyse<sup>20</sup>, er magt også et centralt begreb i forhold til framing. Enhver tekst udtrykker en bestemt måde at se virkeligheden på og sætter på den måde indholdet i en bestemt kontekst eller *ramme*. Ved at sætte en given sag i en bestemt ramme, påvirker man også modtagerens opfattelse af den givne sag og det er heri, der ligger en magtudøvelse, nemlig at naturalisere en bestemt måde at se virkeligheden på. Rammen består i, at bestemte aspekter af virkeligheden fremhæves frem for andre, eller som Kitzinger beskriver det:

*"Framing refers to the process whereby we organize reality - categorizing events in particular ways, paying attention to some aspects rather than others, deciding what an experience or event means or how it came about"* (Kitzinger 2007, 134).

Den udvælgelse, der sker i aspekter, når en given sag fremstilles i en tekst, betyder også, at både tilvalg og fravalg af repræsenterede aspekter af sagen er relevante for analysen af teksts rammer. Når sagens rammer afdækkes i analysen, kan det også være

---

<sup>20</sup> Se afsnit 4.I.

relevant at se på, hvilke andre rammer, altså alternative måder at frame sagen på, der udelades. Enhver tekst vil være genstand for en form for framing, den absolut objektive fremstilling af virkeligheden findes ikke. Dermed ikke sagt, at enhver tekst er et bevidst forsøg på at påvirke modtageren; ligesom diskurser kan føres ubevidst, kan en bestemt framing af en given sag også være ubevidst (eller naturaliseret), men en tekst vil altid fremstille en given sag i en eller anden ramme.

Entman opstiller fire funktioner for rammer: de definerer problemer, diagnosticerer årsager, udover moralske vurderinger og foreslår løsninger på problemerne. En given tekst indeholder ikke nødvendigvis alle fire former for rammer. Endvidere angiver Entman fire lokationer i kommunikationsprocessen: kommunikatøren, teksten (som på samme måde som i Faircloughs opfattelse af begrebet kan være alt lige fra en skrevet tekst til en mundtlig tale), modtageren og kulturen (Entman 1993). Kulturen skal her forstås som samlingen af rammer brugt om et givent emne i en social gruppering, altså ikke ulig Faircloughs begreb diskursorden.

Kitzinger skelner mellem tre former for analyse af framing: analysen af produktion af tekster, analysen af tekstens indhold og analysen af de konsekvenser, teksten har på modtagerne (Kitzinger 2007). Igen er det nærliggende at sammenligne med Faircloughs kritiske diskursanalyse, hvor disse elementer alle indgår. I nærværende speciale vil jeg, af hensyn til problemformuleringen, fokusere på analysen af tekstens indhold samt diskutere eventuelle konsekvenser for modtagerne af teksten. Tekstens produktion vil i mindre grad blive behandlet i analyse af den diskursive praksis.

Ekstra interessant for specialets problemfelt er også at:

*“The way in which information is presented to us (the frame used in that act of communication) may prime us to respond in particular ways”* (Kitzinger 2007, l36).

I informationsmateriale til patienter ligger der formentlig også en vis intention om at påvirke modtageren af teksten til at agere på bestemte måder, og her kan framing ses som den måde at fremstille virkeligheden på, som kan få patienten til at forholde sig på en given måde. Igen er der altså ikke kun tale om en afspejling af en opfattelse af

virkeligheden, men også en indvirkning på denne virkelighed og, i mere håndgribelig forstand, en indvirkning på modtagerens ager. Som Entman dog også understreger, så er en given framing (bevidst eller ubevidst) ikke en garanti for, at modtageren opfatter teksten på en bestemt måde, selvom det lader til at være klart, at forskellige framinger kan påvirke modtagerne til at opfatte den samme sag på afgørende forskellige måder. Konsekvensen af Kitzingers ide om, at rammer kan få modtageren til at agere på bestemte måder, sammenholdt med Entmans konklusion om, at forskellige framinger giver modtageren forskellige opfattelser af en sag, må være, at forskellige framinger af den samme sag derfor også vil have forskellige indvirkninger på modtagernes ager.

Framing vil i dette speciale give et indblik i, hvordan henholdsvis de to medicinalvirksomheder og det franske sundhedsministerium har valgt at frame depressive patienter og deres egne muligheder for at indvirke på deres sygdomsforløb. Analysen af rammer vil tage højde for, at visse aspekter af sygdommen og patienternes egne handlingsmuligheder vil være fremhævede, mens andre vil være udeladte. De afdækkede rammer vil blive sammenholdt med diskurser fundet i empirien, og for at uddybe tekst-billede forholdet i empirien og få en tydeligere ide om konstruktionen af budskaber i empirien, vil jeg også trække på semiotiske teorier i analysen.

### 4.3 Semiotik

*“Semiotics or semiology, then, is the study of signs in society, and while the study of linguistic signs is one branch of it, it encompasses every use of a system where something (the sign) carries a meaning for someone”* (Bignell 1997, 5).

Semiotikken er grundlagt af henholdsvis Ferdinand de Saussure og Charles S. Peirce. Jeg vil ikke her gå ind i detaljerne om de to, men blot opridse grundbegreberne bag semiotikken, som de er brugbare i forhold til analysen i dette speciale.

Saussure var den første til at udpege semiotikken som en egentlig videnskab, baseret på den ide, at sproget er skabt af tegn, som er betydningsbærende. Saussure fokuserede på de lingvistiske tegn, men så også, at ethvert fænomen, som er betydningsbærende, er skabt af tegn. Saussure arbejdede med de to begreber *signifiant* og *signifié*, som til

sammen udgør selve tegnet (*le signe*). *Signifiant* er objektet, mens *signifié* er det fænomen, som *signifiant* betegner. *Signifié* henviser ikke nødvendigvis til en bestemt materiel enhed men også fænomener eller koncepter, mens *signifiant* kan være et skrevet ord, en lyd et billede eller et andet betydningsbærende udtryk (Bignell 1997, 5-15). Det skrevne ord 'bil' er for eksempel *signifiant* for konceptet bil, som ikke nødvendigvis er en bestemt bil, men snarere et fænomen. Når en læser læser ordet 'bil' vil det fremkalde hans egen opfattelse af begrebet. Henvises der til en bestemt bil, for eksempel læserens egen bil, kan man tale om en egentlig materiel referent. Referenten er så den ting, som tegnet henviser til i den virkelige verden, men referenten kan dog også være et ikke materielt begreb eller en ide, som konceptet bil. Ethvert tegn vil altid bestå af både *signifiant* og *signifié*, idet den ene ganske enkelt ikke eksisterer uden den anden.

Det er vigtigt at understrege, at Saussure anså forholdet mellem tegn og betydning som arbitraert. Der er med andre ord ingen på forhånd fastlagt grund til, at fænomenet bil betegnes med ordet 'bil', andet end at man i samfundet er blevet enige om det.

"[...] Saussure proposed that our perception and understanding of reality is constructed by the words and other signs which we use in a social context [...] it implies that signs shape our perception, rather than reflecting a reality which was already out there" (Bignell 1997, 6).

Tegnene er ikke blot et redskab til at beskrive verden omkring os, men tager også del i selve konstruktionen af denne verden, helt i tråd med de ovenfor gennemgåede teorier indenfor diskursanalyse og framing<sup>21</sup>.

Peirce kaldte denne type tegn, hvor forholdet til betydningen er arbitraert, for symbolsk; ordet 'bil' er "valgt" som symbol på fænomenet bil. Han undersøgte dog også to andre former for tegn, hvor forholdet mellem tegn og betydning er anderledes. Det ikoniske tegn er et tegn, hvor *signifiant* ligner referenten, det kan for eksempel være et billede, hvor *signifiant* med det samme vil fremkalde referenten, fordi det simpelthen er en form for afbildung, der er på denne måde tale om en metaforisk relation imellem referenten og *signifiant*. Den tredje type tegn er det, Peirce kaldte indeksikalske. De indeksikalske tegn er dem, der er forbundet direkte med betydningen, de forårsages af det, som de henviser til, altså står de for en metonymisk relation (Bignell 1997, 15). For eksempel er en

---

<sup>21</sup> Se afsnit 4.1 og 4.2.

sort røgsky indeks for en ildebrand, som så til gengæld har forårsaget den sorte røgsky. Interessant for min analyse vil først og fremmest være de symbolske og især de ikoniske tegn.

Da semiotikken er et omfattende videnskabeligt felt, og da jeg primært ønsker at anvende semiotik til at undersøge sammenhængen mellem tekst og billeder i den udvalgte empiri, vil jeg tillade mig at være meget selektiv og begrænse mig til nogle af Roland Barthes' teorier. Roland Barthes har videreudviklet Saussures ideer og har især arbejdet med semiotiske analyser af tegn i det daglige samfundsliv, herunder også visuelle tegn i form af for eksempel billeder. Nærmere bestemt vil jeg arbejde ud fra Barthes begreber *denotation, konnotation og mytologier*.

#### 4.3.1 Denotation og konnotation

I sin artikel "Rhétorique de l'image" (Barthes 1964) analyserer Barthes tegnet på to niveauer: det *denoterede* niveau og det *konnoterede* niveau. Det denoterede niveau er det umiddelbart tilgængelige, hvor tegnet fungerer som signifiant for en referent, for eksempel vil et billede af en sko netop henvise til betydningen sko. Dette niveau er ifølge Barthes ikke fortolkende, selvom man nok ville kunne hævde, at allerede på dette niveau spiller kulturelle koder ind (dette vil jeg dog ikke gå mere ind i her).

Billedet af en sko giver os imidlertid også en række ekstra informationer, som ligger i fortolkningen af billedet. Disse "informationer" udgør det konnoterede niveau. Konnotationen består i, at når vi ser et billede af en sko, så ser vi også, hvilken slags sko det er. Er det for eksempel en tennissko, så vil vi med det samme vide at skoen, i hvert fald i vores kulturelle kontekst, også har noget at gøre med sport, sundhed og måske ungdom. På denne måde har et tegn altså et denoteret niveau, som giver os en forholdsvis ukodet fremstilling af en referent (billedet viser os en sko), og et konnoteret niveau, som hjælper os til at for tolke tegnet (billedet viser os noget sportsligt, noget sundt og noget ungt).

Som Barthes dog selv påpeger, så står billedet sjældent alene, men bringes oftest i sammenhæng med en eller anden form for tekst (Barthes 1964). Derfor arbejder Barthes med tre typer meddelelser i en visuel fremstilling: den lingvistiske meddelelse, det denoterede billede og det konnoterede billede. Uover en rent sproglig meddelelse har vi

altså et billede, der beskriver noget, og et billede, der giver os nogle forståelser, som på sin vis ligger uden for det egentligt afbilledede.

Barthes giver to forskellige bud på sammenhængen mellem billede og tekst (Barthes 1964). For det første kan der være tale om forankring, hvor den lingvistiske meddelelse i samarbejde med billedet skal hjælpe os med at forstå billedet korrekt i forhold til afsenderens intention. På både det denoterede niveau og det konnoterede niveau kan vi som læsere vælge at forstå tegnene på en lang række forskellige måder, og her er det sammenhængen mellem den lingvistiske meddelelse og det denoterede og konnoterede billede, som hjælper os til at vælge de tiltænkte forståelser og fortolkninger af billedet. På denne måde støtter billede og tekst hinanden i at give læseren de tiltænkte budskaber. Forankring er det tekst-billede forhold, der oftest ses i medietekster. Alternativt kan forholdet mellem tekst og billede være afløsning, hvor tekst og billede på en mere komplementerende måde afløser hinanden i fremdriften af en handling. Her bærer billede og tekst på skift betydningen og understøtter derfor ikke nødvendigvis hinandens tegn. Den lingvistiske meddelelse vil ikke nødvendigvis forstærke de tegn, vi ser i billedet, men snarere give os nye tegn, der leder handlingen videre. Afløsning ses for eksempel tydeligt i tegneserier eller film, selvom det kan optræde i alle typer tekster og billeder.

Det interessante aspekt af Barthes' semiotik findes, i forhold til den kritiske diskursanalyse og framing-begrebet, når man tager skridtet videre og ser på hvilke *myter*, der udfra tegnenes konnotationer skabes eller henvises til. Her er vi tilbage ved spørgsmålet om ideologi, magtudøvelse og teksten (i dette tilfælde medieteksten) som redskab til social forandring. I det følgende afsnit vil jeg kort forklare begrebet *myter*.

#### 4.3.2 Mytologier

*“When we consider advertising, news, and TV or film texts, it will become clear that linguistic, visual, and other kinds of sign are used not simply to denote something, but also to trigger a range of connotations attached to the sign. Barthes calls this social phenomenon, the bringing together of signs and their connotations to shape a particular message, the making of ‘myth’”* (Bignell 1997, 16).

I "Mythologies" har Barthes gjort rede for begrebet *myte* (Barthes 1957). En myte, i Barthes' forstand, er når forskellige tegn sammensættes for at vække bestemte konnotationer hos modtageren og er således et arrangement af betydninger, som skal overbringe en bestemt meddelelse. Myterne trækker altså på allerede eksisterende tegn ved at gøre dem til signifiants for konnotationer. På denne måde ville et billede af en tennissko (signifiant) kunne referere til sundhed (signifié).

*"Myth, as Barthes uses the term, means things used as signs to communicate a social and political message about the world. The message always involves the distortion or forgetting of alternative messages, so that myths appear to be exclusively true, rather than one of a number of different possible messages"* (Bignell 1997, 22).

I denne sammenhæng passer myter derfor godt i forhold til ovenfor gennemgåede teorier om framing og diskursanalyse<sup>22</sup>. Myter handler i sidste ende om at sammensætte tegn på måder, som fremhæver visse konnotationer frem for andre og dermed visse budskaber frem for andre, og tager man skridtet videre, kan man sige, at myter derfor også, på samfundsmæssigt niveau, fremfører bestemte opfattelser af virkeligheden og altså bestemte ideologier frem for andre. Selv funktionen af en medietekst kan derfor også være at fremhæve eller naturalisere en bestemt ideologi, og man kan på denne måde igen tale om en form for magtudøvelse. Når man analyserer billede og tekst må man således afdække ikke blot, hvad billedet viser (altså på det denoterede niveau), men også hvad det i sammenhæng med teksten henviser til af konnotationer, og hvilke myter disse samlinger af konnotationer repræsenterer.

I nærværende speciale, vil de semiotiske teorier, som jeg har opridset ovenfor, blive brugt til at klarlægge, hvilke tegn og myter, der optræder i empirien. Tegn og myter vil blive sat ind i sammenhængen framing og kritisk diskursanalyse, hvor jeg vil afdække hvilke myter, rammer og diskurser, der findes i empirien. Til dette formål vil jeg i analysen af empirien trække på nogle redskaber til at undersøge teksten, disse redskaber vil blive gennemgået i følgende afsnit.

---

<sup>22</sup> Se afsnit 4.2 og 4.1.

## 4.4 Tekstanalyse

Til udførelse af tekstanalysen er det nødvendigt med nogle teoretiske redskaber. I det følgende vil jeg gennemgå disse redskaber, som ligger inden for det retoriske og det semantiske område. Herunder vil jeg, i det empiriske materiale, undersøge appelformer og “rollefordeling” af nominalsyntaxmer. Næranalysen af empirien skal munde ud i en mere overordnet analyse af diskurser, rammer og myter, som udgør tekstens dimension.

### 4.4.1 Aristoteles tre appelformer

Aristoteles beskæftigede sig med en bred vifte af emner, men i forbindelse med tekstanalysen af den valgte empiri vil jeg kun anvende et lille udsnit af hans teorier om retorik. Nærmere betegnet er det Aristoteles teorier om de tre appelformer, som jeg her vil ridse op. Aristoteles arbejder udfra den mundtlige tale, men teorierne kan også bruges på skriftligt materiale, som jeg har valgt at gøre, og i det følgende vil begreberne taler, tale og tilhørere svare til afsender, tekst og modtager/læser.

Udgangspunktet for teorierne om de tre appelformer er, at en tale bygger på et samspil mellem den, der taler, den eller dem, der tales til, og så det, der tales om; altså taleren, tilhørerne og emnet (Aristoteles 2002, 42, A III I). Tilhørerne kan falde i tre kategorier, dem, der bedømmer en fremtidig handlen, dem, der bedømmer en fortidig handlen, og dem, der bedømmer en nutidig handlen. Herudfra arbejder Aristoteles med tre forskellige slags taler: den rådgivende tale (*genos sybouleutikón*), hvor man forholder sig til en fremtidig handlen, retstalen (*genos dikanikón*), hvor man bedømmer noget fortidigt, og festtalen (*genos epideiktikón*), hvor tilhørerne bedømmer talerens opræden (Aristoteles 2002, 42-45 A III). Den valgte empiri, som er informationsmateriale, der skal vejlede patienter, hører ind under den rådgivende tale, hvor taleren ønsker at påvirke tilhørernes fremtidige handlen ved at fraråde eller tilskynde en bestemt adfærd. I den valgte empiri finder man som patient rådgivning og vejledning til, hvordan man skal handle i forhold til sin depression, og en af de ting, der har indflydelse på, at man som patient tager vejledningen til sig, er om teksten formår at overbevise.

For at overbevise tilhørerne om, at det taleren siger, er rigtigt, kan taleren bruge de tre appelformer *ethos*, *logos* og *pathos* (Aristoteles 2002, 34-35 A II 3-6). De tre appelformer betegner typer af argumentation, hvis mål er at overbevise tilhørerne om, at taleren har ret i det, han siger, og de er altså direkte forbundet med talens funktion. De tre

appelformer kan optræde alene i en given tale eller tekst, eller de kan være til stede samtidig. Typen af appelformer, der optræder i en tale eller tekst, kan hænge sammen med talens eller tekstens genre, som jeg vil komme ind på senere<sup>23</sup>.

Appelformen ethos bygger på talerens karakter. Overbevisningen af tilhørerne skal ligge i, at tilhørerne oplever taleren som en troværdig person, og derfor stoler på, hvad han fortæller dem (Aristoteles 2002, 34, A II 4). For at fremstå som en troværdig person og skabe tillid blandt tilhørerne må taleren i sin fremførelse af talen udvise tre karaktertræk, *phronesis*, *aréte* og *eunoia* (Aristoteles 2002, II3, B I 5-6). Phronesis er talerens klogskab eller kompetence, altså at han ved noget om emnet, og at han besidder sund fornuft (Aristoteles 2002, 69, A IX 13). Areté betegner talerens moralske karakter, heri ligger en lang række forskellige dyder, men generelt henviser Aristoteles til evnen, modet og karakterfastheden til at udrette gode ting for andre (Aristoteles 2002, 68-76, A IX). Eunoia er taleres velvilje overfor tilhørerne, altså at taleren ønsker, at overbevise tilhørerne om det, han reelt anser for bedst for dem (Aristoteles 2002, I37-I39, B VII). Det er afgørende for talerens troværdighed, og dermed talens overbevisningskraft, at taleren udviser alle tre træk.

Med appelformen pathos siger taleren mod at indvirke på tilhørernes følelser (Aristoteles 2002, 34-35, A I 5). Den følelsesmæssige tilstand hos tilhørerne vil påvirke, hvordan de bedømmer talen, og hvis taleren kan fremkalde bestemte følelsesmæssige reaktioner ved tilhørerne, så kan han også påvirke dem til at bedømme talen på en bestemt måde. Taleren siger altså bevidst bestemte ting, som han ved fremkalder bestemte følelser hos tilhørerne, som så igen støtter dem i overbevisningen om, at talerens budskab er rigtigt.

Logos er overbevisning ved hjælp af fakta, som er accepteret som sande, eller eksempler, som tilsyneladende beviser talens rigtighed (Aristoteles 2002, 35, A I 6). Man forsøger her at overbevise tilhørerne ved at tale til deres fornuft og finde beviserne for sit budskab i selve emnet. Hverken fakta eller eksempler behøves at være sande, men kan blot være antagelser, der er naturaliserede som sande, det afgørende er, at tilhørerne anser dem for at være sande.

---

<sup>23</sup> Se afsnit 4.5.

#### 4.4.2 Semantiske roller

Som en blandt mange måder at anskue en sætning på, foreslår Lita Lundquist (Lundquist 1990, 79–81), at man ser sætningen som en iscenesættelse af en handling. Det centrale punkt for sætningen er verbet, som udgør selve *handlingen*. Sætningens forskellige nominalsntagmer vil så blive tildelt forskellige roller i forhold til *handlingen*. Der er en række forskellige roller, men i forhold til nærværende vil det fortrinsvis være rollerne *agent* og *patient* og i noget mindre grad *objekt*, der vil blive undersøgt. *Agenten* er, ifølge Lundquist, en animeret eksistens, som bevidst udfører *handlingen*. *Patienten*<sup>24</sup> er en animeret eksistens, som udsættes for *handlingen*, mens *objektet* er en inanimeret enhed, som udsættes for *handlingen*. Af andre roller kunne nævnes *instrument*, *kilde*, *tid* og *sted*. Samtlige roller er ikke nødvendigvis tilstede i en sætning samtidig, ligesom visse roller kan være fraværende i en hel tekst. Jeg lægger mig i analysen op ad Lundquists gennemgang af roller, dog med den vigtige forskel, at jeg også vil anse inanimerede enheder for at kunne udføre en handling og dermed besætte *agent*-rollen. Inanimerede enheder vil naturligvis ikke være bevidste om *handlingen*, men jeg vil alligevel argumentere for, at de kan fremstilles som agerende størrelser, på lige fod med animerede eksistenser, som jeg også vil mene kan udføre handlinger ubevidst.

I nærværende speciale er hensigten med en analyse af semantiske roller, med fokus på *agent*- og *patient*-rollerne, at se på hvem, der fremstilles som aktivt handlende aktører i forhold til depression og behandlingen heraf. Af denne grund vil denne del af analysen derfor også primært fokusere på de dele af teksten, hvor der udføres reelle handlinger. Dette hænger direkte sammen med fremstillingen af fordelingen af ansvar og handlingsmuligheder mellem patienten, antidepressive medikamenter og sundhedsfagligt personale.

#### 4.5 Genre og medie

I forhold til den diskursive praksis vil det være relevant at se på mediet og genren for online sundhedsinformation. Der er, som tidligere nævnt, endnu ikke lavet større undersøgelser af en decideret genre for online sundhedsinformation, og jeg tillader mig derfor at hente hjælp i genren for trykt sundhedsinformation, som den undersøges af Selander et al. (1997). For at inddrage det online aspekt og tage højde for, at min empiri

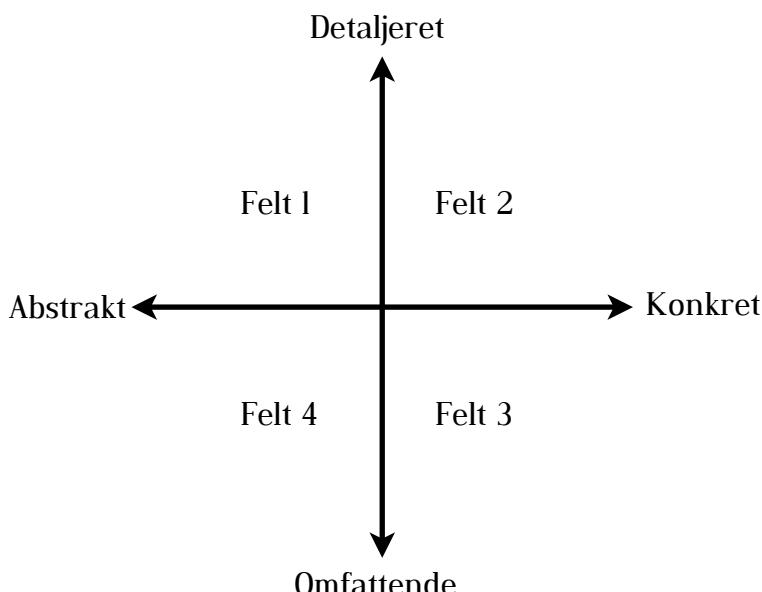
<sup>24</sup> Ikke at forveksle med patient i ikke-lingvistisk forstand, som person, der behandles for en sygdom. I analysen vil *patient* som semantisk rolle (samt de andre roller) være i kursiv, mens patient forstået i den medicinske betydning vil stå i normal typografi.

ikke består af trykt sundhedsinformation men af hjemmesider, vil jeg endvidere kigge på genreteori af Santini (2007) og Askehave og Nielsen (2005) omkring netop hjemmesider.

#### 4.5.1 Trykt sundhedsinformation

Jeg vil her bruge en artikel af Staffan Selander, Margareta Troein, John Finnegan Jr. og Lennart Råstam (Selander et al. 1997), der omhandler trykt sundhedsinformation i form af informationsark, pjecer og foldere til patienter med forhøjet kolesterol i blodet. I deres analyse, har Selander et al. undersøgt 211 informationsark, foldere og pjecer udfra to vinkler. For det første er materialet blevet inddelt i fire kategorier baseret på en model for orientering af viden. For det andet er materialet blevet analyseret i form af retoriske virkemidler, nærmere bestemt de tre appelformer, som også er gennemgået i afsnit 4.4.1.

Modellen for orientatering af viden består af to dimensioner, hvoraf den ene spænder fra abstrakt, systematisk viden til konkret, handlingsorienteret viden, mens den anden spænder fra detaljeret viden til overordnet, omfattende eller generel viden (Fig. 2). I samspillet mellem disse to dimensioner opstår der således fire felter eller kategorier.



Figur 2 (Selander et al. 1997, l84).

I felt 1 finder man abstrakt og detaljeret information (Fig. 2), det kan for eksempel være tabeller med næringsindhold i fødevarer. Materialerne i dette felt er meget faktuelle, og den eneste appelform, man finder her, er logos. Man får ikke nødvendigvis argumenterne eller forklaringerne på de facts, der opstilles, de forventes i sig selv at

kunne engagere læseren. Ifølge artiklen befandt størstedelen af det undersøgte materiale sig indenfor dette felt.

Felt 2 er den detaljerede og handlingsorienterede information (Fig. 2). Her finder man ofte konkrete vejledninger til, hvordan man som patient skal agere (i artiklens empiri handler det for eksempel om opskrifter eller motionsvejledninger, men de konkrete handlingsforslag vil naturligvis variere afhængigt af terapeutisk område). Informationer præsenteres med en vis autoritet, men der argumenteres sjældent for handlingsforslagene, så materialerne her er mindre faktuelle end dem i felt 1, men til gengæld også nemmere at følge, da de ofte er opstillede som helt konkrete vejledninger. Igen er logos dominerende, mens en autoritær stemme kan være et udtryk for ethos. En del af undersøgelsens empiri kunne findes i dette felt.

I felt 3 ser man den omfattende eller overordnede og handlingsorienterede information. Her sættes sundhed i direkte relation til patientens livsstil. Ofte ser man her en stærk, autoritær stemme, som vejleder læseren, og som er en repræsentation af ethos, den kan også optræde i form af små patientfortællinger. Ofte ser man den sammen med en brug af pathos, som taler direkte til patientens egne følelser, det kan for eksempel være i forhold til patientens eget ansvar, egne risici, etc. Her kan logos også være til stede som mere overordnede forklaringer af for eksempel symptomer eller behandlingsmetoder. Materialer, der falder indenfor felt 3, indarbejder på denne måde flere og mere omfattende retoriske virkemidler end materialerne i de andre felter. Til gengæld konkluderede Selander et al., at der var yderst få materialer, der faktisk tilhørte denne kategori.

Felt 4 er abstrakt og overordnet information (Fig. 2). Dette felt kendetegnes af en stærk brug af logos. Der præsenteres her facts, som også forklares mere omfattende, og som ofte er præsenteret i mere videnskabelig form, og som dermed ikke nødvendigvis er let tilgængelige. Selander et al. påpeger også, at disse facts præsenteres uden nogen relation til den egentlige læser eller til patientens liv. Ethos kan i mindre grad være repræsenteret af en autoritær stemme eller en konkret fortæller, for eksempel en ekspert på det pågældende område.

Generelt er brugen af pathos fraværende i de fleste felter, og selv i felt 3, hvor det faktisk optræder, indtager det en mindre rolle i forhold til brugen af ethos og specielt logos, som er til stede i alle kategorier. Selander et al. peger på, at der ikke er meget fokus på, at patienter er en heterogen gruppe, som har behov for at individualisere vejledningerne i forhold til deres egne livsrammer. De mange specifikke vejledninger og facts tyder på, at

man fra afsenders side forventer, at patienterne lever, som man råder dem til, hvis bare de har den rette viden.

I forhold til analysen i dette speciale, så er det terapeutiske område jo et noget andet. På sider rettet mod patienter med depression kunne man nok forvente, at der ville være knap så mange detaljerede og konkrete informationer som for eksempel kost- eller motionsvejledninger, som det ses i undersøgelsen af materialer til patienter med forhøjet kolesterol. Selander et al. beskæftiger sig som sagt også med trykte materialer, mens jeg i dette speciale ser på online materialer. Disse ting taget i betragtning, vil det dog stadig være interessant at se på, om der er nogle træk i de retoriske virkemidler og typen af viden, der sætter sig ud over mediet og det terapeutiske område, altså om de online sundhedsinformationer lægger sig op ad en mere generel genre for sundhedsoplysning.

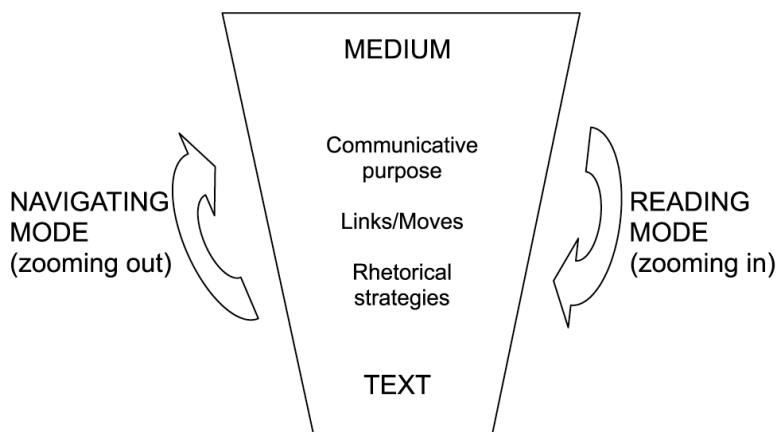
#### 4.5.2 Hjemmesider

*“Genres on the web are instantiated in web pages, and web pages are complex objects. Even when taken individually, web pages appear to be a composite type of document, with a visual organization of the space, where different communicative purposes and different functions are included at the same time”* (Santini 2007, 2).

Internettet er som medie en foranderlig størrelse, hvor genrer blandes på kryds og tværs, hvor nye genrer opstår, og hvor eksisterende genrer konstant forandres eller modificeres. Dertil kommer, at internettet som medie giver muligheder for en sammensætning af tekst, billeder, videoer, lydklip og sociale medier på en måde, som ikke ses andre steder, dette medfører også, at en enkelt hjemmeside kan repræsentere flere genrer på en gang. I forhold til genren for hjemmesider, hvis man kan tale om en overordnet genre, så betyder det, at man må udvide det traditionelle syn på genre til at omfatte mere og andet end de traditionelle tekstgenrer.

Inger Askehave og Anne Ellerup Nielsen (2005) argumenterer for, at hjemmesiden tilhører en genre, som er meget nært forbundet med sit medie, altså internettet. De opstiller derfor, med udgangspunkt i John M. Swales' genreteorier, en model, der omfatter to dimensioner af en hjemmeside. I modellen ser man for det første Swales' oprindelige

definition af genre som sammenspiellet mellem kommunikative formål, træk og retoriske strategier. Hertil tilføjer Askehave og Nielsen så to modes, *navigating mode* og *reading mode*, for at vise, at når modtageren bruger en given hjemmeside, så vil han hele tiden skifte mellem at navigere på siden og at læse de tekster, der er på siden. Udover tekst indeholder hjemmesider ofte også forskellige former for mikromedier, for eksempel videoer, lydklip eller chatbokse, ligesom der næsten altid også vil være forskellige links, som forbinder den pågældende side med andre sider. Modtageren skal derfor ikke kun læse, se og høre, hvad der er på siden, men samtidig navigere rundt i de forskellige mikromedier og links til andre sider. På den måde opstår der altså to forskellige måder at bruge hjemmesiden på, som der hele tiden veksles mellem. Askehave og Nielsen foreslår derfor, at genren analyseres sideløbende udfra de to modes, så man kigger på kommunikative funktioner, træk og retoriske strategier i forhold til begge modes.



Figur 3 (Askehave og Nielsen 2005, l27).

Da formålet med dette speciale ikke er at lave en genrekarakteristik, vil jeg ikke gå dybere ind i Askehave og Nielsens model men blot bruge den til at påpege vigtigheden af at se hjemmesider som en kompleks kategori af genrer, der ikke lader sig adskille fra mediet, og som besidder flere funktioner på en gang, da der altid vil være kommunikative funktioner, som udledes i *reading mode*, og andre, der udledes i *navigating mode*. I *reading mode* må man forholde sig til, hvilket budskab afsender gerne vil give modtager gennem tekster, billeder og eventuelle mikromedier, mens man i *navigating mode* må kigge på, hvordan sidens opbygning, selve brugen af mikromedier og henvisninger til andre sider påvirker dette budskab.

Marina Santini (Santini 2007) retter sit bud på genreteori i forhold til hjemmesider mod automatisk genreidentifikation, men har nogle pointer, i forlængelse af Askehave og Nielsen, som er væsentlige også i forhold til den manuelle identifikation af genrer. Santini trækker på begreberne *hybridism* og *individualization* for at vise, at genrer, som optræder på nettet, ofte er hybrider mellem allerede eksisterende genrer, og at der desuden, på nettet, er en større grad af individualisering. Internettet og herunder hjemmesider skabes og forandres hele tiden af en enorm og utroligt heterogen gruppe af brugere, som ikke nødvendigvis forholder sig til genrekonventioner, og som er frie til at publicere, hvad de vil og som de vil. Dertil kommer, at teknologien bag mediet tillader en sammenblanding af forskellige multimedier og genrer samt en individualisering af indhold, som man ikke ser andre steder. Umiddelbart betyder det, at hjemmesider kan være svære at inddale i genrer, da grænserne mellem forskellige genrer ofte er svære at definere, og da der er en meget stor andel af hjemmesider, som ganske enkelt ikke kan karakteriseres i forhold til nogen bestemte, eksisterende genrer. At der så alligevel tydeligvis er genrer med genrekonventioner, som overholdes, skyldes, at afsenderne, når de opbygger hjemmesider, bevidst eller ubevidst genskaber træk, som de ser på andre sider med lignende funktioner og indhold, og som de kan have en ide om, at modtagerne forventer at se, og i nogle tilfælde så konformt, at der rent faktisk er tale om egentlige genrer.

Santini foreslår, at man ser på genrer af hjemmesider ud fra tre kategorier: de reproducerede genrer, de modificerede og nyopståede genrer, og de emergerende genrer. De reproducerede genrer er de genrer, som man også finder i andre former, i forhold til sundhedsinformation kunne det være en indlægsseddel til et medikament, der var scannet eller afskrevet direkte til en hjemmeside. De nyopståede genrer og de modificerede genrer, er genrer, som er opstået enten specifikt på internettet, for eksempel blogs, eller genrer, som vi kender i forvejen, men som er modificerede til at passe til mediet internettet, det kunne for eksempel være et online sundhedsleksikon, hvor vi genkender systemet med at slå en medicinsk term op, men hvor vi også finder mikromedier, som tilføjer indhold til forklaringen, eller links, som sender os videre til andre sider, hvor vi kan læse mere. De emergerende genrer, er genrer under udvikling, det vil sige genrer, som man måske kan finde spor af, men som endnu ikke er en "færdig" genre med faste konventioner. Nogle af disse emergerende genrer vil med tiden blive brugt så konformt, at man vil kunne tale om en egentligt definerbar genre, mens andre aldrig vil blive til en fast genre.

Såvel Santini som Askehave og Nielsen understreger, at det i forbindelse med analyser ikke er hensigtsmæssigt at adskille online tekster fra deres oprindelige form. En udskrift af en hjemmeside vil for eksempel aldrig kunne repræsentere det fulde omfang af sidens mikromedier og links. Et udskrift af en hjemmeside kan med andre ord være udmærket til at danne sig et overblik, men det må aldrig erstatte den originale form, da hjemmesider bør ses i deres fulde omfang på deres oprindelige medie (som også nævnt i afsnit 3).

I analysen vil jeg anvende ovenfor beskrevne begreber og aspekter af genren af hjemmesider til at se nærmere på funktioner, produktion, distribution og konsumption i forhold til empirien.

## 5 Analyse

### 5.1 Tekstens dimension

I analysen af det, Fairclough betegner som tekstens dimension, vil jeg i det følgende starte med en næranalyse af tekst og billeder i den udvalgte empiri, herunder vil jeg trække på ovenfor gennemgåede teorier indenfor semantik, retorik og semiotik<sup>25</sup>. Resultaterne af denne næranalyse vil så blive brugt i en mere overordnet analyse af myter, framing og diskurser, som vil tjene til den videre analyse af den diskursive og af den sociale praksis, som i sidste ende skal besvare specialets problemformulering.

#### 5.1.1 Semantik, retorik og semiotik

##### 5.1.1.1 Semantiske roller

Overordnet set repræsenterer materialerne fra samtlige tre hjemmesider en del tekst, hvor *agenten* ikke er tilstede, for eksempel: “*Il ne faut donc pas arrêter le traitement [...]”*(bilag 3B), “[...] *il faut souvent attendre quelques semaines [...] avant d’en ressentir les effets*”(IC) og “*Il est donc impératif de poursuivre le traitement médicamenteux [...]*”(2B). I disse eksempler opfordres der til en bestemt handling eller adfærd, men der er ikke angivet en *agent* for handlingen. Da det empiriske materiale er informationsmateriale henvendt til patienter med depression, er den naturlige slutning, at den påtænkte *agent* må være den depressionsramte patient, men ved at udelade *agenten* skaber man en mere objektiv stil, som kan tyde på, at man ønsker at fremstille oplysningerne som mere generelle og eventuelt mere faktuelle<sup>26</sup>. Man fjerner også fokus fra hvem, der rent faktisk har ansvaret for at udføre disse handlinger; når *agenten* ikke er synlig i teksten, pålægges vedkommende heller ikke et klart ansvar for handlingerne.

Af de *agenter*, der så er tilstede i teksterne, er der især tre grupper, som går igen: patienten, lægen og de antidepressive medikamenter. Især i materialerne fra Info-dépression.fr og fra Lilly France er der en tendens til, at de antidepressive midler optræder som *agent*, mens de i en lidt mindre grad indtager denne rolle i Lundbecks tekster: “*Les antidépresseurs agissent sur les symptômes dépressifs*”(3B), “*Les médicaments antidépresseurs améliorent les symptômes de la dépression[...]*”(1A), “*Le*

---

<sup>25</sup> Se afsnit 4.3 og 4.4.

<sup>26</sup> Dette vil jeg diskutere mere indgående i afsnit 5.1.1.2 i forhold til appelformer.

*traitement va peu à peu vous permettre de faire ce qui vous est impossible ou difficile [...]”(3B), “Les médicaments réduisent de façon significative des symptômes dépressifs et leurs conséquences sur la vie quotidienne du patient”(2C), “[...] les médicaments vont peu à peu restaurer le fonctionnement normal du cerveau, et permettre au patient de retrouver l’appétit, l’énergie [...]”(2A). Her kan man for det første se, at antidepressiva optræder som en *agent*, der handler aktivt enten mod depressionen og symptomerne, som i disse tilfælde indtager rollen som *objekt*, eller for bedre forhold for patienten, som her sættes i den semantiske *patient*-rolle. Patienten indtager altså i disse tilfælde en passiv rolle i forhold til de aktivt agerende medikamenter. Det er også værd at bemærke, at når de antidepressive midler optræder som *agent*, så har handlingen altid positive konsekvenser i forhold til patientens tilstand. De antidepressive midler bliver på denne måde en aktiv aktør i patientens helbredelse.*

I teksterne fra Lundbeck og Lilly France tales der direkte til tekstens modtagere, som må formodes at være patienter med depression. De adresseres direkte henholdsvis med *vous* og brug af imperative og infinitte<sup>27</sup> verber, ligesom de blandt andet omtales i tredje person som ‘patient’ og ‘personne dépressive’. På den måde er patienten forholdsvis meget tilstede i disse tekster. I Lundbecks tekster optræder patienten mest i beskrivelser af tilstanden: “Vous ressentez une tristesse intense”(2B), “[...] la personne dépressive se sent souvent incomprise [...]”(2B), mens man finder en mere aktivt handlende patient i Lilly Frances tekster: “N’hésitez pas, dans la mesure du possible, à faire appel à votre entourage [...] si vous en éprouvez le besoin”(3A), “Vous êtes en train de guérir de la dépression”(3C). På denne måde lader Lundbeck patienten optræde i teksterne for at redegøre for patientens tilstand, mens Lilly France er mere fokuseret på patienten som et bevidst handlende individ. På begge sider gives der dog direkte opfordringer til patientens handlen: “Réduisez les prises d’excitants”(3A), “Pratiquer régulièrement une activité sportive [...]”(3A), “Vous ne devez en aucun cas cas interrompre votre traitement dès que vous vous sentez mieux [...]”(2D), “[...] parlez-en à votre médecin”(3B). I disse tilfælde er patienten den påtænkte *agent* for handlinger, som patienten rådes til at udføre (eller undlade at udføre). Der lægges altså op til en vis grad af initiativ på patientens side, men det er meget konkrete handlinger, der til- eller frarådes, og man kan ikke sige, at der lægges op til, at patienten selv skal tage stilling til hvilke handlinger, der skal udføres.

<sup>27</sup> De infinitte verber kan på fransk optræde i vejledninger på samme måde som imperativer. De ses for eksempel i brugsanvisninger, hvor man på dansk ville anvende verber i imperativ.

I teksterne på Info-dépression.fr optræder patienten i det hele taget meget begrænset. Der tales ikke direkte til modtager, men man finder ordet ‘patient’ et par enkelte steder ligesom man må antage, at det meget neutrale ‘on’ henviser til patienter med depression. Der er få eksempler på direkte opfordringer til, at patienten aktivt skal udføre handlinger: “*On peut essayer de réaliser soi-même d’autres actions [...]*”(IG) og “*Apprendre à détecter les signes précurseurs d’un épisode dépressif, c’est se mettre en position [...] d’éviter ainsi une aggravation de la maladie*”(IF), men selv her henvender man sig ikke direkte til modtager og resultatet bliver mere vagt end på de andre sider. Valget at beskrive handlingen som ‘essayer’ er også med til at give et mindre kraftfuldt indtryk, med ‘essayer’ angiver man, at der ikke er nogen garanti for effekt af disse handlinger og de gøres på denne måde mindre vigtige. ‘Se mettre en position de’ er til gengæld et udtryk, som giver patienten en handlekraft, som ikke ellers ses på disse sider, dog er *agenten* stadig ikke synlig og tillægges ikke eksplisit denne handlekraft.

Det er også værd at lægge mærke til, at patienten ikke selv optræder som en aktiv *agent* i de små patientfortællinger, der ses på siderne: “*Les médicaments, je dois dire, que ça m'a aidée*”(IB), “*Il ne faut pas avoir peur de parler. Il ne faut pas avoir honte*”(IE). I sidstnævnte tilfælde er den logiske *agent* patienten, men patienten er ikke synlig i sætningerne og optræder på denne måde ikke som aktivt handlende. I førstnævnte tilfælde er patienten tilstede i sin egen fortælling, men som *patient* for *agenten*, der igen udgøres af medikamenterne.

Der er et enkelt sted, i Lilly Frances materiale, hvor patienten indtager en særligt aktiv rolle, og hvor man kan tale om en egentligt ansvarspålæggelse: “*Une des premières causes de rechutes rapides est sans doute l’arrêt trop précoce du traitement antidépresseur par les patients*”(3C). Her understreges det, at tilbagefald skyldes utidigt stop af behandlingen, og ansvaret for tilbagefald overdrages på denne måde patienten.

De fleste steder hvor rollen som *agent* udfyldes af patienten, sker det på en relativt passiv måde, som i følgende eksempel: “*Un médecin qui décide de changer de traitement parce que son patient présente des effets indésirables peut donc proposer un antidépresseur [...]*”(IB). Her er patienten godt nok *agent* i forhold til den handling, det er at udvise uønskede bivirkninger, men det kan dårligt siges at være en aktiv, bevidst handling i forhold til behandlingen af sygdommen. Tværtimod er det lægen, som her er den aktive *agent*, der skal vælge et alternativt medikament. Simpelt opsat fremviser patienten et problem, som lægen så løser.

Denne iscenesættelse viser sig også på Lundbecks sider: “*Il pourra faire un diagnostic [...] et vous aidera à surmonter cette période*”(2B). ‘Il’ viser her tilbage til ‘votre médecin’, og lægen indtager igen rollen som *agent* overfor patienten, som indtager *patient*-rollen. Det er patienten, som skal komme igennem sygdommen, men med hjælp fra lægen, og i de gentagne iscenesættelser af lægen som *agent*, er det lægens handling, der er i fokus, som i følgende eksempel: “*Le médecin [...] ne décidera donc du traitement qu’après une discussion longue et approfondie avec son patient [...]*”(2C). I forhold til Lilly Frances sider, kan der drages en interessant sammenligning mellem to følgende eksempler, det første fra Lundbecks sider, det andet fra Lilly Frances: “[...] seul votre médecin peut vous dire quand arrêter. Mieux il vous expliquera comment [...]”(2D) og “*Pour l'aider dans sa décision, expliquez-lui bien tout ce que vous ressentez*”(3B) (‘le’/‘lui’ viser tilbage til ‘le professionnel de santé’). I første eksempel er lægen *agent*, mens patienten er *patient*: lægen skal hjælpe patienten til at forstå. I andet eksempel er rollerne omvendt: patienten skal hjælpe lægen til at forstå. Umiddelbart indtager patienten en mere aktiv og vigtig rolle i andet eksempel, men i sidste ende er det i begge tilfælde lægen, der styrer behandlingens udvikling. Selv der, hvor patienten fremstilles som en aktiv part, er det ultimativt lægens beslutning, hvad der skal ske.

Resultatet af analysen af semantiske roller afslører, at patienten indtager rollen som *agent* forholdsvis få gange, taget i betragtning at den udvalgte empiri henvender sig til patienter. I de tilfælde, hvor patienten er *agent*, er det ofte på en relativt passiv måde, eller i en iscenesættelse hvor patienten opfordres til en bestemt handling. Under alle omstændigheder fremstår patienten ikke som en bevidst, aktivt og selvstændigt handlende *agent* på de tre hjemmesider.

Det er også på samtlige sider, men især på siderne fra Info-depression.fr og Lilly France, bemærkelsesværdigt, hvor ofte *agent*-rollen indtages af antidepressive medikamenter. Ydermere optræder de antidepressive midler ofte som *agenter* for handlinger, som redder patienten fra sygdommen. Antidepressiva fremstilles på denne måde nærmest i en helterolle, hvor de, i samarbejde med lægen, helbreder den mere eller mindre passive patient. Lægen optræder som *agent* i mindre grad end de antidepressive midler, men er til gengæld en aktivt handlende part i helbredelsen stort set hver gang *agent*-rollen indtages.

Iscenesættelsen omfatter i sidste ende en forholdsvis passiv patient, som for det første bruges til at beskrive sygdomstilstanden, og som for det andet er genstand for

opfordringer til på forhånd definerede handlinger. Heroverfor er så de to andre aktører på scenen: de antidepressive medikamenter, som aktivt bekæmper sygdom og symptomer og dermed forbedrer patientens liv, og lægen, som bevidst træffer beslutningerne i helbredelsesprocessen. Den mest afgørende forskel på de tre hjemmesider er, at patienten i langt højere grad er synlig på Lundbecks og Lilly Frances sider end på Info-depression.fr, hvor patienten stort set ikke indtager synlige roller.

### 5.II.2 Appelformer

Teksterne på de tre hjemmesider er karakteriseret af en dominerende brug af logos. En stor del af materialet er dedikeret til at beskrive antidepressive midler, diverse aspekter af depression og forskellige behandlingstiltag. Alle tre sider virker til at have et klart oplysningsformål, som i særlig grad fokuserer på antidepressiva.

Der ligger en forskel i, hvor tekniske forklaringerne på de tre sider er. På Info-depression.fr ser man eksempler på en meget tydelig logos i nogle relativt tekniske specifikationer om antidepressive medikamenter: "*Les médicaments antidépresseurs sont des molécules qui agissent au niveau du cerveau, plus précisément sur les extrémités des neurones [...]*"(IB). Lundbecks sider indeholder ikke denne slags meget teknisk specifikke informationer, mens Lilly France på deres hjemmeside har samlet de farmakologiske oplysninger i en sektion, som ikke er inkluderet i den udvalgte empiri<sup>28</sup>. Gældende for alle tre hjemmesider er, at logos i langt højere grad er udtrykt som en mindre detaljeret men stadig fakta-baseret gennemgang af depression, antidepressiva og øvrig behandling. Denne brug af logos kendetegnes ved gennemgang af, hvordan man skal forholde sig til henholdsvis depression og antidepressiva. Der tales om sygdom, medicin og behandling uden, at der argumenteres for, at det, der siges, er korrekt. Man ser en hel del udtryk for, at bestemte tiltag er 'vigtige' eller 'nødvendige', uden at det diskuteres, man har således vedtaget, at der er tale om fakta: "*[...] il est important de consulter au plus vite votre médecin*"(2B), "*[...] il est particulièrement important d'accepter d'être aidé [...]*"(IE), "*Contre la dépression, il est donc particulièrement efficace d'agir sur tous ces facteurs [...]*"(IG), "*C'est normal, il ne faut pas culpabiliser*"(3A). Generelt diskutes de råd og advarsler, der gives i materialerne, ikke. Logos ligger i det, der ligner forholdsvis neutralt oplysende materiale, hvor man går ud fra, at de fremlagte fakta er sande. Når der i materialerne ikke stilles spørgsmål ved rigtigheden af oplysningerne, så er chancen for, at modtager ubevidst anser dem for

<sup>28</sup> [https://www.lilly.fr/docs/patho/neuropsy/depression/medicaments\\_antidépresseurs.pdf](https://www.lilly.fr/docs/patho/neuropsy/depression/medicaments_antidépresseurs.pdf).

sande også relativt stor, især hvis modtager ikke i forvejen har en ekspertise i psykiatri, hvilket man må formode, at langt de færreste modtagere af disse materialer har.

Med hensyn til råd og advarsler, så konstaterede jeg allerede i min gennemgang af appelformer<sup>29</sup>, at materialet kan betragtes som en rådgivende tale. Man går efter at påvirke modtagers fremtidige ageren. Dette formål udføres blandt andet ved hjælp af en brug af pathos, hvor man sigter efter modtagers følelser med både løfter og advarsler. Der er dog ikke mange eksempler på direkte udtrykte løfter, som eksempel ses "*Avec les antidépresseurs les poids de la dépression va se faire peu à peu plus légère sur vos épaules. Vous pouvez progressivement reprendre vos activités habituelles. Avec la même envie, le même plaisir, et la même énergie qu'autrefois*"(3B) og "*Les médicaments antidépresseurs améliorent les symptômes de la dépression [...] Ce fonctionnement normal persiste après l'arrêt du traitement*"(1A). Her vækker man modtagers følelser af håb ved at love et bedre liv efter brug af antidepressiva. Jeg argumenterer desuden for, at der, mindre udtalt, på alle tre hjemmesider ligger et mere overordnet løfte om en fremtid uden depression, hvis man følger anbefalingerne for behandling. Dette løfte ligger i gentagne beskrivelser af, hvordan behandlingen vil virke mod depressionen.

Advarslerne på de tre sider er til gengæld meget tydeligere formuleret. Der er en del eksempler på, at man udpegsler de negative konsekvenser af, at patienten ikke følger anbefalingerne, for eksempel: "*Une de premières causes de rechutes rapides est sans doute l'arrêt trop précoce du traitement antidépresseur par les patients*"(3C), "*A ce stade, le risque est d'être trop optimiste et de vous croire totalement guéri [...]*"(3C), "*Les patients peuvent être tentés d'arrêter leur traitement durant cette période critique, une fois les symptômes disparus. Mais c'est prendre le risque de les voir réapparaître aussitôt !*"(2A), "*Si au contraire vous tardez à consulter un médecin, elle va s'aggraver*"(2B), "*Vous ne devez en aucun cas interrompre votre traitement [...] Un arrêt précoce est une cause de rechute*"(2D), "*L'arrêt du traitement pendant cette période critique fait courir un risque très élevé de réapparition des symptômes*"(1C). På denne måde bruger man pathos til at aktivere modtagers frygt for de negative konsekvenser og skræmme modtager til at handle i overensstemmelse med det anbefalede. Virkningen er stærkest i teksterne fra Lundbeck og Lilly France, fordi man her taler direkte til modtager. På Info-depression.fr tales der ikke til modtager men om

---

<sup>29</sup> Se afsnit 4.4.l.

effekten af afslutning af behandlingen, hvilket virker mere som en forklaring end en advarsel.

Derudover ses pathos i graden af indlevelse i teksterne på alle tre sider: “*Vous perdez confiance en vous. Vous ne parvenez plus à vous intéresser à des choses qui, il y a peu de temps encore, vous plaisaient [...]*”(2B), “*si la personne dépressive se sent souvent incomprise, le médecin, lui, sait reconnaître la dépression. Il comprendra votre mal-être et votre douleur*”(2B), “[...] *votre tristesse et vos angoisses, qui “consomment” toute votre énergie au profit de ruminations tristes et pessimistes*”(3B), “[...] *quand on souffre de dépression, il n'est pas évident de parler de ses sentiments et de ses émotions*”(IE). Det lader til, at der på samtlige sider er gjort noget for, at modtager skal føle sig forstået. I teksterne fra Info-depression.fr ser man også indlevelse via de små patientfortællinger, som har den funktion, at modtager skal kunne relatere til dem. I denne sammenhæng bør også nævnes, at alle tre hjemmesider gør brug af det retoriske virkemiddel, det er at stille de spørgsmål, som man kunne forvente, at modtager vil have svar på. På denne måde udviser man også en forståelse for modtagers behov. Målet, med at beskrive modtagers følelser og “gætte” på modtagers forventninger til materialet, kan være at udvise empati, at overbevise modtager om, at her er en afsender, som forstår, hvordan det føles at have en depression, og som gerne vil hjælpe.

Her bevæger vi os over i ethos, nærmere bestemt den del, der udgøres af *eunoia*, altså velvilje overfor modtager. De råd og advarsler, der fremføres i empirien, giver klart det indtryk, at afsenderne vil modtagers bedste: der fokuseres på, hvordan depressionen bedst kan behandles, og afsenderne virker hele tiden overbeviste om, at deres vejledning vil føre til et bedre behandlingsforløb og i sidste ende helbredelse. Som sådan er *eunoia* tydelig, til gengæld er det sværere at få øje på de to andre bestanddele af ethos, *phronesis* og *aréte*.

Med hensyn til *phronesis*, så er afsenders kompetence bevist på alle tre hjemmesider. I materialet gennemgås forskellige aspekter af depression og behandlingsformer, og afsenderne beviser på denne måde, at de ved, hvad de har med at gøre: deres kompetence skinner igennem ved, at de er i stand til at videreforsmidle viden om sygdommen. Dette er især vellykket på Info-depression.fr, hvor den mere detaljerede, tekniske gennemgang af depression og antidepressiva vidner om afsenders kompetence.

Jeg vil argumentere for, at *aréte*, eller den moralske karakter, ikke kommer tydeligt til udtryk på Lundbecks sider og Info-depression.fr. Afsender er helt igennem fraværende

i selve teksterne, men kan dog, i kraft af genren, alligevel ses på hjemmesiderne i form af logoer for henholdsvis Lundbeck, Inpes og det franske sundhedsministerium. Disse to sidstnævnte organisationer besidder muligvis en vis autoritet i sig selv, men det er ikke en, der kommer til direkte udtryk i "talerne", altså i tekstmaterialet, og man kan derfor ikke tale om en direkte brug af aréte. På Lilly Frances side finder man til gengæld et interessant eksempel på udvisning af blandt andet moralsk karakter: "*Mais beaucoup d'informations fausses sont ainsi véhiculées, par exemple sur le fait qu'on ne guérit pas d'une dépression [...]*"(3B). Lilly France demonstrerer her tydeligt sin egen moralske karakterfasthed ved at ville opklare de falske opfattelser, der florerer om antidepressiva. Jeg mener også, at man kan tale om moralsk karakterfasthed på de to andre sider, men på en mere indirekte måde, hvor den moralske karakter bliver en sum af de andre appelformer, forstået på den måde, at afsenders kompetence, indlevelse og velvilje bruges til at hjælpe patienter med depression, hvilket vidner om en vis moralsk karakter.

Generelt set er logos og pathos de mest gennemførte appelformer på alle sider. Logos og pathos bruges tilsammen til at overbevise modtagerne om, at de hellere må handle som anbefalet, hvis de vil helbredes. Man kan endda gå så vidt, som til at sige, at de hellere må handle som anbefalet, hvis ikke de vil forværre deres egen tilstand. Brugen af logos og især pathos er forholdsvis tydelig og vellykket, og giver modtager nogle gode grunde til at agere, som anbefalet. Ethos er også gennemført på de tre sider, men det er kun på Lilly Frances side, at ethos kan direkte identificeres i teksten i form af eunoia, areté og phronésis. Velvilje og kompetence er ligeledes tilstede på Info-depression.fr og i Lundbecks tekster, men den moralske karakter skal findes indirekte i kraft af de andre retoriske virkemidler, og kan ikke aflæses direkte i teksten. Alle tre hjemmesider udviser altså alle tre appelformer, omend ethos overordnet må siges at være brugt i mere indirekte forstand, især af Lundbeck og Info-depression.fr. Med en stærk logos- og pathos-brug og et mindre tydeligt men dog tilstedeværende ethos, mener jeg, at alle tre sider har et godt udgangspunkt for at virke overbevisende på modtager.

### 5.II.3 Billeder - denotation og konnotation

I den udvalgte empiri er der tyve forskellige billeder, så jeg har ikke her mulighed for at analysere hvert enkelt billede dybdegående. Jeg vil i stedet fremhæve de billeder, som i sammenhæng med ovenfor udførte tekstanalyse, er mest interessante i forhold til

fremstillingen af patienten og derudover kort opsummere den generelle brug af billeder på de tre sider.

De udvalgte sider fra Info-depression.fr kan overordnet deles ind i to sektioner: de, der ligger under sektionen *Les solutions thérapeutiques* og undersiden *Les médicaments antidépresseurs* (IA, IB og IC) og som omhandler antidepressiva, og de, der ligger under sektionen *Ce qu'on peut faire par soi-même* (ID, IE, IF og IG) og som handler om patientens egne muligheder for at påvirke behandlingen i positiv retning.

På IA, IB og IC finder man det samme tegnede billede (på IA dog i beskåret form). På det denoterede niveau forestiller billedet en mand, som er i gang med at tage det første skridt på vej op af en trappe. Han er klædt i en hvid bluse og et par blå buksler, man kan ikke se hans ansigt. Ved siden af trappen er der en stueplante. Farverne er lyse. Der er altså ikke umiddelbart noget i billedet, som har noget med depression eller sygdom i det hele taget at gøre. På det konnoterede niveau må vi dog se billedet som en forankring af tekstens betydning, og da teksten omhandler depression, og mere indirekte patienter med depression, så kan man tolke manden på billedet som en patient med depression. Manden er i gang med at stige op af en trappe, hvilket på det konnoterede niveau kan tolkes som en metafor for at stige op af depressionen. Den konnoterede betydning kan altså være en patient, som aktivt er ved at komme ud af depressionen. På denne måde forankres tekstens omtale af antidepressiva som aktør i patientens helbredelse i billedet af en patient, der aktivt bevæger sig opad, altså en patient i bedring.

Ser man på billedet på IE er det tegnet i den samme stil. På det denoterede niveau ser vi et ansigt, der ligger ned. Øjnene er lukkede og ansigtsudtrykket er relativt neutralt, der er ingen tydelige følelser at aflæse. Ingen giver det denoterede niveau ikke et særligt klart billede af, hvad det er vi ser, billedet kunne bringes i et utal af forskellige sammenhænge. På det konnoterede niveau kan vi dog igen se billedet som en forankring af tekstens betydning. Teksten omtaler vigtigheden af at udtrykke sin smerte og acceptere at få hjælp til at komme ud af depressionen, og vi kan derfor igen se personen på billedet som en patient. Det ligner, at personen sover, men personen er under alle omstændigheder i en passiv stilling, som afspejler tekstens budskab om at acceptere hjælp ( modsat selv at handle).

Det sidste billede jeg vil fremhæve fra Info-depression.fr er den lille tegning, der ses i øverste venstre hjørne som en del af sidehovedet på samtlige undersider. Her ser man på det denoterede niveau en mand, der gårende i et lyst sæt tøj bevæger sig væk fra

en væg. På væggen er en mørk skygge af en person, der sidder foroverbøjet med hænderne i skødet. Set som en forankring af titlen i sidehovedet, "Info-depression.fr, en savoir plus pour en sortir" kan vi på det konnoterede niveau tolke personen, som en, der går væk fra de mørke skygger, eller en patient, der er på vej væk fra sin depression. Patientens lyse tøj står i kontrast til den mørke skygge, som patienten bogstaveligt går væk fra. Billedet kan her ses som et udtryk for sidens overordnede formål: at hjælpe depressionsramte ud af sygdommen.

Generelt er personerne på tegningerne på Info-depression.fr forholdsvis neutrale, der er ikke mange tegn, som i sig selv afslører noget om, hvordan vi skal tolke billedernes betydning. Jeg vil derfor argumentere for, at samtlige billeder må ses som forankringer af de tekster, de bringes sammen med, og at deres betydning først klart kan aflæses i sammenhæng med disse tekster. I forhold til teksterne kan personerne i tegningerne tolkes som patienter med depression. De fremstilles som henholdsvis en aktiv patient, der bevæger sig væk fra depressionen, og en mere stillestående patient, som forholder sig passivt. Det interessante er så, at billedet med den aktive patient optræder på de sider, der handler om antidepressive midler, mens billedeerne af de mere passive patienter (ID, IE, IF, IG) bringes i sammenhæng med tekster, der omhandler patientens egne handlemuligheder i forhold til sygdom og behandling.

På Lundbecks sider vil jeg fremhæve to billeder. Det første foto findes på 2C og viser på det denoterede niveau to personer, der sidder overfor hinanden. Forrest i billedet sidder der en person med ryggen til. På den anden side af bordet, i billedets slørende baggrund, sidder en gestikulerende person i en hvid kittel. Mandens hvide kittel, det kontorlignende rum og personernes placering overfor hinanden på hver side af et skrivebord kan i sig selv konnotere, at der er tale om en samtale mellem en læge og en patient. Lægens gestikuleren angiver, at han er den aktive part i interaktionen, selvom patienten er den, der er stillet skarpt på. Lægens tydelige gestikuleren konnoterer også, at vi har at gøre med en fagperson, som har en vis kompetence, og som hjælper patienten. Billedet giver allerede i sig selv en klar betydning, men virker også som en forankring af teksten, der blandt andet beskriver, hvordan lægen træffer beslutninger om behandlingen på baggrund af samtale med patienten.

Det andet billede er et foto på 2D. Her ses en kvinde, som ligger på en pude med en dyne om sig, formentlig i en seng eller på en sofa. Kvinden er vågen og har et nedtrykt eller ligegyldigt udtryk i ansigtet. I sig selv fortæller det denoterede billede ikke, at vi har specifikt med depression at gøre, men på det konnoterede niveau, kan vi se

teksten forankret i billedet. Teksten beskriver, hvordan patienten skal være tålmodig og vente på, at medikamenterne virker. Desuden beskrives symptomer, som forbindes med utidig afbrydelse af den medicinske behandling. Disse symptomer er blandt andet angst og søvnløshed, hvilket man, med hjælp fra teksten, vil kunne fortolke ud fra billedet. Ingen er billedet altså en forstærkning af tekstens budskaber.

Billederne på Lundbecks sider fremstiller udelukkende patienter, der ikke er aktivt handlende. Jeg vil desuden argumentere for, at billederne på Lundbecks sider i sig selv har en mere klar konnoteret betydning end billederne på Info-depression.fr, men at de stadig kan betragtes som en forankring af teksterne budskaber.

På Lilly Frances sider ser vi også billeder i form af fotos. Det første billede, jeg vil kigge på, findes på 3A og forestiller to personer, der er ude at cykle. På det denoterede niveau kan vi lægge mærke til, at personerne cykler i en skov, solen skinner og personerne er klædt i fritidstøj. På det konnoterede niveau kan kombinationen af fritidstøj, fysisk aktivitet og godt vejr udtrykke frihed og sundhed. Set som en forankring af teksten, må man især lægge mærke til tekstaftsnittet lige under billedet, hvor patienten opfordres til at dyrke sportsaktiviteter. I mere bred forstand, i forhold til den øvrige tekst, så konnoterer billedet personer, nok patienter, som lever et aktivt liv, og som belønning får frihed og sundhed.

På 3B, som handler om antidepressive midler, ser man på anden side, nederst til højre, et foto af en smilende kvinde i en hvid kittel med et stetoskop om halsen og et clipboard i hånden. I en sløret baggrund er der yderligere to personer klædt fra top til tå i henholdsvis blå og rød. På det konnoterede niveau vil billedet i sig selv tydeligt afkodes som en læge i forgrunden og to sygeplejersker i baggrunden. Lægen virker imødekommen, og de to samtalende sygeplejersker i baggrunden konnoterer et behageligt miljø. Set i forhold til teksten, hvor patienten opfordres til at tale med sin læge om uønskede bivirkninger af antidepressive midler, så konnoterer billedet den imødekommen og hjælpende læge.

Det sidste billede, jeg vil analysere, er midt på første side, 3C. Her ser man på det denoterede niveau en mand med et barn på skødet. Både mand og barn smiler. Manden er iklædt en sort trøje, mens barnet har en ternet skjorte og rene, hvide bukser på. På det konnoterede niveau vil de fleste nok se barnet og manden, som stående i nær relation til hinanden, mest oplagt som far og søn. Begge smiler og er glade, de er rene og pæne i tøjet, de konnoterer en afslappet form for familielykke. 3C handler om, hvornår man kan anse sig selv for helbredt, og hvad man risikerer ved at afbryde behandlingen

for tidligt. Som en forankring af dette kan billedet ses som et løfte om, hvordan livet efter depressionen vil være, såfremt man følger anbefalingerne.

Udover de gennemgåede billeder, er der på Lilly Frances sider også et par billeder af mere symbolsk karakter, hvor tekstens budskaber ikke umiddelbart forstærkes. Det er blandt andet på 3B, hvor man ser billeder af et ur og af en bunke piller. Disse billeder illustrerer, hvad teksterne handler om, men bidrager ikke med en uddybning af eller en tilføjelse til tekstens budskaber.

På de tre hjemmesider er der ganske få billeder, som i kraft af sig selv ville konnotere depression, eller sygdom i det hele taget, selvom billederne på Lilly Frances og Lundbecks sider afkodes langt tydeligere end dem på Info-depression.fr. For samtlige billeder gælder dog, at når de ses i sammenhæng med teksterne, så er de nemme at afkode, de får pludselig en meget klar betydning. Ser man billederne som forankring af teksternes budskaber er det tydeligt, at de har en forstærkende effekt: de udtrykker det, som man i teksten argumenterer for. Billederne bliver på denne måde endnu et argumentationsredskab, som i visuel forstand beviser tekstens budskaber. Ligesom det var tilfældet i analysen af agens, så bliver patienten i de fleste tilfælde ikke fremstillet som en aktiv agerende person, og når patienten på billeder så optræder som aktiv, så er det i overensstemmelse med de i teksten anbefalede tiltag. Patienten fremstilles altså igen som en relativt passiv aktør, især som genstand for den kompetente og venlige læges hjælpsomhed. Tekst og billeder er for så vidt fuldt ud integrerede på alle tre hjemmesider, de støtter op om de samme budskaber, og hvor teksterne ganske enkelt er nødvendige for afkodningen af de fleste af billedernes betydning, så er billederne en forstærkende faktor i forhold til teksternes betydning.

### 5.1.2 Framing

Dette afsnit vil især behandle den lokation, som Entmans kalder teksten<sup>30</sup>, og som i dette speciale består af de tre hjemmesider. Jeg vil dog også komme ind på den lokation, der benævnes som kulturen, altså samlingen af rammer.

Med udgangspunkt i Entmans fire funktioner for rammer<sup>31</sup>, kan der findes hovedsagligt to funktioner på de tre hjemmesider: for det første defineres et problem, nemlig sygdommen depression, og for det andet foreslås løsninger på dette problem. Man

<sup>30</sup> Se afsnit 4.2.

<sup>31</sup> Se afsnit 4.2.

går, interessant nok, ikke ind i at diagnosticere årsager til problemet eller udøve moralske vurderinger, hvilket kan have at gøre med, at man ikke mener, det har nogen relevans i forhold til hjemmesidernes overordnede formål, nemlig at informere patienter og instruere dem i, hvordan de skal forholde sig til deres sygdom.

Definitionen af problemet ligger i beskrivelserne af sygdommen og symptomerne, som især er udtrykt ved hjælp af appelformerne logos og pathos som en faktuel gennemgang af sygdommens karakteristika samt en indlevelse i patientens tilstand. En ret stor del af materialerne lader til at have til formål netop at definere problemet, at beskrive sygdommen til bunds.

Langt den største del af den udvalgte empiri fokuserer dog på løsninger på problemet, det vil sige på, hvordan man kan helbrede patienter med depression. Herunder hører de mange forklaringer af forskellige behandlingsformer, med stærk overvægt på den medicinske behandling. I de analyserede materialer er der et vist fokus på antidepressiva som behandlingsmetode, men dette skyldes også til dels, at jeg har udvalgt sider, som handler om netop dette. Man finder også, på alle tre hjemmesider, beskrivelser af psykoterapi som behandlingsmetode. I flere tilfælde understreges psykoterapi som en nødvendig del af behandlingen, for eksempel "*Les principaux traitements de la dépression sont la psychothérapie et les médicaments. Ils sont complémentaires*"(2C). Alle tre sider fremhæver psykoterapi og sidestiller psykoterapi med den medicinske behandling, men i den gennemgåede empiri uddybes psykoterapi ikke på samme måde som den medicinske behandling. Det skal dog siges, at Info-depression.fr har en sektion, som ikke er inkluderet i empirien for dette speciale, hvor emnet psykoterapi behandles, og overordnet set sidestilles psykoterapi altså med antidepressiva på denne side. Lilly France og Lundbeck har ikke den samme omfattende gennemgang af psykoterapi på deres sider, hvilket nok skal forklares med, at disse to sider jo er repræsentanter for virksomheder, som blandt andet lever af at sælge antidepressiva. Det kan være et valg at frame behandlingen først og fremmest i form af behandling med antidepressiva, hvis det netop er antidepressiva, man sælger. Når de nævner psykoterapi som en vigtig del af behandlingen, så er det formentligt for at fremstå som ansvarlige i forhold til det, der fra offentlig side anbefales, som Lilly France selv skriver: "*De simples changements d'habitude de vie, une psychothérapie, peuvent avoir un réel impact sur votre moral et votre niveau d'anxiété. D'ailleurs, les autorités de santé insistent sur l'intérêt de ces mesures [...]*"(3A). Det ville virke for tydeligt framet, hvis man udelukkende nævnede antidepressiva som behandlingsform, og faren ville

være, at en så tydelig framing ville kunne fratage siderne deres troværdighed og få dem til at fremstå som rene reklamer.

Hvis man kan sige, at antidepressiva og psykoterapi frames som ligeværdige aspekter af behandlingen, så indtager patientens egne initiativer en mindre obligatorisk plads. På alle tre sider understreges vigtigheden af at følge den af lægen anbefalede behandling (især den medicinske behandling), mens de øvrige tiltag, som patienten selv kan sætte i gang, beskrives mere som et supplement, for eksempel: "*Les pratiques présentées ci-dessous font mieux que procurer une simple « distraction d'esprit » [...] Mises en oeuvre de façon progressive, en complément du traitement de fond (psychothérapie, médicaments) et en respectant les limites qu'impose la maladie, elles peuvent vraiment contribuer au soin et à la guérison*"(IG). På samme måde gentages det på alle tre sider mange gange, hvor farligt det er at afbryde den medicinske behandling før tid, mens der ikke beskrives nogle negative konsekvenser ved ikke at følge de livsstilsråd, der gives. Dette er en klar framing af især den medicinske behandling som værende den afgørende faktor i helbredelsesprocessen, mens øvrige tiltag fra patientens side ikke tillægges større betydning. Man framer altså den behandlingsform, som patienten ikke selv er herre over, som den nødvendige, og lægen og de antidepressive midler bliver på denne måde udnævnt som de aktive eksperter, mens patientens egne tiltag frames som muligt gavnlige men ikke videre vigtige, og patienten bliver dermed reduceret til en underordnet aktør, som er afhængig af netop lægen og medikamente. Disse to frames står på sin vis i kontrast til hinanden og virker indbyrdes forstærkende.

Som det sås i foregående afsnit af analysen<sup>32</sup>, fremstilles patienten som en forholdsvis passiv aktør i behandlingen af depression. Dette udgør også en del af den framing, der anvendes især i forhold til at foreslå løsninger på problemet. De mest afgørende løsninger på det angivne problem, altså behandling af depression, er løsningsforslag, hvor patienten ikke selv er den ansvarlige eller den, der tager beslutningerne. Tværtimod fremhæves vigtigheden af, at patienten følger lægens anvisninger, gang på gang på alle tre hjemmesider. En aktiv, kritisk patient, som selv insisterer på at styre sit behandlingsforløb og deltage i beslutningerne om, hvordan behandlingen skal foregå, vises ikke. Denne selvstændige patient udelades af framingen i den valgte empiri, og det betyder, at modtagerne af de analyserede materialer ikke bliver præsenteret for denne

<sup>32</sup> Se afsnit 5.I.I.I, 5.I.I.2 og 5.I.I.3.

form for stillingstagen til behandlingen, de bliver kun vist den konformistiske patient, som udelukkende handler i overensstemmelse med lægens beslutninger, og må derfor uddrage, at det er sådan, man som patient må forholde sig.

Som tidligere nævnt<sup>33</sup> er ingen fremstilling af en given situation neutral, enhver sag vil altid være framet på en bestemt måde. Fremstillingen af antidepressiva er heller ikke neutral, og man ser på alle tre sider en overvejende positiv framing af de antidepressive midler. På alle tre sider gennemgås det, hvordan antidepressiva har en effekt på hjernen, som vil hjælpe til at kurere depressionen. Der nævnes kort, at der kan være uønskede bivirkninger, men på alle tre sider nedtones disse bivirkninger: *“Des effets indésirables peuvent parfois apparaître en début de traitement. Ils sont en général passagers et s’atténuent progressivement jusqu’à disparaître”*(2D), *“Le plus souvent, les effets indésirables du traitement antidépresseur disparaissent avec la poursuite du traitement”*(3B), *“Comme tout médicament, les médicaments antidépresseurs peuvent avoir des effets indésirables [...] Un grand nombre de ces effets vont disparaître avec la poursuite du traitement [...]”*(IC). Der opfordres til at søge lægehjælp, men mest for en sikkerheds skyld, og patienten opfordres ikke til at tage stilling til, om antidepressiva overhovedet er det rigtige behandlingsmiddel i den givne situation. Framingen er, at antidepressiva indiskutabelt virker mod depression i alle tilfælde, og at bivirkningerne er af mindre alvorlig karakter.

På et overordnet plan er framingen af den situation, det er at have en depression, at patienten er en aktør, som ikke selv tager stilling til behandlingen, men blot gør sit bedste for at leve op til de anbefalinger og anvisninger, der gives. Det er værd at bemærke, at der ikke foregår en framing, hvor patienten opfordres til selv at sætte sig mere dybdegående ind i de forskellige behandlingsmetoder, ligesom man heller ikke ser en iscenesættelse af en patient, som bevidst tager stilling til sin egen behandling eller tager ansvar for denne. Med hensyn til de antidepressive medikamenter er der også en bemærkelsesværdig framing: der gøres meget ud af at fortælle, at de antidepressive medikamenter virker, at man aldrig må afbryde behandlingen på eget initiativ og at bivirkningerne ofte er minimale, mens der ikke gøres meget ud af at beskrive, hvordan de kan have skadelige effekter, eller hvordan de kan være virkningsløse. Denne framing giver et klart indtryk af, at antidepressiva ganske enkelt bare virker for alle, og at man

---

<sup>33</sup> Se afsnit 4.2.

ikke, som patient, bliver nødt til at tage stilling til, hvorvidt man overhovedet vil i medicinsk behandling. Denne framing stiller på denne måde patienten overfor et ret enkelt valg, nemlig at gøre som anbefalet.

Med hensyn til kulturen, som en af framing-processens fire lokationer<sup>34</sup>, så viser analysen af frames, at der er en homogen brug af rammer på de tre sider. Vi har her en samling af rammer fra tre forskellige hjemmesider, som som er relativt ens. Patientens rolle, lægens rolle og de antidepressive midlers virkning frames på mere eller mindre den samme måde på samtlige sider. Dette kan tyde på, at der er et sammenfald i diskurser og eventuelt genre, hvilket vil blive diskuteret i følgende afsnit samt afsnit 5.2.

### 5.1.3 Myter og diskurser

Som vi så i analysen af billeder<sup>35</sup>, fremstilles patienten som en forholdsvis passiv aktør i behandlingen af depression. Dette støtter i første omgang op om tekstens øvrige budskaber, men i bredere forstand kan man sætte konnotationerne af den passive patient i en mere generel samling af konnotationer, altså en myte, hvor man på et samfundsmæssigt plan ser patienter med depression på en bestemt måde. Der er forskelle i billederne på de tre sider, men den overordnede fremstilling af patienten på de gennemgåede billeder er en patient, der ikke foretager sig noget aktivt i forhold til behandlingen. Den passive patient kan her ses som en myte om, at almindelige, civile patienter er ude af stand til selv at tage ansvar for deres sygdom, de er 'svage' eller 'skrøbelige' og har heller ikke den viden, der skal til for at træffe de rette beslutninger i forhold til behandlingen. Dette kan ses som en cementering af et mere gammeldags, paternalistisk syn på patienter som nogen, der blot skal følge lægens anvisninger, fordi lægen er den autoritære ekspert. Man skal heller ikke overse, at der med depression er tale om en psykisk sygdom, og at dette også kan knytte sig til nogle myter om, hvad patienter med psykiske sygdomme er i stand til på egen hånd. Psykiske sygdomme har traditionelt set været genstand for en vis grad af manglende forståelse i samfundet, hvilket kan have resulteret i en myte, hvor man lægger de psykisk syges skæbne i hænderne på eksperterne, netop fordi det er et område, som almindelige borgere, og dermed også de fleste patienter, ikke ved ret meget om. Det faktum, at psykiske sygdomme i visse tilfælde kan have en effekt på patientens virkelighedsopfattelse, kan

<sup>34</sup> Se afsnit 4.2.

<sup>35</sup> Se afsnit 5.I.I.3.

også have skabt en myte, hvor man ser, at patienter med psykisk sygdom i mindre grad end mange andre former for patienter er i stand til at træffe beslutninger om egen behandling.

De afbildede læger deler også nogle konnotationer, som kan henvise til en myte. Lægerne fremstilles som dygtige, hjælpsomme fagpersoner, som i mytisk forstand repræsenterer et sundhedssystem, som både er kompetent og indstillet på at hjælpe patienterne. Et sådant sundhedssystem giver ikke patienten grund til at forholde sig kritisk eller selvstændigt til behandlingen og støtter dermed også op om myten om den passive patient. Tilsammen konstruerer disse to myter en forestilling om en patient, som ikke kan tage vare på sig selv og sin behandling, og et sundhedssystem, som heldigvis vil tage sig godt af patienten og påtage sig ansvaret for at kurere sygdommen. Denne myte kan i sig selv danne det billede, at man, ved at fratauge patienterne ansvaret for behandlingerne, gør dem en tjeneste.

De diskurser, som kan aflæses i empirien, bygger langt henad vejen på de samme ting som både framing og myter afslører: patienten har en rolle i behandlingen, som for det meste indebærer en passiv indordning i forhold til de anvisninger, der gives af relevante autoriteter, og de beslutninger, der træffes af lægen. Der tales både til og om patienten på måder, som skal opfordre patienten til at påtage sig denne rolle.

I denne sammenhæng kan man også lægge mærke til, at alle de oplysninger og anvisninger, der findes på de tre hjemmesider, fremføres som vedtagne sandheder. Der lægges på ingen måde op til, at der skal reflekteres over eller diskuteres, hvorvidt disse informationer eller vejledninger er hensigtsmæssige i forhold til den enkelte patient og det enkelte sygdomstilfælde. Dette afslører også en diskurs, hvor de pågældende afsendere, altså Inpes, det franske sundhedsministerium, Lundbeck og Lilly France, har en naturaliseret autoritet til at fremføre informationer og vejledninger uden, at modtager skal tage stilling til, hvorvidt det, der bliver sagt, er sandt eller rigtigt.

Trods mindre forskelle mellem de tre hjemmesider, har tekst- og billedanalysen vist, at framing, myter og diskurser i meget vid udstrækning går igen i samtlige analyserede tekster. Der er dermed tale om en diskursorden, hvor man taler til og om patienter med depression på samme måde. I denne diskurs konstrueres patienten som en aktør, der først og fremmest er genstand for den behandling, som fagpersonale udfører, og som følge heraf har til opgave at forholde sig ukritisk og følge anbefalinger til punkt og prikke.

Der er endvidere en fælles diskurs, hvor den positive effekt af antidepressiva er et naturaliseret faktum, som ikke diskuteres eller udfordres. Denne diskurs er også et udtryk for en diskursorden, hvor der ikke stilles spørgsmålstege ved de informationer, som patienten præsenteres for, og hvor resultatet igen er, at patienten må indordne sig behandlingen uden selv at tage stilling til den.

Disse diskurser har som resultat, at patienten fratas ansvar men også magt over sin egen behandling. Patienten har dog ansvaret for at agere i overensstemmelse med det anbefalede. Diskurserne kan være fremført ubevidst, netop fordi de er følger af herskende myter, altså i sidste ende som udtryk for dominerende ideologier. De kan dog også være fremført mere bevidst for at overbevise patienten om, at han eller hun skal agere på en bestemt måde. Disse aspekter vil jeg diskutere mere indgående, når jeg tager fat på diskussionen af den sociale praksis i afsnit 5.3.

## 5.2 Den diskursive praksis

Analysen af den diskursive praksis<sup>36</sup> vil omfatte teksterne produktion, distribution og konsumption. Denne del af analysen vil fokusere på forholdet mellem afsender og modtager, genren og mediet, og så vil jeg til sidst inddrage de diskurser, frames og myter, som blev afdækket i foregående analysedel<sup>37</sup>. Analysen af den diskursive praksis skal være med til at identificere teksterne plads og funktioner i forhold til den samfundsmæssige sammenhæng.

### 5.2.1 Afsender og modtager

I den valgte empiri optræder der fire afsendere, to offentlige instanser i form af Inpes og det franske sundhedsministerium, og to medicinalvirksomheder, Lundbeck og Lilly France. Vi har dermed to forskellige typer afsendere for de tre hjemmesider. Modtagerne af teksterne på de tre hjemmesider kan derimod formodes at tilhøre en samlet gruppe, nemlig patienter med depression. Dertil kommer så pårørende til patienter med depression eller civile borgere, som enten kunne frygte selv at have en depression, eller som gerne vil vide mere om emnet. Modtagerne kan endvidere begrænses til de, der kan læse og bruge internettet, hvilket vil være langt de fleste. Fælles for de tre hjemmesider er også, at det anvendte sprog er relativt letlæseligt og ikke kræver yderligere kendskab til medicin eller psykiatri. Modtagerne og afsenderne af hjemmesiderne udgør tilsammen to af de fire lokationer, som Entman gennemgår i sin teori om framing<sup>38</sup> og har dermed også indflydelse på den framing, der foregår på de tre hjemmesider.

Det er vigtigt som det første at slå fast, at hjemmesiderne ejet af henholdsvis Lundbeck og Lilly France er af kommercial karakter. Disse to virksomheder sælger begge antidepressiva, og modtagerne, patienter med depression, er i sidste ende brugerne af netop disse produkter. I den forbindelse må disse to virksomheder også have en interesse i at stå i et godt forhold til disse modtagere. I modsætning til mange andre kommersielle situationer, så er det oftest ikke kunden selv, altså patienten, der vælger sit medikament, og der er altså ikke tale om en direkte promovering af specifikke produkter. Denne promovering af bestemte produkter ville i stedet blive rettet mod de fagpersoner,

<sup>36</sup> Se afsnit 4.I.2.2.

<sup>37</sup> Se afsnit 5.I.2 og 5.I.3.

<sup>38</sup> Se afsnit 4.2.

som udskriver medicinen. Når disse virksomheder så alligevel har et ønske om et godt forhold til forbrugerne, så kan det snarere hænge sammen med spørgsmål om image, om at virksomheden legitimerer sin plads i samfundet ved at vise sin velvilje overfor de forbrugere, hvis liv den har en indflydelse på. Dette speciale skal ikke handle om image eller PR, men det er vigtigt at fremhæve, at disse hjemmesider formentlig er skabt ud fra et ønske om at skabe en god relation til brugerne af de medikamenter, der sælges af disse to virksomheder. Det er vigtigt at holde fast i, at for kommercielle foretagender er målet i sidste ende at skabe økonomisk overskud, selvom disse to hjemmesider ved første blik kunne ligne at være skabt til alment velgørende og oplysende formål. Disse formål er dog heller ikke gensidigt ekskluderende.

Som kommercielle foretagender, der kan have en økonomisk interesse i, at modtagerne indtager antidepressiva, har disse to afsendere ikke i sig selv en autoritet. De er ikke automatisk respekterede men skal i stedet vinde modtagers tillid, og det så vi blandt andet udført ved hjælp af appelformer<sup>39</sup>. Her overbeviste begge sider om rigtigheden af det, de fremførte, i kraft af brugen af logos, pathos og i mindre grad ethos. De beviste på denne måde overfor modtagerne, at de fremførte fakta var sande, og at de som afsendere kunne leve sig ind i patientens følelser, hvilket i sidste ende er med til at etablere en positiv relation mellem afsender og modtager.

Hvis vi ser på Info-depression.fr, så er den produceret i et samarbejde mellem det franske sundhedsministerium og Inpes, det nationale institut for forebyggelse af og oplysning i sundhed. Der er altså tale om to offentlige størrelser, som ikke har kommercielle formål, men til gengæld har til opgave at oplyse den brede befolkning. Allerede her kan vi konkludere, at der ligger mindst en klar funktion på hjemmesiden, nemlig at gøre den almindelige borger klogere på, hvad det vil sige at have en depression, og hvad der kan gøres ved denne sygdom. Det er også vigtigt at bemærke, at Info-depression.fr er skabt som en del af en større oplysningskampagne om depression<sup>40</sup>, som er rettet mod den helt almindelige franske borger.

Forholdet til modtagerne er på sin vis defineret på forhånd: både det franske sundhedsministerium og Inpes er autoriteter, som den almindelige borger vil kende, og som i egenskab af deres egne funktioner som udgangspunkt har en vis tillid blandt

---

<sup>39</sup> Se afsnit 5.II.2.

<sup>40</sup> Se afsnit 3.I.

borgerne. Det kan betragtes som deres opgave at hjælpe borgerne, og dermed kan modtagerne føle sig trygge ved de oplysninger, som gives på siden.

Afsnit 5.II afslørede, at den største forskel på de tre hjemmesider er, at Info-depression.fr ikke på samme måde som de andre to sider henvender sig direkte til modtageren. Dette kan tyde på, at funktionen med Info-depression.fr er af mere oplysende karakter, hvor man på de to andre sider måske i højere grad søger at skabe en relation til modtager. Inpes og det franske sundhedsministerium er ikke i samme grad afhængige af at skabe denne relation til modtagerne, de har ikke produkter, der skal sælges, og de har i kraft af deres egenskaber på forhånd en vis selvfølgelig autoritet overfor modtagerne; de har i første omgang blot til formål at oplyse borgerne. Der kan dog også være andre formål med denne oplysning. Som allerede konstateret, er enhver tekst genstand for framing, og en bestemt framing kan påvirke modtager til en bestemt adfærd. Dermed kan formålet med en oplysningshjemmeside fra det offentlige også være at påvirke borgerne til at påtage sig en bestemt adfærd. Særligt sundhedsministeriet har jo også opgaver, som for eksempel behandlingen af syge borgere, som borgernes adfærd indvirker på, og det kan ikke udelukkes, at man med en bestemt framing også ønsker at skubbe patienten til at opføre sig på en måde, som er fordelagtig i forhold til disse opgaver. Set i dette lys er det heller ikke uvæsentligt, hvordan modtager opfatter afsender, og selvom det franske sundhedsministerium og Inpes i sig selv besidder en helt anden troværdighed og autoritet i forhold til borgeren end de to medicinalvirksomheder gør, så er der stadig et behov for at overbevise modtagerne om, at det man anbefaler skal overholdes, og for at have et godt forhold til modtagerne.

Der er altså afgørende forskel på afsender-modtagerforholdet mellem henholdsvis patienter og medicinalvirksomheder og patienter og offentlige instanser, men begge former for forhold har til fælles, at de forudsætter et behov for at overbevise modtager om, at de fremlagte anbefalinger er korrekte og bør efterleves. I tillæg hertil, er det også afgørende for begge typer afsendere, at man har et godt forhold til modtager, så denne kan stole på en, fordi dette er en afgørende faktor for, om modtager følger ens anvisninger.

## 5.2.2 Genre og medie

Som nævnt i afsnit 4.5.2, hænger mediet internettet og de forskellige genrer for hjemmesider uløseligt sammen. Sammenhængen mellem medie og genre er tydelig på både Info-depression.fr, Lundbecks hjemmeside og Lilly Frances hjemmeside. Alle tre hjemmesider indeholder en blanding af tekst, billeder og henvisninger, som er særligt kendetegnene for hjemmesider overordnet set, ligesom de alle tre præsenterer en ikke-lineær fremstilling af tekst.

I det, som Askehave og Nielsen<sup>41</sup> betegner som *navigating mode*, må vi se på de tre hjemmesiders opsætning. Umiddelbart adskiller Lilly Frances hjemmeside sig fra de to andre på en række punkter. For det første er materialet fra denne hjemmeside lagt ud på Lilly Frances overordnede side som pdf-filer. Langt hen ad vejen vil disse pdf-filer kunne udskrives og læses nøjagtigt, som hvis man læser dem på skærmen. De er tilpasset et A4 format, der opträder ikke mikromedier, der er ikke muligheder for at modtager kan kontakte afsender direkte via disse sider, for eksempel i form af direkte henvisninger til sociale medier, kontaktbokse eller andet, og man kan ikke navigere sig direkte rundt i teksterne i en menu eller lignende. Der er faktisk kun et element på disse sider, som gør at de alligevel adskiller sig fra en printet version: på den sidste side i hver af filerne er der klikbare henvisninger til andre hjemmesider. Ud over disse henvisninger er navigating mode faktisk ikke aktiveret, indtil man når til disse links vil man som læser kun bruge *reading mode* på nøjagtigt samme måde, som hvis man havde papiret fysisk foran sig. Der er en inklusion af flere forskellige tekstbokse på siderne, som betyder, at de ikke er lineært opbygget, men dette ville man også kunne se i for eksempel en folder eller en pjece.

På Info-depression.fr og Lundbecks hjemmeside finder vi en mere omfattende involvering af mediet. På disse to sider udnyttes mediets muligheder på en helt anden måde. På begge sider vil man som modtager være i stand til at læse brødteksten og kigge på billederne samtidig med, at man kan navigere direkte rundt i menuerne, som i begge tilfælde befinner sig i venstre side af skærmen. I toppen af begge sider, under sidehovedet, finder man breadcrumbs<sup>42</sup>, som hele tiden viser, hvor på siden man er, ligesom begge sidder også har quicklinks i selve sidehovedet. Udover, i reading mode, at læse teksten på skærmen, tager man altså også hele tiden stilling til, hvilke andre sider

<sup>41</sup> Se afsnit 4.5.2.

<sup>42</sup> Breadcrumbs er betegnelsen for det navigationsværktøj, der består af en linje af henvisninger, der viser, hvor i hjemmesidens hierarki, man befinner sig, og hvordan man er kommet derhen.

på hjemmesiden man ønsker at se. Især på Info-depression.fr er den ikke-lineære opbygning af siden meget tydelig, her har man en brødtekst centreret i skærbilledet, mens man i højre side finder andre former for tekster, for eksempel små patientfortællinger eller ordforklaringer. Man udnytter altså, at man udeover den centrale tekst samtidig kan lade modtager læse andre tekster, som forstærker eller forklarer budskaberne i den centrale tekst. På Lundbecks side er brugen af mikromedier dog mere tydelig. Her har man, i tillæg til tekst og billeder, også indsatt små videoer, som behandler de samme emner, som teksterne. Jeg analyserer som sagt ikke videoerne i dette speciale, men det er vigtigt at bemærke, at de altså er der, og at Lundbeck på denne måde gør brug af mediets muligheder. Lundbeck har også, nederst på samtlige sider, tre bokse som indeholder henholdsvis links til opdaterede nyheder, links til gloseforklaringer og en tilmeldelsesformular til deres nyhedsbrev. Der er altså involveret rigtigt mange forskellige typer kommunikation på hver enkelt side. Udeover selve teksten, billeder og videoerne, som må formodes at skulle udtrykke sidens budskaber, så giver Lundbeck også modtageren muligheden for at foretage sig noget, altså tilmelde sig et nyhedsbrev.

Dette er den eneste form for kommunikation modtager har muligheden for at udføre på de tre sider, og den kommunikation, der ligger i at tilmelde sig et nyhedsbrev er en på forhånd skemalagt kommunikation, hvor modtagers navn og email automatisk registreres, og man kan derfor, når det kommer til stykket, ikke tale om en reel kommunikation. Man kan undre sig over, at ingen af de tre hjemmesider præsenterer reelle muligheder for modtagerinitieret kommunikation, for eksempel mulighed for at kommentere, enten direkte på siderne eller via links til sociale medier, som det ellers er tilfældet på rigtigt mange hjemmesider. Praktisk talt har modtager dermed ikke en stemme på siderne, hvilket også betyder, at forskellige modtagere ikke har mulighed for at diskutere sidens indhold eller kommunikere med hinanden over siden. Afsender beholder således den fulde magt over, hvad der udtrykkes på siden.

Interessant i forhold til genren er også, at Info-depression.fr, som tidligere nævnt i afsnit 3.I, består af tekst og billeder, som også er trykt i form af et hæfte. Det er ikke muligt at afgøre hvorvidt hjemmesiden eller hæftet er publiceret først, så i forhold til produktionen af denne hjemmeside må vi konkludere, at tekst og billeder enten er produceret med henblik på en online fremstilling, med henblik på en trykt fremstilling, eller måske med begge fremstillinger for øje. Tekst og billeder, som vi ser på hjemmesiden, er under alle omstændigheder modifieret i forhold til den online form, hvilket tydeligt ses i navigating

mode, i form af sidernes opbygning, teksterne placeringer i forhold til hinanden og naturligvis navigationsmulighederne.

Med hensyn til siderne fra Lundbeck og Lilly France er der dog ingen grund til ikke at gå ud fra, at de er produceret specifikt til hjemmesiderne. Der er intet, der tyder på, at de er overført fra andet, trykt materiale. På Lundbecks side er det, som ovenfor gennemgået, tydeligt at mediets muligheder er anvendt, mens det forekommer mere usædvanligt, at Lilly France kun i meget lille grad har udnyttet de muligheder, som en online tekst har frem for en trykt tekst. Dette giver umiddelbart det indtryk, at afsender hos Lilly France ikke har forstået det anvendte medie, men man kan også have valgt bevidst at udforme teksterne så de er printvenlige, hvilket måske kunne være en fordel, hvis materialet blev hentet af for eksempel fagpersoner som ville videregive det i printet form til patienter. Der er dog ikke andre ting på Lilly Frances side, der kan støtte op om denne gisning. Alt i alt afslører et kig på navigating og reading mode, at Lundbeck og Info-depression.fr i meget højere grad end Lilly France har forstået at udnytte de muligheder, som mediet giver. Hvis man kigger på udskrifter af de tre hjemmesider, så vil de fleste læsere også hurtigt kunne identificere, at empirien fra Lundbeck og Info-depression.fr er hjemmesider, mens empirien fra Lilly France ikke nødvendigvis afslører det samme, her er det ikke tydeligt, at der er tale om materialer fra en hjemmeside. På denne baggrund kan det se ud til, at de to førstnævnte hjemmesider i kraft af netop de ting vi ser i navigating mode klart tilhører en overordnet genre for hjemmesider, mens Lilly Frances sider på grund af de manglende aspekter i navigating mode ikke lever op til det, vi forventer af en sådan overordnet genre.

Indholdet på de tre sider er dog, som afdækket i afsnit 5.l, langt mere homogent. Vi så en klar overvægt af appelformerne pathos og især logos på alle tre hjemmesider, mens ethos kun var direkte til stede på Lilly Frances side og indirekte på de to andre sider. Dette er interessant i forhold til de resultater, som Selander et al. nåede frem til med deres analyse af en genre for sundhedsinformation i trykt form<sup>43</sup>. Her var pathos gennemgående fraværende mens logos var den overvejende anvendte appelform og ethos også ofte var synlig. De tre analyserede hjemmesider har dog, i overensstemmelse med Selander et al.'s resultater, en meget dominerende brug af logos.

Med udgangspunkt i modellen for vidensorientering fra Selander et al., vil jeg argumentere for, at alle tre hjemmesider befinner sig i felt 3, hvor man finder

---

<sup>43</sup> Se afsnit 4.5.l.

informationer af omfattende, overordnet, konkret og handlingsorienteret art. Her ser man nemlig informationer, der fremlægges som fakta, dog uden at der gåes i ret mange tekniske detaljer. Der er enkelte sider fra Info-depression, for eksempel IC, hvor der er mere funderet belæg for de fakta, der fremsættes, men det overordnede billede af alle tre hjemmesider er en gennemgang af på forhånd vedtagne fakta, som ikke nødvendiggør yderligere forklaring. Formålet med disse fakta kan være at underbygge de vejledninger, som modtager så opfordres til at følge, og dermed er der heller ikke brug for at uddybe fakta mere end, hvad der er nødvendigt for at opfylde dette formål. Det konkrete og handlingsorienterede ligger i, at man giver patienterne ret klare anvisninger for, hvordan de skal forholde sig. I den analyserede empiri var anvisningerne overvejende, at patienten skal forholde sig passivt og følge de råd, der gives både på hjemmesiderne og af lægen<sup>44</sup>. I forhold til felt 3, som Selander et al. definerer det, så er det bemærkelsesværdigt, at pathos er til stede i de online materialer i langt højere grad, mens ethos er meget mindre synlig. Med brugen af pathos kommer emnet tættere på modtager, og afsender forlader sig ikke på at stole på, at logosorienteret information i sig selv er nok til at overbevise modtager om at agere som anbefalet. På denne måde har alle tre hjemmesider taget højde for at sætte de fremlagte oplysninger og anbefalinger i forhold til en reel modtager, som de forsøger at påvirke følelsesmæssigt, hvilket man ikke så i Selander et al.'s gennemgang af det trykte materiale. Disse forskelle kan naturligvis begrænse sig til den valgte empiri, men da samtlige tre hjemmesider faktisk demonstrerer disse to forskelle i forhold til resultaterne fra Selander et al., så kunne det indikere, at der er en genremæssig forskel mellem trykt og online sundhedsinformation. Endvidere skal det også bemærkes, at resultaterne af analysen udført af Selander et al. identificerede langt størstedelen af materialerne i felt 1, altså den abstrakte, detaljerede information, mens empirien for denne analyse tilhører felt 3. Hvis der således er en forskel imellem en genre for trykt sundhedsinformation og online sundhedsinformation, så kan den indholdsmæssigt ligge i det, som Selander et al. efterlyste, nemlig at man i den online sundhedsinformation forholder sig til en reel modtager i form af en patient, for hvem emnet og de oplysninger og anbefalinger, der gives, har konsekvenser. Dette viser, at hvis man kan tale om en genre eller en emergerende genre<sup>45</sup> for online sundhedsinformation, så er den ikke en reproduceret genre, men snarere en modificeret genre, som dog stadig har træk fra den oprindelige, trykte genre.

<sup>44</sup> Se afsnit 5.1.

<sup>45</sup> Se afsnit 4.5.2.

Hvis vi sammenholder de tre hjemmesider, så har de indholdsmæssigt nogle fælles træk, som blev afsløret i afsnit 5.l: der er nogle diskurser, nogle bestemte frames og nogle tekstuelle træk som går igen. Forholder vi os kun til reading mode, så kan disse sammenfald antyde en emergerende genre, som kunne være på vej til at blive en fast genre. Man taler om et bestemt emne på en bestemt måde og man anvender nogle lignende retoriske og semantiske virkemidler. Med navigating mode kan vi se, at de to af hjemmesiderne, nemlig Info-depression.fr og Lundbecks sider, også har mange fælles træk med hensyn til opbygning og udnyttelse af mediets muligheder, mens Lilly Frances sider falder helt ved siden af på dette punkt. Forholdt vi os kun til Lundbecks hjemmeside og Info-depression.fr, ville man kunne sige, at det tyder på en genre, som allerede er fast i sin form, og som muligvis allerede er en decideret genre, mens det faktum, at en side som Lilly Frances demonstrerer mange af de samme indholdsmæssige træk men stort set ingen af de opbygningsmæssige kan vise, at der altså er tale om en emergerende genre, som stadig ikke har fundet sin faste form. Dette kan dog også være et udtryk for en enkelt side, som ikke lever op til en allerede eksisterende genre. Med to sider, så relativt ens i opbygning og indhold som Info-depression.fr og Lundbecks, vil jeg mene, at det tyder på, at man ret kraftigt er på vej til en egentlig, fast genre for online sundhedsinformation. Jeg har desuden, i et tidligere projekt om online kommunikation i forhold til diabetespatienter, undersøgt sider fra medicinalvirksomheden Sanofi og den franske diabetesforening<sup>46</sup> (Sun 2012) og har der kunnet konstatere en emergerende genre for online sundhedskommunikation, som stemmer helt overens med det, vi ser i ovenstående analyse af Lundbecks hjemmeside og Info-depression.fr. Dette støtter yderligere op om, at der er tale om en emergerende genre, som er godt på vej til at have en fast form og dermed være en egentlig, fast genre.

### 5.2.3 Funktioner

Tekstanalysen viste, at samtlige tre hjemmesider fremsætter diskurser og myter<sup>47</sup>, hvor patientens rolle er passiv i forhold til den aktive og hjælpende læge, og de indiskutabelt effektive antidepressiva. Patienten tillægges diskursivt, på baggrund af bestemte myter, et ansvar for at følge autoriteternes anvisninger, men fratages det overordnede ansvar for sin behandling, og dermed også magten over sin egen tilstand. Disse diskurser går igen

<sup>46</sup> Association Française des Diabétiques.

<sup>47</sup> Se afsnit 5.l.3.

på alle tre hjemmesider, ligesom den framing, der foregår på de tre sider, er relativt ens. Som afsløret i afsnit 5.1.2, ses der på de tre hjemmesider en ret homogen kultur i forhold til framing<sup>48</sup>. Dette hænger godt sammen med den overensstemmelse vi finder i forhold til genren, især med hensyn til reading mode<sup>49</sup>. Dette kan endvidere tyde på, at de tre hjemmesider har nogle af de samme funktioner. Som vi så i afsnit 5.2.1, er afsenderne for de tre hjemmesider dog afgørende forskellige, og det kan derfor være relevant at se på, hvilke funktioner, der kan være tale om, for henholdsvis Info-depression.fr og Lundbecks og Lilly Frances sider.

Info-depression.fr er, som ovenfor<sup>50</sup> diskuteret, et produkt af samarbejdet mellem Inpes og det franske sundhedsministerium. Disse to instanser er offentlige og ikke kommercielle. Som fastslået, er deres primære opgave at oplyse borgerne, og i dette specifikke tilfælde må man altså gå ud fra, at hjemmesidens hovedfunktion er netop folkeoplysning. Funktionen er at levere korrekte og forståelige oplysninger til den almindelige borgers, og i særlig grad til patienter med depression. Denne funktion ses for eksempel i den stærke brug af logos og det almindeligt forståelige sprog. Men diskurserne, som optræder på denne side, tyder på, at der også er en anden funktion på hjemmesiden. Med diskurser, der i så tydelig grad sætter patienten i en passiv rolle, kan det også ligne, at hjemmesiden har den funktion at overbevise patienter med depression om, hvordan de skal forholde sig i forhold til deres sygdom og de autoriteter, som varetager behandlingen. Som offentlige instanser repræsenterer Inpes og især sundhedsministeriet også de autoriteter, som i overvejende grad skal stå for netop behandlingen, og kan således have en interesse i at forberede patienterne til en særlig konformistisk adfærd, da de så vil være mindre kritiske overfor den behandling, som de modtager. Hvis dette er en funktion for hjemmesiden, bevidst eller ubevist, så afspejler det et patientsyn, hvor patienten er en enhed, der skal behandles så hurtigt og så gnidningsløst som muligt, og ikke et individ, som også selv må forventes at tage del i et behandlingsforløb, som i høj grad spiller ind på vedkommendes livskvalitet. Disse ting vil blive diskuteret i afsnit 5.3.

<sup>48</sup> 'Kultur' anvendes her i Entmans betydning af samlinger af frames. Se afsnit 4.2.

<sup>49</sup> Se afsnit 5.2.2

<sup>50</sup> Se afsnit 5.2.1.

Vi ser de samme diskurser på Lundbecks og Lilly Frances hjemmesider, men når vi kigger på funktioner for siderne, så må vi tage højde for, at der her er tale om to helt anderledes afsendere. Både Lundbeck og Lilly France er virksomheder, som lever af at sælge blandt andet antidepressiva, og deres hjemmesider er dermed kommercielle. Begge sider lader til stadig at have en oplysende funktion, men denne funktion kan ikke adskilles fra en kommerciel funktion. Analysen af genren afslørede dog, at uddover sammenfaldende diskurser, så er der også et sammenfald i genre. Det gælder for alle tre hjemmesider, med hensyn til det indholdsmæssige, men især for Lundbecks hjemmeside og Info-depression.fr med hensyn til det udformningsmæssige. Her kan det være værd at bemærke, at de to kommercielle hjemmesider ikke er udformet som reklamer. Deres produkter nævnes ikke nogen steder i teksterne, og retorisk hviler de nok på logos til, at funktionen umiddelbart virker oplysende. Jeg diskuterede i afsnit 5.2.l, at disse to virksomheder ikke sælger antidepressiva direkte til kunderne, forstået på den måde, at kunderne sjældent selv har indflydelse på, hvilket mærke de får udskrevet, og at siderne derfor snarere kan ses som et udtryk for et ønske om et forbedret image. Af denne grund kan man også formode, at begge virksomheder har forsøgt at udforme siderne, så de netop ikke ligner reklamer, og dermed kunne vække skepsis ved modtagere, som ikke ønsker at blive utsat for reklame, men i stedet lader til at have en alment oplysende funktion, som dog indirekte er en image-fremmende funktion. Denne funktion udtrykkes i selve eksistensen af hjemmesiderne, men forklarer ikke, hvorfor diskurserne stemmer overens med dem, vi finder på Info-depression.fr.

De diskurser, som på Info-depression.fr har en funktion i form af at påvirke modtager til en bestemt adfærd, kan på de to kommercielle hjemmesider have helt andre funktioner. For det første, kommer de antidepressive midler til at fremstå som ekstra virkningsfulde og ekstra nødvendige, når patienten fremstilles som en passiv, og måske endda handlingslammet aktør. Ved at støtte op om et særligt passivt billede af patienten, bliver de to virksomheders produkter fremhævet som vigtige redskaber i behandlingen. Man kan næsten tale om, at antidepressiva bliver tillagt en helterolle som de redskaber, der redder patienten fra depressionen, som patienten ikke på egen hånd er i stand til at komme ud af. For det andet, så kan man argumentere for, at virksomheder, der i et betydeligt omfang er afhængige af salg af antidepressiva, også har en interesse i at opfordre patienterne til at forholde sig ukritisk til antidepressive medikamenter. Denne funktion udføres indirekte ved at tegne et patientbillede, hvor patienten følger autoriteternes anvisninger, og ved direkte at advare patienten mod at handle anderledes end anbefalet. Der lægges ikke op til, at patienten skal forholde sig kritisk eller i det hele

taget reflekterende i forhold til antidepressive midler, som hører til blandt de to virksomheders absolut vigtigste produktgrupper.

Når de to kommercielle hjemmesider tilsyneladende indtager de samme diskurser som den offentlige hjemmeside, så kan det også udtrykke et ønske om at låne autoritet fra denne. Ved at tale til og om patienter på samme måde som de offentlige autoriteter, så kan de to virksomheder håbe på at fremstå lige så troværdige overfor modtager. Ved at indordne sig i forhold til de diskurser, som føres fra offentlig side, kan virksomhederne også, bevidst eller ubevidst, bevise deres egen legitimitet, som spillere i samfundet.

De umiddelbart overlappende diskurser er altså ikke nødvendigvis udtryk for de samme funktioner for de tre hjemmesider. Det gælder dog for alle tre sider, at de ved første øjekast har en funktion af oplysende karakter, mens der dog i begge tilfælde foreligger andre funktioner, som modtager ikke nødvendigvis er bevidst om. Disse andre funktioner må for de kommercielle hjemmesiders vedkommende siges at være de afgørende, og grunden til, at hjemmesiderne overhovedet eksisterer, mens det i højere grad kan diskuteres i forhold til Info-depression.fr, hvorvidt hovedfunktionen er at oplyse eller påvirke modtagers adfærd.

## 5.3 Den sociale praksis

I denne del af analysen, vil jeg se på det, som Fairclough kalder den sociale praksis<sup>51</sup>. Jeg vil her diskutere de sociale praksisser, som udtrykkes i de diskurser, jeg har afdækket i analysens første to dele<sup>52</sup>. Jeg vil især komme ind på begreberne governmentality, empowerment og subjektivitet, ligesom jeg vil referere til den måde, hvorpå patienter med psykiske lidelser fremstilles i det franske sundhedsministeriums psykiatriplan for 2011-2015<sup>53</sup>.

Begreberne governmentality, empowerment og subjektivitet er meget omfattende og jeg kan derfor ikke her behandle dem udtømmende. Jeg vil i stedet forklare og anvende dem, som det er relevant i forhold til analysen af de diskurser, der føres i empirien. De tre begreber er også indbyrdes afhængige, og adskillelsen af dem i de følgende afsnit er først og fremmest af hensyn til overskueligheden. I sidste ende er formålet at give et bud på, hvordan de afdækkede diskurser kan forstås i forhold til fremstillingen af den depressive patients egen rolle i sygdoms- og behandlingsforløb og det franske samfunds og den franske stats syn på depression og behandlingen heraf.

### 5.3.1 Governmentality og den neoliberal stat

*“Governmentality refers to a form of power concerned with ‘the conduct of conduct’, which involves regarding and optimising the capacities and resources of individuals. Government then is ‘disciplining into a form of life freely accepted that works by shaping subjectivity through the educating of subjects”* (Knutsen and Foss 2011, l27).

Der er ikke nogen entydig måde at tolke Foucaults begreb *governmentality* på, han brugte selv begrebet i en række forskellige sammenhænge. Her vil jeg dog starte med at bruge en definition af William Walters (Walters 2012, ll): *“In its broadest sense governmentality is a heading for a project that examines the exercise of power in terms of the ‘conduct of conducts”*. Governmentality ses på denne måde som en indgangsvinkel til at undersøge magt i bred forstand, men Foucault brugte selv begrebet

<sup>51</sup> Se afsnit 4.1.2.3.

<sup>52</sup> Se afsnit 5.1 og 5.2.

<sup>53</sup> Se afsnit 3.4.

til at undersøge, hvordan den moderne stat er blevet til, hvor fokus er på de praksisser og teknikker, der ligger bag den måde, hvorpå magten udøves. Governmentality bruges især til at analysere den moderne liberale og neoliberal stat og de magtstrukturer, også kaldet magtens mikrofysik, som udgør disse staters regering, men det er vigtigt at understrege, at begrebet ikke er synonymt med liberal regering. Governmentality kan heller ikke defineres som en specifik metode til at analysere den moderne stat, men snarere som en tilgang til analysen af magtforhold og magtudøvelse (Walters 2012, 12). Med *conduct of conducts* kan man tale om en form for håndtering af adfærd, det kan både være egen og andres adfærd, og set i relation til stater, så handler governmentality om, hvordan staten håndterer borgernes adfærd, eller snarere, hvordan staten styrer borgernes håndtering af egen adfærd. Der er altså ikke tale om en direkte styring af borgernes adfærd, men en styring af, hvordan borgerne selv styrer deres adfærd og tager ansvar for egen handling.

Med magtens mikrofysik fremsætter Foucault den synsvinkel, at magt ikke er en statisk substans, som kan besiddes (Knutsen og Foss 2011). Man kan ikke tale om, at en bestemt gruppe 'har magt' frem for andre. Hvis magt skal undersøges, så må man have fat i de enkelte processer, som tilsammen udgør et magtforhold. Magt er i denne forstand noget, der hele tiden forhandles og konstrueres gennem diskurser, som her kan forståes som tilgange til fænomener. Med governmentality undersøger man desuden magtforhold, hvor der er et vist spillerum for både den, der styrer og den, der styres, der er altså ikke tale om absolut dominans. De diskurser, der blev afdækket i afsnit 5.1, er således også en del af en magtforhandling om, hvilken rolle den depressive patient har, og hvordan han eller hun skal styre sin egen adfærd.

I forhold til den neoliberal stat, er governmentality særligt interessant, fordi den neoliberal stat baseres på en vis grad af frihed i forhold til borgerne. Staten skal i mindst mulig grad overtræde borgernes personlige frihed, hvilket betyder, at regering i vid udstrækning netop kommer til at handle om en mere diskret form for magt, en, der ikke styrer borgerne direkte, men nærmere skubber dem til at styre sig selv indenfor nogle bestemte rammer. Sundhedssektoren ligger naturligvis også indenfor det område, som staten regerer, og her ser man, i moderne liberale og neoliberal stater, en mere indirekte magtudøvelse, der netop går ud på at skubbe borgerne til selvstyring indenfor bestemte rammer. Når staten for eksempel fremsætter bestemte definitioner af, hvordan en patient bør forholde sig til sin behandling, så er det en form for magtudøvelse, hvor

rammerne for patientens, borgersens, opførsel fastsættes. Patienten har på den måde fået nogle rammer for, hvordan han skal styre sin egen adfærd i forhold til sygdommen, behandlingen eller de sundhedsfaglige autoriteter.

### *Sundhedsmarked og offentlige sundhedsomkostninger*

Udviklingen indenfor sundhedssektoren i avancerede liberale velfærdsstater som den franske har i de senere år tenderet til en øget privatisering for på denne måde at sænke statens udgifter på sundhedsområdet (Holmes og Gastaldo 2002, 558). I Frankrig er det en øget brugerbetaling, der har skubbet udviklingen i denne retning (Batifoulier, Domin og Gadreau 2011). Det betyder, at de borgere, der har midlerne til det, selv betaler en større del af sundhedsomkostningerne, mens de, der ikke har midlerne, stadig dækkes af den offentlige sundhedsforsikring. Ifølge Batifoulier, Domin og Gadreau har dette ført til udviklingen af et decideret sundhedsmarked, hvor borgeren ikke kun er patient men også forbruger. Også Deccache og van Ballekom (2010) bemærker, at sundhed, i de fransktalende europæiske lande, er blevet en markedsvarer, ligesom der fra staternes side er et øget fokus på at reducere offentlige udgifter til sundhed, både ved at forsøge at reducere borgernes behov for sundhedsydelse i det hele taget og ved at overlade en større del af udgifterne til patienterne selv. Som forbruger, der bærer en stigende del af udgifterne, tillægges patienten en større del af ansvaret for sin egen behandling. Patienten er dog stadig oftest lægmand og uddelegerer derfor sine beslutninger til lægen, som så kan træffe beslutninger på patientens vegne. Her kommer patientoplysning og -uddannelse ind i billedet, som en strategi, der kan hjælpe patienten til at bevare en vis forbrugermagt og være i stand til også selv at træffe beslutninger (Batifoulier, Domin og Gadreau 2011, 147-148). Faktum er dog, at patientoplysning er en opgave som påtages af henholdsvis det offentlige, som stadig ønsker at holde egne sundhedsudgifter nede, og private parter, som ofte har et markedsføringsformål med deres oplysning. Dertil kommer en sammenblanding af og manglende distinktion mellem patientuddannelse og patientoplysning fra henholdsvis offentlig og privat side (Deccache og van Ballekom 2010), som uundgåeligt forstærkes af patienternes øgede muligheder for selv at finde denne slags oplysninger online uden nødvendigvis at have kompetencerne til at skelne mellem forskellige former for afsendere af denne slags materiale.

Den oplysning af patienter, der finder sted på Info-depression.fr samt på Lilly Frances og Lundbecks sider, skubber, ud fra governmentality-perspektivet, patienterne til at styre

deres egen adfærd på den måde, som henholdsvis stat og private aktører ønsker det. På de tre hjemmesider udstikkes rammerne for den depressive patients adfærd ved, at man opfordrer patienten til at agere på bestemte måder. De specifikke magttechnikker for denne form for styring kan netop være de retoriske og semiotiske strategier og de forskellige måder at frame oplysningerne på, som blev afdækket i afsnit 5.l. Som jeg pegede på i afsnit 5.2.3, ligger der altså et andet formål bag siderne end blot at oplyse. De diskurser, der kommer til udtryk i materialet, er således også en del af en magtudøvelse, hvor modtageren påvirkes til at påtage sig en bestemt adfærd. Det ligger uden for dette speciale at vurdere, hvorvidt modtager så rent faktisk tilpasser sig den anbefalede adfærd, men governmentality-tilgangen forudsætter også, at der er en mulighed for, at modtager ikke påtager sig den anbefalede adfærd.

### *Informationsmateriale til patienter som markedsføring og governmentality*

Med hensyn til informationsmateriale til patienter fra virksomheder, kan der være et ønske om at komme tættere på de patienter, som er forbrugere af virksomhedens produkter. Som jeg var inde på i afsnit 5.2.l, kan dette handle om image, om at skabe en bevidsthed hos forbrugerne om, at den her virksomhed vil dem noget godt. Det ses i Lilly Frances og Lundbecks tilfælde. Det er formentlig de færreste patienter, der selv vil bede om et specifikt mærke antidepressiva, så det er ikke det direkte salg, der sigtes mod, men snarere et bedre image. Det gode image kan være en forsikring mod, at patienter skulle nægte at anvende præparater fra den pågældende virksomhed, men især i bredere forstand er det gode image med til at sikre, at virksomheden opretholder sin legitimitet i samfundet. Oplysningen kan dog også være ment som en mere diskret opfordring til et øget forbrug af antidepressiva, altså at patienten bliver overbevist om antidepressivas gavnlige virkning og selv beder lægen om disse præparater. Når man i materialerne lægger vægt på antidepressivas gavnlige effekter samtidig med, at man advarer patienten mod at handle anderledes, end lægen foreskriver, så kan det også ses som en forebyggelse mod patientens eventuelle modstand overfor de præparater, som lægen højst sandsynligt vil udskrive. Man forbereder på denne måde patienten til at underkaste sig den ønskede adfærd.

I forhold til det offentlige, så peges der på, at incitamentet til øget uddannelse og oplysning af patienter er økonomisk (Deccache og van Ballekom 2011; Batifoulier, Domin og Gadreau 2011). Patienterne uddannes og oplyses altså først og fremmest med det

formål, at de skal koste mindre i sundhedssystemet. Dette kan føre til, at patienten ikke bare sættes i stand til at træffe egne beslutninger, men mere specifikt sættes i stand til at træffe de beslutninger, som vil koste det offentlige mindst. Patienten gives de anbefalinger og informationer, som vil overbevise ham eller hende om, at det er bedst at handle, som staten, i dette tilfælde repræsenteret af sundhedsministeriet, anbefaler. På side 9 i *Plan de Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015*, som kan ses som en repræsentant for det offentlige og staten, beskrives formålet med sundhedspromotion (og herunder også -oplysning) blandt andet således: “*La promotion de la santé mentale consiste notamment à développer les conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettre aux individus d’acquérir des attitudes favorables à leur santé*”. I forhold til sundhedspromotion er det altså på forhånd fastsat, at patienterne bør komme frem til nogle bestemte attituder, og målet med sundhedspromotion er således at styre patienten til at styre sig selv på en på forhånd fastlagt måde. Det lidt interessante valg af ordet ‘permettre’ afslører også, at patienten ikke ses som en selvstændig og aktivt handlende aktør men snarere en, der skal sættes i stand til at påtage sig en bestemt adfærd.

På Info-depression.fr ser vi, at diskurserne peger i retningen af en patient, der passivt gør som anbefalet. En mere selvstændig patient kunne tænkes at modsætte sig den anbefalede behandling og dermed enten være syg i længere tid eller kræve behandling, som var dyrere at gennemføre. I *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015* slås det på side 29 fast, at der skal sigtes mod “*la réduction de la consommation inappropriée de psychotropes*”, selvom nærværende analyse ikke kan siges at afsløre mange opfordringer til patienten om at være på vagt overfor overmedicinering med antidepressiva. Tværtimod føres der en diskurs, hvor patienten anspores til at forholde sig stort set ukritisk til antidepressiva, hvis det er det, lægen anbefaler. Dette kan måske skyldes, at behandling med antidepressiva er en billigere løsning end mange af alternativerne, som for eksempel terapi. Denne diskurs støtter også op om myten om lægen som en ekspert, der kun vil patienten det bedste<sup>54</sup>.

Det økonomiske incitament er også at finde direkte udtrykt i psykiatriplanen. På side 5 i planen står der blandt andet: “*Les troubles mentaux génèrent des coûts économiques importants, en raison par exemple d'une moindre productivité des entreprises, d'une participation à l'emploi plus faible et des coûts supportés par les individus, les familles et les communautés qui y sont confrontés*”. Der bruges i det

<sup>54</sup> Se afsnit 5.I.3.

pågældende afsnit 6 linjer på at forklare de økonomiske omkostninger, som psykiske lidelser har for samfundet, mens der til sammenligning i afsnittet ovenfor er brugt 3 linjer på psykiske lidelsers betydning for de ramtes livskvalitet. Her lægges der, ligesom på side 21 i planen, især vægt på den tabte arbejdsfortjeneste og de omkostninger, som behandling af psykiske lidelser medfører. Psykisk sygdom udgør på denne måde en økonomisk trussel i forhold til samfund og stat, og udfra en governmentality-tilgang er det derfor kun logisk, at man må forsøge at styre befolkningen til at blive (eller forblive) rask.

Når vi kigger på informationsmateriale til patienter ud fra en governmentality-vinkel, viser det sig, at denne form for materiale, i kraft af de diskurser og myter, som fremsættes deri, er en del af et større netværk af magtteknikker, hvor staten og private aktører i sidste ende definerer rammerne for, hvordan borgerne, og i dette tilfælde patienterne, styrer deres egen adfærd. Til en vis grad opfordres patienten til at opføre sig på den måde, som er bedst, eller billigst, for staten og samfundet, mens patientens egen livskvalitet eller ret til frie valg ikke inddrages som faktorer.

### 5.3.2 Empowerment og psykiske lidelser

Empowerment og patient empowerment er begreber, som bruges i vid udstrækning i sundhedsmæssige sammenhænge. Begreberne bruges af mange forskellige aktører i mange forskellige situationer og kontekster, når det gælder sundhedssektoren. Alligevel, eller måske netop derfor, er der ikke en bred enighed om, hvordan begrebet empowerment så kan defineres. Jeg vil tillægge mig følgende definition af Askehave, Holmgreen, Lassen og Strunck:

*“[...] empowerment er en ‘proces’, hvis ultimative formål er at give brugeren/patienten styring eller kontrol over de beslutninger eller handlinger, der påvirker hans/hendes sundhed. Men som betydningen af ordet empowerment signalerer [...], kan brugeren ikke ‘empower’ sig selv. Omsat til sundhedskontekst betyder det, at empowerment sker i samspil med den sundhedsprofessionelle [...]”* (Askehave et al. 2010, l5l).

Empowerment er således en samling af processer, som sætter patienten i stand til at deltage i de beslutninger, der vedrører hans eller hendes sundhed. Disse processer kan

komme til udtryk på mange forskellige måder, men ses blandt i sundhedsoplysning eller -uddannelse, hvor man giver patienten den viden om sygdom og behandling, som sætter ham eller hende i stand til at tage del i beslutninger, der vedrører netop disse aspekter. Netop sundhedsoplysning vil jeg diskutere mere indgående i afsnit 5.3.3.

Knutsen og Foss definerer dog også empowerment i forhold til sundhed som et modspil til paternalistiske tilgange til sundhedspleje (Knutsen og Foss 2011). Tanken er, at jo bedre oplyst patienten er, jo mere lige er han eller hun i mødet med den sundhedsfaglige, og jo bedre i stand til selv at træffe beslutninger er han eller hun så også. Batifoulier, Domin og Gadreau påpeger desuden at den øgede egenbetaling i det franske sundhedssystem også er en del af en empowermentproces, hvor patienten vinder større magt over beslutninger, der vedrører hans eller hendes sundhed, fordi patienten i stigende grad er forbruger (Batifoulier, Domin og Gadreau 2011).

Der er altså tale om en magtfordeling mellem patienter, sundhedsprofessionelle og autoriteter. Knutsen og Foss forkaster dog, med afsæt i Foucaults magtbegreber, det traditionelle syn på empowermentprocessen som en simpel overførsel af magt fra den sundhedsprofessionelle til patienten:

*“In contemporary ‘advanced welfare states’ power is decentralised, and institutions are established to secure and optimise people’s welfare and health as the individuals are presumed free and self-governed. As contemporary ideologies of liberalism based on the individuals free choice rubs against the needs for government in modern society, more subtle forms of power are constructed” (Knutsen og Foss 2011, 127).*

Magt udøves på mere diskrete måder, og der tages hensyn til borgerens frie valg. Borgerens frie valg, som i sundhedssammenhænge må oversættes til patientens frie valg, er et vigtigt spørgsmål i forhold til empowerment. Med hensyn til governmentality, så er frihed en af betingelserne for den moderne stat, og denne frihed bygger blandt andet på, at borgerne påtager sig opgaven at ‘styre sig selv’. Som jeg var inde på i afsnit 5.3.1, så medfører governmentality, at staten ikke direkte styrer borgerne men snarere skubber borgerne til at styre sig selv. I forhold til empowerment, så betyder det frie valg umiddelbart, at patienterne selv må være med til at styre, hvordan de skal behandles for en given sygdom, og, i yderste konsekvens, om de overhovedet vil behandles. Patientens frie valg bygger på muligheden for at godtage den behandling, som de

sundhedsprofessionelle foreslår, selv at foreslå ændringer eller decidederede alternativer til denne behandling, eller helt at forkaste den.

At give patienten en større andel af ansvaret for de beslutninger, som vedrører sygdommen og behandlingen, og dermed et frit valg, kan også ses som et modtræk i forhold til mere paternalistiske og umyndiggørende behandlingsformer. Aadnanes skriver:

*“Så langt kan vi altså slå fast at empowerment-ideallet har endra dei etiske utfordringane i hjelperelasjonen på avgjерande vis. Etter dette kan nemleg den profesjonelle hjelpa ikkje lenger tillata omsorga å bli umyndiggjerande [...] I tillegg skal hjelpa no også tena til å realisera brukarens autonomi”* (Aadnanes 2007, 228).

At hjælpe patienten til at blive en selvstændig del af behandlingen kan, i kraft af empowerment, ses som en vigtig del af selve behandlingen, og det kan se ud til, at patientens autonomi på denne måde bliver et mål i sig selv.

Aadnanes understreger desuden den vigtige pointe, at empowerment medfører en ansvarlighørelse af patienten med hensyn til egen sundhedstilstand (Aadnanes 2007). Når patienten opnår rettigheder til selv at være medbestemmende i forhold til behandlingen, så betyder det også, at patienten selv bærer en større del af ansvaret for behandlingen og den generelle tilstand, hvor man i den paternalistiske tilgang ville kunne tilskrive de sundhedsprofessionelle stort set hele ansvaret for, hvorvidt patientens tilstand forbedres. I forhold til governmentality, giver dette igen mening i forhold til, at borgeren er et selvstyrende individ, som har en vis frihed at handle indenfor, men som så til gengæld også selv er ansvarlig for sine handlinger.

Som Knutsen og Foss også påpeger (Knutsen og Foss 2011), så er en diskret form for magtudøvelse en del af empowerment, og det betyder, at enhver form for empowerment også er et ‘sted’, hvor de forskellige aktører udøver magt mod hinanden. Empowerment er dermed også en process, hvor statens påvirkning af borgernes selvstyring kommer til udtryk. Dette er især interessant fordi, patienten ikke er i stand til at ‘empower’ sig selv, men er afhængig af at blive ‘empowered’ af de sundhedsprofessionelle. Som jeg også beskrev i afsnit 5.3.1, kan autoriteterne nemlig også have til formål at skubbe borgeren til at agere på en måde, som er mest fordelagtigt i forhold til stat og samfund. Dette betyder også at empowerment ikke nødvendigvis altid er et forsøg på at gøre patienten reelt

autonom, men lige så vel kan betyde, at man gør patienten i stand til at foretage ‘frie’ valg indenfor nogle bestemte rammer, som er fastsat af staten.

### *Det frie valg og patienter med psykiske lidelser*

I *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015* formuleres det også, at der skal sigtes mod borgerens frie valg. På side 14 står der, blandt andet, som overskrift: “*Des actions [...] qui respectent le libre-choix du patient*”, ligesom der på side 15 slås fast, at “*Quelle que soit l’organisation des soins psychiatriques sur le territoire, celle-ci ne doit pas faire obstacle au principe du libre-choix de la personne malade*”. Dette *libre-choix* defineres dog ikke yderligere i planen, og kan måske bedst ses som en diskurs i forlængelse af en neoliberal ideologi, hvor netop frihed og det frie valg (som ovenfor diskuteret) er et centralt begreb.

Med hensyn til patienter med psykiske lidelser, er der dog nogle særlige problemer i forhold til det frie valg. På side 6 i *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015*, står der: “*Les maladies mentales ont la particularité d’altérer parfois les capacités de la personne à repérer ses propres troubles et à demander de l’aide [...] Certaines maladies mentales altèrent aussi par moment la capacité de la personne à consentir, de façon libre et éclairée, aux soins qui lui sont proposés*”. Problemstillingen er, at selve sygdommen, som patienten i principippet skal have et frit valg til at være med til at styre, kan fratage patienten evnen til tage imod den hjælp, som han eller hun tilbydes, og som autoriteterne mener, der er behov for. I forhold til psykiske sygdomme kan det frie valg derfor heller ikke være grænseløst, og så er man måske nødt til at se på empowerment i et andet lys.

Randi Bergen skriver (Bergen 2007, 102), at “*Medborgarskap er eit omgrep som er nært knytt til meistring og myndiggjering*”. Jeg tillader mig her at anse *meistring* og især *myndiggjering* som aspekter af empowerment, og medborgerskab kan på denne måde altså ses som nært beslægtet med netop dette begreb. Bergen definerer medborgerskab udfra individets evne og forpligtelse til at udøve sociale, civile og politiske rettigheder og påpeger endvidere, at mennesker med psykiske lidelser ofte ikke er villige eller i stand til at påtage sig disse rettigheder (Bergen 2007). Set i dette lys, kan empowerment i forhold til patienter med psykiske lidelser også ses som tiltag, der netop skal sætte den psykisk syge i stand til at påtage sig disse rettigheder.

Bergen peger på stigmatisering og selvstigmatisering som nogle af de faktorer, der forhindrer psykisk syge i at påtage sig deres medborgerskab. Bergen beskriver stigma som en social manifestation af umyndiggørelse, altså det modsatte af empowerment, da stigma:

*[...] fremjar forventningar både i det offentlege romet og hos enkeltindivid om at menneske med psykiske lidinger ikke er i stand til å ta det ansvar som ligg i det å leve eit sjølvstendigt liv. Slike haldningar kan påverke muligheter som er viktige for å bli betre og oppnå auka livskvalitet [...] Men slika stigma kan også føre til at menneske med psykiske lidinger byrjar å tru på desse stigma [...]" (Bergen 2007, l06).*

Den stigmatisering, som patienten kan opleve fra samfundets side, fører altså til, at patienten også selv får den opfattelse, at han eller hun ikke er i stand til at tage vare på sig selv. Som Bergen også påpeger, så lader empowerment, eller myndiggørelse, til at have en positiv effekt på mennesker med psykiske lidelser, fordi det er med til at overbevise personen om, at han eller hun er en del af samfundet og kan tage vare på eget liv (Bergen 2007, ll2). Bergen understreger dog også, at der i mange tilfælde vil være perioder, hvor den psykisk syge ikke ønsker eller formår at tage del i beslutninger vedrørende sygdom og behandling, og foreslår, at man i de tilfælde i stedet ser patientens eget valg af at udvise tillid og lægge beslutningerne i hænderne på professionelle som et udtryk for empowerment.

I forhold til de tre hjemmesider, som ligger til grund for denne analyse, så afdækkede jeg i afsnit 5.l.3 en myte, som netop gik på, at den psykisk syge patient ikke er i stand til at tage vare på sig selv, men at sundhedsvæsenet nok skal passe på ham eller hende og tage ansvaret for sygdom og behandling. Denne myte ligger i tråd med den type stigmatisering, som Bergen påpeger, og vil dermed også kunne medvirke til, at patienten selv får den opfattelse, at han eller hun ikke har evnerne til selv at være en aktiv del i behandlingsforløbet. Patienterne opfordres her til at udvise tillid og lade de sundhedsprofessionelle overtage ansvaret, sådan som Bergen foreslår, men når der ikke samtidig lægges op til, at patienten kunne overveje, om han eller hun selv kunne være en aktiv del af beslutningsprocesserne, så er spørgsmålet om man i virkeligheden har elimineret den mulighed fra begyndelsen. De patienter, som søger information på de tre

hjemmesider, er formentligt åbne overfor behandling i en eller anden form alene i kraft af det faktum, at de har opsøgt netop disse hjemmesider. Derfor er der en risiko for, at man, ved fra starten at stigmatisere dem som ude af stand til selv at være en bestemmende part i behandlingen, udelukker en deltagelse, som de måske ville være i stand til at påtage sig, og som i sidste ende kunne være gavnlig i forhold til deres behandlingsforløb.

Hvis man kigger på Info-depression.fr og hjemmesiderne fra Lundbeck og Lilly France, så kan empowerment ses på to måder. For det første kommer empowerment til udtryk i selve informationsmaterialet. På samtlige tre sider gennemgås forskellige detaljer omkring depression, herunder symptomer, virkningsmekanismer, specifikationer omkring medikamenter, etc. Denne form for oplysning er empowerment i kraft af, at man uddanner patienten til selv at have en viden omkring sygdommen, som han eller hun så kan bruge til at træffe beslutninger om, hvordan han eller hun agerer på den bedste måde. I princippet er disse oplysninger med til at gøre patienten mere lige i forhold til de sundhedsfaglige, som ellers er beslutningstagere i forhold til behandlingen. Med konkrete anvisninger til, hvordan patienten skal handle på forskellige symptomer, i forhold til brug af medikamenter og andet, så giver man også patienten et vist ansvar for sygdom og behandling.

Set fra en anden vinkel, så kan der dog stilles spørgsmålstegn ved, hvor meget reel empowerment, der er i at udstikke en række meget konkrete anvisninger, som for de flestes vedkommende handler om, at patienten skal gøre, som lægen siger. Diskurser, som opfordrer til, at patienten udelukkende agerer som anbefalet, ansporer ikke patienten til at påtage sig en selvstændig holdning i forhold til behandlingen, og de åbner på ingen måde op for, at patienten har et frit valg i forhold til, hvordan han eller hun skal tackle den depression, som vedkommende lider af. Man 'empower' på sin vis patienterne til at foretage de valg, man på forhånd har defineret som de bedste, og så er der ikke tale om hverken empowerment eller den frihed, som er et vilkår i den neoliberal stat, men tværtimod en paternalistisk tilgang til patienterne.

Den ovenfor gennemgåede myte, hvor den psykisk syge ses som en type patient, der ikke er i stand til selv at tage ansvaret for sin sygdom og behandling, og hvor sundhedssystemet optræder som en hjælpende, ledende instans, der nok skal tage det ansvar, som patienten ikke selv er i stand til at påtage sig, kan også hænge sammen med denne brug af empowerment. Man giver patienten ansvaret for at foretage sig nogle helt konkrete, definerede handlinger, som anvises af autoriteter og sundhedsprofessionelle,

men som ikke er en reel form for empowerment, hvor patienten selv har det overordnede ansvar og den overordnede kontrol i forhold til depressionen og behandlingen heraf.

### 5.3.3 Sundhedsoplysning

*“According to Foucault’s theory, no educational process can only liberate because at the same time it disciplines bodies. Therefore, health education is seen here as both empowerment and subjugation”* (Gastaldo 1997, 130).

Som beskrevet i foregående afsnit er sundhedsoplysning og -uddannelse både en magtteknik set ud fra governmentality-tilgangen og et forsøg på at ruste patienten til et mere ligeværdigt forhold med de sundhedsfaglige set ud fra empowerment-begrebet. Jeg vælger her at se sundhedsoplysning og -uddannelse, som enhver praksis, der sigter mod at give patienten en større forståelse af sygdommen og som sådan har en uddannende karakter. Dette er tilfældet på både Info-depression.fr og Lundbeck og Lilly Frances hjemmesider. Sundhedsoplysning lægger som begreb umiddelbart op til en objektiv fremstilling af fakta, som kan hjælpe patienten til at forstå sin sygdom og rationalisere sig frem til den mest gavnlige adfærd. Som jeg dog påpegede tilbage i afsnit 4.2, findes der ingen fremstillinger, som ikke er framet i en eller anden retning, og dette gælder naturligvis også sundhedsoplysning. Der findes ingen objektiv sundhedsoplysning, og derfor må den information og de diskurser, som fremføres på de tre hjemmesider også forstås i forhold til de intentioner, som afsenderne måtte have. Jeg har allerede i foregående afsnit været inde på, at Lundbeck og Lilly France fremsætter information ud fra en marketing-intention, mens Info-depression.fr fremfører oplysninger på en måde, der kan påvirke patienterne i retning mod den adfærd, som staten ønsker. En ting er dog de intentioner, som afsenderne måtte have, noget andet er en måske mindre bevidst fremstilling af oplysninger, som påvirkes af samfundets grundliggende opfattelse af psykiske lidelser, som blandt andet ses i den myte, der er synlig på hjemmesiderne<sup>55</sup>.

Som beskrevet i afsnit 5.3.2, spiller stigmatisering og selvstigmatisering en rolle i forhold til, hvorvidt patienten opfatter sig selv som værende i stand til selv at tage et ansvar i

---

<sup>55</sup> Se afsnit 5.1.3 og videre diskussion af den afdækkede myte i 5.3.1 og 5.3.2.

behandlingen, ligesom reel empowerment og patientens egen følelse af at være en aktiv deltager lader til at have en positiv effekt på patienter med psykiske lidelser. Dette spændingsfelt mellem empowerment og stigmatisering vil jeg nedenfor belyse udfra Foucaults tanker om subjektivitet.

### *Subjektivitet og psykiske lidelser*

I forhold til psykiske sygdomme, og hvordan disse defineres, påviste Foucault ud fra en historisk gennemgang, hvordan psykiatrien og konceptet 'psykisk lidelse' opstod på et bestemt tidspunkt, i bestemte samfundsforhold og i forhold til bestemte problemstillinger (Roberts 2005, 37). Han viste på den måde, hvordan opfattelsen af, hvad der er en psykisk sygdom, og hvornår et menneske kan kategoriseres som psykisk syg, ikke er naturgivent men tværtimod vedtaget og konstitueret. I forlængelse heraf ligger så også produktionen af den psykisk syges identitet. Som Gastaldo og Holmes skriver:

*"Foucault observed that the construction of self (subjectivity) is linked to established forms of knowledge and institutionalized practices. Self is not an essence; it is created by the influence of multiple forms of power"* (Gastaldo og Holmes 2002, 559).

Selvet er altså en konstruktion, som blandt andet skabes ud fra diskurser og praksisser, som individet ikke skaber alene, men som han skaber i interaktionen med det omgivende samfund og med udgangspunkt i den kultur, han lever i (Nettleton 1997, 210-211). Det er igen et spørgsmål om magt og forhandling af magt, hvor bestemte identiteter foreslåes individet. Den psykisk syge kommer på denne måde til at forstå sig selv ud fra de diskurser og praksisser, som definerer ham eller hende i forhold til den lidelse, som vedkommende har, og i forhold til den måde, hvorpå denne lidelse så opfattes af andre. Roberts skriver endvidere, at:

*"In addition, to categorize a person as 'mental ill' is to subject that person to a variety of presuppositions that are associated with the concept of 'mental illness'; presuppositions that characterize that person as dependent [...] In being 'invited' to understand themselves accordingly, and being understood as such by others, a person is 'tied' to a specific identity through a 'conscience or selfknowledge'. In being 'tied' to such an identity, a human*

*“being becomes ‘a subject’ in the sense that they are ‘made subject to others’ by ‘control and dependance”* (Roberts 2005, 38-39).

Den psykisk syge, og dermed også den depressive patient, gøres altså til et subjekt for den forståelse, som diskurser og praksisser tillægger ham eller hende, og det er netop det, der sker i forhold til stigmatisering og selvstigmatisering. Opfattelsen af patienter med psykiske lidelser, som personer, der ikke er i stand til at tage sig af sig selv og være aktive og medbestemmende aktører i behandlingsforløbet, er et stigma i form af en bestemt identitet, som patienterne underlægges og dermed også kommer til at opfatte sig selv udfra, hvilket forklarer selvstigmatiseringen.

Denne subjektivering af patienter er samtidig en magttechnik, hvor patientens ansvar og magt over egen sundhed overdrages de sundhedsprofessionelle. Så længe patienten selv har en bestemmende rolle i behandlingsforløbet, vil han eller hun også bevare en vis magt over sin egen sundhed. Hvis patienten fremstilles som ikke værende i stand til at tage ansvaret eller magten over egen sundhed og kommer til at forstå sig selv således, så vil patienten formentlig også selv nå til den konklusion, at han eller hun hellere må overlade styringen til professionelle. På denne måde spiller subjektivering af patienten som en direkte magttechnik ind i statens mulighed for at styre patientens adfærd. Den rolle, som patienten opfordres til at tage på de pågældende hjemmesider, der ligger til grund for analysen, er dermed også indirekte determinerende for, hvor meget magt patienten opfordres til at holde fast i. Eller, som det er tilfældet på de tre hjemmesider, hvor meget magt, patienten opfordres til at give slip på.

Gastaldo stiller spørgsmålstejn ved, hvorvidt uddannelse af patienter overhovedet er godt for patienterne, og om hvorvidt der er tale om empowerment eller underkastelse. Hun arbejder ud fra Foucaults tanker om bio-magt, som jeg ikke vil komme nærmere ind på her, men ender i en diskussion, som ligner det ovenfor beskrevne om subjektivitet og identitet:

*“What health education does construct is identity. Health education is an educational experience that gives professionals and patients/clients elements for building representations of what is expected from ‘healthy’ and ‘sick’ people [...] Health education is an experience of being governed from the outside and a request for self-discipline”* (Gastaldo 1997, ll8).

Vi er igen tilbage ved den konklusion, at sundhedsoplysning ikke udelukkende kan ses som objektiv information, der oplyser og uddanner patienterne og dermed medfører empowerment. Det kan ikke afvises, at reel empowerment også er en del af sundhedsoplysning, men sundhedsoplysning er også et spørgsmål om magt og underkastelse i den forstand, at patienten opfordres til en bestemt subjektivitet og pålægges en identitet eller rolle, som han indirekte forudsættes at agere udfra. Jeg vil dog argumentere for, at man giver patienten en mere reel form for empowerment, hvis man fremstiller patientens identitet som en, der er i stand til selv at tage magt og ansvar. Man kan måske ikke komme udenom, at man i al sundhedsoplysning pålægger patienten bestemte roller, men hvis disse roller afspejler en mere aktiv og uafhængig patient, så giver man også patienten en identitet, hvor han kan drage nytte af reel empowerment og udøve magt over sin egen situation ved at deltage aktivt i beslutningsprocesser.

### *Den passive patient*

Udfra ovenstående diskussion vil jeg således argumentere for, at patienter med depression, i materialerne fra Lundbeck, Lilly France og Info-depression.fr, underkastes en subjektivering, hvor det forudantages, at de ikke er i stand til selv at tage ansvaret for deres sygdom og behandling. Denne subjektivitet kan afspejle den opfattelse i samfundet, at patienter med psykiske lidelser ikke er i stand til at tage vare på sig selv. Subjektiveringne forstærker på denne måde en stigmatisering, som formentlig allerede eksisterer i det franske samfund, og som vil føre til en selvstigmatisering, som så i sidste ende vil kunne påvirke patienten til at påtage sig netop denne identitet og dermed leve op til stigmatiseringen. Dette er interessant set i forhold til, at *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015* på side 6 under overskriften “*Parce que les personnes souffrent encore trop souvent de stigmatisation et de discrimination [...]*” faktisk fremsætter et ønske om at bryde med netop stigmatisering af psykisk sygdom. Dette må dog siges at være en stigmatisering, som staten selv bidrager til i kraft af den identitetsskabelse, de tager del i i deres egen sundhedsoplysning.

Stigmatiseringen eksisterer i form af de diskurser, som fremstiller patienten som en passiv del af behandlingen, og kan have rod i den myte, hvor patienten ses som ude af stand til selv at tage styringen over sin egen sundhedstilstand<sup>56</sup>. På denne måde ligger stigmatisering altså dybt i det franske samfunds opfattelse af, hvad det vil sige at være

---

<sup>56</sup> Se afsnit 5.I.3.

psykisk syg, og dermed også at have en depression. Udfra Foucaults tanker om netop psykiske lidelser, ligger det klart, at denne myte vil være opstået på et givent tidspunkt i historien og under særlige forhold, og dermed ikke på nogen måde være naturgiven. Det er derfor en logisk konklusion at en sådan myte også vil kunne aflives og erstattes af et andet syn på, hvad det vil sige at være psykisk syg. En anden opfattelse af den psykiske syge, som en, der måske godt i højere grad kunne opfordres til i det mindste at forsøge at være aktivt medbestemmende i forhold til eget behandlingsforløb, ville måske også kunne føre til en mere reel empowerment af patienter med psykiske lidelser, hvor de ikke blot skulle håndteres af sundhedsprofessionelle men også selv havde noget at skulle have sagt.

Denne opfattelse af psykiske lidelser, og herunder også depression, kan være forklaringen på, hvorfor den depressive patient ikke undergår den samme empowerment udvikling som andre typer af patienter i det franske sundhedssystem. Blandt andet Deccache og van Ballekom (2010) og Batifoulier, Domin og Gadreau (2011) beskriver, hvordan empowerment vinder ind i det franske sundhedssystem, men baseret på denne analyse af online sundhedsoplysning, lader det ikke til, at det er tilfældet for patienter, der lider af depression. Den identitet, som patienter med depression tilskrives, tillader simpelthen ikke den samme myndiggørelse og ansvarliggørelse, som det lader til, at patienter med somatiske sygdomme forventes at kunne påtage sig.

På både Info-depression.fr, Lundbecks side og Lilly Frances side, frames antidepressiva på den samme måde som indiskutabelt gavnlige<sup>57</sup>. Dette kan måske også blyses i forhold til myten om den psykisk syge patient, som en der ikke er i stand til at være en aktiv deltager i behandlingen. Den medicinske behandling lægger i sig selv op til, at det er lægen, der har magten til at træffe beslutningerne, da den almindelige patient med depression ikke kender nok til antidepressive midler til at kunne være ligeværdig med lægen i denne beslutningsproces. Samtidig kræver en medicinsk behandling af patienter med depression i mindre grad, eller i hvert fald i simplere grad, et engagement af patienten. Patientens aktive engagement er mindre påkrævet i forhold til at indtage et medikament ud fra lægens anvisninger end i forhold til andre behandlingsformer, som for eksempel terapi, hvor patientens reelt aktive deltagelse er en forudsætning. På denne måde kan behandling med antidepressiva måske påstås at passe bedre til den passive rolle, som patienten er opfordret til at påtage sig. Endvidere er medicinsk behandling af

---

<sup>57</sup> Se afsnit 5.I.2.

depression oftest en billigere løsning end andre former for behandling, og derfor må det økonomiske incitament, som diskuteret i afsnit 5.3.l, også ses som en forklaring på, hvorfor antidepressive midler frames som utvivlsomt gavnlige.

Info-depression.fr og siderne fra Lundbeck og Lilly France har muligvis vidt forskellige formål, men de tager alle tre del i de diskurser, som pålægger patienten denne meget passive rolle. Dette er ikke nødvendigvis en bevidst strategi, faktisk er det sandsynligt at ingen af de tre parter er klar over, hvad de gør, og at denne subjektivering er en 'bi-effekt' af helt andre intentioner, men resultatet er det samme: de deltager i en stigmatisering af depressive patienter, en stigmatisering som ikke har rod i, hvad det reelt er at være psykisk syg, men i stedet bunder i, hvad samfundet har bestemt, det vil sige at lide af en psykisk sygdom, og hvad der kan forventes af en depressiv patient. Denne subjektivering indvirker så igen på, hvordan patienten rent faktisk forholder sig til sin sygdom og den behandling, han eller hun underlægges. På denne måde kan rollen som den passive patient så ende med rent faktisk at blive virkelighed.

## 6 Konklusion

I selve tekst- og billedanalysen af Info-depression.fr og Lundbecks og Lilly Frances sider, stod det hurtigt klart, at patienter med depression tillægges en meget passiv rolle i deres eget forløb. Patienten fremstilles som en passiv del af behandlingen, hvor beslutninger og reel handling i høj grad tillægges lægen. Antidepressive midler indtager også en central rolle som en aktiv del af behandlingen, der ikke stilles spørgsmålstege ved. I de diskurser, som fremføres på samtlige tre hjemmesider, opfordres patienten til udelukkende at handle efter meget konkrete anvisninger og til, uden nogen form for personlig stillingtagen, at følge lægens ordrer.

Disse diskurser kan ud fra en governmentality-tilgang ses som en form for magtudøvelse, hvor private og offentlige aktører fastlægger rammerne for, hvordan patienten skal opføre sig. I forhold til empowerment-begrebet, har jeg argumenteret for, at der ikke foregår en egentlig, reel form for empowerment på disse sider, selvom sidernes oplysende funktioner indebærer elementer af empowerment. Resultatet af de første diskurser er, at patientens egen rolle i virkeligheden er relativt fastlåst som en passiv aktør, der behandles og håndteres af de aktive sundhedsprofessionelle. Patientens muligheder for selv at indvirke aktivt på sygdoms- og behandlingsforløbet er begrænsede til at følge lægens anvisninger og til de helt konkrete tiltag som angives på siderne. Patienten er som sådan ikke tillagt en rolle, hvor han eller hun selv har ansvaret for eller magten til at foretage nogen beslutninger omkring behandlingen. Patienten opfordres tværtimod til uden videre at overdrage både ansvar og magt til lægen.

Denne rolle som en passiv patient frem for en aktiv deltager er endnu vigtigere, når man ser sundhedsoplysning som en process, hvor individets identitet som patienten skabes. De fremstillinger af patienten, som fremføres på de tre hjemmesider, er ikke alene direkte opfordringer til, hvordan patienten kan forholde sig, de kan også være konstituerende for den identitet, som patienten kommer til at påtage sig.

Hvorvidt diskurserne er bevidste strategier til at sætte patienten i en bestemt rolle og på den måde udøve magt over patientens adfærd, er svært at svare på. Med hensyn til Lilly France og Lundbeck, er det oplagt, at der er intentioner om at skabe et godt forhold til de patienter, som i sidste ende bruger deres medikamenter, og eventuelt også diskret at opfordre til et større forbrug af antidepressiva. I forhold til Info-depression.fr, er der en bevidst intention om at oplyse patienter med depression, men om det også er bevidst, at

man framer patienten og behandlingen på en måde, som peger entydigt i retningen af en bestemt adfærd, er nok mere tvivlsomt. Når alle tre sider på den måde lader til at skubbe patienterne i retningen af en bestemt adfærd, så kan det være mere ubevidst som et udtryk for en dybere holdning i det franske samfund til depression og patienter, der lider af psykiske sygdomme.

De diskurser, der føres på de tre hjemmesider, peger i retningen af en myte, som ser den psykisk syge patient som en, der ikke kan tage del i beslutningsprocesser og dermed ikke være en aktiv, selvstændig del af behandlingen. Jeg vil gå så vidt som til at betegne denne myte og de diskurser, som udspringer fra den, som en form for stigmatisering af patienter med depression. Denne stigmatisering vil endvidere kunne lede til en selvstigmatisering, hvor patienterne også selv kommer til at tro på, at de ikke har evnerne til at deltage aktivt i styringen af deres egen sundhedstilstand. Det er min opfattelse, at man ved på forhånd at gå ud fra, at patienten ikke er i stand til blive empowered, også reelt fratager patienten mulighederne for overhovedet at forsøge. Der er, som påpeget, nogle særlige problemstillinger i forhold til empowerment af patienter med psykiske lidelser, men på de analyserede hjemmesider lægges der ikke op til, at patienten overhovedet kan reflektere over sin egen ret til at deltage i beslutninger omkring behandlingen.

Udover at diskurserne afslører, at samfund og stat ser patienten, som en der helst skal forholde sig passivt, så viser *Plan Psychiatrie et Santé mentale* også, at patienter med psykiske lidelser ses som et økonomisk problem for stat og samfund. Dette kan, ud fra et governmentality-perspektiv, også forklare, at når patienten opfordres til at underkaste sig den anbefalede adfærd, så kan det også netop være fordi, det anses for den billigste løsning for staten. Her er framingen af antidepressive midler som en effektiv og nødvendig behandlingsmetode måske også oplagt netop fordi, det er en forholdsvis billig behandlingsmetode.

Så svaret på problemformuleringen for dette speciale er altså, at patientens egen rolle i behandlingen fremstilles som en meget passiv part, der ikke har de store muligheder for selv at bestemme, hvordan han eller hun vil agere i forhold til sin depression. Patientens ansvar består i at indordne sig i forhold til et paternalistisk system og følge lægens anvisninger så præcist som muligt. Dette afslører et syn i det franske samfund og den

franske stat på patienten, som en der er dyr, og som desuden ikke magter selv at være aktivt deltagende i behandlingsforløbet, og som derfor blot skal styres til en adfærd, der gør ham eller hende nem og billig at behandle.

## 7 Litteraturliste

Aadnanes, Per M. 2007. "Den Uavhengige Avhengige." I *Meistring Og Myndiggjering*, redigeret af Tor-Johan Ekeland og Kåre Heggen, 224-245. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Aristoteles. 2002. *Retorik*. Oversat af Thure Hastrup. Museum Tusculanums Forlag.

Askehave, Inger, Lise-Lotte Holmgreen, Inger Lassen, og Jeanne Strunck. 2010. "At Styrke Patienten i En New Public Management Verden: En Udredning af Betydningspotentialet i Begrebet Patient Empowerment." In *Sundhedskommunikation på Sygehuset*, redigeret af Anders Horsbøl og Mariann B. Sørensen, 147-179. Aalborg Universitetsforlag.

Askehave, Inger og Anne Ellerup Nielsen. 2005. "Digital Genres: A Challenge to Traditional Genre Theory." *Information Technology & People* 18 (2): 120-141. doi: 10.1108/09593840510601504.

Batifoulier, Philippe, Jean-Paul Domin og Maryse Gadreau. 2011. "Market Empowerment of the Patient: The French Experience". *Review of Social Economy* 69 (2): 143-162. doi: 10.1080/00346760903480566.

Barthes, Roland. 1957. *Mythologies*. Éditions du Seuil.

Barthes, Roland. 1964. "Rhétorique De l'Image." *Communications* 4: 40-51.

Bergen, Randi. 2007. "Medborgarskap Og Myndiggjering." I *Meistring Og Myndiggjering*, redigeret af Tor-Johan Ekeland og Kåre Heggen, 102-120. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bignell, Jonathan. 1997. *Media Semiotics: An Introduction*. Manchester. University Press.

Collin, Finn og Simo Køppe, red. 2003. *Humanistisk Videnskabsteori*. DR Multimedie.

Deccache, Alain og Karin van Ballekom. 2010. "From Patient Compliance to Empowerment and Consumer's Choice: Evolution Or Regression? an Overview of Patient Education in French Speaking European Countries." *Patient Education and Counseling* 78: 282-287. doi: 10.1016/j.pec.2010.01.012.

Entman, Robert M. 1993. "Framing: Towards Clarification of a Fractured Paradigm." *Journal of Communication* 43 (4): 51-58. doi: 10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x.

Fairclough, Norman. 2008. *Kritisk Diskursanalyse - En Tekstsamling*. Oversat og redigeret af Elisabeth Halskov Jensen. Hans Reitzels Forlag.

Gastaldo, Denise. 1997. "Is Health Education Good for You? Re-Thinking Health Education through the Concept of Bio-Power." I *Foucault, Health and Medicine*, redigeret af Alan Petersen og Robin Bunton, 113-133. Routledge.

Holmes, Dave og Denise Gastaldo. 2002. "Nursing as Means of Governmentality." *Journal of Advanced Nursing* 38 (6): 557-565. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02222.x.

Kitzinger, Jenny. 2007. "Framing and Frame Analysis." Kapitel 6, i *Media Studies - Key Issues and Debates*, redigeret af Eoin Devereux, 134-161. Sage Publications.

Knutsen, Ingrid Ruud og Ingrid Foss. 2011. "Caught between Conduct and Free Choice - a Field Study of an Empowering Programme in Lifestyle Change for Obese Patients." *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25: 126-133. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00801.x.

Lunde, Inga Marie og Pia Ramhøj, red. 1995. *Humanistisk Forskning Inden for Sundhedsvidenskab*. Akademisk Forlag A/S.

Lundquist, Lita. 1990. *L'Analyse Textuelle - Méthode, Exercices*. Handelshøjskolens Forlag.

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé and Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale. 2012. *Plan Psychiatrie Et Santé Mentale 2011-2015*.

Nettleton, Sarah. 1997. "Governing the Risky Self - how to Become Healthy, Wealthy and Wise." In *Foucault, Health and Medicine*, redigeret af Alan Petersen og Robin Bunton, 207-222. Routledge.

Roberts, Marc. 2005. "The Production of the Psychiatric Subject: Power, Knowledge and Michel Foucault." *Nursing Philosophy* 6: 33-42. doi: 10.1111/j.1466-769X.2004.00196.x.

Santini, Marina. 2007. "Characterizing Genres of Web Pages: Genre Hybridism and Individualization." *HICSS '07 Proceedings of the 40th Annual Hawaii International Conference on System Sciences*.

Selander, Staffan, Margareta Troein, John Finnegan Jr., og Lennart Råstam. 1997. "The Discursive Formation of Health. A Study of Printed Health Education Material used in Primary Care." *Patient Education and Counseling* 31 (3): 181-189.

Sun, Merete Ryneld. 2012. "L'Information de Santé en Ligne et la Représentation de la Responsabilité des Diabétiques de Type 2." Projekt, 8. semester, Aalborg Universitet. Ikke udgivet.

Walters, William. 2012. *Governmentality: Critical Encounters*. Routledge.

## Links:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/index.html> (Besøgt d. 11. juli 2013).

<http://www.info-depression.fr/spip.php?rubrique19> (Besøgt d. 11. juli 2013).

[http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/07/03/consommation-de-medicaments-les-francais-ne-font-plus-exception\\_1728580\\_1651302.html](http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/07/03/consommation-de-medicaments-les-francais-ne-font-plus-exception_1728580_1651302.html) (Besøgt d. 11. juli 2013).

<http://www.doctissimo.fr/classe-PL-ANTIDEPRESSEURS.htm> (Besøgt d. 11. juli 2013).

<http://www.info-depression.fr/> (Besøgt d. 11. juli 2013).

<http://www.info-depression.fr/?page=mentions> (Besøgt d. 11. juli 2013).

<http://www.sante.gouv.fr/plan-psychiatrie-sante-mentale-2005-2008-et-lancement-de-la-campagne-d-information-depression-en-savoir-plus-pour-en-sortir.html> (Besøgt d. 11. juli 2013).

[http://www.info-depression.fr/dist/\\_doc/DEPRESSION\\_LIVRET.pdf](http://www.info-depression.fr/dist/_doc/DEPRESSION_LIVRET.pdf) (Besøgt d. 11. juli 2013).

<http://www.depression-infos.fr/> (Besøgt d. 11. juli 2013).

<http://www.alzheimer-infos.eu/> (Besøgt d. 11. juli 2013).

<http://www.parkinson-infos.fr/> (Besøgt d. 11. juli 2013).

<https://www.lilly.fr/patho/neuropsy/depression.cfm> (Besøgt d. 11. juli 2013).

<http://www.lilly-diabete.fr/> (Besøgt d. 11. juli 2013).

<http://www.vivresoncouple.com/> (Besøgt d. 11. juli 2013).

<http://www.sante.gouv.fr/presentation-du-plan-sante-mentale-2011-2015.html> (Besøgt d. 11. juli 2013).

[https://www.lilly.fr/docs/patho/neuropsy/depression/medicaments\\_antidepresseurs.pdf](https://www.lilly.fr/docs/patho/neuropsy/depression/medicaments_antidepresseurs.pdf) (Besøgt d. 11. juli 2013).

## Bilag:

Bilag IA: <http://www.info-depression.fr/spip.php?rubrique4> (Downloadet d. 4. maj 2013).

Bilag IB: <http://www.info-depression.fr/spip.php?article32> (Downloadet d. 4. maj 2013).

Bilag IC: <http://www.info-depression.fr/spip.php?article33> (Downloadet d. 4. maj 2013).

Bilag ID: <http://www.info-depression.fr/spip.php?rubrique=11> (Downloadet d. 4. maj 2013).

Bilag 1E: <http://www.info-depression.fr/spip.php?rubrique29> (Downloadet d. 4. maj 2013).

Bilag 1F: <http://www.info-depression.fr/spip.php?rubrique30> (Downloadet d. 4. maj 2013).

Bilag 1G: <http://www.info-depression.fr/spip.php?rubrique31> (Downloadet d. 4. maj 2013).

Bilag 2A: <http://depression-infos.fr/vivre-avec/quelles-sont-les-etapes-qui-menent-la-guerison> (Downloadet d. 4. maj 2013).

Bilag 2B: <http://depression-infos.fr/vivre-avec/que-faire-si-je-pense-souffrir-dune-depression> (Downloadet d. 4. maj 2013).

Bilag 2C: <http://depression-infos.fr/vivre-avec/si-je-vais-voir-un-psychiatre-va-t-il-forcement-me-prescrire-des-medicaments> (Downloadet d. 4. maj 2013).

Bilag 2D: <http://depression-infos.fr/vivre-avec/ai-je-vraiment-besoin-dun-antidepresseur> (Downloadet d. 4. maj 2013).

Bilag 3A: [https://www.lilly.fr/docs/patho/neuropsy/depression/conseils\\_hygiene.pdf](https://www.lilly.fr/docs/patho/neuropsy/depression/conseils_hygiene.pdf) (Downloadet d. 4. maj 2013).

Bilag 3B: [https://www.lilly.fr/docs/patho/neuropsy/depression/traitemen\\_antidepresseur\\_consequences.pdf](https://www.lilly.fr/docs/patho/neuropsy/depression/traitemen_antidepresseur_consequences.pdf) (Downloadet d. 4. maj 2013).

Bilag 3C: [https://www.lilly.fr/docs/patho/neuropsy/depression/gueri\\_de\\_ma\\_depression.pdf](https://www.lilly.fr/docs/patho/neuropsy/depression/gueri_de_ma_depression.pdf) (Downloadet d. 4. maj 2013).

Bilag 4: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Psychiatrie\\_et\\_Sante\\_Mentale\\_2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf) (Downloadet d. 11. juli 2013).

# Bilag 1

## Info-depression.fr



**INFO-DEPRESSION.FR**  
EN SAVOIR PLUS POUR EN SORTIR

- [!\[\]\(570dcff04112b77664cf945a7076b62f\_img.jpg\) Espace Professionnel](#)
- [!\[\]\(4bcd75d64adc8e50c462dfd746d3d4d4\_img.jpg\) Liens et numéros utiles](#)
- [!\[\]\(79aa0201053f991ff17fd11b0e1cd6dc\_img.jpg\) Supports d'information](#)
- [!\[\]\(5bcda7aa6b02048e78339b1afe0351f9\_img.jpg\) Téléchargez le Guide](#)

Accueil du site > Les solutions thérapeutiques > [Les médicaments antidépresseurs](#)

**DÉPRIME OU DÉPRESSION ?**

- LES SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES**
  - [Le recours au soin est-il indispensable ?](#)
  - [La psychothérapie](#)
  - [Les médicaments antidépresseurs](#)
    - Comment agissent-ils ?
    - Comment en faire bon usage ?
  - [Les autres thérapies](#)
  - [Quand l'hospitalisation est-elle nécessaire ?](#)
- OÙ ET À QUI S'ADRESSER ?**
- LE RÔLE DE L'ENTOURAGE**
- CE QU'ON PEUT FAIRE PAR SOI-MÊME**

- [!\[\]\(6ebc9906655a39d6b33719539185bed6\_img.jpg\) Espace Professionnel](#)
- [!\[\]\(b2e825656504381b742ed97c3d9fc672\_img.jpg\) Liens et numéros utiles](#)
- [!\[\]\(b9efd21a83b33cbd1149f72351c12749\_img.jpg\) Supports d'information](#)



Commandez ou téléchargez le Guide "La dépression"

## Les médicaments anti-dépresseurs

Il existe différents degrés d'intensité dans les dépressions. Toutes les dépressions ne nécessitent pas de traitement par médicaments antidépresseurs.

L'objectif du traitement par médicaments antidépresseurs est la réduction significative des **symptômes** dépressifs et de leurs conséquences dans la vie quotidienne. Les médicaments antidépresseurs améliorent les symptômes de la dépression à l'issue d'environ 3 à 4 semaines de **traitement continu**. Ils aident généralement à restaurer le fonctionnement normal du sommeil, de l'appétit, à retrouver l'initiative, une perception positive de la vie... Ce fonctionnement normal persiste après l'arrêt du traitement.

[▲ Haut de page](#)

### Articles de cette rubrique

- Comment agissent-ils ?
- Comment en faire bon usage ?



**Témoignage**

- Accès à tous les témoignages

**Glossaire**

- Symptômes**
- Signes physiques, fonctionnels ou psychologiques provoqués par la maladie, perçus par le malade, dont l'étude sert à poser le diagnostic d'une maladie.
- Accès au glossaire

Espace Professionnel - Liens et adresses utiles - Supports d'information  
Crédits - Mentions légales - Accessibilité - Plan du site




[Accueil du site > Les solutions thérapeutiques > Les médicaments antidépresseurs > Comment agissent-ils ?](#)
**DÉPRIME OU DÉPRESSION ?**
**LES SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES**

► [Le recours au soin est-il indispensable ?](#)

► [La psychothérapie](#)

► **Les médicaments antidépresseurs**

    ► [Comment agissent-ils ?](#)

    ► [Comment en faire bon usage ?](#)

► [Les autres thérapies](#)

► [Quand l'hospitalisation est-elle nécessaire ?](#)

► [OÙ ET À QUI S'ADRESSER ?](#)

► [LE RÔLE DE L'ENTOURAGE](#)

► [CE QU'ON PEUT FAIRE PAR SOI-MÊME](#)

    ► [Espace Professionnel](#)

    ► [Liens et numéros utiles](#)

    ► [Supports d'information](#)

Commandez ou téléchargez le Guide "La dépression"

## Comment agissent-ils ?

Les médicaments antidépresseurs sont des **molécules** qui agissent au niveau du cerveau, plus précisément sur les extrémités des neurones (appelées **synapses**), à travers lesquelles les neurones communiquent les uns avec les autres. Cette communication entre neurones se fait sous forme de « messages » chimiques appelés **neurotransmetteurs ou neuromédiateurs** (par exemple, la sérotonine ou la noradrénaline).

Les médicaments antidépresseurs agissent par divers mécanismes. Aucun médicament ne mobilise à lui seul tous ces mécanismes. En fonction des symptômes de la dépression, de l'efficacité ou de l'échec de tel ou tel médicament antidépresseur prescrit dans le passé, le médecin peut proposer un traitement antidépresseur dont le mode d'action est **le plus adapté à chaque situation**.

Les médicaments antidépresseurs peuvent avoir un ou plusieurs mécanismes d'action en commun tout en ayant des **effets indésirables** très différents les uns des autres. Un médecin qui décide de changer de traitement parce que son patient présente des effets indésirables peut donc proposer un antidépresseur dont l'effet thérapeutique est similaire mais dont les effets indésirables sont différents.

[▲ Haut de page](#)

[Comment en faire bon usage ? ▶](#)


**Témoignage**

**Aurélie,  
comédienne, 29 ans**

« Les médicaments, je dois dire que ça m'a aidée. Ca n'a pas résolu tous mes problèmes, mais ça m'a permis de dormir, de tenir le choc physiquement, d'écartier un peu mes peurs, mes idées noires. »

► [Accès à tous les témoignages](#)

**Glossaire**

► **Effets indésirables**

Effets secondaires désagréables que peuvent avoir les médicaments.

► **Neurotransmetteurs ou neuromédiateurs**

Substances fabriquées en permanence par le cerveau qui servent à la transmission d'information entre les neurones. Les neuromédiateurs affectés par la dépression sont la noradrénaline, la dopamine et la sérotonine.

► [Accès au glossaire](#)


**■ DÉPRIME OU DÉPRESSION ?**
**■ LES SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES**
**► Le recours au soin est-il indispensable ?**
**► La psychothérapie**
**► Les médicaments antidépresseurs**

- Comment agissent-ils ?
- Comment en faire bon usage ?

**► Les autres thérapies**
**► Quand l'hospitalisation est-elle nécessaire ?**
**■ OÙ ET À QUI S'ADRESSER ?**
**■ LE RÔLE DE L'ENTOURAGE**
**■ CE QU'ON PEUT FAIRE PAR SOI-MÊME**
[Espace Professionnel](#)
[Liens et numros utiles](#)
[Supports dinformation](#)


Commandez ou téléchargez le Guide "La dépression"

## Comment en faire bon usage ?

Quelle est la durée du traitement ?

Comment arrêter le traitement ?

Quelles sont les conséquences d'un arrêt trop brutal du traitement ?

Pourquoi un suivi médical lors d'un traitement antidépresseur ?

Peut-on associer d'autres médicaments aux antidépresseurs ?

Que faire en cas d'effets indésirables des antidépresseurs ?

### ▪ Quelle est la durée du traitement ? Quel est le délai d'action ?

En raison de la complexité des mécanismes d'action des antidépresseurs, il faut souvent attendre quelques semaines (généralement 3 ou 4, parfois un peu plus) avant d'en ressentir les effets bénéfiques. Le traitement d'un épisode dépressif comporte deux phases :

- la phase aiguë, dont l'objectif est la disparition des **symptômes**, dure de 6 à 12 semaines ;
- la phase de consolidation, dont l'objectif est de stabiliser l'amélioration des symptômes, dure entre 4 et 6 mois (en fonction des symptômes et du nombre d'épisodes précédents). L'arrêt du traitement pendant cette période critique fait courir un risque très élevé de réapparition des symptômes. C'est pour cela qu'il est indispensable de poursuivre le traitement, même après la disparition des symptômes, conformément à l'avis du médecin.

### ▪ Comment arrêter le traitement ?

Les médicaments antidépresseurs ne créent pas de dépendance physique. Toutefois, il peut être difficile d'envisager d'arrêter le traitement. Dans tous les cas, l'arrêt doit être progressif et « préparé » avec le médecin. Il se déroule habituellement sur quelques semaines. Si, pendant cette période d'arrêt progressif, les symptômes réapparaissent, il est nécessaire de consulter immédiatement son médecin qui proposera habituellement de reprendre le traitement à la dose efficace.

### ▪ Quelles sont les conséquences d'un arrêt trop brutal du traitement ?

Quelques symptômes peuvent apparaître en cas d'arrêt brutal d'un traitement antidépresseur : **anxiété**, irritabilité, syndrome pseudo-grippal (frissons, fièvre, fatigue, mal aux muscles...), cauchemars, insomnie, nausées, sensations de vertiges... Ces symptômes ne doivent pas être confondus avec ceux de la dépression. Ils apparaissent généralement dans les 4 jours suivant l'arrêt et durent rarement au-delà d'une semaine.

### ▪ Pourquoi un suivi médical lors d'un traitement antidépresseur ?

Un suivi régulier par un médecin est nécessaire lorsque l'on prend un traitement antidépresseur. Le suivi est particulièrement utile :

- quelques jours après la mise en route du traitement et au cours des deux premières semaines pour faire un point sur la tolérance du médicament et l'évolution des problèmes ;
- vers 4 semaines après la mise en route du traitement pour faire un point sur son efficacité ;
- régulièrement durant les 6 - 8 mois qui suivent la mise en route du traitement (période pendant laquelle le risque de réapparition des symptômes est maximal). De façon générale, tout traitement antidépresseur doit être accompagné d'informations sur la dépression et le traitement et d'un soutien


**Témoignage**

- Accès à tous les témoignages

**Glossaire**
**■ Anxiété**

Émotion proche de la peur, sans cause évidente, présente chez tout être humain. L'anxiété est un symptôme fréquent en cas de dépression, qui se manifeste aussi bien dans le corps (boule dans la gorge, gêne pour respirer...) que dans la tête (rumination, sensation de catastrophe imminente...).

**■ Anxiolytiques**

Couramment appelés « tranquillisants », ces médicaments soulagent rapidement l'angoisse. Mais ils ne soignent pas la dépression et ne doivent pas être pris pendant plus de quelques semaines (au-delà, le risque de dépendance est réel).

**■ Effets indésirables**

Effets secondaires désagréables que peuvent avoir les médicaments.

**■ Symptômes**

Signes physiques, fonctionnels ou psychologiques provoqués par la maladie, perçus par le malade, dont l'étude sert à poser le diagnostic d'une maladie.

## Bilag IC

relationnel. La qualité de la relation établie entre le médecin et la personne est déterminante.

[▶ Accès au glossaire](#)

### ▪ Peut-on associer d'autres médicaments aux antidépresseurs ?

Pour soulager rapidement l'angoisse, le médecin peut prescrire en début de traitement un médicament anxiolytique (« tranquillisant »). Mais cette prescription doit être temporaire. Les **anxiolytiques** ne soignent pas la dépression et ne doivent pas être pris pendant plus de quelques semaines. Au-delà, leur action est diminuée et le risque de dépendance physique est réel (ce qui n'est pas le cas, on l'a vu, avec les antidépresseurs). Parfois, en fonction du type de dépression, d'autres médicaments pourront être prescrits, notamment des stabilisateurs de l'humeur.

### ▪ Que faire en cas d'effets indésirables des antidépresseurs ?

Comme tout médicament, les médicaments antidépresseurs peuvent avoir des **effets indésirables**.. Selon les types de médicaments, ces effets indésirables peuvent par exemple être : la somnolence (ou au contraire l'excitation), la constipation, la prise ou la perte de poids, la sécheresse de la bouche, les baisses de tension, les difficultés sexuelles... Chez les personnes âgées, il existe des risques importants de baisse de pression artérielle en position debout qui peut être gênante, particulièrement si elles éprouvent des troubles de l'équilibre. Une surveillance médicale particulière est nécessaire chez ces patients.

Il est indispensable de parler de ces possibles effets indésirables avec le médecin au moment de la prescription de l'antidépresseur et de lire attentivement la notice du médicament.

Les effets indésirables évoqués par le médecin ou la notice du médicament ne surviennent pas chez tous les patients et ne sont pas tous obligatoirement présents chez une même personne. Certains de ces effets indésirables sont liés au mécanisme d'action de l'antidépresseur. Un grand nombre de ces effets vont disparaître avec la poursuite du traitement, il existe par ailleurs très souvent des solutions pour corriger ces effets.

Lorsque qu'ils sont très désagréables, il faut aborder avec son médecin l'éventualité d'un changement d'antidépresseur.

[▲ Haut de page](#)

[◀ Comment agissent-ils ?](#)

Accueil du site > [Ce qu'on peut faire par soi-même](#)

## ▪ DÉPRIME OU DÉPRESSION ?

## ▪ LES SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES

## ▪ OÙ ET À QUI S'ADRESSER ?

## ▪ LE RÔLE DE L'ENTOURAGE

## ▪ CE QU'ON PEUT FAIRE PAR SOI-MÊME

▶ Exprimer sa souffrance et accepter d'être aidé

▶ Repérer les signes précurseurs de la dépression

▶ Engager des actions de soin complémentaires

- Espace Professionnel
- Liens et numéros utiles
- Supports d'information



Commandez ou téléchargez le Guide "La dépression"

## CE QU'ON PEUT FAIRE PAR SOI-MÊME

**Si le recours au soin est souvent indispensable en matière de dépression, il est également possible de « s'aider soi-même », de renforcer ainsi l'efficacité du traitement, d'accélérer la guérison et d'éviter la réapparition des symptômes.**

Mais comment faire quand on souffre de dépression, quand – précisément du fait de cette maladie – on a plutôt tendance à perdre confiance en soi et à n'avoir plus envie de rien ?

Une dynamique positive peut ainsi s'enclencher et inverser le processus « négatif » de la maladie.

[▲ Haut de page](#)

## ▪ Sous-rubriques

- ▶ Exprimer sa souffrance et accepter d'être aidé
- ▶ Repérer les signes précurseurs de la dépression
- ▶ Engager des actions de soin complémentaires

**Témoignage**

▶ Accès à tous les témoignages

**Glossaire**

▶ Accès au glossaire



## ■ DÉPRIME OU DÉPRESSION ?

## ■ LES SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES

## ■ OÙ ET À QUI S'ADRESSER ?

## ■ LE RÔLE DE L'ENTOURAGE

## ■ CE QU'ON PEUT FAIRE PAR SOI-MÊME

## ► Exprimer sa souffrance et accepter d'être aidé

## ► Repérer les signes précurseurs de la dépression

## ► Engager des actions de soin complémentaires

- Espace Professionnel
- Liens et numéros utiles
- Supports d'information



Commandez ou téléchargez le Guide "La dépression"

## Exprimer sa souffrance et accepter d'être aidé

Dire ce que l'on ressent à des personnes de confiance quand on va mal est un conseil valable pour tout le monde, à tout moment de la vie. Revenir sur une expérience douloureuse, la partager avec un proche, pleurer si l'on en a envie... tout cela fait partie d'un processus naturel qui permet d'aller mieux.

Bien sûr, quand on souffre de dépression, il n'est pas évident de parler de ses sentiments et de ses émotions. Cette maladie génère en effet une culpabilité, un sentiment d'échec et un fatalisme tels qu'on a l'impression que toute aide extérieure est inutile. Cette **impression est fausse**, évidemment. Il existe des **traitements efficaces** de la dépression et **l'entourage** peut jouer un rôle non négligeable dans l'accompagnement de ces traitements

C'est pourquoi, autant que possible, même si c'est parfois difficile, il est particulièrement important **d'accepter d'être aidé, d'exprimer ce que l'on ressent, de faire confiance** aux personnes qui nous aiment, en chassant de nos pensées l'idée qu'elles nous considèrent comme un enfant, comme un « être inférieur » ou comme un « malade mental ».

Il est également essentiel, une fois l'aide acceptée, de **ne pas se laisser envahir** par un sentiment de mauvaise estime de soi, ou par la crainte d'être jugé ou déconsidéré, que ce soit par ses proches ou par son médecin. Par son médecin, en particulier, car cela pourrait conduire à lui dissimuler certaines informations essentielles au diagnostic et aux traitements (réalité de la prise du traitement, effets indésirables, niveau réel de souffrance...).

[▲ Haut de page](#)


**Témoignage**
**Marc,  
agriculteur, 49 ans**

« Il ne faut pas avoir peur de parler. Il ne faut pas avoir honte. Il faut essayer de sortir ce qu'il y a au fond de soi parce que sinon à force ça finit par craquer. »

► Accès à tous les témoignages

**Glossaire**

► Accès au glossaire


 Accueil du site > Ce qu'on peut faire par soi-même > [Repérer les signes précurseurs de la dépression](#)
**■ DÉPRIME OU DÉPRESSION ?**
**■ LES SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES**
**■ OÙ ET À QUI S'ADRESSER ?**
**■ LE RÔLE DE L'ENTOURAGE**
**■ CE QU'ON PEUT FAIRE PAR SOI-MÊME**

► Exprimer sa souffrance et accepter d'être aidé

► Repérer les signes précurseurs de la dépression

► Engager des actions de soin complémentaires

- Espace Professionnel
- Liens et numéros utiles
- Supports d'information

Commandez ou téléchargez le Guide "La dépression"

## Repérer les signes précurseurs de la dépression

Apprendre à détecter les signes précurseurs d'un épisode dépressif, c'est se mettre en position d'entreprendre une démarche de soin **dans les meilleurs délais** et d'éviter ainsi une aggravation de la maladie.

Ces signes varient d'une personne à l'autre (chacun peut avoir ses propres signes) mais ce sont souvent les mêmes qui réapparaissent chez un même individu dans le cas de troubles récurrents (qui se répètent dans le temps).

Les signes précurseurs **les plus fréquents** sont :

- un changement de l'humeur (notamment une tristesse et des pleurs sans motif) ;
- une perte d'intérêt pour les activités qui font habituellement plaisir ;
- des troubles du sommeil (réveil aux petites heures du matin, sommeil non réparateur...) ;
- une **anxiété** de fond avec des moments plus aigus, notamment lors de situations jusqu'alors considérées comme routinières et sans danger (sortir faire les courses, par exemple) ;
- une irritabilité inhabituelle qui nécessite beaucoup d'énergie pour être contrôlée ;
- une fatigue importante ou un ralentissement des mouvements ;
- une impossibilité à agir, à accomplir les tâches quotidiennes ;
- une sensibilité exacerbée au bruit ou à l'agitation environnante ;
- des modifications inhabituelles (diminution ou augmentation) de l'appétit ;
- etc.

Savoir reconnaître ses propres signes est particulièrement utile dans le cas de troubles récurrents. **Tenir un journal en notant son humeur au fil des jours** est une bonne idée, pour soi-même et pour son médecin.

▲ [Haut de page](#)


**Témoignage**

► [Accès à tous les témoignages](#)

**Glossaire**
**■ Anxiété**

Émotion proche de la peur, sans cause évidente, présente chez tout être humain. L'anxiété est un symptôme fréquent en cas de dépression, qui se manifeste aussi bien dans le corps (boule dans la gorge, gêne pour respirer...) que dans la tête (rumination, sensation de catastrophe imminente...).

► [Accès au glossaire](#)


[Accueil du site > Ce qu'on peut faire par soi-même > Engager des actions de soin complémentaires](#)
**DÉPRIME OU DÉPRESSION ?**
**LES SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES**
**OÙ ET À QUI S'ADRESSER ?**
**LE RÔLE DE L'ENTOURAGE**
**CE QU'ON PEUT FAIRE PAR SOI-MÊME**

► Exprimer sa souffrance et accepter d'être aidé

► Repérer les signes précurseurs de la dépression

**Engager des actions de soin complémentaires**

► Pratiquer certaines activités physiques

► Relaxation : sous certaines conditions

► Alimentation : attention aux carences et aux déséquilibres

► Alcool et aux autres substances addictives : de faux amis

► Liens sociaux : à entretenir autant que possible

■ Espace Professionnel

■ Liens et numéros utiles

■ Supports d'information

Commandez  
ou téléchargez le Guide  
"La dépression"

## Engager des actions de soin complémentaires

La dépression est un phénomène complexe dans lequel interviennent **plusieurs causes ou « facteurs »** : des facteurs biologiques, des facteurs psychologiques, des facteurs liés à l'environnement. Ces facteurs ne sont pas indépendants les uns des autres : au contraire, ils interagissent entre eux. Contre la dépression, il est donc particulièrement efficace **d'agir sur tous ces facteurs en même temps**, afin de générer **une dynamique positive** qui va vers l'amélioration de l'état dépressif.

Certaines actions (suivre une **psychothérapie**, prendre des **médicaments antidépresseurs...**) nécessitent le recours à un professionnel. **On peut essayer de réaliser soi-même d'autres actions** : par exemple, pratiquer certaines activités physiques ; améliorer son alimentation ; dormir et prendre ses repas à des heures régulières ; limiter sa consommation d'alcool, de médicaments **anxiolytiques** et de substances psychotropes (cannabis, autres drogues) ; maintenir des relations sociales.

Les pratiques présentées ci-dessous font mieux que procurer une simple « distraction d'esprit ». Elles ont aussi **fait la preuve d'une efficacité réelle** sur la réduction des symptômes de la dépression. Mises en œuvre de façon progressive, en complément du traitement de fond (psychothérapie, médicaments) et en respectant les limites qu'impose la maladie, elles peuvent vraiment contribuer au soin et à la guérison.

[▲ Haut de page](#)

### Articles de cette rubrique

- Pratiquer certaines activités physiques
- Relaxation : sous certaines conditions
- Alimentation : attention aux carences et aux déséquilibres
- Alcool et aux autres substances addictives : de faux amis
- Liens sociaux : à entretenir autant que possible


**Témoignage**

► Accès à tous les témoignages

**Glossaire**

► Accès au glossaire

## Bilag 2

## Lundbeck

# Dépression-INFOS

Ce que vous devez savoir sur la dépression

Rechercher...



Actualités Glossaire Lundbeck TV Liens utiles



## Comprendre



## Vivre avec



## Accompagner



[Accueil](#) > [Vivre avec](#) > Quelles sont les étapes qui mènent à la guérison ?

### VIVRE AVEC

[Quelles sont les étapes qui mènent à la guérison ?](#)

[Que faire si je pense souffrir d'une dépression ?](#)

[Avec qui une personne dépressive doit-elle parler de dépression ?](#)

[Si je vais voir un psychiatre, va-t-il forcément me prescrire des médicaments ?](#)

[Quel est le rôle d'une psychothérapie pour le dépressif ?](#)

[Ai-je vraiment besoin d'un antidépresseur ?](#)

[Peut-on guérir d'une dépression ?](#)

[Est-ce qu'on peut encore être heureux après une dépression ?](#)

## Quelles sont les étapes qui mènent à la guérison ?

Guérir d'une dépression, cela ne se fait pas du jour au lendemain. Selon le patient et la gravité de la maladie, la prise en charge peut être plus ou moins longue, mais dans tous les cas, on distingue différentes étapes vers la guérison complète.

[PARTAGER](#)



### Parole d'expert

VIVRE AVEC

[Quelles sont les étapes de la guérison ?](#)

Brigitte Rimlinger, psychiatre à Montpellier

[+ Voir la vidéo](#)

[+ Plus de vidéos](#)



Comme pour toute maladie, il existe un « chemin » de guérison de la dépression, un cycle, qui se manifeste d'abord par une **amélioration des symptômes**. En un 1<sup>er</sup> temps, les médicaments vont peu à peu restaurer le fonctionnement normal du cerveau, et permettre au patient de retrouver l'appétit, l'énergie, de bien dormir, etc. Cette phase peut prendre 3 à 6 semaines.

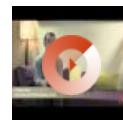
Cette étape dans la guérison des cellules du cerveau doit être suivie d'une phase

**de consolidation.** L'objectif : stabiliser l'amélioration des symptômes. Cela peut prendre entre 6 mois et 1 an, en fonction de la gravité des symptômes et du nombre d'épisodes dépressifs précédents. Les patients peuvent être tentés d'arrêter leur traitement durant cette période critique, une fois les symptômes disparus. Mais c'est prendre le risque de les voir réapparaître aussitôt ! Il est donc impératif de poursuivre le traitement médicamenteux jusqu'au bout, conformément à l'avis du médecin.

Pour fondamentale qu'elle soit, cette guérison au niveau biochimique ne fait pas tout. En fait, elle constitue le **socle à partir duquel le patient va pouvoir à nouveau redonner du sens à sa vie**, retrouver son positivisme, « corriger » sa perception de la vie. Ce travail de fond, dont la durée peut varier d'un patient à l'autre, nécessite le plus souvent un accompagnement psychothérapeutique.

**La guérison complète doit être établie et constatée par le médecin** traitant ou le psychiatre, qui seuls peuvent décider de l'arrêt, toujours progressif, du traitement.

## Parole d'expert



VIVRE AVEC

### Quelles sont les étapes qui mènent à la guérison ?

Philippe Nuss, psychiatre au CHU Saint-Antoine à Paris

[+ Voir la vidéo](#)

## Newsletters

Restez informé de l'actualité des maladies du cerveau en vous abonnant à notre newsletter.

Votre prénom

Votre nom

Votre e-mail

**S'abonner**

## Mot de la semaine

### Déprime :

La déprime caractérise une baisse de moral associée à une répulsion contre toute activité qui peut affecter le comportement, les émotions et le...

[Lire la suite](#)

[Voir tous les mots du glossaire](#)

## Actualités

[Toutes les actualités](#)

05/02/2013

La chronobiologie est l'étude des rythmes biologiques auxquels sont soumis...

04/02/2013

Une équipe de chercheurs américains a récemment étudié le lien entre le...

02/01/2013

Le 10 octobre 2012, lors de la Journée Mondiale de la Santé Mentale,...

## Bilag 2A

<http://depression-infos.fr/vivre-avec/quelles-sont-les-etapes-qui-menent-la-guerison>

Downloadet 04/05/13

Découvrez nos autres sites d'information sur les maladies liées au système nerveux central

[Alzheimer-infos.eu](#)

[Découvrir ce site](#)

[Parkinson-infos.fr](#)

[Découvrir ce site](#)



La chaîne  
Lundbeck TV.

[+ Voir](#)

**Nota :** le contenu de ce site est destiné à donner des informations. Il ne peut, en aucun cas, remplacer une consultation avec un professionnel de santé.  
Si vous avez des questions sur votre état de santé ou votre traitement, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

[+ Comprendre](#)  
[+ Vivre avec](#)  
[+ Accompagner](#)

[+ Actualités](#)  
[+ Liens utiles](#)

[+ Glossaire](#)  
[+ Lundbeck TV](#)

**Lundbeck** est un laboratoire pharmaceutique  
spécialisé dans les maladies du cerveau.  
[+ En savoir plus](#)

© Lundbeck France - Plan du site - Mentions légales - Contact

# Dépression-INFOS

Ce que vous devez savoir sur la dépression

 [Actualités](#) [Glossaire](#) [Lundbeck TV](#) [Liens utiles](#)

## Comprendre



## Vivre avec



## Accompagner



Accueil > Vivre avec > Que faire si je pense souffrir d'une dépression ?

### VIVRE AVEC

Quelles sont les étapes qui mènent à la guérison ?

**Que faire si je pense souffrir d'une dépression ?**

Avec qui une personne dépressive doit-elle parler de dépression ?

Si je vais voir un psychiatre, va-t-il forcément me prescrire des médicaments ?

Quel est le rôle d'une psychothérapie pour le dépressif ?

Ai-je vraiment besoin d'un antidépresseur ?

Peut-on guérir d'une dépression ?

Est-ce qu'on peut encore être heureux après une dépression ?

## Que faire si je pense souffrir d'une dépression ?

Vous pensez être en train de traverser un épisode dépressif ? Ces quelques conseils vous aideront à y voir plus clair et à réagir le cas échéant.

 PARTAGER    ...



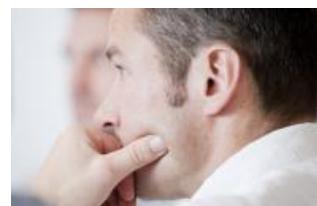
### Parole d'expert

VIVRE AVEC

**Que faire si je pense souffrir d'une dépression ?**

Michel Benoit, psychiatre au CHU Pasteur à Nice

[+ Voir la vidéo](#)



Vous ressentez une tristesse intense et inhabituelle, une impression de « ralentissement ». Vous perdez confiance en vous. Vous ne parvenez plus à vous intéresser à des choses qui, il y a peu de temps encore, vous plaisaient : votre travail, vos loisirs, les sorties... Cet état dure depuis au moins 2 semaines.

Alors il est possible que vous souffriez de dépression.

Dans ce cas, il est important de **consulter au plus vite votre médecin**. Il pourra faire un diagnostic (de dépression, de fatigue ou surmenage, d'anxiété...) et vous aider à surmonter cette période.

## Bilag 2B

Rappelez-vous que :

- la dépression n'est pas un signe de faiblesse, mais une maladie qui nécessite des soins. Elle ne guérit pas seule,
- plus la dépression est prise en charge rapidement, plus elle sera soignée rapidement. Si au contraire vous tardez à consulter un médecin, elle va s'aggraver, s'accompagner de symptômes nouveaux...,
- si la personne dépressive se sent souvent incomprise, le médecin, lui, sait reconnaître la dépression. Il comprendra votre mal-être et votre douleur.

### Newsletters

Restez informé de l'actualité des maladies du cerveau en vous abonnant à notre newsletter.

Votre prénom

Votre nom

Votre e-mail

S'abonner

### Mot de la semaine

#### Déprime :

La déprime caractérise une baisse de moral associée à une répulsion contre toute activité qui peut affecter le comportement, les émotions et le...

[+ Lire la suite](#)

[+ Voir tous les mots du glossaire](#)

### Actualités

[+ Toutes les actualités](#)

05/02/2013

La chronobiologie est l'étude des rythmes biologiques auxquels sont soumis...

04/02/2013

Une équipe de chercheurs américains a récemment étudié le lien entre le...

02/01/2013

Le 10 octobre 2012, lors de la Journée Mondiale de la Santé Mentale,...

**Découvrez** nos autres sites d'information sur les maladies liées au système nerveux central

[Alzheimer-infos.eu](#)

[+ Découvrir ce site](#)

[Parkinson-infos.fr](#)

[+ Découvrir ce site](#)



La chaîne  
Lundbeck TV.

[+ Voir](#)

**Nota :** le contenu de ce site est destiné à donner des informations. Il ne peut, en aucun cas, remplacer une consultation avec un professionnel de santé. Si vous avez des questions sur votre état de santé ou votre traitement, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

[+ Comprendre](#)  
[+ Vivre avec](#)  
[+ Accompagner](#)

[+ Actualités](#)  
[+ Liens utiles](#)

[+ Glossaire](#)  
[+ Lundbeck TV](#)

**Lundbeck** est un laboratoire pharmaceutique spécialisé dans les maladies du cerveau.  
[+ En savoir plus](#)

## Bilag 2C

# Dépression-INFOS

Ce que vous devez savoir sur la dépression

Rechercher...



Actualités Glossaire Lundbeck TV Liens utiles



## Comprendre



## Vivre avec



## Accompagner



Accueil > Vivre avec > Si je vais voir un psychiatre, va-t-il forcément me prescrire des médicaments ?

### VIVRE AVEC

Quelles sont les étapes qui mènent à la guérison ?

Que faire si je pense souffrir d'une dépression ?

Avec qui une personne dépressive doit-elle parler de dépression ?

**Si je vais voir un psychiatre, va-t-il forcément me prescrire des médicaments ?**

Quel est le rôle d'une psychothérapie pour le dépressif ?

Ai-je vraiment besoin d'un antidépresseur ?

Peut-on guérir d'une dépression ?

Est-ce qu'on peut encore être heureux après une dépression ?

## Si je vais voir un psychiatre, va-t-il forcément me prescrire des médicaments ?

La prise en charge d'un patient dépressif peut se faire par la prescription de médicaments, des antidépresseurs, et/ou des rendez-vous avec un psychiatre et/ou un psychothérapeute. Il n'y a pas de solution toute faite : chaque accompagnement doit être personnalisé, adapté au patient et à la gravité de sa pathologie.

PARTAGER



### Parole d'expert

VIVRE AVEC

**Si je vais voir un psychiatre, va-t-il forcément me prescrire des médicaments ?**

Alain Gérard, psychiatre à Paris

+ Voir la vidéo

+ Plus de vidéos



La dépression peut se manifester de différentes façons : à chacune correspond une prise en charge adaptée. Le médecin – généraliste ou spécialiste – ne décidera donc du traitement qu'après une discussion longue et approfondie avec son patient, pour recueillir ses antécédents, ses symptômes actuels, le contexte général ayant mené à la dépression... Les principaux traitements de la dépression sont la psychothérapie et les médicaments. Ils sont complémentaires.

## Bilag 2C

### La psychothérapie

Elle va aider le patient à mieux gérer la maladie, à réduire ses symptômes et leurs conséquences, à donner du sens à ce qu'il vit et à envisager de nouveaux projets. En ce sens, la psychothérapie participe totalement au traitement de la dépression.

- La dépression est une maladie qui nécessite une prise en charge à long terme. **La psychothérapie peut soulager le patient**, elle doit toutefois être prolongée pour que ses effets soient profonds et durables.
- La prescription d'un antidépresseur n'est pas systématique. La psychothérapie peut être conseillée à tout patient traversant un épisode dépressif.

La psychothérapie participe à soigner la dépression, et peut également servir à prévenir la réapparition de certains symptômes après la rémission.

### Les antidépresseurs

Les médicaments réduisent de façon significative des symptômes dépressifs et leurs conséquences sur la vie quotidienne du patient.

Il appartient au médecin de choisir, parmi les différents médicaments disponibles, l'antidépresseur le plus adapté à la situation du patient et à l'intensité de la maladie. Il va aider le patient à retrouver l'initiative, une perception positive de la vie, à restaurer le fonctionnement « normal » de l'appétit, du sommeil...

---

### Parole d'expert



VIVRE AVEC

**Peut-on associer un traitement médicamenteux et une psychothérapie ?**

Caroline Weill, psychologue

[+ Voir la vidéo](#)

---

### Newsletters

Restez informé de l'actualité des maladies du cerveau en vous abonnant à notre newsletter.

Votre prénom

### Mot de la semaine

**Déprime :**

La déprime caractérise une baisse de moral associée à une répulsion contre toute activité qui peut affecter le comportement, les émotions et le...

### Actualités

[+ Toutes les actualités](#)

05/02/2013

La chronobiologie est l'étude des rythmes biologiques auxquels sont soumis...

04/02/2013

## Bilag 2C

Votre nom  
Votre e-mail

S'abonner

Lire la suite  
Voir tous les mots du glossaire

Une équipe de chercheurs américains a récemment étudié le lien entre le...  
02/01/2013  
Le 10 octobre 2012, lors de la Journée Mondiale de la Santé Mentale,...

**Découvrez** nos autres sites d'information sur les maladies liées au système nerveux central

[Alzheimer-infos.eu](#)

[Découvrir ce site](#)

[Parkinson-infos.fr](#)

[Découvrir ce site](#)



La chaîne  
Lundbeck TV.

[Voir](#)

**Nota :** le contenu de ce site est destiné à donner des informations. Il ne peut, en aucun cas, remplacer une consultation avec un professionnel de santé.  
Si vous avez des questions sur votre état de santé ou votre traitement, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Comprendre
- Vivre avec
- Accompagner

- ↳ Actualités
- ↳ Liens utiles

- ↳ Glossaire
- ↳ Lundbeck TV

**Lundbeck** est un laboratoire pharmaceutique spécialisé dans les maladies du cerveau.  
[En savoir plus](#)

## Bilag 2D

# Dépression-INFOS

Ce que vous devez savoir sur la dépression

Rechercher... 🔎

Actualités Glossaire Lundbeck TV Liens utiles



## Comprendre ➔



## Vivre avec ➔



## Accompagner ➔



Accueil > Vivre avec > Ai-je vraiment besoin d'un antidépresseur ?

### VIVRE AVEC

Quelles sont les étapes qui mènent à la guérison ?

Que faire si je pense souffrir d'une dépression ?

Avec qui une personne dépressive doit-elle parler de dépression ?

Si je vais voir un psychiatre, va-t-il forcément me prescrire des médicaments ?

Quel est le rôle d'une psychothérapie pour le dépressif ?

Ai-je vraiment besoin d'un antidépresseur ?

Peut-on guérir d'une dépression ?

Est-ce qu'on peut encore être heureux après une dépression ?

## Ai-je vraiment besoin d'un antidépresseur ?

Seul le médecin que vous aurez consulté pourra décider si un antidépresseur doit vous être prescrit, en fonction du type et de la gravité de votre dépression. De votre côté, il est important que vous acceptiez et suiviez scrupuleusement ce traitement.

PARTAGER



### Parole d'expert

#### VIVRE AVEC

Je pense souffrir de dépression. Est-il vraiment nécessaire d'aller consulter ?

Brigitte Rimlinger, psychiatre à Montpellier

+ Voir la vidéo

+ Plus de vidéos



Lorsque vous commencez à prendre un antidépresseur, vous vous engagez dans un traitement de longue durée : il faudra poursuivre la prise du médicament pendant plusieurs mois. Vous ne devez en aucun cas interrompre votre traitement dès que vous vous sentez mieux : seul votre médecin peut vous dire quand arrêter. Mieux, il vous expliquera comment diminuer progressivement la posologie pour éviter tout symptôme lié à un arrêt brutal (anxiété, irritabilité, insomnie, nausées, sensations de vertige, etc.). Un arrêt précoce est une cause de rechute.

Lorsque vous allez commencer le traitement, vous ne ressentirez peut-être pas immédiatement ses effets antidépresseurs. Soyez alors patient : généralement, les effets ne sont pas immédiatement perceptibles et peuvent être ressentis après 2 à 4 semaines de traitement.

## Bilag 2D

Des effets indésirables peuvent parfois apparaître en début de traitement. Ils sont en général passagers et s'atténuent progressivement, jusqu'à disparaître. Ils peuvent néanmoins se prolonger et être gênants. Dans tous les cas, parlez-en à votre médecin traitant ou à votre psychiatre.

Enfin, vous devez tout au long du traitement prendre votre antidépresseur régulièrement et respecter la posologie indiquée par votre médecin.

### Parole d'expert



VIVRE AVEC

#### Ai-je vraiment besoin d'un antidépresseur ?

Christophe Lançon, psychiatre au CHU Sainte-Marguerite à Marseille

[+ Voir la vidéo](#)

### Newsletters

Restez informé de l'actualité des maladies du cerveau en vous abonnant à notre newsletter.

[S'abonner](#)

### Mot de la semaine

#### Déprime :

La déprime caractérise une baisse de moral associée à une répulsion contre toute activité qui peut affecter le comportement, les émotions et le...

[+ Lire la suite](#)

[+ Voir tous les mots du glossaire](#)

### Actualités

[+ Toutes les actualités](#)

05/02/2013

La chronobiologie est l'étude des rythmes biologiques auxquels sont soumis...

04/02/2013

Une équipe de chercheurs américains a récemment étudié le lien entre le...

02/01/2013

Le 10 octobre 2012, lors de la Journée Mondiale de la Santé Mentale,...

**Découvrez** nos autres sites d'information sur les maladies liées au système nerveux central

[Alzheimer-infos.eu](#)

[+ Découvrir ce site](#)

[Parkinson-infos.fr](#)

[+ Découvrir ce site](#)



La chaîne  
Lundbeck TV.

[+ Voir](#)

**Nota :** le contenu de ce site est destiné à donner des informations. Il ne peut, en aucun cas, remplacer une consultation avec un professionnel de santé. Si vous avez des questions sur votre état de santé ou votre traitement, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

## Bilag 2D

➔ Comprendre  
➔ Vivre avec  
➔ Accompagner

➔ Actualités  
➔ Liens utiles

➔ Glossaire  
➔ Lundbeck TV

**Lundbeck** est un laboratoire pharmaceutique spécialisé dans les maladies du cerveau.  
➔ [En savoir plus](#)

## Bilag 3

### Lilly France

## Bilag 3A

### Les conseils d'hygiène de vie ont-ils un réel impact ?

#### Des dépressions légères...

De simples changements d'habitude de vie, une psychothérapie, peuvent avoir un réel impact sur votre moral et votre niveau d'anxiété. D'ailleurs, les autorités de santé insistent sur l'intérêt de ces mesures et va même jusqu'à les considérer comme le premier traitement des troubles dépressifs d'intensité légère. Les recommandations stipulent en effet qu'en cas de dépression légère, le recours aux antidépresseurs n'est pas obligatoire d'emblée. On estime qu'à ce stade vous avez encore des ressources suffisantes pour pouvoir agir par vous-même sur les symptômes dépressifs.



**Pratiquer régulièrement une activité sportive et essayer de prendre (ou de reprendre) une activité qui vous plaît et vous détend** : en essayant d'y consacrer quelques minutes tous les jours qui a un rôle très bénéfique sur le seuil d'anxiété et l'humeur;

*Cette rubrique a pour but d'offrir à l'internaute des informations médicales de qualité. Néanmoins, les informations fournies sont destinées à améliorer, non à remplacer, la relation qui existe entre le patient et son médecin.*

#### ...Aux dépressions modérées à sévères

Ces conseils restent tout à fait justifiés dans les formes modérées de dépression où ils seront complémentaires du traitement médicamenteux.

Dans les cas de **dépressions sévères**, il est généralement difficile de tirer profit de ces conseils, car les ressources et l'énergie manquent. C'est normal, il ne faut pas culpabiliser. Ces différentes méthodes pourront en revanche être envisagées dès que le **traitement antidépresseur** aura fait son effet et que vous vous sentirez mieux.

#### Des conseils simples et utiles

**Arrêter la consommation de toxiques comme le cannabis et l'alcool** qui ont un effet délétère sur le moral et la motivation.

Dans un premier temps, la prise d'alcool peut diminuer l'anxiété mais son effet apaisant s'estompe peu à peu et il faut en boire de plus en plus pour obtenir les mêmes effets (phénomène de tolérance). Vous prenez le risque de ne plus pouvoir vous en passer et de devenir dépendant de l'alcool.

**Réduisez les prises d'excitants** (ex : café, thé, soda avec caféine) qui peuvent aggraver les signes anxieux;

**Organiser vos journées en vous fixant des objectifs réalisables**; N'hésitez pas, dans la mesure du possible, à faire appel à votre entourage proche pour vous aider ou vous réconforter, si vous en éprouvez le besoin;

**Favoriser la méditation** car cette technique vous permettra de prendre plus de distance avec votre situation actuelle et de faire évoluer votre façon de penser.

**Une psychothérapie** peut être souhaitée par le patient lui-même, lorsqu'il veut mieux comprendre ce qui lui est arrivé, ou devenir plus sûr de lui pour mieux affronter, ou éviter un éventuelle rechute.



Des réponses qui comptent.

## Bilag 3A

### Références

1. La dépression, en savoir plus pour en sortir. INPES Août 2007.  
[www.info-depression.fr](http://www.info-depression.fr)
2. AFSSAPS. Antidépresseurs Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Argumentaire. Octobre 2006

## Bilag 3B

### Quels sont les effets du traitement antidépresseur et que va-t-il m'apporter ?

*Cette rubrique a pour but d'offrir à l'internaute des informations médicales de qualité. Néanmoins, les informations fournies sont destinées à améliorer, non à remplacer, la relation qui existe entre le patient et son médecin.*

#### Ce que l'on entend parfois dire

Beaucoup de personnes ont un avis sur la **dépression** et les antidépresseurs. Mais beaucoup d'informations fausses sont ainsi véhiculées, par exemple sur le fait qu'on ne guérit pas d'une dépression, que les **antidépresseurs** sont des drogues, et qu'ils entraînent une dépendance, ou qu'ils comportent de nombreux inconvénients.

#### Quels antidépresseurs ?

Les **antidépresseurs** agissent sur les **symptômes dépressifs**. Selon leur mécanisme d'action, les antidépresseurs peuvent être plus ou moins stimulants ou calmants. De même, ils ne présentent pas tous les mêmes effets gênants.

Seul le professionnel de santé pourra porter le diagnostic et vous prescrira le médicament le plus adapté à votre forme de dépression et à votre situation. Pour l'aider dans sa décision, expliquez-lui bien tout ce que vous ressentez.



Des réponses qui comptent.

## Bilag 3B

### Combien de temps faut-il à l'antidépresseur pour agir ?

Il faut savoir également que les antidépresseurs (quels qu'ils soient) n'ont pas d'effet immédiat contrairement aux anxiolytiques. Le début d'amélioration des symptômes sous antidépresseur ne survient pas avant 1 à 3 semaines de traitement. Il ne faut donc pas arrêter le traitement avant ce délai en pensant qu'il est inefficace. Il est par ailleurs parfois nécessaire d'attendre 1 à 2 mois avant de voir disparaître l'ensemble des symptômes.



Des réponses qui comptent.

Lilly

### Soulager la souffrance

L'antidépresseur vous est prescrit par votre médecin pour alléger puis supprimer vos souffrances morales. Il va agir sur votre tristesse et vos angoisses, qui "consomment" toute votre énergie au profit de ruminations tristes et pessimistes.

### Redonner le goût et la capacité d'agir

Le traitement va peu à peu vous permettre de faire ce qui vous est impossible ou difficile en ce moment : "réagir" et sortir de la dépression.

### Permettre de lutter au quotidien

Avec les **antidépresseurs**, le poids de la **dépression** va se faire peu à peu plus légère sur vos épaules. Vous pourrez ainsi progressivement reprendre vos activités habituelles. Avec la même envie, le même plaisir, et la même énergie qu'autrefois.

### Que faire si je supporte mal mon traitement ?

Le plus souvent, les **effets indésirables du traitement antidépresseur** disparaissent avec la poursuite du traitement. Les effets gênants les plus fréquemment rencontrés avec les **antidépresseurs** sont l'insomnie et la somnolence. Des troubles digestifs et/ou une prise de poids peuvent survenir avec certains **médicaments antidépresseurs**.

Il faut savoir qu'ils ne sont pas forcément la preuve que votre organisme ne "supporte pas" le médicament.

**Dans tous les cas, parlez-en à votre médecin qui vous dira que faire.**



## Bilag 3B

# Références

1. La dépression, en savoir plus pour en sortir. INPES Août 2007.  
[www.info-depression.fr](http://www.info-depression.fr)
2. AFSSAPS. Antidépresseurs Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Argumentaire. Octobre 2006

## Bilag 3C

### Suis-je guéri de ma dépression ?

#### Est-on guéri quand on se sent mieux ?

Oui et non. Vous allez mieux, et c'est déjà une très bonne chose : vous êtes en train de guérir de la dépression. Mais vous devez continuer à être vigilant. A ce stade, le risque est d'être trop optimiste et de vous croire totalement guéri, alors que vous n'êtes qu'en phase de convalescence.

En effet, il existe encore en vous une certaine fragilité, que vous pouvez très bien ne pas ressentir : un peu comme une fracture qui ne ferait plus souffrir, mais qui serait encore imparfairement consolidée.



Cette rubrique a pour but d'offrir à l'internaute des informations médicales de qualité. Néanmoins, les informations fournies sont destinées à améliorer, non à remplacer, la relation qui existe entre le patient et son médecin.

#### Puis-je arrêter mon traitement puisque je me sens mieux ?

Surtout pas ! Une des premières causes de rechutes rapides est sans doute l'arrêt trop précoce du traitement antidépresseur par les patients. Il est bien sûr normal d'y penser dès que l'on se sent mieux. Mais votre médecin vous expliquera pourquoi c'est un mauvais réflexe. Le traitement antidépresseur comporte plusieurs étapes qu'il faut respecter. Il doit être poursuivi pendant une durée allant de 6 à 12 mois au minimum. Même si vous vous sentez mieux, n'arêtez pas votre traitement, vous devez le prendre jusqu'à ce que votre médecin décide d'arrêter votre traitement.

#### Vaut-il mieux essayer d'oublier les mauvais moments ?

Ce n'est pas si sûr ! À ce stade de votre amélioration, vous avez peut-être tendance à minimiser ce qui s'est passé pendant l'épisode dépressif, à lui donner une explication facile et rassurante de type "c'était un peu de surmenage". Banaliser à l'extrême ce qui s'est passé n'est pas la meilleure chose. Certaines personnes tirent des enseignements bénéfiques de leur dépression.

## Bilag 3C

### Est-ce que tout cela peut recommencer ?



#### La dépression est-elle une maladie qui peut récidiver ?

Chez un certain nombre de personnes ayant eu une dépression, il existe une possibilité de récidive. Cela n'arrivera bien sûr pas à toutes les personnes qui ont présenté une dépression, mais le risque est réel.

#### Pendant combien de temps le risque existe-t-il ?

La période où le risque de récidive est le plus important se situe dans les 6 à 12 mois qui suivent le début de la dépression. C'est pourquoi votre médecin a insisté pour que vous gardiez votre traitement antidépresseur suffisamment longtemps.



#### Le cas particulier du trouble dépressif bipolaire

Le trouble dépressif bipolaire est un trouble de l'humeur comportant le plus souvent une alternance d'épisodes dépressifs et d'épisodes maniaques. Ces formes de dépression très particulières présentent un risque élevé de **recommencer une dépression**, et, les personnes qui souffrent de ce trouble doivent suivre un traitement préventif par un médicament régulateur de l'humeur. Vous en avez peut-être déjà entendu parler.

Toutes les personnes déprimées ne doivent pas prendre de tels traitements, mais seulement celles qui présentent ces formes.

La prise en charge des troubles bipolaires nécessite une collaboration entre le médecin généraliste et un médecin psychiatre. Ils décideront de la nécessité de prescrire ou non un traitement antidépresseur.

## Bilag 3C

### Référence

- La dépression, en savoir plus pour en sortir. INPES Août 2007. [www.info-depression.fr](http://www.info-depression.fr)

## Bilag 4

### Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015

# Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015



# Introduction

Le plan de Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 de la France s'inscrit dans le cadre du Pacte européen qui reconnaît notamment que la santé mentale est un droit de l'Homme.

Il vise à améliorer les réponses qu'apporte le système de santé aux troubles mentaux, dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous rappelle qu'ils contribuent largement à la morbidité et à la mortalité prématurée. La santé mentale doit être un domaine prioritaire des politiques de santé.

Le plan de Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 a pour objectif de donner à tous les Français une juste compréhension des enjeux d'une politique ambitieuse de santé mentale et d'offrir un cadre commun d'action à l'ensemble des acteurs engagés dans la lutte contre les troubles psychiques et la construction de réponses permettant d'envisager la vie avec et malgré ces troubles.

Du fait de cette ambition, il présente une double particularité.

Premier plan de santé publique postérieur à la réforme de l'organisation territoriale des politiques de santé portée par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires du 21 juillet 2009, le plan de psychiatrie et santé mentale ne cherche pas à identifier au niveau national des mesures qui devraient ensuite être dupliquées sur l'ensemble du territoire, quelles que soient les situations territoriales particulières. Il s'attache au contraire à poser un cadrage stratégique qui serve de référence à tous les acteurs et dont la déclinaison opérationnelle sera réalisée au niveau régional, pilotée et formalisée par les Agences régionales de santé.

L'élaboration du plan a ainsi été portée par les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, ce sont les organes de gouvernance de la psychiatrie qui, chacun à son niveau, rencontrent les situations et agissent en connaissance de cause, en s'appuyant sur les données de la science. Un comité d'orientation a été constitué réunissant de nombreux représentants des professionnels et des usagers de la psychiatrie et de la santé mentale. En élaborant un plan de santé publique sur le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, il s'est donné comme responsabilité de fixer des orientations stratégiques nationales, à partir des valeurs, des principes, des définitions posés et concertés, lesquels guideront la réflexion des acteurs. Il a ensuite travaillé à repérer et institutionnaliser des espaces, des temps, des lieux d'élaboration, de compromis, qui viendront comme autant d'appuis à l'action des acteurs. Ce travail collectif consiste enfin à poser les quelques indicateurs sur lesquels nous décidons que nous évaluerons l'impact du plan à l'issue de sa période de référence.

Intervenant sept ans après le vote de la loi du 11 février 2005, le plan psychiatrie et santé mentale intègre pleinement les enjeux de participation sociale et de citoyenneté dont elle est porteuse pour toutes les personnes qui subissent un handicap du fait des retentissement dans leur vie et leur autonomie d'un trouble de santé. Il affirme ainsi tout à la fois le besoin de soins de qualité pour tous et la nécessité de dépasser la dimension sanitaire pour s'intéresser aux champs de l'inclusion sociale. Logement, emploi sont ainsi des parties intégrantes du plan ; objectif des soins, la participation à la vie sociale participe à son efficacité et dans une certaine mesure à la prévention des troubles.

Ainsi, élaborer et faire vivre un plan Psychiatrie et santé mentale peut être l'occasion de redonner du sens à la psychiatrie aux yeux de tous et d'assurer la protection des personnes et de la société toute entière.

# Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>3</b>
<b>PARTIE 1 : PREAMBULE EXPOSE DES MOTIFS.....</b>	<b>5</b>
<b>UN PLAN D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES SUR LA PSYCHIATRIE ET LA SANTE MENTALE : POURQUOI ? .....</b>	<b>5</b>
<i>Parce que c'est un enjeu de société et de santé publique majeur .....</i>	<i>5</i>
<i>Parce qu'il existe encore trop souvent des inégalités d'accès aux soins.....</i>	<i>5</i>
<i>Parce que les maladies mentales peuvent troubler la capacité à demander de l'aide, à consentir et s'engager durablement dans des soins .....</i>	<i>6</i>
<i>Parce que les personnes souffrent encore trop souvent de stigmatisation et de discrimination, aggravant leur vulnérabilité .....</i>	<i>6</i>
<b>UN PLAN D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES SUR LA PSYCHIATRIE ET LA SANTE MENTALE : POUR QUI ? .....</b>	<b>7</b>
<i>Pour les personnes qui « vivent avec » la maladie .....</i>	<i>7</i>
<i>Pour leur entourage .....</i>	<i>7</i>
<i>Pour les professionnels .....</i>	<i>7</i>
<i>Pour l'ensemble de la population .....</i>	<i>7</i>
<b>UN PLAN D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES SUR LA PSYCHIATRIE ET LA SANTE MENTALE : AVEC QUELS MOTS ? .....</b>	<b>8</b>
<i>La santé mentale .....</i>	<i>8</i>
<i>La psychiatrie .....</i>	<i>8</i>
<i>Les aidants, l'entourage .....</i>	<i>8</i>
<i>La prévention, la promotion de la santé .....</i>	<i>9</i>
<i>Les soins, le rétablissement .....</i>	<i>9</i>
<i>La réhabilitation psycho-sociale .....</i>	<i>9</i>
<i>L'accompagnement .....</i>	<i>10</i>
<i>Le handicap psychique .....</i>	<i>10</i>
<b>UN PLAN D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES SUR LA PSYCHIATRIE ET LA SANTE MENTALE : SUR QUELS TERRITOIRES ? .....</b>	<b>11</b>
<i>L'importance du territoire en psychiatrie et en santé mentale .....</i>	<i>11</i>
<i>La loi HPST : affirmation d'une responsabilité territoriale dans tous les champs de la santé, et création d'une gouvernance adaptée: les ARS .....</i>	<i>11</i>
<i>Les territoires d'action en psychiatrie et en santé mentale .....</i>	<i>12</i>
<b>UN PLAN D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES SUR LA PSYCHIATRIE ET LA SANTE MENTALE : QUELS PRINCIPES D'ACTION ? .....</b>	<b>14</b>
<i>Des actions qui privilégient l'accès au droit commun et la participation des personnes, et qui pensent conjointement la prévention, le soin et l'accompagnement .....</i>	<i>14</i>
<i>Des actions qui sont toujours orientées dans la recherche et l'entretien de l'alliance thérapeutique, et qui respectent le libre-choix du patient .....</i>	<i>14</i>
<i>Des actions qui prennent en compte les représentations sociales des troubles psychiques, et qui luttent en permanence contre la stigmatisation .....</i>	<i>15</i>
<i>Des actions conformes aux données de la science, qui s'appuient sur la complémentarité des approches thérapeutiques, des acteurs et des compétences .....</i>	<i>15</i>
<i>Des actions conduites avec méthode et qui sont soumises à évaluation .....</i>	<i>16</i>
<b>PARTIE 2 : LES OBJECTIFS COLLECTIFS - « PREVENIR ET REDUIRE LES RUPTURES POUR MIEUX VIVRE AVEC DES TROUBLES PSYCHIQUES ».....</b>	<b>17</b>
<b>AXE 1 : PREVENIR ET REDUIRE LES RUPTURES AU COURS DE LA VIE DE LA PERSONNE .....</b>	<b>17</b>
<i>Poursuivre et développer les programmes en faveur de la santé mentale .....</i>	<i>17</i>
<i>Améliorer l'accès des personnes aux soins psychiatriques et somatiques, et renforcer la continuité des soins crise/post crise .....</i>	<i>18</i>
<i>Améliorer la continuité des soins et l'accompagnement aux différents âges de la vie de la personne .....</i>	<i>19</i>

<i>Développer le partenariat avec les aidants, identifier une modalité de réponse repérable à leur intention</i>	19
<i>Développer l'accès et le maintien au logement par une offre de logement accompagné, adaptée et diversifiée .....</i>	20
<i>Améliorer la prise en charge des addictions .....</i>	21
<i>Améliorer la qualité de vie des personnes, la participation sociale et l'accès à la vie professionnelle .....</i>	21
<i>Améliorer l'accès des personnes au(x) droit(s) .....</i>	22
<b>AXE 2 : PREVENIR ET REDUIRE LES RUPTURES SELON LES PUBLICS ET LES TERRITOIRES .....</b>	23
<i>Faire évoluer le secteur et organiser une offre assurant partout responsabilité et continuité des soins .....</i>	23
<i>Rééquilibrer l'intensité et la variété de l'offre de soin et d'accompagnement sur chaque territoire, et allouer les ressources en fonction des besoins de la population .....</i>	23
<i>Structurer sur chaque territoire les coopérations et les complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations .....</i>	24
<i>Sur certains territoires, procéder à des expérimentations destinées à compléter l'offre de soins en ville ..</i>	24
<i>Encourager les démarches qualité .....</i>	25
<i>Faire disparaître les conditions inacceptables d'hospitalisation en psychiatrie .....</i>	25
<i>Améliorer l'accès à l'information pour tous et la lisibilité des dispositifs, en renforçant la gouvernance locale de la santé mentale .....</i>	25
<i>Rendre plus accessibles les soins aux populations qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour se faire aider .....</i>	26
<b>AXE 3 : PREVENIR ET REDUIRE LES RUPTURES ENTRE LA PSYCHIATRIE ET SON ENVIRONNEMENT SOCIETAL .....</b>	27
<i>Augmenter la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques, lutter contre les images négatives véhiculées sur (et par) la psychiatrie .....</i>	27
<i>Lutter contre les discriminations, renforcer l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap psychique .....</i>	28
<i>Prévoir des espaces et des temps de dialogue et de réflexion entre la société et le système de soins psychiatriques .....</i>	28
<i>Lutter contre la surmédicalisation du mal-être et des difficultés d'ordre social et mieux adapter notamment la consommation de psychotropes .....</i>	28
<i>Repenser la sécurité en psychiatrie, à travers le fil conducteur de la bientraitance .....</i>	29
<b>AXE 4 : PREVENIR ET REDUIRE LES RUPTURES ENTRE LES SAVOIRS .....</b>	30
<i>Encourager, recueillir et faire connaître les travaux de recherche et les expériences réussies, à l'étranger et sur notre territoire, poursuivre le développement de recommandations de bonnes pratiques .....</i>	30
<i>Améliorer la formation de certains professionnels clé .....</i>	30
<i>Adapter les pratiques de gestion des ressources humaines aux spécificités de l'exercice en psychiatrie ..</i>	31
<i>Encourager la formation pluridisciplinaire, l'évaluation des pratiques tout au long de la vie, y compris sur la question des passages à l'acte et des droits, et le développement des pratiques avancées : .....</i>	31
<i>Entretenir les réseaux de professionnels et consolider les dispositifs d'appui aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux .....</i>	32
<i>Améliorer la formation des usagers et de leur entourage .....</i>	32
<b>PARTIE 3 : LE MODE OPERATOIRE DU PLAN - TRADUIRE DES OBJECTIFS COLLECTIFS EN DES CHANGEMENTS CONCRETS .....</b>	33
<b>LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN : UNE RESPONSABILITÉ COLLECTIVE .....</b>	33
<b>CONSOLIDER LA GOUVERNANCE EN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE .....</b>	33
<b>LE RÔLE CENTRAL DES ARS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN : MISSIONS ET CALENDRIER .....</b>	35
<i>Traduire le Plan psychiatrie et santé mentale dans le PRS .....</i>	35
<i>Etre force de proposition pour les autres ARS et pour le niveau national, sur les changements à opérer..</i>	35
<b>LA FEUILLE DE ROUTE DES OPERATEURS NATIONAUX (LE RÔLE DES ADMINISTRATIONS CENTRALES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN) : .....</b>	36
<b>LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN : UNE GOUVERNANCE .....</b>	37
<i>Le pilotage national confié à la DGS .....</i>	37
<i>Une conférence annuelle du Plan .....</i>	37
<b>INDEX .....</b>	40

# Partie 1 : Préambule

## Exposé des motifs

### Un plan d'orientations stratégiques sur la psychiatrie et la santé mentale : Pourquoi ?

Parce que c'est un enjeu de société et de santé publique majeur

Au niveau mondial, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au vingt et unième siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs.

De plus, les troubles psychiatriques sont généralement associés à une forte mortalité. Ils sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide (10 500 morts en France par an en 2006), de handicaps et d'incapacités lourds ainsi que d'une qualité de vie détériorée pour les personnes atteintes et leurs proches.

Les troubles mentaux génèrent de l'exclusion. Un tiers des personnes sans abri souffre de troubles psychiques graves (Enquête Samenta, Observatoire du Samu Social, 2011).

Les troubles mentaux génèrent des coûts économiques importants, en raison par exemple d'une moindre productivité des entreprises, d'une participation à l'emploi plus faible et des coûts supportés par les individus, les familles et les communautés qui y sont confrontés (Conseil sur le pacte européen pour la santé mentale, 2011). Les coûts collatéraux liés à la perte de production et la perte de qualité de vie atteindraient près de 80 milliards d'euros (Enquête URCeco Ile de France, CREDES pour la fondation FondaMental). Ces pathologies sont l'une des premières causes d'invalidité et d'arrêts maladie de longue durée.

Enfin, les troubles mentaux nous posent collectivement la question de la protection des individus et de la société dans son ensemble lorsque l'expression de la pathologie ne permet plus le discernement.

Parce qu'il existe encore trop souvent des inégalités d'accès aux soins

Parce que le soin et le diagnostic précoce sont des droits des personnes, ils participent à la dignité ; la priorité doit être donnée à un égal accès à des soins de qualité, quel que soit le lieu de vie de la personne, quelle que soit sa situation sociale.

Le poids de la maladie mentale, la difficulté des situations marquées par la fréquence des non-demandes de soins, le nombre croissant de besoins, la complexité particulière des situations (dimensions sanitaire, médico-sociale et sociale), le poids de la chronicité des troubles, la souffrance qu'ils entraînent pour l'entourage, les troubles du comportement qu'ils génèrent parfois, nécessitent

qu'un examen particulier soit conduit pour redéfinir les priorités qui guident l'action des professionnels de la psychiatrie, de la santé mentale, ou encore des aidants familiaux.

Ces problématiques complexes imposent une mobilisation conjointe entre les secteurs de la santé et ceux du social, du logement, de l'emploi, de l'enseignement, etc.

## Parce que les maladies mentales peuvent troubler la capacité à demander de l'aide, à consentir et s'engager durablement dans des soins

Les maladies mentales ont la particularité d'altérer parfois les capacités de la personne à repérer ses propres troubles et à demander de l'aide. L'enjeu consiste donc à organiser une réponse en présence d'une « non-demande », ce qui impose une collaboration très étroite entre les professionnels qui entrent en contact avec la personne concernée, ainsi qu'entre les professionnels et les aidants.

Certaines maladies mentales altèrent aussi par moment la capacité de la personne à consentir, de façon libre et éclairée, aux soins qui lui sont proposés. C'est la raison pour laquelle l'organisation des soins et de l'accompagnement doit intégrer cette spécificité, à savoir que ceux-ci doivent être parfois dispensés à la demande de tiers et /ou dans un cadre non consenti, et donc nécessairement très contrôlé au plan des libertés publiques. L'organisation sanitaire doit permettre la plus grande cohérence et la meilleure fluidité possible entre des dispositifs de soins consentis, et des dispositifs contraints, de façon que ces derniers ne soient utilisés que lorsqu'ils sont strictement nécessaires.

## Parce que les personnes souffrent encore trop souvent de stigmatisation et de discrimination, aggravant leur vulnérabilité

La stigmatisation et l'exclusion sociale, qui constituent à la fois les facteurs de risque et parfois les conséquences des troubles mentaux, peuvent fortement entraver la demande d'aide et la guérison. Les personnes qui vivent avec des troubles mentaux peuvent présenter une certaine vulnérabilité qui demande une prise en compte particulière, lorsque la pathologie conduit au déni des troubles, au refus de se faire soigner et à des difficultés à faire valoir ses droits, en particulier dans des environnements perçus comme stigmatisants.

Il y a une responsabilité collective à prendre des mesures pour lutter efficacement contre l'incompréhension et le jugement trop souvent porté sur les personnes et leur entourage.

# Un plan d'orientations stratégiques sur la psychiatrie et la santé mentale : pour qui ?

---

## Pour les personnes qui « vivent avec » la maladie

Les troubles mentaux, du fait parfois d'une forme de chronicité, mais également du fait de leur impact sur les liens sociaux y compris dans les épisodes de plus court terme, s'inscrivent dans le temps de la vie, celui des apprentissages, de la vie affective, de la famille, de l'emploi, du vieillissement... De ce fait, ce plan doit prendre en compte tous ces aspects tant dans la dynamique adaptive que dans la diversité des soins et des accompagnements nécessaires afin de permettre aux personnes concernées de mieux vivre avec la maladie.

## Pour leur entourage

La question de la santé mentale d'une personne est également celle de son entourage. Celui-ci est en effet directement impacté par la pathologie du proche. Ce plan est l'occasion de rappeler que l'entourage est une ressource essentielle dans l'évaluation de la situation de la personne et un relais potentiel dans l'accompagnement et le rétablissement.

## Pour les professionnels

Pour bien soigner et bien accompagner les personnes, les professionnels, quel que soit le champ de leur intervention, doivent travailler dans de bonnes conditions, et en particulier être dans une clarté de leurs rôles et de leurs missions, dans le cadre d'un partenariat respectueux des compétences de chacun.

## Pour l'ensemble de la population

Toute action visant à préserver ou à restaurer une bonne santé bénéficie à l'ensemble des individus, tant les conséquences des troubles mentaux sur la collectivité sont importantes.

La diversité est une richesse, les personnes malades font partie de notre communauté. Aider la population à interroger ses représentations, à dépasser ses peurs, c'est créer des conditions sociétales favorables au cheminement vers une demande de soin au moment où elle peut être utile. C'est aussi donner la chance à chacun de rencontrer l'autre.

# Un plan d'orientations stratégiques sur la psychiatrie et la santé mentale : avec quels mots ?

---

Dans ce domaine plus que dans d'autres, les termes employés doivent être précisément définis, car ils peuvent avoir des acceptations différentes selon les acteurs. Le comité d'orientations a donc retenu les termes et les définitions suivants.

## La santé mentale

La santé mentale comporte trois dimensions :

- la santé mentale positive, discipline qui s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel,
- la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles,
- les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

Ce plan s'adresse aux personnes vivant avec des troubles psychiatriques, en particulier des troubles sévères générant parfois du handicap, mais cette priorité politique ne portera ses fruits qu'intégrée dans une prise en compte plus globale de la santé mentale.

En effet, l'intégration de cette priorité des troubles psychiatriques sévères au sein d'une prise en compte plus globale de la santé mentale en fait un enjeu de société qui concerne l'ensemble des citoyens et pas uniquement les professionnels de la psychiatrie.

## La psychiatrie

La psychiatrie est une discipline médicale qui prend en charge les affections psychiatriques caractérisées et les aspects pathologiques de la souffrance psychique. Elle comporte des spécificités lorsqu'elle s'adresse à certains âges de la vie. Ainsi pour la psychiatrie infanto-juvénile, les dimensions de repérage et de prévention sont essentiels ; le sujet âgés, certaines populations spécifiques, requièrent un abord particulier. Elle s'inscrit dans une dimension globale du soin, incluant la prévention, le repérage des troubles et l'insertion, en partenariat étroit de l'ensemble des personnels intervenant dans le soin (personnels soignants, socio-éducatifs, psychologues...) avec les professionnels intervenant dans le champ social, éducatif, judiciaire, médico-social et des collectivités locales.

Dans cet esprit, la psychiatrie développe des axes de recherche dans plusieurs domaines qui impliquent de nombreuses collaborations soit avec d'autres spécialités médicales (neurologie, imagerie..) ou d'autres disciplines par exemple les sciences humaines et sociales, soit avec les acteurs sociaux et médico-sociaux.

## Les aidants, l'entourage

L'aidant peut être un membre de la famille (aidant familial en application de l'article R. 245-7 du Code de l'action sociale et des familles), un ami, un groupe, ou encore une personne de confiance que la personne souffrante désigne (article L. 1111-6 du code de la santé publique). L'aidant est lié et impliqué, souvent par l'affect, dans le vécu de la maladie de la personne. Son rôle va souvent bien au-

delà d'un soutien moral, il est présent pour aider la personne à soigner et gérer sa maladie notamment pour anticiper ou traverser les moments de crise. L'aidant peut être en effet amené à intervenir directement lorsqu'il s'agit de soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Ces tiers doivent être informés et soutenus à la mesure de l'importance de leur rôle, en tant que veilleurs au quotidien, souvent confrontés à des situations difficiles. Il existe dans ce domaine des associations d'aidants spécialisées et agréés, qui offrent des services à l'ensemble des personnes concernées et participent à ce titre à la représentation des usagers du système de soin.

Les aidants peuvent être aussi les personnes qui ont vécu et surmonté un problème de santé mentale, et qui peuvent apporter par une entraide mutuelle un soutien spécifique à certains patients dans leur rétablissement. Les aidants sont des partenaires clé de la mise en œuvre des dispositifs de soin et d'accompagnement de par leurs expériences de vie, leur mobilisation, leur soutien quotidien.

## La prévention, la promotion de la santé

La prévention en santé publique c'est d'abord agir en amont des troubles afin d'en réduire l'incidence. Prévenir c'est ensuite permettre le repérage des troubles et faciliter l'accès aux soins pour des prises en charge précoces et adaptées afin de préserver au mieux le devenir des personnes.

C'est aussi, lorsqu'une pathologie chronique est installée, prévenir l'aggravation des troubles et leurs conséquences sur l'état de santé de la personne et son entourage.

La prévention dans le champ de la santé mentale, c'est également prévenir le handicap psychique en luttant contre les conséquences sociales handicapantes de la maladie grâce à des actions spécifiques portant sur la personne et sur le milieu.

La promotion de la santé mentale constitue une approche globale à l'intérieur de laquelle s'inscrivent des activités de prévention des troubles mentaux. Elle vise l'ensemble de la population, son action peut cibler autant les personnes atteintes de troubles mentaux que celles en bonne santé.

La promotion de la santé mentale consiste notamment à développer les conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettre aux individus d'acquérir des attitudes favorables à leur santé. Elle comprend également l'amélioration du niveau de connaissance générale de la population sur les troubles mentaux, afin de limiter deux risques : la surmédicalisation d'une part, la non prise de conscience, le « passer à côté » d'autre part. Il s'agit donc d'une responsabilité collective, qui participe également à la lutte contre la stigmatisation.

## Les soins, le rétablissement

Les soins sont un ensemble d'actions s'inscrivant dans le projet de vie de la personne, ajusté régulièrement aux besoins et aux capacités de celle-ci. Ils visent à guérir la personne, à apaiser sa souffrance, lui apprendre à gérer et soigner sa maladie, réduire les manifestations de celle-ci, et permettre à la personne de mieux vivre avec.

Le soin vise donc le rétablissement c'est-à-dire le retour à un état de fonctionnement stable ou un nouvel équilibre. Cet équilibre passe le cas échéant par un ensemble de services (logement, accompagnement, travail) compensant la situation de handicap au sein desquels interviennent des personnels éducatifs, des acteurs associatifs en psychiatrie et santé mentale.

## La réhabilitation psycho-sociale

Il s'agit d'un ensemble d'actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques dans le cadre d'un processus visant leur autonomie et leur indépendance dans la communauté.

On distingue deux types d'actions de réhabilitation :

- celles qui ont pour objectif d'aider la personne à acquérir des ressources personnelles supplémentaires grâce à des moyens de soin de réadaptation psycho-sociale et d'accompagnements spécifiques.
- celles s'intéressant au milieu social, aux ressources communautaires cherchant à œuvrer pour qu'ils soient plus porteurs, plus accueillants, plus tolérants.

Ce plan doit promouvoir la réhabilitation psycho-sociale au sens large du terme dans la mesure où elle permet l'insertion, la citoyenneté, la qualité de vie, la dignité, l'accès à une formation et au travail et plus généralement la lutte contre la fatalité, l'abandon et la relégation dont sont trop souvent victimes les personnes vivant avec des troubles psychiques.

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, il s'agit de promouvoir les actions de réinscription scolaire et de socialisation dans les lieux habituels de l'enfant (crèches, centres de loisirs...)

## L'accompagnement

L'accompagnement, qu'il soit social ou médico-social, s'inscrit dans une stratégie d'intervention prenant en compte 3 niveaux qui sont :

- la personne avec ses capacités et ses limites,
- son environnement social,
- ses moyens, ses ressources et l'exercice de la citoyenneté.

L'accompagnement est une activité d'aide aux personnes en difficulté ou en situation de handicap, qui concourt à la réalisation du projet de vie.

Pour le champ médico-social, l'accompagnement est une fonction majeure qui peut s'accomplir à travers de multiples prestations (à domicile, en établissement...) et qui doit être réalisée en complémentarité avec d'autres grandes fonctions telles que l'évaluation multidimensionnelle des besoins, l'accueil, l'hébergement ou le soin

## Le handicap psychique

Constitue un handicap, au sens de la loi du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

La loi de 2005 prend donc pour la première fois en compte le handicap lié aux troubles psychiques, c'est-à-dire reconnaît l'altération de certaines capacités individuelles induite par des troubles psychiques importants et persistants. Il y a dès lors droit à compensation, c'est-à-dire que la société doit apporter à chaque personne des réponses ciblées à l'altération des capacités qui lui sont propres, pour qu'ainsi elle recouvre son autonomie et son inclusion sociale.

Le handicap est également lié à l'environnement dans lequel se situe la personne. C'est pourquoi la compensation doit aussi répondre aux problématiques d'accès à la citoyenneté, à l'école, au logement, aux droits, à l'emploi...

# Un plan d'orientations stratégiques sur la psychiatrie et la santé mentale : Sur quels territoires ?

---

## L'importance du territoire en psychiatrie et en santé mentale

La question des territoires se pose nécessairement en psychiatrie et santé mentale du fait :

- du caractère souvent chronique de ces maladies et des handicaps qu'elles entraînent, qui imposent des prises en charge au long cours, pluridisciplinaires (sanitaires, médico-sociales et sociales), particulièrement bien coordonnées dans le temps et dans l'espace, y compris entre l'hospitalisation complète et les prises en charges alternatives assurées par des structures hospitalières ou libérales.
- de la non-demande et des ruptures de lien, caractéristiques de certaines maladies mentales, qui imposent une responsabilisation de tous les acteurs de terrain, ainsi qu'une lisibilité des rôles de chacun et des dispositifs. Au quotidien, il est essentiel en effet que soient apportées des réponses claires et sans tergiversation en terme de responsabilité, notamment lorsque les troubles concernent l'ordre public ou la sécurité des personnes.

C'est la conscience aigue de la nécessité d'une réflexion et d'une action territoriale qui a d'ailleurs conduit les acteurs de la psychiatrie à penser, mettre en œuvre et conforter la sectorisation psychiatrique. La dimension territoriale ne peut se concevoir que comme un outil au service de ces objectifs de continuité et de personnalisation des liens essentiels dans la discipline psychiatrique, lesquels ne peuvent être tissés par l'équipe de soins qu'à la condition que le territoire soit un espace de proximité cohérent (caractéristiques démographiques, distances, type et répartition de l'offre,...) dans lequel les responsabilités sont clairement définies. De plus, la définition claire des responsabilités envers les populations et donc l'obligation de devoir accueillir le patient qui relève de son champ d'intervention, sans pouvoir prétendre que l'indication est inadaptée à la structure d'accueil, constituent une dimension éthique structurante.

## La loi HPST : affirmation d'une responsabilité territoriale dans tous les champs de la santé, et création d'une gouvernance adaptée: les ARS

Grâce à la loi HPST du 21 juillet 2009, la logique territoriale est confirmée dans l'ensemble du champ sanitaire, pour mieux adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux, améliorer la répartition territoriale de l'offre et lutter contre les inégalités de santé. Cet ancrage territorial est renforcé par l'articulation, posée par la loi, avec le champ médico-social, particulièrement présent en psychiatrie. C'est dans cet objectif que la loi crée une gouvernance régionale, (les ARS), le projet régional de santé (les PRS) et renforce les outils de pilotage (SROS, SROMS, schéma régional de prévention, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et programmes). Les missions de service public sont également conçues dans une logique de couverture territoriale des besoins.

C'est l'ARS, en lien étroit avec les professionnels et les usagers, qui définit les territoires d'actions compétents selon les objectifs, les thématiques, les projets, en prenant en compte les ressources et les réalisations de chaque territoire, et les projets de ses acteurs, et en cohérence avec le dispositif de sectorisation en matière de psychiatrie

Le rôle des ARS en matière de psychiatrie et d'ancre territorial a également été conforté par la loi du 5 juillet 2011. Sur chaque territoire de santé, les établissements chargés d'assurer la mission de service public de soins sans consentement sont ainsi désignés par l'ARS, laquelle est par ailleurs amenée à préparer et mettre en œuvre les admissions en soins psychiatriques sans consentement sur décision du préfet. Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens détaillent les moyens mis en œuvre pour l'accomplissement de ladite mission sur le territoire et les modalités de coordination avec la sectorisation psychiatrique.

L'ARS définit, en lien avec l'ensemble des partenaires de santé, un dispositif de réponse aux situations d'urgence psychiatrique en tout endroit du territoire, organise une réponse et un transport adapté. Enfin, pour assurer sur l'ensemble du territoire le suivi et la réinsertion des personnes bénéficiant d'un programme de soins, la loi du 5 juillet confirme que l'ARS organise les modalités de collaboration entre établissements de santé, préfets et collectivités territoriales. L'ARS veille également à la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants des personnes en soins psychiatriques menées par les établissements de santé et les associations agréées.

## Les territoires d'action en psychiatrie et en santé mentale

La psychiatrie et la santé mentale doivent pouvoir bénéficier de la nouvelle gouvernance régionale du système de santé, grâce au décloisonnement du sanitaire et du médico-social dont elle a besoin, en mettant à profit son expérience en matière de sectorisation psychiatrique, et en cherchant aussi à en dépasser certaines limites (inégalités territoriales, méconnaissance des autres acteurs du territoire).

A la lumière des critiques de son fonctionnement (que ne peut toujours expliquer un manque de moyens) le secteur doit évoluer d'une approche totale vers une approche globale, en complémentarité et coopération avec tous les acteurs et notamment ceux situés sur le territoire de santé considéré, car le secteur ne peut et ne doit tout faire lui-même. Le secteur, c'est d'abord un outil au service d'un territoire., et le devoir des équipes soignantes d'aller au devant et de répondre à toutes les personnes qui ont besoin de soin.

C'est pourquoi il convient d'interroger l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux sur les territorialisations utiles dans une logique de mutualisation articulant modalités sectorielles, intersectorielles et non-sectorisées de soin et d'accompagnement.

Toutefois, pour ne pas exposer les patients aux risques iatrogènes d'une incohérence des interventions auprès d'eux, l'organisation de l'offre de soins doit avoir le souci constant :

- d'éviter l'écueil d'une sur-spécialisation à outrance ou une segmentation de l'offre de soins déconnectées des réponses de proximité ; l'utilité de tels dispositifs doit se concevoir en termes de complément ou renforcement veillant à la cohérence et la continuité des parcours de soins. A cet égard, si l'utilité de certaines offres spécialisées n'est plus contestée (adolescents, personnes âgées, réponse à l'urgence, périnatalité, addictions, centres du langage...), dans d'autres cas, il apparaît important de discuter de l'opportunité d'autres offres..
- de réduire les cloisonnements et renforcer les partenariats et complémentarités entre le champ sanitaire (notamment psychiatrie libérale et médecine de ville, établissements de santé autorisés en psychiatrie...) médico-social (MDPH, établissements et services...) et social, ne peuvent qu'être source de bénéfices pour les patients et d'optimisation des ressources au sein du dispositif de soins. C'est aussi le cas pour les acteurs éducatifs et judiciaires. Mais pour être véritablement opérationnelle, cette dynamique de travail en réseau suppose une cohérence des actions entreprises et une stratégie forte de coordination des acteurs concernés.

Ainsi, les territoires d'action compétents en psychiatrie peuvent être schématisés ainsi :

1 –L’unité de base : le secteur, socle de l’espace de proximité du patient au sein duquel interviennent l’ensemble des acteurs hospitaliers et libéraux, médico-sociaux et sociaux. Au sein de cet espace, le secteur psychiatrique définit donc une responsabilité institutionnelle et clinique claire qui associe soins et prévention. Celle-ci est articulée avec les autres acteurs sanitaires, et les dispositifs d’accompagnement social et médico-social. Elle permet et prévoit l’intervention coordonnée de l’ensemble des intervenants, en psychiatrie adulte, comme infanto-juvénile.

2 –Le territoire de santé et l’organisation départementale : le territoire de santé est défini par les ARS.

A ce jour, 54 territoires de santé recouvrent précisément un département. Pour les autres, le territoire de santé est infra ou supra départemental. En tout état de cause, le territoire de santé doit être défini en cohérence avec l’organisation départementale puisque celle-ci est pertinente en matière notamment de politiques de solidarité et de cohésion sociale. L’organisation départementale est également importante pour la pédopsychiatrie compte tenu des articulations de celle-ci avec l’éducation nationale, la PMI, les maisons départementales de l’adolescent, etc... C’est aussi le niveau de contiguïté de la discipline psychiatrique avec les questions d’ordre public et la nécessité de soins sur demande du Préfet.

Selon les cas, c’est donc bien le territoire de santé et/ou l’échelon départemental qui sont le territoire de coordination entre professionnels libéraux, établissements de santé et établissements et services médico-sociaux et sociaux.

3 –L’échelon régional

Echelon de planification, de définition des politiques, c’est un territoire pertinent d’évaluation des besoins de santé et, le cas échéant, de rééquilibrage de l’offre.

C’est également l’échelon pertinent pour la mise en œuvre de certaines ressources spécialisées de soins et d’accompagnement, des Services médico-psychologiques régionaux (SMPR), des structures de recherche en santé mentale en partenariat avec les services universitaires des CHRU, mais aussi des structures de formation.

4 –L’échelon inter-régional

Cet échelon concerne notamment des dispositifs très spécialisés tels que les Unités pour malades difficiles (UMD), les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA ).

En fonction de ces éléments, chaque établissement définit la structuration interne qui lui est la plus adaptée, en fonction de ses choix et de ses projets, en conformité avec la loi HPST.

# Un plan d'orientations stratégiques sur la psychiatrie et la santé mentale : quels principes d'action ?

---

## Des actions qui privilégient l'accès au droit commun et la participation des personnes, et qui pensent conjointement la prévention, le soin et l'accompagnement

La primauté du droit commun concerne tout autant les soins somatiques que psychiatriques, l'accès aux droits, au logement, à l'emploi. L'articulation des dispositifs est essentielle (accès au droit commun, adaptation du droit commun quand c'est nécessaire et dispositifs spécifiques dès lors que le droit commun ne peut s'appliquer). Un défi particulier aux situations liées à des troubles mentaux chroniques réside dans l'impératif de conjuguer dans la durée les soins et les accompagnements.

La participation des personnes est au cœur de la promotion de la santé mentale et du Plan d'action européen en santé mentale. Il s'agit de permettre à tous, dont les personnes souffrant de troubles mentaux et leurs proches, d'exprimer et de développer leurs capacités et potentiels, au même titre que tout autre citoyen. Cette participation s'entend aussi dans l'élaboration et la planification des politiques et des services.

Une véritable participation implique qu'une attention spécifique soit portée aux difficultés particulières rencontrées par les personnes vivant des troubles psychiques graves.

Par ailleurs, que l'accès aux soins soit effectué de façon précoce, anticipée ou en situation de crise, le projet élaboré avec et pour la personne doit être global, intégrant les dimensions de soins (psychiatrique et somatique) et d'accompagnement, et régulièrement réévalué.

Ce principe de participation des personnes concernées s'applique également à la gouvernance des dispositifs, qui doit donner toute leur place aux bénéficiaires.

## Des actions qui sont toujours orientées dans la recherche et l'entretien de l'alliance thérapeutique, et qui respectent le libre-choix du patient

Le soin ne peut s'inscrire dans la vie de la personne que s'il y a une recherche permanente d'une alliance thérapeutique, à travers une relation de confiance indispensable à l'observance du traitement et plus globalement au projet thérapeutique.

Parfois, la capacité à consentir à des soins est à ce point troublée que les équipes soignantes doivent intervenir en dérogeant au principe général de consentement libre et éclairé du patient (notamment soins à la demande de tiers). Ces soins psychiatriques, qu'elles dispensent alors à une personne qui n'est provisoirement plus à même d'accepter ou non ces soins, doivent se dérouler dans un cadre très strictement défini, contrôlé depuis la loi du 5 juillet 2011 par le juge judiciaire.

Les ruptures de la capacité à demander de l'aide et à consentir font partie intégrante de nombreux troubles. Travailler sur cette capacité à consentir, rechercher l'alliance thérapeutique même dans les

moments difficiles, amener progressivement la personne à prendre la mesure de ses troubles et mieux réagir lorsqu'elle en a besoin sont la meilleure garantie d'amélioration durable de l'état de santé de la personne et sont donc au cœur de la prise en charge psychiatrique.

Quelle que soit l'organisation des soins psychiatriques sur le territoire, celle-ci ne doit pas faire obstacle au principe du libre-choix de la personne malade.

Toute action favorisant l'alliance thérapeutique doit également être recherchée pour les personnes privées de liberté (détenus).

## Des actions qui prennent en compte les représentations sociales des troubles psychiques, et qui luttent en permanence contre la stigmatisation

Les représentations négatives des troubles mentaux, de la psychiatrie, des handicaps liés aux troubles psychiques nuisent à la santé publique, en tant qu'elles retardent bien souvent la demande d'aide et le recours aux soins. Elles peuvent aussi mettre en échec les programmes de prévention, d'accès au soin, de prise en charge et d'accompagnement, mais aussi isoler et faire souffrir les personnes et leurs proches. Porter une attention, un soin, à ces représentations participe donc de la qualité en psychiatrie et santé mentale.

Une attention particulière doit être portée au risque d'assimilation a priori de certains comportements déviants et/ou délinquants qui ne doivent pas être a priori assimilés à des troubles psychiques.

## Des actions conformes aux données de la science, qui s'appuient sur la complémentarité des approches thérapeutiques, des acteurs et des compétences

Les troubles mentaux sont des maladies, la psychiatrie est une discipline médicale, la personne malade est un sujet. Les avis à donner, les décisions à prendre sont donc nécessairement éclairées par les données de la science. Les recherches en médecine, en sciences humaines et sociales, et leur appropriation par les acteurs, la construction de systèmes d'information pour produire des données fiables sont donc essentielles pour faire progresser les pratiques et les organisations.

Il convient d'être particulièrement vigilant quant à la diffusion et à l'utilisation de concepts, d'outils de repérage ou d'évaluation non validés au plan scientifique en France et notamment à l'utilisation de certaines échelles prédictives de dangerosité sociale qui se situent hors du champ de la psychiatrie.

Afin de concrétiser la nécessaire prise en charge de la personne malade dans ses dimensions bio-psychosociales, les pratiques doivent se concevoir comme autant d'éléments d'un « plateau technique », au sens d'une complémentarité des réponses, associant sans exclusive l'approche psychodynamique de la dimension du sujet et les progrès de la médecine dans ses autres composantes (médicaments, neurosciences, génétique, psychothérapie...).

Par ailleurs, une meilleure prise en charge des troubles mentaux réclame que se développent des interventions mieux coordonnées entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge. Là où le cadre légal d'exercice génère souvent du cloisonnement, le défi consiste à penser et agir la complémentarité entre les cadres d'exercices et entre les acteurs et les métiers. En effet, en matière de psychiatrie, le parcours de soin et le parcours de vie sont interdépendants. Ces complémentarités conditionnent la qualité des parcours.

Il s'agit d'une dynamique pour une prise en charge pluridisciplinaire et pluri professionnelle associant les médecins, les soignants, les psychologues, les éducateurs, les travailleurs sociaux... etc. dans des

programmes cohérents et coordonnés d'actions professionnelles validées. Ce principe de partenariat doit conduire les professionnels à penser la place des aidants de proximité et les relations avec eux.

## Des actions conduites avec méthode et qui sont soumises à évaluation

En définissant de nouvelles ambitions pour la population, des objectifs collectifs partagés et déclinés au plan local, en adoptant des démarches projet et en intégrant l'évaluation, fondée sur des indicateurs adaptés, de l'impact des programmes et dispositifs, le plan Psychiatrie et santé mentale cherche à rendre plus structurés, et plus lisibles pour tous, les défis que relèvent et que vont relever les acteurs concernés par cet enjeu majeur de santé publique et de société.

*A l'appui du plan 2005-2008, à l'appui de la politique de secteur développée depuis 40 ans en France, et à l'issue de ce préambule, nous portons l'ambition du plan stratégique suivant :*

# Partie 2 : les objectifs collectifs - « Prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques »

## Axe 1 : Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne

---

**Aux différents âges de la vie, permettre à toute personne d'accéder à la prévention, aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, de façon adaptée à ses besoins et à ceux de ses aidants.**

### Poursuivre et développer les programmes en faveur de la santé mentale

Il s'agit de promouvoir et d'encourager d'une part des actions agissant sur les déterminants collectifs de la santé mentale (environnementaux, sociaux, liés au système de santé...) et d'autre part des actions qui soient proposées avant l'apparition de troubles mentaux ou psychiques afin de prévenir leur survenue ou d'améliorer le bien-être des populations. Il s'agit enfin d'encourager à l'évaluation, y compris médico-économique, de ces interventions de prévention et de promotion de la santé mentale.

Cela passera par la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé mentale dont l'efficacité a été démontrée ou qui semblent prometteuses telles que :

- des programmes de soutien à la parentalité ;
- des programmes de développement des compétences psycho-sociales et des capacités d'adaptation, notamment chez les enfants et chez les jeunes ;
- des programmes de réduction de l'isolement chez les personnes âgées ;
- des programmes de prévention liés à des situations à risque telles que, entre autres, le harcèlement et le stress, à l'école et au travail, le stress, les addictions et l'isolement chez les aidants familiaux de personnes atteintes d'un handicap ou d'une perte d'autonomie.

Les démarches de type « Villes en santé », « Villes amies des aînés », « Ecoles promotrices en santé », « Entreprises en santé » qui permettent, au niveau local, d'agir sur plusieurs déterminants environnementaux et sociaux de la santé mentale, seront encouragées et promues.

Le développement de ces programmes et démarches pourra enfin être appuyé et renforcé des actions de sensibilisation sur la santé mentale.

Les actions articulées avec le programme national d'action contre le suicide 2011-2012 seront encouragées comme celles par exemple visant l'information et la communication sur la santé mentale et la prévention du suicide.

## Améliorer l'accès des personnes aux soins psychiatriques et somatiques, et renforcer la continuité des soins crise/post crise

Pour que les personnes puissent bénéficier des soins les mieux adaptés, au moment où ils en ont besoin, les acteurs doivent élaborer des organisations sur quatre points majeurs :

- le repérage
- la réponse à une demande de soins programmés (ou programmable), permettant notamment un accueil adapté rapide des personnes (malades et aidants) au moment des premières manifestations des troubles
- la réponse aux appels et situations d'urgence
- la réponse aux besoins de soins somatiques.

Les actions de repérage doivent permettre d'éviter les retards de prise en charge et leurs conséquences sur la vie de la personne et de son entourage. Les enfants et les adolescents sont tout particulièrement concernés : il s'agit de renforcer, en collaboration avec la pédopsychiatrie, les actions de repérage et de prise en charge des enfants et adolescents évoluant dans des environnements à haut risque, en complément des actions éducative, sociale ou judiciaire, et pour mieux tenir compte des capacités évolutives des enfants. La bonne information sur les troubles psychiques et les dispositifs d'accueil adaptés permettra un meilleur repérage et une prise en charge plus précoce. Le partenariat avec les aidants, dans la durée, permet également de repérer plus tôt une dégradation de l'état de santé d'une personne malade.

Par ailleurs, la réponse à la détresse psychologique, à la demande de soins programmés (ou programmables) doit elle-même être organisée. Il s'agit de privilégier la rapidité du contact avec un professionnel pour une première évaluation et un passage de relais, le cas échéant, pour un avis médical spécialisé. Les délais d'attente pour un premier rendez-vous avec un professionnel de la psychiatrie seront particulièrement suivis.

C'est l'anticipation dans les situations critiques qui permettra la prise en charge la plus adaptée.

Concernant la réponse aux appels et situations d'urgence, l'enjeu consiste à élaborer ou consolider un dispositif lisible, connu des usagers et des aidants, ainsi que par les acteurs susceptibles d'être saisis de la situation (y compris élus locaux, forces de l'ordre). Où que cette urgence survienne et quel qu'en soit l'horaire, celle-ci doit trouver une réponse structurée à l'avance, réponse qui doit pouvoir être déclenchée par le premier professionnel alerté sur la situation.

Afin que l'urgence ne devienne elle-même pas une forme chronique de demande de soins du patient, il faut veiller à compléter cette réponse par des partenariats visant le suivi du patient à plus long terme. Il s'agit de limiter les situations de crise évitables, et faire que ces crises soient gérées en limitant autant que possible le transfert vers le système hospitalier (formation et soutien des équipes des lieux d'hébergement ou d'accompagnement). Dans ce même objectif, des actions spécifiques destinées aux aidants doivent être menées. La valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) devra intégrer cette valorisation des partenariats nécessaires dans la prévention des crises et l'accompagnement post crise.

Concernant la santé somatique, l'objectif consiste à mieux prendre en charge l'état de la santé somatique des personnes souffrant de troubles mentaux, en prenant en compte les difficultés spécifiques de ces populations : fréquence des pathologies associées, altération des capacités à prendre soin de sa santé et à suivre un traitement, errance ou grande précarité, effets somatiques indésirables de certains traitements psychiatriques comme la prise de poids, les pathologies cardio-vasculaires, métaboliques et bucco-dentaires. Ainsi, des programmes en faveur de la santé nutritionnelle et de la santé bucco-dentaire devront être développés, associant les professionnels hospitaliers et libéraux.

Le développement du recours au bilan de santé global, notamment neurologique, doit représenter un objectif majeur pour des professionnels formés à l'accueil des populations en errance ou en grande précarité, en lien avec la médecine de ville.

La coordination des dispositifs de soins psychiatriques et somatiques sera recherchée, notamment au travers de dispositifs de conventionnement, mais aussi de programmes de développement professionnel continu communs entre professionnels spécialisés dans les soins psychiatriques et ceux spécialisés dans les soins somatiques.

## Améliorer la continuité des soins et l'accompagnement aux différents âges de la vie de la personne

A chaque niveau de décision, il s'agit de développer des mesures destinées à éviter pour les patients des ruptures de prises en charge aux âges de transition (périnatalité/enfance – enfance /adolescence – adolescence/âge adulte - âge adulte/vieillesse). Un effort doit être fait quant à l'identification, la prévention et la résolution partagées des situations complexes et/ou sans solution, particulièrement pour les enfants et adolescents, pour lesquels les actions de partenariat et travail de réseau entre services de soins et équipes socio-judiciaires, est à promouvoir. L'organisation d'une psychiatrie spécifique du sujet âgé, enjeu majeur de santé publique pour les années à venir au regard de l'augmentation des besoins doit être davantage identifiée, coordonnée et développée dans ses modalités d'intervention et de formation de professionnels.

De façon générale, une mobilisation est attendue sur la situation des personnes hospitalisées longuement en psychiatrie, qui doivent toutes bénéficier d'un projet de sortie et donc d'un projet de vie, élaboré par l'ensemble des acteurs concernés. Chaque ARS devra définir sur ce point, après un diagnostic partagé, les modalités pertinentes de prise en charge de ces personnes. Elle pourra utilement s'appuyer sur le guide pour la mobilisation du projet des personnes durablement hospitalisées en psychiatrie, élaborée conjointement par les ministères chargés de la santé et de la cohésion sociale, et la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM).

## Développer le partenariat avec les aidants, identifier une modalité de réponse repérable à leur intention

Il s'agit de donner toute leur place aux aidants en les associant, sous réserve de l'accord de la personne dans toute la mesure du possible, à toutes les étapes du parcours de soin et d'accompagnement (évaluation et réévaluation des besoins, orientation, programme de soin, accompagnement), et en les soutenant lorsque c'est nécessaire.

Les aidants des personnes atteintes de troubles mentaux, eux-mêmes confrontés à des difficultés toutes particulières, doivent bénéficier de modalités de réponse adaptées, repérables à leur intention, pouvant leur apporter soutien, aide, information, permettant d'alléger le poids de leur sentiment d'isolement et facilitant éventuellement leur lien avec les autres dispositifs de soins et de prévention concernés par un patient en difficulté : permanence téléphonique professionnelle, traçabilité des signalements.

Les actions d'accompagnement, d'information et de soutien des aidants, telles que celles menées par les associations de familles, doivent être encouragées, par exemple des dispositifs d'écoute et des programmes de psychoéducation.

La formation des aidants sera développée au titre de la politique de formation à destination des personnes concernées par la perte d'autonomie.

Des solutions de répit pour les familles, dont l'accueil temporaire, seront recherchées et développées.

## Développer l'accès et le maintien au logement par une offre de logement accompagné, adaptée et diversifiée

Accéder à un logement et s'y maintenir sont des objectifs prioritaires qui conditionnent tout comme ils permettent la continuité et l'accès aux soins. Ils supposent d'apporter des réponses diversifiées et innovantes en matière d'accompagnement des personnes pour accéder à un logement et habiter son logement.

En effet la situation des personnes porteuses de troubles psychiques génère souvent de l'isolement, une rupture des liens sociaux et des difficultés à assumer les actes et relations de la vie quotidienne. Ces situations de handicap conjuguées à des hospitalisations répétées ou prolongées amènent fréquemment les personnes à perdre leur logement, à l'errance, voire à l'exclusion sociale.

Dans la continuité du chantier national prioritaire pour l'hébergement et le logement, il s'agit de privilégier autant que possible l'accès et le maintien dans un logement de droit commun. Cela n'est possible que dans la mesure où la vie dans ce logement est soutenue, chaque fois que nécessaire par les soins et l'accompagnement social et/ou médico-social.

Pour les personnes rendues vulnérables du fait de troubles psychiques, cela pourra passer par l'intermédiation locative qui doit être encouragée pour faciliter l'accès au logement. Pour certaines personnes souffrant de troubles psychiques, le dispositif des résidences accueil, qui prévoit l'accompagnement d'un SAMS AH ou d'un SAVS, est aussi une réponse pertinente. qui doit être encouragée par les acteurs compétents (Etat, ARS, Conseils Généraux...). Le programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012 se poursuivra dans sa mise en œuvre jusqu'à 2015. Le déploiement de ces formules d'accompagnement s'appuie sur les travaux conduits dans le cadre du programme de recherche 2008 « handicap psychique, autonomie, vie sociale » - DREES-MIRE et CNSA concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap d'origine psychique par les SAVS et les SAMS AH. La solution de logement doit donc être adaptée à la spécificité des personnes atteintes de troubles mentaux, au regard de la compensation de leur handicap et de leurs besoins de soins. L'accès à un logement adapté peut être un levier de prévention des rechutes et des chronicisations.

Les modes d'hébergement innovants proposés par les établissements médico-sociaux, offrant aux personnes un véritable « chez soi » seront quand à eux encouragés. Les principes d'accompagnement, de « projet de vie » et de participation qui caractérisent le médico-social doivent être au cœur de la politique des établissements d'hébergements, qu'ils soient issus de la création de places ex-nihilo ou de transformations.

De plus, la lutte contre la grande précarité et la prise en charge des personnes sans abri ou mal logées, dont une proportion importante est atteinte de troubles psychiques graves, est une priorité et doit pouvoir faire l'objet de programmes innovants tels que le programme « Chez soi d'abord - Housing First ».

Tous les dispositifs favorisant le logement adapté (appartements associatifs, résidences accueil, familles-gouvernantes...) doivent donc pouvoir être mobilisés avec l'appui de la psychiatrie.

## Améliorer la prise en charge des addictions

La cooccurrence de conduites addictives et de troubles psychiatriques est fréquente et a des conséquences importantes au niveau pronostique. En particulier, les rechutes et les ré hospitalisations sont plus fréquentes, les épisodes dépressifs et la suicidalité plus importants, et l'adhésion aux traitements moindre.

Les politiques de lutte contre les addictions doivent renforcer les collaborations entre les services de psychiatrie et les services d'addictologie pour une meilleure prise en charge des patients.

## Améliorer la qualité de vie des personnes, la participation sociale et l'accès à la vie professionnelle

La principale composante du handicap lié aux troubles psychiques et dans le même temps cause de rechute fréquente est la situation d'isolement et de perte d'inscription sociale et citoyenne des personnes. Elle va souvent de pair avec l'arrêt d'un soin stabilisé et programmé.

Les dispositifs d'accueil et d'accompagnement, ainsi que les diverses formules de soins spécifiques et de soutien permettant la participation sociale, l'insertion sociale, scolaire et professionnelle sont essentiels à la stabilisation, à la poursuite des soins au long cours, à la prévention des rechutes et donc à la qualité de vie. Ils doivent être encouragés tels que par exemple les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) et les programme expérimentaux d'insertion sociale et professionnelle sur le modèle *Clubhouse* doivent être soutenus.

Par ailleurs, le souhait d'accéder à l'emploi par les personnes doit être mieux pris en compte et nécessite des dispositifs d'accompagnement adaptés.

L'accès et le maintien dans l'emploi participent fortement de la citoyenneté, de l'autonomie et contribuent à l'intégration sociale, la scolarisation, la formation, l'accès à l'emploi. Ainsi, quelles que soient les modalités d'activité (secteur protégé, adapté, bénévolat, milieu ordinaire de travail...) ou le niveau d'employabilité, il s'agit de promouvoir des programmes facilitant le retour à l'emploi et le maintien dans l'emploi des personnes vivant avec des troubles psychiques. Cela passera notamment par le développement de réponses diversifiées à la fois en termes de formes d'emploi (emploi aidé, emploi à temps partiel, emploi adapté...) de soins spécifiques (soins de réhabilitation psycho-sociale) d'accompagnement et de soutien au long cours. Ces programmes pourront se décliner en actions d'information, de sensibilisation au handicap psychique qui s'adressent aux employeurs, aux prestataires de formation et de services d'insertion professionnelle et à tout professionnel amené à travailler avec les personnes ayant un trouble mental sur l'accueil et l'accompagnement de ces personnes.

Les programme facilitant des modalités d'emploi « assouplies » et de transition tels que les emplois de transition, les périodes d'essai, les évaluations en milieu de travail doivent être développés (qu'elles relèvent du milieu ordinaire de travail ou du milieu protégé) car ils répondent de façon efficaces aux besoins spécifiques des personnes handicapées psychiques dans leur parcours d'insertion ou de réinsertion professionnelle.

Mieux prendre en compte la spécificité de certains publics accueillis dans les établissements, dont les personnes souffrant de troubles psychiques, en termes d'accompagnement et d'adaptation des parcours de vie constitue ainsi l'un des chantiers qui viennent d'être lancés dans le cadre du plan d'adaptation et de développement des ESAT. A ce titre, les ESAT dits « de transition », les établissements et entreprises « Hors les murs » seront plus particulièrement observés.

## Améliorer l'accès des personnes au(x) droit(s)

La question des droits se pose pour l'ensemble des personnes souffrant de troubles psychiques, quelle que soit leur mode de soin et d'accompagnement, y compris lorsque ces soins et cet accompagnement sont librement consentis.

Il s'agit aussi d'assurer, en lien avec les professionnels et les associations, un suivi et une évaluation de la réforme relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, instaurée par la loi du 5 juillet 2011 pour fluidifier les procédures et améliorer la cohérence du dispositif.

Les droits des patients doivent être une priorité, chaque patient relevant de soins sans consentement doit pouvoir être auditionné par le juge sur l'ensemble du territoire, dans un lieu apaisant, proche de son lieu de soins, compatible avec son état de santé et dans une préservation de son intimité.

L'accès aux droits et l'exercice des droits des usagers doivent être garantis en améliorant la diffusion de l'information. Un soin tout particulier doit être apporté à l'information, la préparation et l'accompagnement des patients relevant de la loi du 5 juillet 2011. En effet, les personnes sont déjà déstabilisées par leur pathologie ; bien préparées aux contacts réguliers qui leur sont désormais accordés avec le monde judiciaire, elles pourront éviter de vivre ceux-ci comme une déstabilisation supplémentaire, et alors en tirer bénéfice.

Il s'agira de garantir l'accès aux droits du handicap des personnes concernées, nécessitant une prise en compte des difficultés particulières des personnes handicapées psychiques par les MDPH : accueil, articulation avec les dispositifs d'évaluation, place des aidants, suivi du plan de compensation...C'est notamment vis-à-vis de l'accès à ces droits que la non-demande a le plus de mal à s'exprimer.

L'accès aux droits et l'exercice des droits des personnes détenues doit également faire l'objet d'une attention permanente, du fait du nombre important de personnes concernées et des difficultés d'accès aux dispositifs de droit commun, comme le souligne le rapport de la Cour des comptes de décembre 2011.

Les conditions de mise en œuvre des systèmes de protection juridique doivent être améliorées (notamment la qualité de la gestion des tutelles). Une réflexion sur la notion de personne de confiance en psychiatrie doit également être engagée.

Il s'agit enfin de promouvoir et de s'assurer de l'effectivité de la participation des usagers (patients et aidants), tant aux instances départementales et locales (CDSP, CRUPEC) qu'aux instances de représentation au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (conseil de la vie sociale).

## Axe 2 : Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires

---

**Garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médico-social.**

### Faire évoluer le secteur et organiser une offre assurant partout responsabilité et continuité des soins

Le secteur doit évoluer, à la lumière des critiques sur son fonctionnement évoqué en première partie, et dans le sens défini par le présent plan.

Le secteur doit devenir avant tout un outil au service d'un territoire, il pose le devoir des équipes soignantes d'aller au devant des personnes qui ont besoin de soin, et dans le même temps il respecte le libre choix des personnes.

En psychiatrie, il y a une « mission de service public » de proximité essentielle, qui n'est pourtant à ce jour pas identifiée comme telle dans la loi HPST. En effet, il existe aujourd'hui une seule mission de service public (au sens de la loi HPST) en psychiatrie, il s'agit de celle autorisant certains établissements à dispenser des soins sans consentement.

Il est donc souhaitable que la psychiatrie bénéficie d'une deuxième mission de service public, à définir dans le code de la santé publique (mesure législative).

La création de cette nouvelle mission de service public, au sens de la loi HPST, sur la base des atouts de la politique de secteur, permettra de définir les contours et les exigences d'une politique de responsabilité et de continuité des soins, dans un cadre de proximité.

Dans un espace de proximité du patient, qui réunit des acteurs diversifiés, libéraux et hospitaliers, spécialisés et non spécialisés, cette définition permettra de clarifier la place de chacun, de garantir l'accès effectif de tous aux soins et d'apporter la nécessaire lisibilité de l'offre pour les patients et les aidants. Elle fondera une politique de secteur rénovée.

### Rééquilibrer l'intensité et la variété de l'offre de soin et d'accompagnement sur chaque territoire, et allouer les ressources en fonction des besoins de la population

Ce rééquilibrage passera par des mesures et dispositifs encourageant l'exercice dans des zones sous-denses. Les conditions de publication des postes de PH dans des zones sur-denses devront faire l'objet d'une réflexion complémentaire avec les représentants des acteurs concernés.

De plus, des alternatives à l'hospitalisation doivent être développées dans des zones qui en sont encore trop peu pourvues ; ces mêmes zones sont bien souvent suréquipées en structures d'hospitalisation complète, qui doivent donc être transformées ; les centres médico-psychologiques (CMP), pivots des soins, doivent en regard être créés ou renforcés. Le mode de financement devra encourager les prises en charge ambulatoires.

Ces alternatives à l'hospitalisation à temps plein doivent être complétées par des services d'accompagnements médico-sociaux grâce à la mobilisation des conseils généraux et le renforcement de la gouvernance locale de la santé mentale. Les obstacles juridiques et techniques aux transferts d'enveloppe auxquels sont parfois confrontés les opérateurs devront être identifiés par les ARS. Des

expérimentations locales de fongibilité d'enveloppes seront encouragées. Le cas échéant, des modifications législatives et réglementaires seront proposées.

Enfin, il existe des écarts très importants en matière d'allocation de ressources (euros/habitant), qui ne sont pas justifiés par des différentiels de morbidité. Ces écarts ont vocation à être atténués.

Concernant les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques, celles-ci sont prises en charge préférentiellement dans les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), au rythme de l'ouverture des unités – Lyon mai 2011, Toulouse et Nancy premier trimestre 2012. En dehors des UHSA, les personnes détenues sont prises en charge dans les établissements hospitaliers autorisés en psychiatrie.

## Structurer sur chaque territoire les coopérations et les complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations

Les offres sanitaires, médico-sociales et sociales doivent être articulées (notamment grâce aux conventions prévues par la loi du 5 juillet 2011 à des coopérations structurées sous la forme de réseaux, d'associations de personnes morales, de contrats locaux de santé, de groupements de coopération sanitaire, de groupements de coopération sociale et médico-sociale) afin d'organiser sur le territoire une offre cohérente, non redondante ouverte aux réalités sociales et médico-sociales des maladies mentales et du handicap psychique et à son inscription dans la société civile.

Dans le cadre sanitaire, il convient de souligner le rôle tout particulier du médecin généraliste. Dans le champ social et médico-social, il convient de souligner le rôle des élus locaux, des associations, des gestionnaires d'établissements et services pour enfants et adultes handicapés et en difficultés sociales.

Pour faciliter l'insertion des établissements de santé autorisés en psychiatrie dans les logiques de structuration hospitalière issues de la loi HPST, il sera proposé une évolution législative permettant à un établissement de santé autorisé en psychiatrie d'être membre de 2 communautés hospitalières de territoire (une CHT et une CHT psychiatrique).

L'ensemble des professionnels sanitaires (médecins généralistes, acteurs hospitaliers, structures de proximité ou structures de recours) doivent s'organiser y compris pour la gestion des cas cliniquement complexes ou celle de ceux qui requièrent une expertise peu fréquemment sollicitée. Les dispositifs hautement spécialisés (centres de ressources, et centres à caractère interrégional tels que UMD et UHSA etc...) feront l'objet d'une communication structurée, sur leurs compétences, leur inscription dans le territoire, et leurs modalités de saisine et de retour vers les autres structures.

## Sur certains territoires, procéder à des expérimentations destinées à compléter l'offre de soins en ville

Des expérimentations doivent être encouragées telles que celles intégrant les apports de la psychologie clinique dans les dispositifs de soins en ville remboursables sur prescription médicale. L'objectif consiste à renforcer la variété de l'offre et à permettre un meilleur suivi, notamment dans les zones sous-denses.

Ces projets intègreront l'évaluation des impacts en matière de santé et d'accès aux soins.

## Encourager les démarches qualité

Les démarches qualité se déploient dans les structures sanitaires (certification, évaluation de l'organisation et des pratiques, plans d'amélioration, signalement d'événements indésirables, gestion des non conformités,...). Ce type de démarche a également sa place dans les structures et services médico-sociaux et sociaux, et leur déploiement doit être encouragé.

Le déploiement du développement professionnel continu (DPC) contribuera au renforcement de ces démarches.

Le manuel de certification des établissements de santé (HAS) prendra logiquement en compte les objectifs du présent plan. Des référentiels de bonnes pratiques seront développés, à l'initiative notamment du conseil national professionnel de psychiatrie.

## Faire disparaître les conditions inacceptables d'hospitalisation en psychiatrie

En matière de qualité d'hébergement en service hospitalier psychiatrique, il existe encore en France quelques « points noirs », qui doivent impérativement trouver une solution.

Certains d'entre eux seront fermés au profit de structures neuves ou réhabilitées ou bien, puisque c'est bien souvent possible, de dispositifs alternatifs à l'hospitalisation.

De façon générale, et pour que de tels points noirs ne se recréent pas, il convient de toujours veiller aux conditions matérielles d'accueil et de prise en charge. En psychiatrie comme dans les autres disciplines, celles-ci doivent respecter la dignité des personnes. L'architecture et les équipements doivent préserver l'intimité des personnes, les chambres individuelles doivent être privilégiées, disposer d'un minimum de confort, et permettre aux personnes hébergées de conserver auprès d'elles des effets personnels en sécurité.

Il sera important de mettre en œuvre les préconisations déjà faites par la mission nationale d'appui en santé mentale sur l'architecture en psychiatrie compte tenu de ses enjeux organisationnels pour la qualité et la sécurité des soins dans ce domaine de la santé.

Les autorités doivent veiller au caractère régulier des investissements et du renouvellement des équipements de ces établissements.

## Améliorer l'accès à l'information pour tous et la lisibilité des dispositifs, en renforçant la gouvernance locale de la santé mentale

Des initiatives locales de recensement régulier de l'offre et le développement de guichets uniques d'information sur les dispositifs d'aide et de prise en charge seront engagées, avec l'appui notamment de dispositifs tels que conseils locaux de santé mentale, ateliers santé-ville, réseaux, maisons départementales des personnes handicapées, etc...

Ce recensement sera à rapprocher d'une analyse démographique populationnelle fine (notamment à travers le maillage IRIS de l'INSEE, et les travaux des observatoires régionaux de santé), pour mieux orienter la décision lorsque l'implantation d'une structure, d'un service, est envisagée.

Les expérimentations visant à renforcer la lisibilité des dispositifs et faciliter l'orientation notamment des personnes handicapées (qu'elles soient personnes malades ou aidants) doivent être suivies.

## Rendre plus accessibles les soins aux populations qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour se faire aider

Certaines personnes atteintes de troubles mentaux rencontrent des obstacles supplémentaires pour accéder aux soins. C'est le cas en particulier des personnes ayant des difficultés de communication (personnes sourdes ou malentendantes, personnes non francophones). Compte tenu de ces difficultés, qui s'ajoutent aux obstacles liés à la maladie, ces populations doivent faire l'objet de mesures spécifiques de la part des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (systèmes de communications adaptés, organisation du recours aux services de traduction).

C'est aussi le cas des personnes en errance dites « sans domicile fixe » ou en situation de très grande précarité. Ces situations, qui peuvent dépasser le tiers de certaines files actives à Paris, nécessitent une adaptation du dispositif (déjà plus de 90 équipes mobiles psychiatrie-précarité, appelées à se développer encore), car l'errance s'accorde mal des frontières de compétence et de territoires. Souvent, les professionnels initient une rencontre, mais butent sur le phénomène d'errance qui fragilise la personne comme demandeuse de soins.

Enfin, du fait de la prévalence élevée des troubles psychiatriques et mentaux chez les personnes détenues, il convient d'adapter le dispositif d'offre de soins en santé mentale pour cette population, conformément au plan d'actions stratégiques 2010-2014 politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

# Axe 3 : Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal

---

**Renforcer le dialogue entre la psychiatrie et la société, en redonnant sa juste place à la psychiatrie, et reconnaître la santé mentale comme facteur essentiel de cohésion sociale.**

## Augmenter la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques, lutter contre les images négatives véhiculées sur (et par) la psychiatrie

Augmenter la culture générale et lutter contre les représentations négatives sont une responsabilité collective, qui repose en premier lieu sur les acteurs du soin psychiatrique eux-mêmes. La façon dont les professionnels parlent de leur métier, de leurs activités, mais aussi des drames lorsqu'ils se produisent influence la perception du grand public, lequel dispose d'ailleurs encore de représentations bien peu fidèles à la réalité (et souvent très inquiétante) des pathologies et des prises en charge. Le bien-être psychique se banalise mais les pathologies et traitements psychiatriques, malgré leur prévalence très forte, demeurent sujets de fantasmes et d'interprétations, à un niveau que l'on ne retrouve pas dans les autres disciplines médicales. Chaque professionnel veillera donc à réfléchir à ce qu'il « fait passer » à son entourage sur ces questions dans le cadre d'une démarche institutionnelle cohérente et planifiée particulièrement attentive à l'élaboration de plans de communication (notamment en situation de crise).

À un niveau plus collectif, les institutions encourageront l'évolution nécessaire des mentalités, en développant des programmes de communication destinés au grand public, favorisant la rencontre, notamment à l'attention des jeunes publics en s'appuyant sur des dispositifs tels que conseils locaux de santé mentale, ateliers santé-ville, réseaux, etc...

Au plan national, il conviendra, dans une démarche partenariale, de poursuivre les efforts en matière de communication sur la psychiatrie et la santé mentale (y compris la santé mentale au travail), en s'appuyant notamment sur certaines expériences étrangères qui ont démontré leur efficacité. La semaine d'information sur la santé mentale doit être chaque année un temps fort en matière de communication institutionnelle.

Les études et recherches sur les représentations dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale seront encouragées, en mobilisant différents instituts de recherche en santé publique et en sciences, les sociétés savantes, des représentants de professionnels, de patients ou de familles de patients.

Ces efforts devront notamment viser une meilleure connaissance sur les difficultés de santé, les structures et les professionnels vers lesquels se tourner en cas de difficultés (y compris savoir distinguer psychiatre, psychologue, psychothérapeute) en associant à cette démarche les représentants des associations d'usagers en santé mentale.

Les relais d'opinion ont également une responsabilité quant aux images véhiculées sur la psychiatrie et les maladies mentales. Un pacte de communication en santé mentale sera développé, en impliquant notamment la presse. Il s'agit de faire en sorte que certains termes stigmatisants ne soient plus utilisés (« fou dangereux »), et que les termes psychiatriques ne soient pas détournés dans un sens stigmatisant lui-aussi (termes psychiatriques tels que « schizophrène », « bipolaire », etc). En la matière, un partenariat avec les structures de formation initiale et/ou associatives de journalistes sera

recherché, ainsi qu'une participation des personnes souffrant elles-mêmes de troubles mentaux et de leur entourage.

Enfin, une veille sera maintenue sur les activités de nature sectaire, toujours proches des domaines touchant au bien-être mental et/ou des personnes vulnérables.

## Lutter contre les discriminations, renforcer l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap psychique

Avec l'appui du Défenseur des droits, les discriminations dont sont victimes les personnes traversant ou ayant traversé un épisode de troubles mentaux seront mieux identifiées et combattues, en privilégiant autant que faire se peut des actions intégrant la participation des usagers.

Avec l'appui de l'Observatoire Interministériel de l'Accessibilité et de la Conception Universelle, de travaux seront développés en matière d'accessibilité aux personnes en situation de handicap psychique (recueil de bonnes pratiques, diffusion d'outils). Les initiatives en la matière seront encouragées.

## Prévoir des espaces et des temps de dialogue et de réflexion entre la société et le système de soins psychiatriques

Les territoires d'actions et les politiques des différents partenaires évoluent. Des espaces de dialogues sur les questions de santé mentale sont à recréer, à investir et à évaluer. Il s'agit de permettre une élaboration collective :

- Au plus près de la population, à travers en particulier les conseils locaux de santé mentale et les Ateliers santé ville,
- Aux différents niveaux de décision (central, régional, infrarégional) en impliquant les différents acteurs œuvrant dans le champ de l'éducation nationale, de la justice, l'emploi, le logement, des services sociaux, des droits des personnes.

Le partage des connaissances sur les difficultés de santé, le recours aux soins et les dispositifs de prise en charge en santé mentale sur les territoires sera encouragé.

## Lutter contre la surmédicalisation du mal-être et des difficultés d'ordre social et mieux adapter notamment la consommation de psychotropes

La psychiatrie est en quelque sorte sujette à injonctions paradoxales ; encore objet de représentations négatives, elle fait pourtant face à une demande croissante. Cette demande dépasse bien souvent « le cœur de métier » de la psychiatrie, et l'on assiste parfois à une médicalisation excessive du mal-être (deuil...) et des difficultés d'ordre social.

A certains égards, cette consommation de ressources des dispositifs psychiatriques peut nuire à l'accès des personnes atteintes de troubles mentaux avérés. Les indications en faveur du recours à des professionnels de la psychiatrie doivent être mieux définies/connues, et d'autres solutions doivent être proposées aux acteurs de première ligne confrontés à une demande.

Par ailleurs, un effort national doit être mené sur la réduction de la consommation inappropriée de psychotropes, à partir de l'analyse des déterminants de ces prescriptions. Là encore, un appui aux médecins généralistes, principaux prescripteurs, sera recherché, et l'éducation thérapeutique des patients sera encouragée. Les orientations nationales de développement professionnel continu prendront en compte cet axe d'amélioration des pratiques professionnelles.

## Repenser la sécurité en psychiatrie, à travers le fil conducteur de la bientraitance

En psychiatrie se posent bien souvent des questions relatives à la sécurité, en premier lieu la sécurité des patients vis-à-vis d'eux-mêmes, mais aussi la sécurité vis-à-vis des autres patients, des professionnels et de la société.

En psychiatrie plus qu'ailleurs, la question de la sécurité (et des passages à l'acte violents, envers soi-même ou envers autrui) est intimement liée à la question de la qualité des soins et de la bientraitance. L'enjeu consiste à articuler le caractère collectif des lieux d'hébergement, et de certaines règles de vie, avec des modalités de prise en charge (de surveillance, de soin) adaptés à la singularité et au projet de chacun. Les interdits collectifs doivent être limités au strict état de nécessité, et tout ce qui reconnaît et préserve la singularité, la citoyenneté du patient doit être préservé (liberté d'aller et venir, libre accès à son argent pour les personnes non protégées, casier individuel fermant à clé, etc)

La gestion des risques des établissements doit intégrer ces réflexions cliniques, éthiques, se centrer sur la qualité de l'organisation et du soin, la qualité du fonctionnement institutionnel, et prévoir, institutionnaliser, le regard de tiers.

Au-delà de conditions techniques minimales (qualité de l'architecture notamment), la sécurité ne réside pas dans des dispositifs techniques (vidéosurveillance 24h/24...) dont les inconvénients liés au caractère intrusif s'ajoutent à la fausse impression de sécurité qu'ils confèrent parfois et donc aux risques qu'ils génèrent à leur tour. Les mesures de sûreté doivent toujours être conçues dans une approche pragmatique, l'équilibre bénéfices/risques de ces mesures de sûreté doit toujours être réfléchi collectivement, évalué, et mis dans la balance d'une réflexion régulière et pluridisciplinaire sur les pratiques professionnelles et sur le fonctionnement institutionnel.

Ces réflexions doivent s'appuyer sur les avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, se nourrir des incidents comme moteurs de progrès, ainsi que des résultats des enquêtes de satisfaction, qui ont toute leur place en psychiatrie.

Le recueil des événements indésirables doit être adapté à l'activité psychiatrique. Ainsi, le système national devra être revu, dans la dimension systématique, indifférenciée (et inutile) des signalements de sorties sans autorisation, ou non retour d'autorisations de sortie. Le ciblage sur les véritables événements indésirables, événements sentinelles, mérite d'être amélioré.

Les démarches de gestion des risques, y compris de risques professionnels, doivent impérativement concerner en liaison avec les aidants:

- La situation des patients en rupture de soins ou « perdus de vue » alors que leur état de santé reste préoccupant
- Les pratiques de contention et d'isolement, pratiques toujours à haut risque, et qui peuvent aussi révéler des difficultés à anticiper des situations de crise
- La prise en charge somatique.

Les accidents de travail et l'absentéisme maladie doivent faire l'objet d'analyses à caractère systématique au sein des différents pôles d'activité.

## Axe 4 : Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs

---

**Renforcer le développement des savoirs, leur diffusion, leur transmission pour consolider les compétences des acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale.**

### Encourager, recueillir et faire connaître les travaux de recherche et les expériences réussies, à l'étranger et sur notre territoire, poursuivre le développement de recommandations de bonnes pratiques

On encouragera des travaux de recherche, en veillant à contribuer au décloisonnement des domaines de connaissance (sciences humaines et sociales, l'état de santé des populations épidémiologie, recherche biomédicale, recherche clinique, recherche sur l'offre, sur les politiques publiques, sur la mise en œuvre des recommandations, ...). Ainsi, parmi les appels à projets en santé mentale, on privilégiera les travaux axés sur le handicap psychique, la prévention, la thérapeutique et les conséquences des pathologies psychiatriques, l'évaluation des situations et des besoins, l'accompagnement. Les travaux visant une meilleure connaissance des représentations sociales de la santé mentale et de la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques et mentaux seront encouragés. Il sera également intéressant de suivre au plan de la recherche, les effets de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011.

En tout état de cause les recherches et expérimentations devront respecter les principes éthiques et déontologiques. Il conviendra notamment de veiller au respect des dispositions visant à garantir la protection des personnes pour participer à des recherches. La garantie est particulièrement assurée par le contrôle des protocoles par un comité de protection des personnes (CPP) qui s'attachera à évaluer les modalités d'information et de recueil de consentement des personnes (L. 1123-7).

Les expérimentations devront, le cas échéant, s'inscrire dans les cadres juridiques permettant des dérogations aux règles de financement par la sécurité sociale.

La structuration des appels à projets, la visibilité des financements, la valorisation des travaux français et étrangers sera renforcée.

A cette fin, le système de surveillance national et local en santé mentale doit être amélioré afin que soient disponibles des données sur la prévalence des problèmes de santé mentale (articulation des productions de données à visée nationale et locale).

Pour améliorer certaines politiques publiques, il peut être utile de mobiliser un maillage relativement fin : le quartier, la ville. La connaissance précise des bassins de vie, d'habitat et d'activité, par des partenariats avec des professionnels de l'urbanisme, peut en effet permettre de mieux éclairer la décision de positionnement territorial des équipements.

### Améliorer la formation de certains professionnels clé

Il s'agit en particulier d'amélioration la formation des médecins généralistes (à peine un praticien sur cinq a effectué un stage de psychiatrie au cours de sa formation initiale alors qu'il sera quotidiennement confronté à la souffrance psychique dans sa pratique), y compris à travers le développement professionnel continu (DPC). Le développement de maisons et pôle de santé peut contribuer à de meilleures collaborations entre psychiatres et médecins généralistes. La nouvelle

convention médicale (26 juillet 2011) doit également permettre de développer des partenariats bénéfiques (consultation sous 48h par un psychiatre à la demande du médecin généraliste, consultation longue pour les enfants).

De même devront être renforcées les compétences psychiatriques des personnels des SAMU.

Par ailleurs, on s'intéressera bien entendu à l'évaluation de l'impact de la nouvelle formation initiale des infirmiers (1<sup>ère</sup> promotion 2009 – 2012), impact sur la qualité des soins et le « confort » des professionnels en début de carrière.

## Adapter les pratiques de gestion des ressources humaines aux spécificités de l'exercice en psychiatrie

L'exercice en psychiatrie présente des spécificités, qui doivent être prise en compte, à toutes les étapes de la vie du professionnel.

L'enjeu consiste tout d'abord à attirer le professionnel vers l'exercice en psychiatrie, et faire que celui-ci y exerce par choix, et non par obligation ou par défaut. Il s'agit d'un point de vigilance : l'exercice en service de psychiatrie, ou dans certains services spécialisés, ne saurait être un « passage obligé » imposé aux nouveaux recrutés avant que ceux-ci ne puissent accéder à des services plus demandés.

Lorsqu'un professionnel est affecté en psychiatrie, il doit bénéficier d'un accompagnement (par exemple sous forme de tutorat, de DPC...) pour faciliter son immersion professionnelle et améliorer sa pratique auprès des personnes malades et de leurs proches.

Cette démarche d'accompagnement est d'intérêt réciproque (pour le nouveau professionnel et pour les anciens), car le nouveau professionnel dispose d'un « regard neuf » que les accueillants doivent prendre en compte. La bientraitance en psychiatrie se nourrit du regard de nouveaux professionnels, qu'il faut donc régulièrement accueillir, sans exclusive, dans tous les services de soin.

Dans le même temps, les pratiques de gestion des ressources humaines doivent prendre en compte la dimension essentielle de la notion d'équipe en psychiatrie, notamment dans la gestion des personnels de suppléance, et le suivi du turn-over.

## Encourager la formation pluridisciplinaire, l'évaluation des pratiques tout au long de la vie, y compris sur la question des passages à l'acte et des droits, et le développement des pratiques avancées :

En psychiatrie, les savoirs sont très liés à l'expérience et se construisent dans la confrontation des pratiques où il n'y a jamais une seule manière de faire, autoconstruction permanente toujours en lien avec l'histoire individuelle et collective. Les savoirs sont liés et ajustés à la complexité des situations rencontrées, complémentaires mais bien différents des savoirs constitués de procédures techniques académiques. Il est donc essentiel que cette construction de savoirs, tout au long de la vie professionnelle, soit reconnue, facilitée, structurée.

A ce titre, le lancement du développement professionnel continu représente une véritable opportunité (dans sa dimension évaluation des pratiques professionnelles).

Le DPC permet d'ailleurs de décloisonner ces démarches, puisqu'un programme de DPC peut rassembler des médecins, des personnels paramédicaux, et même des non soignants. Il transcende les clivages ville /hôpital. Les professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale, les organismes

de formation, sont donc invités à se saisir pleinement du DPC pour réduire les ruptures entre les savoirs, entre les professionnels et les modes d'exercice.

Concernant les thèmes de DPC, les professionnels pourront utilement retenir l'amélioration de la capacité des professionnels à gérer les risques de passages à l'acte auto et hétéro-agressifs des personnes prises en charge. L'évaluation portera notamment sur la réduction des accidents de travail, des tentatives de suicide, et du recours à la contention (événements pouvant faire l'objet d'évaluation systématique des pratiques professionnelles).

De façon générale seront encouragées la construction de dispositifs formatifs croisés et des stages par comparaison des professionnels concernés pour favoriser une acculturation réciproque (psychiatrie et milieu social/médico-social, psychiatrie et justice). Ces rencontres permettent également de faire mieux vivre le réseau et mieux travailler ensemble, et renforcer le dialogue entre les différentes compétences/ logiques et formes d'exercice.

De même, on cherchera à promouvoir l'inscription des psychologues dans une dynamique d'équipe pluriprofessionnelle à l'hôpital comme en ambulatoire.

Par ailleurs, le développement des pratiques infirmières avancées doit pouvoir bénéficier à la psychiatrie et à la santé mentale, de même que les nouvelles formes de coopérations professionnelles (article 51 de loi HPST). Un protocole de coopération d'intérêt national sera lancé prochainement afin de soutenir ce développement.

Dans le même sens, et pour contribuer à l'amélioration des connaissances et à l'évolution des métiers, des programme(s) hospitalier(s) de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) doivent pouvoir être proposés par les professionnels paramédicaux exerçant en psychiatrie.

## Entretenir les réseaux de professionnels et consolider les dispositifs d'appui aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux

Les professionnels doivent pouvoir partager au sein de réseaux de collègues. Au-delà des réseaux locaux et/ou informels, il convient de favoriser des rencontres interrégionales et/ou nationales, en particulier destinées :

- aux Commissions départementales des soins psychiatriques
- aux professionnels chargés des questions de psychiatrie et santé mentale des différentes ARS.

Par ailleurs, certains établissements ont parfois besoin d'un appui, ou d'un accompagnement pour traverser une période de crise ou élaborer leur projet institutionnel. L'apport de professionnels de la psychiatrie extérieurs à l'établissement, légitimes, rompus aux méthodes d'intervention, exerçant dans un cadre structuré vis-à-vis de leur établissement d'origine, vis-à-vis de la communauté qu'ils viennent aider, et vis-à-vis de l'ARS, est indispensable en psychiatrie et santé mentale.

Il s'agira donc de mieux structurer, en relation avec les associations représentatives des acteurs usagers et professionnels concernés par le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, ces dispositifs d'appui, en lien notamment avec l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

## Améliorer la formation des usagers et de leur entourage

Des programmes de réhabilitation psycho-sociale (psychoéducation, remédiation cognitive, éducation thérapeutique) en psychiatrie seront mis en œuvre, évalués et le cas échéant développés.

# Partie 3 :

## Le mode opératoire du Plan - Traduire des objectifs collectifs en des changements concrets

### La mise en œuvre du plan : une responsabilité collective

---

Fruit de nombreux travaux préparatoires et d'une concertation conduite courant 2011 avec les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, ce plan s'adresse à tous ceux qui interviennent dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, que ceux-ci soient ou non des intervenants sanitaires, qu'ils soient même professionnels du domaine ou simples citoyens.

Il prend également en compte l'évaluation du Plan psychiatrie Santé Mentale 2005-2008 par la Cour des Comptes et le HCSP et s'articule avec les autres plans et politiques publiques destinées aux personnes vivant avec des troubles psychiques.

Ce plan de nouvelle génération, qui fait le choix de se concentrer sur des objectifs stratégiques, lisibles par tous, reconnaît que les réponses à apporter mettent nécessairement en jeu tous les niveaux de la décision. A tous ces niveaux (administration centrale, opérateurs nationaux, ARS, professionnels, établissements, autres acteurs locaux...), les orientations stratégiques peuvent et doivent être traduites par chacun, dans le champ de compétence qui lui est propre.

C'est la raison pour laquelle il convient de consolider la gouvernance en psychiatrie, et de prévoir une gouvernance pour le plan lui-même, centré sur le rôle clé des ARS, et prévoyant un suivi et un appui national.

### Consolider la gouvernance en psychiatrie et santé mentale

---

Les priorités régionales sont définies dans le Projet Régional de Santé (PRS) arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ce PRS est décliné au sein des territoires et en cohérence avec les politiques conduites au niveau départemental par le préfet et les collectivités territoriales, s'agissant notamment du conseil général.

Ainsi, sous l'égide de l'ARS, au mieux en lien avec la conférence de territoire, lorsque le territoire de santé coïncide avec le département, il est indispensable que soit organisée une sous-commission ou toute autre forme d'organisation chargée de la coordination, au niveau du département, entre les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, pour que soient mises en œuvre, de façon concrète, des réponses en matière de fluidité du parcours des patients et populations. L'objectif est de réunir sur ces questions les usagers, les élus, les autorités de tutelle, les établissements sanitaires publics, les ESPIC et privés à but lucratif, les psychiatres libéraux et les médecins généralistes, les partenaires médico-sociaux, les structures associatives...

Ce dispositif départemental déclinera la politique régionale et fera le lien avec les acteurs et les instances locales intéressées (conseils locaux de santé mentale, conseils de secteur, réseaux...) Il s'intéressera au service rendu par chaque structure sanitaire et médico-sociale par rapport aux besoins de la population :

- missions de l'établissement, population accueillie, modalités spécifiques de prise en charge,
- situation de l'établissement dans son environnement, (relations avec les acteurs institutionnels publics et privés et les praticiens libéraux, modalités de coordination des actions interinstitutionnelles d'amont et daval et complémentarités, existence de conventions de partenariat...),
- contribution de l'établissement en matière de santé publique (population accueillie, modalités d'admission et délais d'attente, modalité de traitement des situations réclamant une réponse rapide... etc).

Ces éléments nourriront la mise en œuvre du PRS, en concertation avec les acteurs concernés.

En résumé, il convient que les ARS s'assurent du fonctionnement de trois échelons, afin de disposer d'organisations opérationnelles assurant la mise en cohérence des acteurs dans une approche pragmatique adaptée aux réalités locales :

- une commission régionale de concertation avec des représentants des usagers et des professionnels et les élus pour le suivi des politiques de psychiatrie et de santé mentale, au mieux sous-commission de la CRSA.
- un échelon spécifique départemental en lien avec les conférences de territoire. Si le territoire de santé n'est pas concordant avec le territoire départemental, l'ARS s'assure que les différents acteurs sont bien en mesure de se coordonner, et prévoit si nécessaire des modalités de coordination spécifiques au niveau départemental
- un échelon de proximité basé sur la sectorisation. Des dispositifs tels que les conseils locaux de santé mentale, les conseils de secteur, les ateliers santé-ville, les réseaux ont vocation à trouver leur place à ce niveau. La nouvelle « mission de service public », à définir dans le code de la santé publique, permettra de définir les exigences en matière de coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge.

# Le rôle central des ARS dans la mise en œuvre du plan : missions et calendrier

---

## Traduire le Plan psychiatrie et santé mentale dans le PRS

A l'issue de la finalisation du Plan, les ARS seront invitées à faire connaître la contribution de leur PRS aux objectifs fixés dans celui-ci.

A cette fin, elles veilleront à ce que leur PRS, en voie de finalisation ou déjà adopté, réponde bien aux objectifs définis dans le plan, et le cas échéant adapteront la mise en œuvre de leur PRS.

Cette analyse fera l'objet d'une concertation régionale dans le cadre de l'élaboration et/ou du suivi du PRS, avec les différentes instances (CRSA, conférence de territoire,...)

Les déclinaisons des objectifs du plan dans les PRS et les différents schémas constitueront en quelque sorte les 26 programmes régionaux opérationnels « Psychiatrie et santé mentale ».

## Etre force de proposition pour les autres ARS et pour le niveau national, sur les changements à opérer

Les ARS devront identifier les obstacles juridiques et techniques qu'elles rencontrent en matière de fluidité des parcours des patients, et de transferts de moyens entre les différents dispositifs.

Elles pourront mettre en œuvre, notamment à travers le Fonds d'Intervention Régional, des projets qui atténuent ces ruptures de fluidité.

Un point périodique sera effectué par l'instance nationale afin d'adapter les dispositifs et éventuelles adaptations législatives ou réglementaires.

Les ARS se chargent également de faire connaitre les innovations locales, dans une optique de mise en commun au niveau national.

## **La feuille de route des opérateurs nationaux (le rôle des administrations centrales dans la mise en œuvre du plan) :**

Tout comme les ARS, il sera demandé aux administrations centrales et opérateurs nationaux concernés de faire connaître la contribution de chacune de leurs feuilles de route aux objectifs fixés dans le plan.

Ils veilleront à ce que les programmes ayant un impact sur la psychiatrie et la santé mentale s'inscrivent bien dans les objectifs du plan.

Ces contributions seront transmises avant l'été 2012 à la Direction générale de la santé, au moyen d'une fiche signalétique qui aura vocation à être annexée au Plan psychiatrie Santé mentale. Dans cette fiche figureront les mesures concrètes envisagées par l'administration ou l'opérateur concerné, et les modalités de mise en œuvre de celles-ci. Ces mesures feront l'objet des concertations idoines le moment venu.

Toutes les administrations et opérateurs peuvent apporter une contribution. Seront particulièrement attendues celles de la DGS, DGOS, DGCS, CNSA, DSS, Direction Générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction, direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle, direction générale de l'enseignement supérieur et de la recherche, DICOM, secrétariat général du ministère de la justice, l'INPES.

# La mise en œuvre du plan : une gouvernance

---

## Le pilotage national confié à la DGS

La direction générale de la santé est chargée de s'assurer de la mise en œuvre du plan, avec l'appui du secrétariat général des ministères sociaux.

Elle animera un groupe restreint, qui sera chargé de :

- s'assurer que les administrations intègrent dans leur feuille de route les objectifs définis dans le plan, mettent en œuvre et évaluent les actions qu'elles auront ainsi programmées
- s'assurer que les Agences régionales de Santé déclinent dans leurs projets régionaux de santé les objectifs définis dans le plan, mettent en œuvre et évaluent les actions qu'elles auront ainsi programmées
- finaliser la liste des indicateurs de mise en œuvre du plan, proposés par le comité d'orientation, et en assurer le suivi
- organiser la collecte d'informations nécessaire au suivi, à l'évolution et à l'évaluation du Plan
- s'assurer de la coordination des politiques publiques (coordination des actions issues notamment du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, du Plan Suicide, du Plan Addictions, du Plan Logement)
- recueillir les propositions des ARS et les demandes d'évolution de la législation et de la réglementation, nécessaires à l'amélioration de la fluidité des parcours (en vue notamment de faciliter la fongibilité des enveloppes)
- recueillir et diffuser les bonnes pratiques issues d'expérimentations et de projets locaux
- repérer les outils dont les acteurs ont besoin pour mettre en œuvre le plan, et, le cas échéant, les faire élaborer (fiches « *le Plan psychiatrie et Santé mentale : en savoir +* »)
- identifier les besoins d'évolution et d'adaptation du Plan.

## Une conférence annuelle du Plan

Une **conférence annuelle du plan Psychiatrie et santé mentale** sera organisée. Présidée par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé des solidarités, elle donnera l'occasion de faire le point sur l'avancée du plan, c'est-à-dire la mise en œuvre des feuilles de route des différentes institutions.

Elle rassemblera les acteurs directement concernés par la santé mentale, à savoir :

- les administrations centrales des ministères sociaux et du ministère du logement, de l'intérieur, des collectivités territoriales, de la justice, de l'enseignement supérieur, de la recherche, de l'éducation nationale
- la CNSA, l'UNCAM,
- la Haute autorité de santé, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, l'INPES, l'INVS
- le Conseil national consultatif des personnes handicapées, la Conférence nationale de santé,
- le délégué général pour la coordination de l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées
- des associations de patients et de familles, des associations œuvrant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale
- l'association des départements de France, l'association des maires de France,
- le président de la commission des affaires sociales du Sénat et de l'Assemblée nationale
- les associations et conférences des directeurs d'établissements de santé et présidents de commission médicale d'établissements

- les fédérations hospitalières, médico-sociales et sociales
- le conseil national professionnel de psychiatrie
- les confédérations syndicales et les syndicats de médecins hospitaliers et libéraux
- l'Union nationale des professionnels de santé
- les AGEFIPH, le FIPHFP
- des représentants des Agences régionales de santé
- des représentants des observatoires régionaux de santé
- des représentants des Commissions départementales des soins psychiatriques.

En 2016, un rapport final sera élaboré et soumis à la conférence annuelle. Il permettra d'apprécier dans quelle mesure a été atteinte l'ambition du Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 :

**Prévenir et réduire les ruptures  
pour mieux vivre avec des troubles psychiques.**

## **Programme de mise en œuvre**

### **Parution du plan : 29 février 2012**

Déclinaison nationale du plan : les administrations centrales et opérateurs nationaux feront connaître la contribution de chacune de leurs feuilles de routes aux objectifs du plan avant juillet 2012. Ces contributions seront annexées au plan.

Déclinaison régionale du plan : les ARS déclineront les orientations nationales du plan dans un plan régional opérationnel qu'elles feront remonter à la DGS avant juillet 2012 (en tenant compte du calendrier d'adoption des PRS). Les 26 programmes régionaux opérationnels seront annexés au plan.

Le plan est piloté au niveau national par la DGS afin de s'assurer de sa bonne mise en œuvre par les administrations et les ARS et de la définition des indicateurs de suivi.

Une conférence annuelle du plan sera présidée par le ministre de la santé et le ministre chargé des solidarités.

Rapport final : 2016 soumis à la conférence annuelle.

# Index

## A

- Absentéisme ..... 29  
Accès aux soins ..... 5, 9, 14, 20, 24  
Accessibilité ..... 28  
Accidents de travail ..... 29, 32  
Accompagnement ..... 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 30, 31, 32  
Accueil temporaire ..... 20  
Addictions ..... 5, 12, 17, 21  
Adhésion ..... 21  
Administration centrale ..... 33, 36, 37, 39  
Adolescent ..... 12, 13, 18, 19  
Adulte ..... 13, 19, 24  
Age de transition ..... 19  
Agée (personne) ..... 12, 17  
Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) ..... 32  
Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) ..... 37  
Agence régionale de santé ..... 11, 12, 23, 32, 33, 34, 35, 36, 37  
Agence régionale de santé (ARS) ..... 11, 12, 19, 20, 23, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39  
Aidant ..... 8, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 29  
Alliance thérapeutique ..... 14, 15  
Allocation de ressources ..... 24  
Alternative à l'hospitalisation ..... 23  
Appartement associatif ..... 20  
Appel à projets ..... 30  
Architecture ..... 25, 29  
Assemblée nationale ..... 37  
Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH) ..... 38  
Autonomie ..... 2, 9, 10, 17, 20, 21

## B

- Bassin de vie ..... 30  
Bientraitance ..... 29, 31  
Bonnes pratiques ..... 25, 28, 30, 37  
Bucco-dentaire ..... 19

## C

- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ..... 20, 36, 37  
Cardio-vasculaire ..... 19  
Centres médico-psychologiques (CMP) ..... 23  
Certification ..... 25  
Chambres individuelles ..... 25  
Clubhouse ..... 21  
CNSA ..... 37

- Code de la santé publique ..... 8, 23, 34  
Collectivité territoriale ..... 12, 37  
Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ..... 22  
Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUPEC) ..... 22  
Communauté hospitalière de territoire (CHT) ..... 24  
Communication ..... 18, 24, 26, 27  
Conférence de territoire ..... 34, 35  
Conférence nationale de santé (CNS) ..... 37  
Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) ..... 34, 35  
Confiance ..... 14  
Conseil général ..... 23  
Consentement ..... 6, 12, 14, 22, 23, 30  
Contention ..... 29, 32  
Continuité ..... 11, 12, 18, 19, 20, 23, 34  
Contrat local de santé ..... 24  
Convention ..... 19, 24, 34  
Convention médicale ..... 31  
Coordination ..... 12, 13, 19, 34, 37  
Cour des comptes ..... 22, 33

## D

- Dangerosité ..... 15  
Délinquants (comportements) ..... 15  
Démarche qualité ..... 25  
Dénial ..... 6  
Département ..... 13, 33, 34  
Détenue (personne) ..... 15, 22, 24, 26  
Développement professionnel continu (DPC) ..... 25, 30, 31, 32  
Déviants (comportements) ..... 15  
Dignité ..... 5, 10, 25  
Direction de la sécurité sociale (DSS) ..... 36  
Direction générale de l'offre de soin (DGOS) ..... 36  
Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ..... 36  
Direction générale de la santé (DGS) ..... 36, 37, 39  
Discrimination ..... 6  
Droit commun ..... 14, 20  
Droits Des Patients ..... 5, 6, 14, 22, 28, 31

## E

- Echelles prédictives ..... 15  
Ecole ..... 10, 17, 21  
Educateur ..... 15  
Education nationale ..... 13, 28, 37  
Education thérapeutique ..... 29, 32  
Elus locaux ..... 18, 24  
Emploi ..... 2, 5, 6, 7, 10, 14, 21, 28, 36  
Enfant ..... 10, 17, 18, 19, 24, 31  
Entraide ..... 9, 21  
Entreprise ..... 5, 12, 21  
Equipe mobile ..... 26

Equipe soignante	12, 14, 23
Errance	19, 20, 26
Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)	34
Evaluation	7, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 24, 25, 30, 31, 32, 33, 37
Exclusion	5, 6, 20

## F

Famille	7, 8
Feuille de route	36, 37, 39
Financement	23, 30
Fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)	37, 38
Formation	10, 13, 18, 19, 20, 21, 27, 30, 31, 32, 36
Francophone (non-)	26

## G

Généraliste (médecin)	24, 31
Génétique	15
Gestion des ressources humaines	31
Gestion des risques	29
Gouvernance	2, 11, 12, 14, 23, 25, 33, 37
Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM)	21
Groupement de coopération sanitaire (GCS)	24
Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)	24
Guichet unique	25

## H

Handicap	2, 8, 9, 10, 17, 20, 21, 22, 24, 28, 30
Harcèlement	17
Haut conseil de la santé publique (HCSP)	33
Haute autorité de santé (HAS)	25
Hébergement	10, 18, 20, 25, 29, 37
Hétéro-agressif (patient)	32
Hôpital, patients, santé et territoires (HPST, loi-)	11, 13, 23, 24, 32
Hors les murs	21

## I

Infanto-juvénile (psychiatrie)	8, 10, 13
Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES)	36, 37
Institut national de veille sanitaire (INVS)	37
Interdits	29
Intimité	22, 25
Isolement	17, 19, 20, 21, 29

## J

Jeune	17, 27
Juge	14, 22
Justice	14, 18, 22, 28, 32, 36, 37

## L

Libéral (professionnel)	13, 19, 23, 34, 38
Libre-choix	14, 15
Logement	6, 9, 10, 14, 20, 28, 37
Loi du 5 juillet 2011	12, 14, 22, 24, 30

## M

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	12, 22
Malentendante (personne)	26
Médecin	24, 31
Médecine chirurgie obstétrique (MCO)	24
Médicament	15
Mission de service public	11, 12, 23, 34
Mission nationale d'appui en santé mentale	25
Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM)	19
Morbidité	2, 24

## N

Neurologique	19
Neurosciences	15
Non-demande	6, 11, 22

## O

Observance	14
Observatoire régional de santé	25, 38
Ordre public	11, 13
Organisation	2, 6, 12, 13, 15, 18, 19, 25, 26, 29, 34

## P

Paramédical (Personnel)	31, 32
Parcours	12, 15, 19, 21, 34, 35, 37
Parentalité	17
Participation des personnes	14, 28
Pédiopsychiatrie	13, 18
Périnatalité	12, 19
Permanence téléphonique	19
Personne de confiance	8, 22
Pilotage	11, 37
Points noirs	25
Politiques publiques	30, 33, 37
Pratiques infirmières avancées	32
Précarité	19, 20, 26
Prévention	2, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 30
Programme de soin	12, 19
Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	32
Programmés (soins)	21
Projet régional de santé (PRS)	11, 33, 34, 35, 39
Promotion de la santé	9, 14, 17, 31
Protection maternelle et infantile (PMI)	13
Proximité	11, 12, 16, 23, 24, 34
Psychiatre	27, 31
Psychodynamique	15
Psycho-éducation	20, 32
Psychologie	18, 24
Psychologue	24, 27
psycho-social	9, 10, 15, 17, 21, 32
Psychothérapeute	27

## Q

Qualité de vie	5, 10, 21
----------------	-----------

## R

- Recherche ..... 8, 13, 14, 20, 27, 30, 32, 36, 37  
Région ..... 13  
Réhabilitation ..... 9, 10, 21, 32  
Réinsertion ..... 12, 21  
Repérage ..... 8, 9, 15, 18  
Représentations (sociales) ..... 7, 15, 27, 28, 30  
Responsabilité ..... 2, 6, 9, 11, 13, 23, 27, 33  
Rétablissement ..... 7, 9  
Risques professionnels ..... 29  
Rupture de soin ..... 29

## S

- Sans abri (personne) ..... 5, 20, 37  
Sans domicile fixe (personne) ..... 26  
Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROSM) ..... 11  
Schéma régional d'organisation sanitaire ..... 11  
Schéma régional d'organisation sanitaire et médico-sociale (SROSM) ..... 11  
Schéma régional de prévention ..... 11  
Sciences humaines ..... 8, 15, 30  
Secteur ..... 11, 12, 16, 21, 23, 34  
Sectorisée (structure, sectorisée ou non-) ..... 12  
Sécurité ..... 11, 25, 29, 30  
Sénat ..... 37  
Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ..... 20  
Service d'accompagnement médico-social pour adultes (SAMSAH) ..... 20  
Service d'aide médicale d'urgence (SAMU) ..... 31  
Signalement ..... 25  
Sociétés savantes ..... 27  
Soin ..... 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 27, 29, 31  
Somatique ..... 14, 19, 29  
Sourd ..... 26

- Sous-dense (zone) ..... 23, 24  
Stage ..... 30  
Stigmatisation ..... 6, 9, 15, 30  
Stress ..... 17  
Suicide ..... 5, 18, 21, 32  
Sûreté ..... 29  
Surmédicalisation ..... 9, 28  
Syndicat ..... 38

## T

- Territoire ..... 2, 11, 12, 13, 15, 22, 23, 24, 30, 34, 35  
Territoire de santé ..... 12, 13, 34  
Traduction ..... 26  
Transport ..... 12  
Travail ..... 2, 9, 10, 12, 17, 19, 21, 27, 29, 32  
Travailleur social ..... 15  
Turn-over ..... 31  
Tutelle ..... 34  
Tutorat ..... 31

## U

- Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ..... 37  
Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ..... 13, 24  
Unité pour malades difficiles (UMD) ..... 13, 24  
Urbanisme ..... 30  
Urgence ..... 12, 18  
Usager ..... 9, 11, 18, 22, 27, 28, 32, 34

## V

- Vidéosurveillance ..... 29  
Vieillesse ..... 19  
Ville ..... 12, 18, 19, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 34  
Violence ..... 29