

COLLECTION
PROBLÈMES SOCIAUX
& INTERVENTIONS SOCIALES



Le MÉDICAMENT au cœur de la SOCIALITÉ contemporaine

Regards croisés
sur un objet complexe

Sous la direction de
**JOHANNE COLLIN
MARCELO OTERO
LAURENCE MONNAIS**



Presses de l'Université du Québec



Le
MÉDICAMENT
au cœur de
la SOCIALITÉ
contemporaine

PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450
Québec (Québec) G1V 2M2
Téléphone: (418) 657-4399 • Télécopieur: (418) 657-2096
Courriel: puq@puq.ca • Internet: www.puq.ca

Diffusion / Distribution :

CANADA et autres pays

DISTRIBUTION DE LIVRES UNIVERS S.E.N.C.

845, rue Marie-Victorin, Saint-Nicolas (Québec) G7A 3S8

Téléphone: (418) 831-7474 / 1-800-859-7474 • Télécopieur: (418) 831-4021

FRANCE

AFPU-DIFFUSION
SODIS

BELGIQUE

PATRIMOINE SPRL
168, rue du Noyer
1030 Bruxelles
Belgique

SUISSE

SERVIDIS SA
5, rue des Chaudronniers,
CH-1211 Genève 3
Suisse



La *Loi sur le droit d'auteur* interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».



**Le
MÉDICAMENT
au cœur de
la SOCIALITÉ
contemporaine**

**Regards croisés
sur un objet complexe**

Sous la direction de
**JOHANNE COLLIN
MARCELO OTERO ET
LAURENCE MONNAIS**

**Avec la collaboration de
Rémi Coignard-Friedman**

2006



Presses de l'Université du Québec

Le Delta I, 2875, boul. Laurier, bur. 450
Sainte-Foy (Québec) Canada G1V 2M2

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

Le médicament au cœur de la socialité contemporaine :
regards croisés sur un objet complexe
(Collection Problèmes sociaux & interventions sociales ; 23)

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 2-7605-1441-2

1. Médicaments – Aspect social. 2. Médicaments – Usage. 3. Médicaments – Abus.
4. Psychotropes – Aspect social. 5. Médicaments –
Prescription. I. Collin, Johanne, 1958- . II. Otero, Marcelo, 1960- .
III. Monnais-Rousselot, Laurence. IV. Collection.

RM301.M42 2006 615'.1 C2006-940982-X

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada
par l'entremise du Programme d'aide au développement
de l'industrie de l'édition (PADIE) pour nos activités d'édition.

La publication de cet ouvrage a été rendue possible
grâce à l'aide financière de la Société de développement
des entreprises culturelles (SODEC).

Mise en pages : INFOSCAN COLLETTE QUÉBEC

Couverture – Conception : RICHARD HODGSON

Illustration : *Une poire pour dessert*

Œuvre de GÉRARD DANSEREAU, peintre
(représenté à Québec par la Galerie Linda Verge –
<www.galerielindaverge.ca>)

Média mixte sur toile (92 cm × 31 cm)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 PUQ 2006 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

© 2006 Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 4^e trimestre 2006

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada

Imprimé au Canada

INTRODUCTION

LE MÉDICAMENT ENTRE SCIENCE, NORME ET CULTURE . .	1
<i>Johanne Collin, Marcelo Otero et Laurence Monnais</i>	
1. LES MÉDICAMENTS DE L'ESPRIT ENTRE LE « SOI » ET LES « AUTRES »	4
2. LE MÉDICAMENT ENTRE RAISONNEMENT THÉRAPEUTIQUE ET OBJET CULTUREL	8
BIBLIOGRAPHIE	14

PARTIE 1

**LES MÉDICAMENTS DE L'ESPRIT :
ENTRE LE « SOI » ET LES « AUTRES »**

CHAPITRE 1

LE CERVEAU DE L'INDIVIDU

Neurosciences, psychiatrie, individualisme	19
<i>Alain Ehrenberg</i>	
1. LE PROGRAMME FORT ET LA CONCEPTION MODERNE DE L'INDIVIDU : LES MODERNES ET LA RELATION MANQUANTE	22
2. CONCEPTS : LES DEUX SENS DU MOT « INDIVIDU » ET LA DISTINCTION ENTRE CAUSE ET RAISON	23
3. CONTEXTES : QUELLE EST LA VALEUR SOCIALE DU CERVEAU ?	28
BIBLIOGRAPHIE	33

CHAPITRE 2

PRISE DE MÉDICAMENTS ET**DÉSINSTITUTIONNALISATION** 35*Henri Dorvil*

1. PENSÉE PSYCHIATRIQUE ET MÉDICAMENTS 36

2. LES MÉDICAMENTS DE LA DEUXIÈME GÉNÉRATION :
LE POINT DE VUE DES PHARMACIENS,
CELUI DES PPMM 443. LE NOUVEL ENVIRONNEMENT DE LA PRISE
DE MÉDICAMENTS 51

BIBLIOGRAPHIE 61

CHAPITRE 3

NERVOSITÉ D'INADAPTATION**Une folie sociale nécessaire ?** 67*Marcelo Otero*1. DU DÉSESPOIR À L'ANXIODÉPRESSION :
LA MONTÉE DE LA « NERVOSITÉ SOCIALE ». 672. SOCIAL, PSYCHOLOGIQUE ET MENTAL :
LE NŒUD NORMATIF 733. ADAPTATION SOCIALE ET SANTÉ MENTALE :
SI ÉGALES, SI DISTINCTES 774. LES RÈGLES DE L'INDIVIDUALITÉ CONTEMPORAINE :
LE PÔLE DE L'ADAPTATION SOCIALE 83

BIBLIOGRAPHIE 88

CHAPITRE 4

DÉPENDRE DE SOI**L'usage au long cours des médicaments psychotropes** 91*Philippe Le Moigne*1. LES CARACTÉRISATIONS COMPORTEMENTALES
ET NEUROPHYSIOLOGIQUES 93

1.1. L'état de l'art: le standard psychiatrique 93

1.1.1. La dépendance 93

1.1.2. L'addiction: la distinction entre la dépendance
et l'abus 941.1.3. La prescription à long terme comme nécessité
thérapeutique 95

1.1.4. Le syndrome de sevrage comme effet indésirable ..	95
1.1.5. L'abus des produits comme disposition individuelle	96
1.2. De l'état de l'art à sa critique :	
l'antipsychiatrie comme antipharmacologie	96
1.2.1. Peter Breggin ou l'intoxication psychiatrique	97
1.2.2. Charles Medawar : la thèse du placebo actif	97
1.2.3. La médiation du sujet : l'hypothèse cognitiviste de Baillie	98
2. LES RESSORTS SOCIAUX DE L'USAGE AU LONG COURS ..	99
2.1. Apports et limites de la recherche en sciences sociales ..	99
2.2. Trois visages de la chronicité	102
2.2.1. Les recours « circonstanciels »	102
2.2.2. Le recours fataliste	102
2.2.3. Un « trouble en soi » ou le recours paradoxal	103
3. CONCLUSION : LE POINT D'ACHOPPEMENT DE LA DÉPRESSION	105
BIBLIOGRAPHIE	106

CHAPITRE 5

DE L'USAGE « PLASTIQUE » DES ANTIDÉPRESSEURS	109
<i>Pierre-Luc St-Hilaire</i>	
1. LA PLASTICITÉ DU SUJET	111
1.1. La chirurgie plastique ou lorsque la norme se fait chair ..	112
1.2. Fonction-sujet : fiction du sujet?	115
1.3. Sujet et technique biomédicale	118
1.4. L'impératif de la santé	120
2. DE L'USAGE « PLASTIQUE » DES ANTIDÉPRESSEURS	121
BIBLIOGRAPHIE	124

PARTIE 2

LE MÉDICAMENT ENTRE RAISONNEMENT THÉRAPEUTIQUE ET OBJET CULTUREL

CHAPITRE 6

UNE ÉPISTÉMOLOGIE MÉDICALE EN CHANGEMENT

Raisonnements thérapeutiques entre science et croyances	129
<i>Johanne Collin</i>	
1. LE CARACTÈRE MÉTONYMIQUE DU MÉDICAMENT	130
2. LE PARADIGME DE LA SPÉCIFICITÉ DU PATIENT	132

3. MÉDECINE SAVANTE ET MÉDECINE POPULAIRE	138
4. VERS UN CHANGEMENT DE PARADIGME : DE LA SPÉCIFICITÉ DU PATIENT À CELLE DU MÉDICAMENT	141
5. LE RETOUR À LA SPÉCIFICITÉ DU PATIENT : GRAND « RENVERSEMENT » ?	144
6. CONCLUSION	147
BIBLIOGRAPHIE	149

CHAPITRE 7

LES LOGIQUES DE PRESCRIPTIONS DANS LE CAS DE L'AUTISME

Entretien avec le docteur André Masse	153
<i>Brigitte Chamak</i>	
1. MÉTHODOLOGIE ET CONTEXTE D'ANALYSE	156
2. ENTRETIEN AVEC LE DOCTEUR ANDRÉ MASSE	158
3. CONCLUSION: LE PASSAGE DE L'ABSTRAIT AU CONCRET ET DE L'UNIVERSALISME À LA SPÉCIFICITÉ INDIVIDUELLE	171
BIBLIOGRAPHIE	174

CHAPITRE 8

MÉMOIRE DÉFAILLANTE

Utilisation de médicaments et reclassification de la maladie d'Alzheimer	177
<i>Annette Leibing, Rémi Coignard-Friedman et Lilian Scheinkman</i>	
1. LE PARADIGME DE LA MÉMOIRE	177
2. BRÈVE HISTOIRE DE LA MÉMOIRE ET DE LA MALADIE D'ALZHEIMER	179
2.1. Changements	182
2.2. Matérialisation	184
3. COMMENT TRAITER LES SCPD	186
3.1. Les nootropiques	186
3.2. Comment traiter les symptômes psychiatriques	187
4. CONCLUSION	190
BIBLIOGRAPHIE	191

CHAPITRE 9

ENTRE LE PSY ET L'ASSISTANTE SOCIALE

Où mène la prescription d'antidépresseurs en médecine générale quand la souffrance se fait sociale ?	197
<i>Claudie Haxaire, Philippe Genest, Pierre Bodénez, Carole Noumbissi-Nana et Philippe Bail</i>	
1. ÉTAT DES LIEUX	199
2. DONNÉES SUR LES MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE / À SA SPÉCIFICITÉ	201
3. LES ANTIDÉPRESSEURS DANS LE CONTEXTE DES PSYCHOTROPES : ENQUÊTES QUALITATIVES SUR LA PRATIQUE DES MG EN MATIÈRE DE GESTION DES PSYCHOTROPES ET DES DÉPENDANCES (EN BRETAGNE OCCIDENTALE)	203
4. SOUFFRANCE PSYCHIQUE / DÉPRESSION ET NOUVELLES MODALITÉS D'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ..	206
5. PRESCRIPTION D'ANTIDÉPRESSEURS DANS LES COMPTES RENDUS DE PRATIQUE ET LES ENTRETIENS DE SUPERVISION	209
6. PRESCRIPTIONS ET CONTEXTES	214
7. CONCLUSION	217
BIBLIOGRAPHIE	219

CHAPITRE 10

MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET PLACEMENT

DES JEUNES EN CENTRES DE RÉADAPTATION	223
<i>Denis Lafortune</i>	
1. PLACEMENT DES JEUNES ET DIAGNOSTICS DE TROUBLES MENTAUX : QUELQUES REPÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ..	225
2. TRANSFORMATION DES PRATIQUES EN CENTRES JEUNESSE	227
3. JEUNES, PLACEMENTS ET RECOURS AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES	228
4. DÉBATS ET CONTROVERSES ENTOURANT LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES	230
5. PERCEPTIONS ET ATTENTES DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS	231

6. RÔLES DES MÉDECINS PRESCRIPTEURS ET DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS	233
7. VALEUR SYMBOLIQUE DU MÉDICAMENT ET ENJEUX DU DÉVELOPPEMENT À L'ADOLESCENCE	235
8. CONCLUSION	237
BIBLIOGRAPHIE	239

CHAPITRE 11

DES RATIONALITÉS PROFANES À LA COMPRÉHENSION DU MÉSUSAGE DES MÉDICAMENTS

ANTIHYPERTENSEURS	247
--------------------------------	------------

Michelle Proulx

1. LES RATIONALITÉS SOUS-JACENTES À LA PRISE IRRÉGULIÈRE DU MÉDICAMENT ANTIHYPERTENSEUR	249
1.1. Le stress d'existence comme dimension explicative de l'étiologie de l'HTA	250
1.2. Le rapport à l'univers médical : confiance, doute et résistance	253
1.3. La conceptualisation du risque subjectif incarné par l'HTA ou le médicament	254
2. LE POUVOIR EXPLICATIF DES GRANDS ENSEMBLES EN RELATION AVEC L'INOBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE	256
2.1. Un stress d'existence comme dimension explicative de l'observance médicamenteuse occasionnelle	257
2.2. Le doute et l'observance médicamenteuse transitoire ..	257
2.3. Le risque subjectif et l'observance médicamenteuse persistante	258
3. L'INOBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE REVISITÉE	259
4. CONCLUSION	262
BIBLIOGRAPHIE	262

CHAPITRE 12

TRANSMISSION ET CIRCULATION DES SAVOIRS SUR LES MÉDICAMENTS DANS LA RELATION

MÉDECIN/MALADE	267
-----------------------------	------------

Sylvie Fainzang

1. MÉDICAMENTS, CULTURES ET SOCIÉTÉ	268
2. LES MÉDICAMENTS DANS LA RELATION MÉDECIN/MALADE	269

3. LE SAVOIR DIAGNOSTIQUE ET LE RECOURS AUX MÉDICAMENTS	270
4. UN SAVOIR DISSIMULÉ	271
5. DES CONSIGNES ANTAGONIQUES	272
6. LES MESSAGES D'INFORMATION	275
7. LA DYNAMIQUE DES SAVOIRS	276
8. DES SAVOIRS RÉINTERPRÉTÉS	277
9. CONCLUSION	278
BIBLIOGRAPHIE	279
NOTICES BIOGRAPHIQUES	281

LE MÉDICAMENT ENTRE SCIENCE, NORME ET CULTURE¹

Johanne Collin

Université de Montréal

Marcelo Otero

Université du Québec à Montréal

Laurence Monnais

Université de Montréal

Le médicament comme outil thérapeutique et comme objet social est le lieu d'une réflexion intense depuis quelques années, non seulement dans le champ de la santé publique, mais également chez les sociologues, les historiens et les anthropologues. L'accroissement du recours aux médicaments en général, et tout particulièrement aux psychotropes, soulève en effet une inquiétude majeure quant aux coûts sociaux, économiques et politiques qu'engendre la mauvaise utilisation ou, pour reprendre un terme consacré, l'« usage inapproprié » de l'arsenal thérapeutique à disposition du public. Au Québec, la réflexion gouvernementale s'est d'ailleurs encore intensifiée récemment avec l'élaboration d'une *Politique du médicament*. Celle-ci définit non seulement les conditions d'accès, mais celles de l'usage de ces produits, en fixant les règles du jeu de l'interaction entre les principaux acteurs de la production, de la distribution et de la prescription des médicaments.

1. La rédaction de cet ouvrage a été rendue possible grâce au financement de l'équipe MEOS par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ).

Il y a 30 ans, l'épidémiologie et la santé publique commençaient déjà à s'imposer dans le champ des études sur le médicament (Collin *et al.*, 2005). Trois constats majeurs en émergeaient : l'accroissement de l'usage, la hausse des coûts associés au « mésusage » et l'intensification conséquente des pressions sur le système de santé. Une fois décomposés, les éléments du problème renfermé par ces constats se déclinaient notamment sous l'angle de la prescription inadéquate et de l'inobservance ou, plus largement, de la consommation inappropriée de médicaments. Le recours croissant aux médicaments psychotropes s'ajoutait aux interrogations, de par son évolution spectaculaire. Était-il le reflet d'une société de plus en plus fragile au niveau psychique, de plus en plus encline à développer des addictions, ou encore très sensible au puissant discours sur la prévention et les risques sanitaires ? Au-delà de l'hypothèse classique d'une mauvaise compréhension des directives médicales, d'un manque d'information sur les effets possibles d'un mésusage des médicaments, ainsi que de l'influence « néfaste » de divers facteurs entourant les pratiques de prescription des médecins, il nous apparaît désormais nécessaire de poursuivre la réflexion sur un autre registre, à la fois historique, anthropologique et sociologique.

L'objectif de cet ouvrage est de dépasser les « évidences » ou ce qu'on considère comme telles quant au rôle et à l'usage du médicament dans nos sociétés contemporaines². Sans nier l'importance des travaux qui ont mis de l'avant le rôle capital que le médicament pouvait jouer comme vecteur de médicalisation des pratiques sociales et culturelles, il nous semble qu'on a moins attiré l'attention sur les transformations sociales qui rendent possible, voire nécessaire, la présence du médicament dans la vie quotidienne. *Vis-à-vis de nombreux abus dans le recours tous azimuts à la notion de médicalisation, il faut souligner une évidence sociologique pourtant souvent négligée : le social informe le médical au moins autant que le médical « pénètre » le social, pour le meilleur et pour le pire. Le médicament n'est pas moins révélateur des logiques complexes de socialisation que vecteur de médicalisation.*

Cet ouvrage se structure alors autour de deux grands thèmes qui appellent des dépassements conceptuels, incitent l'abandon de logiques d'analyse unilatérales et obligent à replacer le phénomène « médicament » entre deux univers indissociables et qu'on s'obstine malheureusement encore à séparer : 1) les médicaments de l'esprit, entre le « soi » et les « autres » ; 2) le médicament entre raisonnement thérapeutique et objet culturel. On fétichise trop souvent soit l'individu, ses besoins et ses désirs,

2. Si cet ouvrage centre son propos sur les sociétés occidentales, c'est davantage par souci de rester fidèle à son contenu. Nous aurions tort de limiter les réflexions qui y sont développées, de ne pas chercher à les appliquer à l'ensemble des sociétés.

soit la science, son autonomie et sa rationalité, ou encore les deux. On coupe trop souvent l'individu des autres (la société), d'une part, et la science de la culture, qui lui donne un (plusieurs) sens et un (plusieurs) pouvoir(s), d'autre part. L'analyse du phénomène « médicament » et de sa prégnance dans les sociétés occidentales contemporaines gagne pourtant à croiser toutes ces dimensions dans leur dynamique complexe, leur interdépendance et leur éclairage mutuel.

La première partie du livre aborde la trilogie « psychotrope, individu et société » en allant bien au-delà, ou peut-être ailleurs, des préoccupations face à l'accroissement de la consommation, aux risques de dépendance qui y sont liés, ou encore aux conséquences économiques appréhendées pour le système de santé et les milieux de travail. Devant la hausse spectaculaire du recours aux médicaments psychotropes dans nos sociétés, on ne peut que poser la question concernant les logiques sociétales qui sous-tendent, alimentent, voire créent de toutes pièces un tel phénomène. Les médicaments s'avèrent en fait de puissants instruments de socialisation, et pour certains de mise en conformité, dans des sociétés caractérisées par un individualisme de masse, où prévaut une exigence d'adaptation permanente à des changements rapides et à une normativité sociale axée sur la responsabilité individuelle, la performance continue et la valorisation de l'autonomie.

Autre thème majeur qu'il s'agit ici de revisiter, et auquel s'attaque la deuxième partie du livre : celui de la complexité des pratiques de prescription et des pratiques des usagers. En allant au-delà du postulat implicite d'une rationalité scientifique inhérente à l'acte de prescrire, il est désormais nécessaire de dépasser une critique épidémiologique et biomédicale qui n'appréhende pas les pratiques en contexte, de manière à saisir les logiques actantielles, et surtout les raisonnements thérapeutiques, qui sous-tendent le rapport des médecins aux médicaments. Le rôle de l'industrie ainsi que la mise au jour des dynamiques qui sous-tendent l'élaboration et la transformation des critères diagnostiques se doivent également d'être explorés. En aval des dynamiques en présence, on ne manquera pas d'aborder sous différents angles les logiques profanes, celles des malades, des patients, des usagers, des consommateurs de médicaments. Ces logiques sont nécessairement « imbibées » de culture, de cultures au pluriel qui, au travers de représentations, de croyances, de convictions, d'expériences et de pratiques éclatées, informent elles aussi forcément les attitudes médicales et les actes scientifiques. D'ailleurs on notera avec force que le médicament est en tension entre savoirs et pouvoirs, s'inscrivant dans une variété de rencontres et de rapports de force – politiques, économiques, cognitifs et socioculturels – entre régulations publiques et privées, entre experts et profanes, entre savoirs légitimes et informels,

entre médecins et patients, entre producteurs, distributeurs et consommateurs. Il s'agit ici également de dépasser la notion d'observance, ainsi que celle de compétence ou d'expertise, pour poser la question des tiraillements qui renvoient dos à dos des objectifs d'autonomie/responsabilisation des usagers et des logiques professionnelles de maintien d'un contrôle sur le médicament comme symbole d'une expertise exclusive et non transférable.

Par une telle réorganisation des thématiques, nous avons voulu rompre avec les catégorisations habituelles, parce qu'il nous semble plus fécond de rechercher d'autres points d'entrée que ceux que nous ont traditionnellement offerts l'épidémiologie et la santé publique. Et finalement, puisque le médicament nous apparaît comme un lieu privilégié pour la pratique d'une pluridisciplinarité en acte, nous avons conçu chaque partie de l'ouvrage comme un ensemble de contributions émanant des différentes disciplines (sociologie, histoire, anthropologie, psychologie sociale) qui nous semblent se répondre les unes les autres pour enrichir la réflexion sur cet objet complexe et éminemment social.

1. LES MÉDICAMENTS DE L'ESPRIT ENTRE LE « SOI » ET LES « AUTRES »

Si les politiques de « désenfermement », plutôt que de désinstitutionnalisation, de la maladie mentale commencent progressivement à prendre forme depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale jusqu'à devenir graduellement une politique d'État à partir des années 1960, un peu partout en Occident (sectorialisation, désinstitutionnalisation, virage communautaire, virage milieu, etc.), cela ne veut pas dire que les institutions jouent désormais un rôle moindre dans la régulation des conduites des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Robert Castel parlera ironiquement de « grand désenfermement », plutôt que de désinstitutionnalisation, pour signaler ce nouveau retournement institutionnel opéré sous le signe d'un optimisme thérapeutique articulé essentiellement sur deux thèmes : la prétendue capacité d'accueil ou, du moins, la tolérance de la « communauté » à l'égard des personnes « désinstitutionnalisées » et le développement de nouveaux médicaments psychotropes.

On le sait, les problèmes de « santé mentale » ne se sont pas estompés ; bien au contraire, ils semblent se multiplier depuis. Certains maintiennent pour l'essentiel leur prévalence et leurs principales caractéristiques, par exemple certaines « psychoses », tandis que d'autres se transforment de manière spectaculaire (« apparition » de nouveaux troubles « nerveux », disparition de certaines « névroses », montée des problématiques multiples, etc.). Pouvait-on en finir « médicalement » (thérapies et médicaments

psychotropes) avec un problème non exclusivement « médical » ? Pourrait-on en finir « socialement » (communauté, tolérance, *empowerment*) avec un problème non exclusivement « social » ? La *fétichisation du médicament* et la *fétichisation de la communauté* n'ont pas donné les résultats thérapeutiques escomptés, mais elles n'ont pas pour autant disparu. Toutefois, elles jouent aujourd'hui sur le registre plus englobant de la *fétichisation de l'usager*, c'est-à-dire de l'individu, acteur autonome et responsable de sa trajectoire de vie. Qu'est-ce que cela veut dire ?

L'extension spectaculaire du domaine de la « santé mentale » peut être comprise comme la réorganisation des rapports entre maladie, santé et socialisation qu'Alain Ehrenberg résume à l'aide d'une autre image: le « grand renversement³ ». En effet, cette nouvelle transformation institutionnelle est marquée essentiellement par : la subordination de la maladie mentale (phénomène en principe restreint au domaine médical) à la santé mentale (phénomène multiforme, en élargissement constant et ouvert à de multiples domaines autres que cliniques) ; la favorisation des modes de prise en charge permettant à la personne en traitement (appelée usager, client, bénéficiaire, etc.) de devenir un acteur de « sa » propre maladie, de « sa » souffrance ou de « son » problème de santé mentale ; enfin, la subordination de la contrainte institutionnelle au consentement éclairé de l'« usager » lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre une démarche thérapeutique.

Le nouvel usager est donc conçu comme un patient « compétent », c'est-à-dire qui ne fait pas que « pâtir », mais qui devient capable de « gérer » ses symptômes et sa thérapie (médicamenteuse ou non) en ce sens qu'il doit s'impliquer en tant qu'individu singulier dans la résolution de « son » problème de santé mentale. Ces trois dimensions du « grand renversement » constituent autant de références aux règles de l'individualité contemporaine, c'est-à-dire des normes sociales, caractérisées par la promotion de l'autonomie et de la responsabilité individuelle et par la valorisation de la prise d'initiatives individuelles. Le problème se pose donc à nouveau : comment démêler l'imbrication du dysfonctionnement social (inadaptation sociale) et du problème de santé mentale ? Quelle est la nature de cette imbrication ? Qu'est-ce que la consommation accrue de médicaments psychotropes peut nous apprendre à ce sujet ?

Geza Roheim soulignait il y a longtemps un fait majeur en Occident : le passage des sociétés à évolution lente à des sociétés à changement rapide, qu'il nommait avant la lettre des « sociétés à orientation thérapeutique ».

3. Nous simplifions les arguments d'Alain Ehrenberg (2004) dans « Les changements de la relation normal-pathologique : à propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, mai, p. 133-155.

Dans ces sociétés, caractérisées par l'exigence d'un effort d'adaptation permanente, les interventions psychiatriques, psychologiques et psychosociales (aujourd'hui, on dirait « en santé mentale ») jouent un rôle majeur dans les processus de socialisation et de gestion de tensions sociales. La hausse spectaculaire de la consommation de médicaments psychotropes dans les sociétés occidentales contemporaines laisse entendre qu'ils sont de plus en plus perçus comme des « supports » adéquats pour pallier aux « failles » de l'individualité contemporaine et permettre ainsi à l'individu d'agir « en son propre nom », c'est-à-dire de manière « autonome ».

Selon l'avis de certains analystes de la complexité actuelle du champ de la santé mentale, les pratiques des soins dans ce domaine se sont réorganisées « autour », « contre » et « par rapport » au médicament psychotrope (Widlöcher, 1997 ; Zarifian, 2001 ; Healy, 1997 et 2002 ; Hemels *et al.*, 2002). David Healy affirme même que la découverte des psychotropes est une avancée aussi importante que l'invention de la psychanalyse. En effet, l'exigence normative d'autonomie, d'autoresponsabilisation, de performance et d'adaptation continuelle, telle qu'elle se présente dans les sociétés libérales actuelles, semble peu compatible avec les stratégies d'intervention « à long terme » et « en profondeur » comme celles qui s'inspirent de la psychanalyse. Il semble plus pertinent aujourd'hui d'intervenir « directement » sur ce qu'on pourrait appeler les dimensions mécanique et énergétique de l'individualité, c'est-à-dire le corps machine (techniques cognitivo-comportementales) et le corps organisme (médicaments psychotropes), que sur l'épaisseur biographique de la singularité des sujets. Dans cette optique, les médicaments psychotropes (antidépresseurs, stimulants du système nerveux central, anxiolytiques, etc.) sont réputés être capables de réguler l'activité et/ou l'humeur par leur action sur le système nerveux central, et les techniques d'intervention psychosociale ou psychothérapeutiques (notamment d'inspiration cognitivo-comportementale, néohumanistes et communautaires) sont censées « réadapter » les compétences sociales (apprentissage de la gestion des cognitions, des comportements et des émotions) en fonction des « exigences environnementales » changeantes.

Dans *Le cerveau de l'individu : neurosciences, psychiatrie, individualisme*, Alain Ehrenberg affirme que le « programme fort » des neurosciences contemporaines incarne « l'alliance du mythe individualiste de l'intériorité et de l'autorité de la science ». En un mot, il est « la version scientifique de la totémisation de soi ». « Je » n'est pas, ou n'est plus, un « autre » comme le disait Rimbaud. Le soi est ramené « scientifiquement » à son cerveau, plutôt qu'aux institutions, ou aux autres, ou encore au sujet parlant. L'erreur dualiste de Descartes serait bel et bien réparée par le rabattement de l'esprit du sujet sur son corps. Mais, ce ne sont pas seulement les

neuroscientifiques qui mettent de l'avant le « soi-cerveau » ; les psychologues cognitivistes le redécouvrent comme objet de la psychologie et les médias lui prêtent une attention sans précédent. Le cerveau devient un personnage à part entière de l'imaginaire contemporain. Voilà un constat quelque peu troublant lorsqu'on sait qu'aucun résultat décisif n'a été annoncé, par exemple, pour le traitement de la schizophrénie, ou encore dans les tentatives de relier des marqueurs biologiques aux états mentaux pathologiques. Cette tendance n'est pas un événement interne aux neurosciences, mais un processus social plus large. N'est-il pas vrai, nous dit Ehrenberg, que bien de sociologues et anthropologues ont abandonné l'analyse de la société pour celle du « soi » qui « guiderait » le sujet ? Identifier le soi au cerveau est sans aucun doute le contexte idéal, scientifique et symbolique, pour soutenir la pertinence de guérir, gérer ou modifier la subjectivité, normale ou pathologique, par des molécules chimiques.

Henri Dorvil situe sur le long terme les rapports complexes entre pensée psychiatrique, développement de médicaments psychotropes et modes de prise en charge des problèmes de santé mentale graves. Si la maladie mentale a été déjà conçue comme une « maladie pas comme les autres » entourée de tabous, suscitant le rejet, la résignation ou la peur et, ensuite, comme une « maladie comme les autres » (époque de la première génération de médicaments) suscitant l'attention « positive » de la science, quelle « maladie » est la « maladie mentale » aujourd'hui ? L'auteur de *Prise de médicaments et désinstitutionnalisation* se demande ce que la comparaison de la prise de médicaments psychotropes de deuxième génération en contexte désinstitutionnel, en hôpital général et en hôpital psychiatrique peut nous apporter sur l'imbrication de la nature morale, sociale et médicale des problèmes de santé mentale graves.

Marcelo Otero analyse la corrélation entre l'injonction à la recherche d'« un état de complet de bien-être physique, mental et social » telle que formulée par les agences gouvernementales, la généralisation de troubles de santé mentale et la banalisation de la consommation des médicaments psychotropes. Les médecins généralistes, et non plus les psychiatres, sont devenus les spécialistes de la nouvelle « nervosité », ou plutôt, la « nervosité » actuelle est devenue un mal général. La généralisation de la « nervosité », les névroses freudiennes hier et les états anxiodépressifs aujourd'hui, traduit les tensions produites par la « forme sociale de l'individualité contemporaine dans chaque individu singulier ». L'auteur de *Nervosité d'adaptation : une folie sociale nécessaire ?* affirme qu'à moins de considérer les problèmes de santé mentale et les stratégies d'intervention psychologiques et psychiatriques comme détachées du social, la quête de la santé mentale « complète » ne peut qu'aboutir à l'assimilation de la santé mentale à

l'adaptation sociale et, de ce fait, à opérer un codage abusif d'une multitude d'expériences hétérogènes conflictuelles ou inconfortables sur le registre du mental et à les traiter de préférence à la psychopharmacologie.

Lorsque Philippe Le Moigne analyse le discours sur la toxicomanie, l'addiction et la dépendance dans l'usage au long cours des médicaments psychotropes, qu'il soit préventif, dénonciateur ou prosélyte, il montre la centralité du thème de « la nécessité de promouvoir la défense, le maintien, la réparation ou l'amélioration de l'individu ». Dans son texte *Dépendre de Soi*, l'auteur montre qu'il s'agit d'un discours plutôt global, car il concerne les concepteurs des médicaments, les prescripteurs et les consommateurs. La dépendance aux médicaments psychotropes, notamment chez les usagers visant « l'autonomie de soi », se montre comme « l'extension d'une dépendance d'abord exprimée à l'égard de soi ». Également, dans ce style d'usage, la chronicité engage une « relation de proximité » avec le médicament, sans pour autant déboucher sur une réelle amélioration, car la souffrance et la nécessité de la prescription démentent du même coup la visée de guérison et d'« autonomie de soi ».

Pierre-Luc St-Hilaire réfléchit sur la nature de cette « relation de proximité » avec le médicament psychotrope en mettant l'accent sur les modifications de « soi » éprouvées ou envisagées par l'usager. En s'appuyant sur le cas des antidépresseurs, l'auteur de *De l'usage « plastique » des antidépresseurs* remet en question l'antinomie entre l'usage thérapeutique et l'usage dit cosmétique en matière de psychotropes. L'allusion à la « cosmétique » obscurcit davantage la compréhension de la hausse du recours à ce médicament qu'elle n'y contribue. La thèse de l'usage cosmétique des antidépresseurs esquiverait la complexité de la « valeur d'usage » du médicament ainsi que la complexité des troubles mentaux, voire des états mentaux, qu'ils sont censés soigner ou modifier. La métaphore de l'usage plastique semble une meilleure entrée pour questionner les liens complexes entre les usages multiples des médicaments psychotropes et les déclinaisons sociales de ce que le « soi » veut dire dans les sociétés contemporaines.

2. LE MÉDICAMENT ENTRE RAISONNEMENT THÉRAPEUTIQUE ET OBJET CULTUREL

La deuxième partie de cet ouvrage aborde la compréhension des logiques de recours et des pratiques, tant professionnelles que profanes. La production d'un savoir comme sa circulation – et sa coproduction à travers cette circulation – sont à l'ordre du jour. Ceci requiert de se pencher plus précisément sur les pratiques, de les scruter, d'interroger, en amont, les conditions de la production des savoirs et de leur diffusion et, en aval, les

logiques qui les portent et les contingences qui les encadrent. Si la focale est différente, plus attentive aux logiques de terrain, le questionnement n'en rejoint pas moins celui du « soi et des autres » en ce qu'il réintroduit sur un autre registre la question du soi corporel (y compris cérébral) et du soi social. Les logiques actantielles de recours au médicament, qu'il s'agisse de la prescription ou de la consommation, conduisent en effet à mettre en évidence qu'au cœur des raisonnements thérapeutiques réside une tension irréductible entre science et croyance, entre universalisme et spécificité. Particulièrement visible à travers le questionnement qui traverse les changements successifs dans l'épistémologie médicale du XIX^e au XXI^e siècle, cette tension reconduit la querelle du sujet évoquée par Ehrenberg entre la conception de l'individu (patient) comme être biologique et la conception de l'individu comme être de langage, dans sa singularité biographique et expérientielle.

Ceci nous amène à questionner les raisonnements thérapeutiques et étiologiques qui sous-tendent les pratiques de prescription dans le contexte de la médecine occidentale contemporaine. On ne peut, en effet, qu'être frappé par la fluidité et la mouvance qui caractérise le tracé des frontières entre normal et pathologique, lorsque appréhendé dans une perspective temporelle longue. Cette fluidité est particulièrement frappante dans le champ de la santé mentale, comme en témoigne l'évolution des catégories nosographiques d'une version à l'autre du DSM (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*). Mais cette mouvance existe également dans le champ des maladies physiques, soutenue par le développement d'une médecine préventive et prédictive qui convertit les facteurs de risques en pathologies. La délimitation du domaine de la classification des problèmes de santé tend à structurer les recherches et les paramètres de connaissances et de pratique les concernant. Comment se module dès lors le recours au médicament dans ce contexte de fluidité? Comment s'exerce le jugement clinique du médecin et sur quels principes épistémologiques se fonde-t-il?

Pour y répondre, il est d'abord nécessaire de soulever la question du rapport complexe du médicament à la science et à la société. D'un côté, il s'agit d'un objet qui incorpore la fine pointe des savoirs experts en pharmacologie ainsi que dans les domaines afférents; de l'autre, il constitue un bien de consommation courante, tangible, accessible, quotidien. Preuve d'un mouvement de commodification de la santé, le médicament est en même temps un des agents les plus efficaces de ce processus. Se définissant indéniablement comme une biotechnologie, il ne requiert pas pour autant l'intervention de l'expert pour être efficace (Van der Geest et Whyte, 1989). De fait, contrairement à la chirurgie qui ne saurait exister sans l'intervention du chirurgien, le médicament, comme objet concret,

comporte en lui-même un potentiel d'effets – et éventuellement d'efficacité – de par sa seule ingestion. Le passage est direct, de la science au monde profane. Cette « double personnalité », pour reprendre les propos de Johanne Collin, rend la frontière entre expertise et monde profane, entre science et croyances, particulièrement fluide, remettant en question de façon permanente semble-t-il la scientificité sur laquelle se fondent les épistémologies qui orientent le rapport des médecins à la thérapeutique et aux médicaments.

Empirisme et rationalisme scientifique traduisent, dans ce contexte, les deux pôles d'orientation d'un recours au médicament que l'on tend trop spontanément à cantonner, dans le premier cas, au monde profane et dans le second, à celui de l'expertise médicale. L'un et l'autre constituent pourtant l'apanage d'un recours qui se veut scientifique. C'est du moins ce que permet d'envisager un regard historique sur l'évolution des conceptions médicales et savantes du médicament depuis un siècle. Ainsi comme le souligne J. Collin, les termes de « rationalisme » et d'« empirisme » renvoient à des définitions différentes, à connotations positives ou négatives, selon la période et le contexte dans lequel ils sont employés. Le rationalisme peut désigner le raisonnement extrême et donc le dogmatisme médical. Il peut également désigner, dans son sens positif, une pratique médicale réflexive, prudente et judicieuse ; relativiste donc, plutôt que dogmatique. Quant au terme d'empirisme, il désignera aussi bien l'ignorance et la propension à l'« essai-erreur » qu'un savoir fermement ancré dans l'expérience clinique dans l'élaboration des stratégies thérapeutiques.

Il semble, en fait, que cette dualité des concepts soit encore actuelle lorsque l'on se penche sur les pratiques de prescriptions des médecins. Le recours aux psychotropes chez les adolescents et l'éclectisme thérapeutique auquel il donne lieu en témoignent (Lafortune) ; tout comme l'empirisme, voire le « bricolage » réfléchi, que donnent à voir les pratiques concrètes de prescription d'un éminent pédopsychiatre montréalais (Chamak). Ainsi, à l'heure où l'*Evidence Based Medicine* (EBM), substrat d'une pensée épidémiologique et populationnelle dominante, devient le credo de la médecine occidentale contemporaine, c'est malgré tout l'expérience clinique individuelle qui a préséance sur la thérapeutique, selon les paramètres de la mentalité du clinicien si bien décrite par E. Freidson (1970) dans son ouvrage-phare sur la profession médicale. Et, dans cette foulée, la pratique médicale contemporaine aspire de nouveau – tout comme au XIX^e siècle – à une pratique centrée sur le patient et attentive à sa spécificité, témoignant, par ce repositionnement, autant des avancements scientifiques et technologiques de la biomédecine (la pharmacogénétique) que d'une demande sociale de prise en compte de l'épaisseur biographique et de la singularité pathologique des sujets.

Dans ce contexte, les différents textes de cette partie du livre illustrent aussi, chacun à sa façon, comment se module le lien entre expertise, recours aux médicaments et valorisation professionnelle. Certains articles se focalisent sur les raisonnements thérapeutiques et étiologiques (Collin, Leibing *et al.*; Chamak). Les autres sont davantage à l'affût des logiques de prescription (Haxaire *et al.*, Lafortune) en regard des contingences de la pratique (cultures d'établissement, modulation en fonction des clients, contexte institutionnel ou ambulatoire, etc.), là où le jugement clinique s'exerce, sur le terrain, au cas par cas.

Ainsi Johanne Collin réfute-t-elle le postulat implicite d'une étanchéité entre, d'un côté, l'expertise, la rationalité scientifique, le raisonnement et, de l'autre, la non-expertise, l'irrationalité et l'empirisme. L'auteure rend compte des changements de paradigme qui jalonnent les conceptions du médicament et de la thérapeutique de la fin du XIX^e à la fin du XX^e siècle. Elle met ainsi en évidence le chassé-croisé des représentations biomédicales et populaires du médicament au cours de cette évolution. En se fondant sur les mêmes principes, notamment ceux de spécificité et d'universalité, ces conceptions recouvrent des réalités différentes, voire antinomiques. Ce texte montre également comment une certaine croyance mystique envers le médicament, lorsque appréhendé comme panacée, colore autant les représentations biomédicales que populaires du médicament et intervient sur la relation thérapeutique.

Brigitte Chamak nous rend compte d'un entretien en profondeur avec un pédopsychiatre montréalais, spécialiste de l'autisme, et nous montre, à travers l'exploration des raisonnements étiologiques et thérapeutiques du médecin, comment se tisse le lien entre savoirs et expérience clinique. Ce rapport polysémique et complexe à la médication dans le cas des autistes est nourri par une observation scrupuleuse des cas qui n'est pas sans rappeler l'empirisme thérapeutique préconisé par les médecins du XIX^e siècle (Collin). En reconduisant, jusqu'à un certain point, des logiques de prescription à la pièce ou à géométrie variable, ainsi qu'une posture d'extrême relativisme au niveau des stratégies de recours aux médicaments, l'entretien expose ce qui généralement échappe à l'analyse quantitative des pratiques de prescription, à savoir le résultat d'un jugement clinique fondé sur une expertise très spécialisée.

Annette Leibing *et al.* s'attachent à retracer les glissements ou, plutôt, les déplacements dans le poids des critères diagnostiques associés à la maladie d'Alzheimer, du moment de sa « découverte » jusqu'à aujourd'hui. L'article vise tout particulièrement à mettre en évidence le rôle central de l'industrie pharmaceutique dans l'identification des critères diagnostics de la maladie. L'article retrace comment le « paradigme de la mémoire », jadis identifié comme pierre angulaire de la symptomatologie de cette

maladie, est progressivement remplacé par un ensemble de critères diagnostiques aux frontières plus floues englobant désormais les perturbations psychologiques et comportementales qui accompagnent le développement de la maladie. Une fois mise en évidence l'influence de l'industrie sur le tracé des frontières de la maladie, et donc sur la définition des catégories nosologiques, on comprend mieux l'influence directe qu'induit l'objet médicament sur les raisonnements thérapeutiques.

Claudie Haxaire et ses collègues se questionnent sur le rôle des médecins généralistes dans le traitement de la dépression et, plus largement, de la souffrance psychique. Il s'agit bien ici de l'attribution, *de facto*, d'un rôle thérapeutique de premier plan dans la gestion de la dépression, rendue possible par l'immense popularité des antidépresseurs. En France, comme au Canada, les médecins généralistes sont en effet les principaux prescripteurs d'antidépresseurs, dans un contexte où la souffrance psychique devient le langage commun pour penser le social. La prescription par les médecins généralistes de ces médicaments psychotropes se décale, comme le notent les auteurs, des normes dictées par l'EBM, et ce, assez largement pour mériter un regard soutenu quant aux *raisons pratiques* de ce décalage. Fait intéressant, les médecins de pratique générale sont amenés, à travers la fulgurante « propagation » de la dépression, de la souffrance psychique et du mal-être, à investir un champ pour lequel ils n'ont pas de formation spécifique préalable : celui de la santé mentale. Face à la souffrance psychique, « entité sans clinique » de souligner les auteurs, le médecin généraliste procède à la constitution d'un savoir qui lui est propre, qui relève de l'expérience, de l'empirisme et qui est « centré sur l'action », conscient qu'il est de l'étroite intrication du trouble à traiter et des histoires de vie de ses patients.

Enfin, à partir du cas de la prescription de psychotropes aux adolescents en centres jeunesse, Denis Lafortune soulève de multiples questions qui interpellent tant les raisonnements thérapeutiques que les logiques de prescription. Dans les centres jeunesse décrits par Lafortune, les logiques de prescription se modulent selon les contingences d'une pratique en institution fermée, auprès d'une clientèle non adulte, et ce, à travers le prisme d'un triangle thérapeutique impliquant autant les intervenants psychosociaux que les psychiatres dans la prescription. Cette triple particularité met en perspective la problématique de l'évaluation et de l'établissement d'un diagnostic, de l'étiologie ainsi que de la prise en charge de l'adolescent au niveau des modalités de traitement et responsabilités professionnelles. Devant des tableaux cliniques qualifiés de mixtes ou « multiproblématiques », Lafortune remarque une hausse des taux de polyprescription, elle-même révélatrice d'un changement dans les raisonnements thérapeutiques. En effet, à l'approche traditionnelle fondée sur le

diagnostic principal (*primary illness approach*) se superposerait de plus en plus une approche par symptômes (*target symptoms*). En nourrissant la propension à la prescription concomitante de plusieurs molécules, cette approche en fonction des symptômes fait éclater, en quelque sorte, les entités nosographiques telles qu'adoptées dans le DSM.

Au-delà de la relation thérapeutique dans ses différentes modalités (du diagnostic clinique à la prescription), il faut finalement considérer que le médicament se trouve à l'articulation de savoirs (experts ou profanes) et de pouvoirs (celui de l'État, des professionnels de santé, de groupes de pression et associations de patients, de l'industrie pharmaceutique) parfois contradictoires, en tous cas souvent en conflit, et qui obligent à des négociations et à des consensus. Le médicament réintroduit ainsi avec force le profane comme sujet parlant s'appuyant sur l'épaisseur biographique de sa singularité. En cela, il s'impose donc aussi comme révélateur de la complexité dynamique d'une multitude de rencontres (autour) de (la) santé. Dans nos sociétés, l'élargissement de l'accès à la médecine et en particulier aux médicaments permet en l'occurrence aux profanes de bénéficier « facilement » d'une certaine expertise médicale et d'abord technologique, de devenir des experts à leur tour. Ainsi, le savoir sur le médicament – et donc, dans une certaine mesure, le pouvoir – ne se trouve-t-il plus toujours du côté de celui qu'on croit. C'est ce que nous illustrent les textes de Sylvie Faizang et Michelle Proulx, chacun mettant en relief à sa façon le poids de l'accès à l'information (diffusion) et de la circulation de l'information sur le médicament dans la gestion individuelle de la maladie et, en particulier, dans le rapport de force qui s'instaure entre un patient et son médecin.

Les textes de Michelle Proulx et de Sylvie Faizang, contextualisant certaines conduites médicamenteuses jugées « déviantes » par le monde biomédical, insistent sur l'existence de ce contrôle sous l'angle de l'importance des pratiques profanes d'automédication, de pluralisme thérapeutique, de sur- ou sous-consommation du médicament, ou encore d'inobservance. Se focalisant sur la question de l'inobservance, Michelle Proulx, en particulier, insiste sur le « stress d'existence » perçu et revendiqué comme étant une dimension saillante dans les modèles explicatifs de la maladie développés par les malades. En outre, ce stress d'existence se déclinerait de façons variées selon les parcours de vie, aboutissant ainsi à des comportements d'observance/inobservance diversifiés.

Enfin, le rapport entre experts et profanes connaît des dénouements variables dans des contextes actuels reconnus d'éclatement des sources « faciles » d'information, qu'il s'agisse de publicité directe (ou indirecte) dans les médias de masse ou bien sûr d'Internet. À cet égard, Sylvie

Fainzang nous rappelle toutefois qu'il ne faut pas oublier pour autant l'influence diffuse de la famille et du réseau social, véhiculant et rappelant l'importance d'un bagage, de normes culturelles, partageant des expériences et intervenant, éventuellement, directement dans la gestion de la maladie du proche, ou encore l'information – généralement partielle – transmise par le professionnel de la santé lui-même.

L'ensemble des auteurs qui participent à cet ouvrage mettent en évidence, à partir de perspectives différentes et de thématiques diverses, la volonté commune de replacer l'objet « médicament » dans un contexte plus large dans le but de repérer les déplacements sociologiques et culturels qui rendent possible et intelligible sa prégnance dans les sociétés occidentales contemporaines. Loin de se limiter à ne voir dans le médicament qu'un *vecteur de médicalisation*, l'ensemble des textes ici présentés montrent le médicament comme *un puissant révélateur des logiques complexes de socialisation et des univers culturels engagés*.

BIBLIOGRAPHIE

- CASTEL, R. (1981). *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Minuit.
- COLLIN, J., H. DOUCET, D. LAFORTUNE, L. MONNAIS, M. OTERO, M.E. BLANC et M. PROULX (2005). *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives et les objets de travail à prioriser*, Conseil de la santé et du bien-être, Québec, Gouvernement du Québec, 85 p.
- EHRENBERG, A. (2003). « L'esprit neurologique », conférence dans le cadre du colloque *Médicaments psychotropes et société*, pour le 72^e Congrès de l'ACFAS, 10 mai.
- EHRENBERG, A. (2004). « Les changements de la relation normal-pathologique : à propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, mai, p. 133-155.
- FREIDSON, E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York, Harper and Row.
- HEALY, D. (1997). *The Antidepressant Era*, Cambridge, Harvard University Press.
- HEALY, D. (2002). *The Creation of Psychopharmacology*, Cambridge, Harvard University Press.
- HEMELS, M.E.H., G. KOREN et T.R. EINARSON (2002). « Increased Use of Anti-depressants in Canada: 1981-2000 », *The Annals of Pharmacotherapy*, vol. 36, n^o 9, p. 1375-1379.
- ROHEIM, G. (1967). *Psychanalyse et anthropologie*, Paris, Gallimard.
- ROHEIM, G. (1972). *Origine et fonction de la culture*, Paris, Gallimard.
- VAN DER GEEST, S. et S. WHYTE (1989). « The Charms of Medicines: Metaphors and Metonyms », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 3, n^o 4, p. 345-367.

- WARNER, J.H. (1987). « Power, Conflict, and Identity in Mid-nineteenth-century American Medicine: Therapeutic Change at the Commercial Hospital in Cincinnati », *Journal of American History*, vol. 73, p. 934-956.
- WIDLÖCHER, D. (1997). *La psyché carrefour*, Paris, Georg.
- ZARIFIAN, E. (2001). *La force de guérir*, Paris, Odile Jacob.

P
A
R
T
I
E

1

**LES MÉDICAMENTS
DE L'ESPRIT :
ENTRE LE « SOI »
ET LES « AUTRES »**

1

LE CERVEAU DE L'INDIVIDU
Neurosciences, psychiatrie,
individualisme¹**Alain Ehrenberg***Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société
(CESAMES, INRS, INSERM, Université Paris 5)*

En 1988, le prix Nobel de médecine et de physiologie Gérard Edelman affirmait que « si nous ne parvenons pas à comprendre comment l'esprit se fonde sur la matière, il subsistera toujours un immense abîme entre nos connaissances scientifiques et notre connaissance de nous-mêmes ». Edelman n'est certes pas le premier à poser de cette manière le problème des rapports entre connaissance du cerveau et connaissance de soi-même, et l'on peut affirmer sans crainte d'être démenti par l'avenir que l'on continuera longtemps à penser ainsi. On pourrait donc rejeter cette affirmation en se contentant de remarquer que nous avons affaire à la énième version « d'une très vieille marchandise » métaphysique, pour reprendre l'expression de Bergson. Cependant, Edelman ajoutait : « Il n'est pas impossible de jeter un pont au-dessus de cet abîme. » Sous la plume d'un

1. Ce texte est celui de la conférence d'ouverture prononcée au colloque *Médicaments psychotropes et société* organisé par le MEOS dans le cadre du 72^e congrès de l'ACFAS en 2004. Il constitue une version modifiée d'un article, « Le sujet cérébral », paru dans *Esprit*, novembre 2004, p. 130-155.

biologiste, cela signifie non une spéculation philosophique de plus, *mais une hypothèse testable en laboratoire*, soumise à l'épreuve des faits, garantie par la rigueur de la méthode scientifique. La vieille marchandise métaphysique n'était-elle qu'une apparence? Car une «révolution» scientifique s'est produite au cours des vingt dernières années, celle des neurosciences *expérimentales*.

Dans les revues scientifiques les plus sérieuses comme dans les médias, il se passe rarement une semaine sans que ne soient annoncées des découvertes en neuroanatomie du deuil, en biochimie des expériences spirituelles, en génétique des comportements antisociaux, en imagerie cérébrale du refoulement freudien, pour ne prendre que quelques exemples. L'idée que la connaissance du cerveau est indispensable afin de nous comprendre nous-mêmes est également couramment répandue chez les psychologues cognitivistes qui, d'ailleurs, «redécouvrent» le cerveau comme objet de la psychologie. Elle a aussi son équivalent chez les sociologues et les anthropologues, où un courant de pensée croissant pousse à abandonner l'analyse de la société pour celle du «soi» qui guide le sujet – le soi est employé comme le cerveau chez Edelman.

On notera pourtant quelque chose de troublant: aucun résultat décisif n'a été annoncé, à ma connaissance, pour les schizophrénies.

Les découvertes récentes des neuroscientifiques alimentent la Querelle du sujet, querelle qui a toujours été intense dans cette discipline si métaphysique qu'est la psychiatrie, avec ses deux camps apparemment bien délimités: les défenseurs du «Sujet parlant» s'inquiètent du raz-de-marée de ces disciplines qui risqueraient de mettre fin à la subjectivité humaine, tandis que ceux du «Sujet cérébral» considèrent que, grâce à elles, il va enfin pouvoir être possible de ne plus aborder les pathologies mentales comme des pathologies particulières, car cela «culpabilise» les patients et/ou leurs parents et contribue à leur «stigmatisation». Le ton est, comme toujours en la matière, à la polémique. Nous assistons au énième épisode de l'histoire d'une tension entre une conception de l'homme comme être corporel et une conception adverse de l'homme comme être de langage: l'homme corporel et cérébral s'opposerait terme à terme à l'homme socialisé et parlant.

L'épisode contemporain se déroule dans un double contexte scientifique et social qui le singularise: sur le plan scientifique, d'impressionnants progrès ont été accomplis depuis vingt ans environ en biologie moléculaire et en imagerie cérébrale. Ils permettent, pour la première fois dans l'histoire de la biologie, de tester des fonctions mentales; sur le plan social, la souffrance psychique et la santé mentale sont devenues les principaux points de repères de l'individualisation de la condition humaine.

Il s'agit ici de poursuivre une réflexion sur cette question en posant que les neurosciences sont l'apport scientifique, technologique et médical permettant de répondre à la fabuleuse demande de santé mentale qui s'est diffusée depuis une vingtaine d'années dans nos sociétés. Leur spectre d'action recouvre d'ailleurs celui de la santé mentale puisqu'il se distribue entre psychoses et graves retards mentaux, d'une part, et comportements « normaux », d'autre part.

On peut distinguer deux programmes en neurosciences : un programme « faible » et un programme « fort ». Le « faible » vise à progresser dans le traitement des maladies neurologiques (Parkinson, Alzheimer, etc.) et à découvrir des aspects neuropathologiques dans les maladies mentales comme les schizophrénies. Le « fort », philosophiquement parlant, identifie connaissance du cerveau et connaissance de soi-même et, sur le plan clinique (pratique), pense pouvoir fusionner neurologie et psychiatrie, c'est-à-dire *in fine* traiter les psychopathologies en termes neuropathologiques et, peut-être à plus long terme, nous permettre d'agir sur notre machinerie cérébrale pour augmenter nos capacités de décision et d'action. La version forte vise à construire une biologie de l'esprit, « une neurobiologie de la personnalité », autrement dit une biologie de l'individu.

Mon propos est moins de prendre parti dans la Querelle que de déplacer ses termes en utilisant la philosophie des sciences comme point d'appui pour une anthropologie de l'individualisme. Assistons-nous aujourd'hui à une redéfinition des frontières entre neurologie et psychiatrie susceptible de mettre fin à la tension entre le sujet cérébral et le sujet parlant, comme le laissent penser les neurosciences à travers le programme visant à construire une « biologie de l'esprit » ? J'en doute, et c'est là qu'une approche anthropologique s'avère utile, car cette tension n'est pas seulement interne au monde de la psychiatrie et de la santé mentale, elle est si inhérente à notre forme de vie qu'elle ne saurait être un jour surmontée.

Si une biologie de l'individu est scientifiquement envisageable, de quelle sorte pourrait-elle être ? Et *quel genre d'individu* serait sa cible ? C'est de cette question oubliée par les deux camps que je voudrais traiter. Pour y répondre, il faut travailler à la fois sur *les concepts et les contextes*. Après avoir lié le programme fort à la conception moderne de l'individu, je proposerai de distinguer deux sens du mot « individu » généralement confondus non seulement en biologie, mais également en sciences sociales ou en philosophie. Je terminerai par l'aspect contextuel en proposant une analyse de la valeur sociale du cerveau dans la vie sociale d'aujourd'hui.

1. LE PROGRAMME FORT ET LA CONCEPTION MODERNE DE L'INDIVIDU: LES MODERNES ET LA RELATION MANQUANTE

La biologie a manifestement des choses importantes à montrer sur les matières chimiques et les forces physiques qui font de l'être humain un être animé par son cerveau. Des problèmes essentiels concernant la composition de l'homme font l'objet d'hypothèses, d'expériences, de spéculations. Le programme de la biologie de l'esprit consiste à rechercher des liens entre le cerveau et l'esprit au moyen d'innovations techniques, comme l'imagerie cérébrale, cette « caméra de la psyché » qui permet de « voir le cerveau en action », et des nouveaux outils de la biologie moléculaire appuyés sur des techniques statistiques et bioinformatiques. L'abîme entre l'impersonnalité de la matière et la personnalité d'un sujet humain pourrait ainsi être progressivement comblé. La biologie trouvera ainsi le Graal de la psychiatrie comme de la métaphysique : elle objectivera ce que nous ressentons subjectivement, elle fera de la subjectivité un fait scientifique.

Les émotions et les sentiments sont certes ressentis par nous. De cette situation, nombre de ces biologistes en déduisent qu'il faut les aborder comme une expérience intérieure et non comme des relations significatives impliquant un arrière-plan normatif. Quand on pose que la vérité de l'humain réside dans l'esprit, a-t-on affaire à une hypothèse scientifique ou à un sous-produit, finalement très banal, de la croyance anthropologique la plus répandue chez les sociétés individualistes et de leur conception du sujet humain ? Cette question nécessiterait une longue explication anthropologique et historique sur la notion de personne, la relation entre corps et personne et la nature sociale de cette relation.

Rappelons seulement la caractéristique principale des sociétés modernes, dites individualistes : si l'agent empirique particulier est évidemment la matière première de tout groupement humain, seules nos sociétés font de cet agent la valeur suprême, comme l'a magistralement montré Louis Dumont – en l'absence de cette suprématie, les notions de droits de l'homme ou d'égalité, par exemple, n'ont aucun sens. Autrement dit, elles en font « le sujet normatif des institutions », comme dit Dumont. C'est le cœur de ce qu'on appelle l'individualisme. Simultanément, ces sociétés ont logé la vérité de l'humain dans une partie de l'individu : l'esprit, le mental, la psyché ou, récemment, le cerveau, bref l'intériorité. La relation entre l'individu comme valeur suprême et l'intériorité comme lieu de la vérité de l'homme est *structurelle* : elle est un élément central de notre forme de vie. Les multiples débats sur le *Mind-Brain Problem*, qu'ils emploient des arguments absurdes ou justes, qu'ils se

déroulent en philosophie de l'esprit, en psychiatrie ou en psychanalyse, ne prennent sens que dans ce contexte anthropologique global. Précisons que cette affirmation ne promet aucun relativisme ; elle est de méthode.

Pour rendre plus sensible cette relation entre l'individu comme valeur suprême et la valeur de l'intériorité, prenons une conception de l'homme tout à fait opposée. Dans le monde mélanésien traditionnel, notamment chez les Canaques, une personne est définie comme *une relation* : c'est la paire formée par l'oncle maternel et le neveu qui constitue une seule et même personne – les Canaques ne peuvent dire « je » dans leur langue. C'est la paire qui a une valeur et non l'individu, et l'on rencontre rarement des individus seuls. Les Canaques ont besoin de deux corps pour parler d'une personne. Là où ils voient seulement des *relations*, nous voyons seulement des *individus*. Ils ont une incertitude sur les corps, sur leur présence humaine, nous avons une incertitude sur les relations, sur la vie en commun (nous ajoutons des relations sociales à des individus qui sont pour nous la réalité substantielle). C'est comme si chez eux, tout venait du « dehors » (des relations), alors que chez nous, tout vient du « dedans » (de notre intériorité). Mais ces croyances ne disent rien de la réalité : ils sont des individus, comme nous, et nous faisons société, comme eux.

Claude Lévi-Strauss avait employé en 1960 une formule lumineuse résumant la conception moderne : « Tout se passe comme si, dans notre civilisation, chaque individu avait sa propre personnalité pour totem. » Ma thèse est que le programme fort est la version scientifique de la totémisation de soi, de la totémisation *du soi*, qui n'est pas autre chose que notre théorie indigène de l'agent social. Il est l'alliance du mythe individualiste de l'intériorité et de l'autorité de la science.

2. CONCEPTS : LES DEUX SENS DU MOT « INDIVIDU » ET LA DISTINCTION ENTRE CAUSE ET RAISON

Erik R. Kandel, qui reçut en 2000 le prix Nobel de physiologie et de médecine pour ses travaux sur la mémoire dite procédurale, pense que la plupart des biologistes sont « convaincus que l'esprit sera à la biologie du XXI^e siècle ce que le gène a été pour la biologie du XX^e siècle ». Cette conviction est très répandue, malgré le fait que, comme le disent tous les biologistes, « il s'agit de l'objet matériel le plus complexe que nous connaissions dans l'univers ». Bien entendu, des retombées pratiques de grande ampleur sont attendues. Nancy Andreasen (rédactrice en chef de l'*American Journal of Psychiatry*), dans *Brave New Brain : Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*, un ouvrage à destination du grand public, souligne que « la convergence de ces deux domaines de connaissance

[biologie moléculaire et neuro-imagerie] [...] a déjà changé la façon dont nous pensons à la fois les causes et le traitement des maladies mentales ». Des percées à court terme sont, nous dit-elle, attendues sur les causes des schizophrénies, des troubles de l'humeur et des troubles anxieux. À long terme, le but est « de trouver une pénicilline de la maladie mentale ». Ces espoirs s'accompagnent, à l'inverse, d'inquiétudes concernant le respect de l'intégrité psychique des personnes, respect qui fait l'objet d'une grande attention politique, sociale et médicale. En anthropologie médicale, nombreux sont ceux qui, dans la filiation foucauldienne du bio-pouvoir, craignent ou espèrent, à tort selon moi, que la biomédecine de l'esprit soit bientôt capable de modifier la personnalité, l'intelligence ou la mémoire.

Rappelons que les biologistes, par métier, doivent travailler sur les êtres humains en les abordant à partir de leur corps, donc en neurobiologie à partir de leur cerveau. L'humain en biologie est un être *selon le corps*, un être qui doit *méthodologiquement* être réduit à son corps (gènes, acides aminés, enzymes, aires cérébrales, réseaux neuronaux, neurotransmetteurs, synapses, etc.). Les biologistes doivent neutraliser, par rigueur méthodologique, le social. Faute d'une telle neutralisation, il n'est pas possible de tester expérimentalement des hypothèses ou d'établir des corrélations statistiques. Le problème est que nombre de spéculations biologiques sur l'esprit effectuent un pas de plus qui, à mon sens, est *un pas de trop*, je veux dire qui saute de la nécessaire neutralisation méthodologique du social à l'aveuglement conceptuel : l'être abordé selon le corps est assimilé à l'être considéré dans sa totalité.

Les problèmes sont généralement formulés de la manière suivante : la littérature insiste sur le thème de la complexité et sur l'extrême difficulté que son approche soulève, mais comment entend-on cette notion de complexité ? La littérature scientifique distingue deux complexités : celle de la maladie et celle du cerveau. La maladie est dite multifactorielle, mais sur le mode du cancer, des maladies cardiovasculaires, du diabète, etc. Le cancer et la dépression sont classés dans une *même espèce* de maladie. La complexité du cerveau, elle, est liée à la question de l'esprit : comment le cerveau produit-il de l'esprit (mémoire, cognition, etc.) ? La tendance dominante est de dire qu'on va résoudre cette complexité en établissant « un pont » entre le cerveau et l'esprit grâce aux progrès de la biologie et de l'imagerie cérébrale.

Le problème que pose la biologie qui fait des mécanismes cérébraux l'acteur des opérations mentales est la confusion entre deux espèces de phénomènes. François Jacob termine son dernier livre ainsi : « Nous sommes un redoutable mélange d'acides nucléiques et de souvenirs, de désirs et de protéines. Le siècle qui se termine s'est beaucoup occupé

d'acides nucléiques et de protéines. Le suivant va se concentrer sur les souvenirs et les désirs. Saura-t-il résoudre de telles questions? » Mais pour les résoudre, il faut déjà bien les poser : est-on composé *au même sens* de protéines et de désirs? Si ce n'est pas le cas, ne faut-il pas *distinguer* les deux espèces de phénomènes? Et selon *quels critères* le faire?

Ces questions tombent sous le coup de la distinction entre causes et raisons. Les acides nucléiques et les protéines sont sur le terrain des causes et des mécanismes, les désirs et les souvenirs sur ceux des raisons et des significations. La formation d'une protéine fait l'objet d'une hypothèse, d'une conjecture, elle s'explique par le fait que si l'on découvre une cause à la protéine x, cette cause, dans les mêmes conditions, agira nécessairement pour former à chaque fois ladite protéine : nous avons affaire à l'expression d'une régularité naturelle, constatable empiriquement et prédictible (si nous avons telle cause, nous aurons de façon mécanique ou probabiliste tel effet). La relation causale se caractérise par l'extériorité de la cause et de l'effet, qui sont deux événements indépendants l'un par rapport à l'autre. En revanche, une raison a un auteur : c'est moi qui me souviens ou qui ne désire pas. Une raison n'est pas imposée par les faits, elle est ce qui rend une action intelligible – qu'elle soit mensongère, vraie ou erronée n'est pas le problème. J'invoque un désir pour *justifier* que je sois devenu sociologue et en fonction de ce qui est *acceptable à ce titre par autrui* (l'existence sociale de la sociologie), ce qui suppose *un monde, une relation entre moi et autrui, un contexte, et donc une vie sociale*.

Si on place les deux espèces de phénomènes à un niveau égal, la seule solution est l'adoption d'un raisonnement dualiste, celui d'un pont entre protéine et désir. L'enjeu n'est pas seulement théorique pour la biologie, il est aussi pratique pour la psychiatrie et la clinique, car si ce n'est pas un problème de pont, il ne sera jamais construit. Cette non-distinction des niveaux est courante, mais elle n'est tout simplement pas vue. L'existence d'altérations organiques dans le cerveau n'est pas un argument : dans la mesure où nous possédons un corps, il est normal que de multiples relais biologiques (neurotransmetteurs, synapses, aires cérébrales, etc.) nous fassent ressentir ce que nous ressentons.

L'identité biologique est-elle l'identité d'une personne considérée dans sa totalité? Nous n'avons pas besoin de la biologie pour savoir comment une personne devient elle-même (nous avons besoin de la biologie pour bien d'autres choses, mais pas pour cela). « Pensez, écrit Antonio Damasio, à ce qu'aurait pu dire le prince Hamlet, s'il avait pu contempler [à l'imagerie cérébrale] ses propres trois livres de cerveau agitées de pensées confuses, plutôt que le crâne vide que lui avait tendu le fossoyeur. » Eh bien, rien de plus ! Il est parfaitement envisageable *d'individualiser* Hamlet par son cerveau, comme on pourrait le faire avec ses empreintes digitales.

On obtiendrait ainsi son empreinte cérébrale, mais elle nous servirait surtout à dire « c'est Hamlet », à le désigner, à le prédiquer par son cerveau. *L'identité biologique est une individuation*: elle permet de prédiquer un sujet, c'est-à-dire de dire « c'est lui », elle ne nous dit en rien en quoi Hamlet est un agent social, qui agit et pense dans un contexte normatif. En revanche, l'individualisation désigne un tel agent.

On pourrait éventuellement voir que Hamlet est jaloux, mais on ne pourrait dire de qui et pourquoi il est jaloux, car il faudrait qu'il nous le dise ou qu'on nous le raconte. C'est la condition pour comprendre les raisons et la signification de sa jalousie. Il y a peut-être un relais biologique de la jalousie au niveau moléculaire, mais le réseau neuronal, le mécanisme cérébral ne pourrait être déclenché que si le sujet a des raisons d'être jaloux, et d'être jaloux de quelqu'un, avec qui, autrement dit, il est en relation. La jalousie est ressentie par moi parce que je suis dans une relation signifiante avec quelqu'un. Le jaloué et le jaloux forment une paire, ils sont relatifs l'un à l'autre en référence à un objet de la jalousie. Peut-on détacher la jalousie du jaloux ou le deuil de l'endeuillé? Ressentirais-je la même chose si ma femme meurt, indépendamment du fait que je l'aime ou que je ne l'aime plus? Le sujet et l'objet (de la jalousie ou du deuil) ne sont pas deux entités indépendantes auxquelles on ajoute ensuite une relation sociale ou mentale, mais deux agents. Ici, on n'est plus dans la désignation individuante, mais dans l'individualisation, *dans une relation signifiante*.

La confusion de l'individuation et de l'individualisation conduit à penser que le cerveau est à la fois le sujet qui dirige la personne et la personne entière (ce qui n'est pas le cerveau ne compte pas vraiment). Autrement dit, on fait du cerveau une âme matérielle. On croit avoir enfin corrigé « l'erreur (dualiste) de Descartes » (en oubliant d'ailleurs que son hypothèse implique l'existence de Dieu, sans laquelle elle n'a plus de sens), et on ne fait que la reconduire avec des *méthodes* scientifiques.

Il faut donc maintenir une distinction entre *l'individuation* au sein de l'espèce, soit l'identité personnelle qui fait qu'une chose est elle-même (mouche ou homme), et *l'individualisation*, le sens qu'on accorde à cette identité, la conscience que l'on en a. Or, ce sens réside non pas dans le cerveau (qui ne connaît que des mécanismes), mais dans l'opinion commune, comme le dit Tocqueville: « sans idées communes, il n'y a pas d'action commune, et, sans action commune, il existe encore des hommes, mais non un corps social ». Sans une telle opinion, nos idées, nos sentiments, nos jugements ne pourraient venir que de nous-mêmes, de notre expérience intérieure. C'est pourtant là une des illusions les plus répandues de l'individualisme. Car « le trait propre des sociétés démocratiques, nous rappelle Vincent Descombes, n'est pas qu'on trouve "la

source principale des croyances” en soi et non plus au ciel, c’est qu’on trouve ces croyances dans la “raison humaine”, *c’est-à-dire dans l’opinion commune* et non plus dans le surnaturel ». L’individualisation est alors la conscience de soi, mais seulement *en tant que* je suis une partie d’un tout (Dumont) auquel je me réfère et sans lequel il me serait strictement impossible, par exemple, de croire que je suis un individu libre moralement de choisir ma vie.

La confusion des deux types d’individuation conduit à des inquiétudes qui ne sont fondées sur rien, parce que philosophes, sociologues et anthropologues tombent dans le même piège que ces biologistes. C’est même une illusion des plus partagées. Mais la science a une autorité que les autres disciplines n’ont pas. Dorothy Nelkin et Susan Lindee (*The DNA Mystique*, 1995) s’inquiètent de la possible exploitation d’une prédisposition biologique à des sentiments moraux : elle « nous ôte toute notion de culpabilité personnelle, car elle implique une force contraignante, une inaptitude innée à résister à certains comportements. Les explications biologiques détournent l’attention des situations sociales et économiques qui sont susceptibles d’en conduire certains à la violence, à la dépression, à la boulimie ou à l’alcoolisme. Elles donnent également une excuse à ceux qui, poussés par des tendances biologiques irrésistibles, n’ont pas à se considérer comme responsables de leurs actes ». Identifier l’animal humain à son corps, c’est ne pas comprendre que les rapports entre le corps et la personne sont réglés socialement, autrement dit que le corps (biologique ou non) est englobé dans la normativité sociale. Supposons que l’on découvre un jour les causes et les mécanismes biologiques de la culpabilité, de la honte, de l’angoisse. N’aurions-nous pour autant plus aucune *raison* (sociale et morale) de nous sentir coupables, honteux, angoissés ? C’est pourquoi il me semble nécessaire de maintenir une hiérarchie de niveau entre les deux espèces de maladies.

Ces spéculations ont des enjeux pratiques, qui fournissent les références scientifiques permettant d’envisager l’intégration de la psychiatrie à la neurologie. Il serait de plus en plus difficile de distinguer scientifiquement entre les disciplines de la neurologie et de la psychiatrie. Cependant, plutôt que d’employer en permanence le terme de « complexité », ce cache-misère qui permet de ne pas voir la nature des phénomènes de l’esprit et favorise la concentration du débat essentiellement sur la scientificité des méthodes, dont les résultats concernent des aspects extrêmement secondaires, ne devrait-on pas se pencher sur la *spécificité* de ces phénomènes ? Plutôt que de chercher la fusion des deux disciplines ou, à l’inverse, de penser que les neurosciences mettent en danger la subjectivité, ne serait-il pas plus rationnel et plus efficace pour les patients de se servir des progrès de la biologie du cerveau pour mieux réfléchir à leur

distinction ? De plus, supposons que l'on découvre que les schizophrénies, par exemple, sont des maladies du cerveau, est-ce que cela changerait profondément les pratiques cliniques ? Comme l'a formidablement montré Oliver Sacks, un patient neurologique a besoin, comme un patient psychiatrique, d'une profonde compréhension psychologique pour minimiser les effets du mal et vivre avec. Le cérébral et le relationnel n'ont pas à être opposés, car ils forment les deux parties du tout qu'est le patient.

À la question posée (une biologie de l'esprit est-elle possible ?), ma réponse est qu'il est envisageable de construire une biologie de l'individu, mais certainement pas une biologie de l'individu, une biologie de l'agent social.

3. CONTEXTES : QUELLE EST LA VALEUR SOCIALE DU CERVEAU ?

Du stress aux schizophrénies et à l'autisme, en passant par les troubles obsessionnels compulsifs, la dépression ou la dyslexie, la médiatisation des neurosciences est indubitable et le cerveau devient un personnage de l'imagination contemporaine. Le cerveau est entré dans les médias, dont il fait souvent la une. Dans le contexte normatif contemporain où l'autonomie de l'individu est la valeur principale (réalisation totale de soi, choix, propriété de soi, initiative individuelle généralisée), où, en conséquence, la responsabilité individuelle est intensément valorisée, les inégalités sociales sont de plus en plus endossées comme un échec personnel. L'autonomie, c'est à la fois la responsabilité personnelle *et* l'insécurité personnelle. Dans un tel contexte, on entend souvent que vous pourriez accuser votre cerveau au lieu de vous-même. Mais une telle affirmation est seulement... une affirmation. La question sociologique est : dans quelle mesure et comment la référence au cerveau peut-elle être socialement acceptée, c'est-à-dire devenir une référence employée au quotidien pour penser et agir dans la vie sociale ? Cela implique de s'interroger sur le langage naturaliste comme un moyen efficace de justifier nos manières d'être et nos manières de faire, nos actions. Je vais rapidement m'appuyer sur deux exemples : le travail anthropologique de Joseph Dumit sur l'imagerie cérébrale, *Picturing Personhood*, et un roman de Jonathan Franzen, *Les corrections*.

Dumit parle du « façonnement d'un soi objectif que nous incorporons dans nos vies » et qui « aiderait les personnes souffrantes à négocier avec le fait de la maladie mentale ». Quel est ce fait ? C'est la stigmatisation. Dumit approuve l'idée que « les faits permettent [à tous] de promouvoir la catégorie de personne objective qui, selon eux, n'a pas de préjugé envers eux et ne les condamne pas aux reproches et à la culpabilité ». Mais

pouvez-vous vous imaginer dans la vie réelle, dans la vie sociale, demandant à votre soi objectif de prendre la responsabilité de ce qui a été vécu par votre soi subjectif? C'est pourtant ce que nous propose cette anthropologie. Plus encore, quelque chose est oublié: le jugement sévère à l'égard de soi-même, dont il nous est dit que c'est un stigmate, est un symptôme, et même un symptôme typique dans un syndrome par ailleurs si répandu, comme la dépression. Dans le thème de la stigmatisation, on confond deux choses: le *stigmate* de la maladie et le *symptôme* de la maladie.

Le fait de surmonter le stigmate possède une fonction de réassurance et même d'assurance dans le contexte institutionnel américain. Pourtant, cette réassurance peut enfermer le patient dans sa pathologie. Cela apparaît clairement dans un livre de la journaliste Tracy Thompson, *The Beast*, que commente Dumit. Elle se demande en permanence si c'est elle ou son cerveau qui est responsable de sa maladie – le genre de choses que vous entendez tout le temps. À qui faut-il faire des reproches? Mais elle ne peut échapper à ce soi avec un quelconque soi objectif. Elle perd la bataille contre le reproche, la honte, la culpabilité. Elle guérit finalement en prenant du Prozac, mais on n'a pas attendu de se définir comme cerveau malade pour ingérer des médicaments psychotropes.

Le roman de Jonathan Franzen, *Les corrections*, qui a connu un grand succès critique et commercial aux États-Unis et en France, dresse un portrait tout à fait juste de la façon dont on peut employer un langage cérébral pour justifier nos actions. Il montre sous quelle forme il permet ou non d'agir dans un contexte.

Le roman met en scène un personnage à la recherche de « la Bonne Santé mentale », qui pense son monde relationnel en s'appuyant sur une conception neurochimique et dont la préoccupation principale est de ne pas tomber dans la « dépression clinique »: « [Gary] avait eu le sentiment, quelques instants plus tôt, que Caroline était sur le point de l'accuser d'être "déprimé" et il craignait que, si l'idée qu'il était déprimé faisait son chemin, il ne perde tout droit à avoir des opinions. Il perdrait ses certitudes morales; chaque mot qu'il prononcerait deviendrait un symptôme de maladie; il ne l'emporterait plus jamais dans une querelle. » Les variations d'humeur de Gary sont un enjeu de sa vie familiale. Contrairement à sa femme, Caroline, il ne n'a pas trouvé la « Bonne Santé mentale ». De plus, il a opté pour la neurochimie alors que Caroline a choisi la psychothérapie. Les ingrédients du jeu entre les protagonistes sont là: « Après leur mariage, elle avait entrepris cinq années de psychothérapies bihebdomadaires que le thérapeute, lors de l'ultime séance, avait déclaré être "une parfaite réussite" et qui lui avaient conféré un avantage définitif sur Gary dans la course à la santé mentale. » La guerre domestique se présente de la manière suivante: « Il attaquait cruellement sa *personne* [celle de

Caroline] ; elle attaquait héroïquement sa *maladie*», celle de Gary, maladie qu'il ne veut pas reconnaître et, surtout, dans laquelle il ne veut pas se laisser enfermer *en tant* qu'individu. Gary résout une petite crise conjugale en s'avouant cliniquement déprimé. Cet aveu (« Je me rends ») constitue le moment de la réconciliation du couple (« Merci », lui répond Caroline).

On voit à *quelles conditions sémantiques* les mots de la neurobiologie trouvent un emploi dans le quotidien : c'est parce qu'il existe un certain type de relations signifiantes entre Caroline et Gary, parce qu'il y a un monde commun entre eux, et tout un contexte du couple où le DSM, le Prozac, la dépression sont devenus des éléments courants de nos vies, que le cerveau est utilisé par Gary : c'est un moyen dans un rapport de force avec sa femme. L'usage du cerveau est subordonné au style de relations adopté par le couple. Autrement dit, le cerveau de Gary (comme la psychothérapie de Caroline) est un élément dans le tout relationnel que forme le couple. L'échec cérébral de Gary, toujours « en rogne », est complémentaire de la réussite psychothérapeutique de Caroline, chez laquelle tout est toujours *under control*. C'est donc dans des relations signifiantes que l'on peut user du cerveau. Ici, l'enjeu est : qui a tort et qui a raison, autrement dit qui est responsable ? Car Gary veut bien être responsable de tout, sauf de lui-même : « Gary [...] avait de plus en plus de mal à croire que son problème n'était pas neurochimique, mais personnel. » Autrement dit, le lecteur doit comprendre que son problème est déjà, et depuis le début, un problème personnel. Dans ce contexte, l'usage du langage neurochimique est sans conséquence.

Si on suivait Dumit (ou Paul Rabinow, etc.), on pourrait penser que Gary utilise son soi objectif ou que tout cela est une affaire de biosocialité, mais dans la vie sociale de Gary, on voit bien qu'il n'a rien d'objectif. Le cerveau n'est ni objectif ni subjectif, c'est une référence sémantique *pour agir dans une relation*. Dit autrement, le cerveau de Gary doit être individualisé (il faut lui donner un sens) pour entrer dans une opération sociale. Et là, nous voyons que le cerveau de Gary ne le dédouane de rien, pas plus que celui de Thompson ne l'aide en quoi que ce soit. Au lieu d'entasser des soi objectifs, des soi subjectifs, des soi privés, etc., ce qui fabrique plus des tas que des moyens de comprendre l'agent social, on devrait parler du contexte permettant d'employer un tel langage de justification de l'action.

Remarques sur les raisons institutionnelles et professionnelles poussant à naturaliser

La popularité de l'approche naturaliste trouve une justification dans le thème de la lutte contre la stigmatisation des troubles mentaux que le dualisme corps-esprit et la distinction organique-fonctionnel favoriseraient.

Un éditorial récent de l'*American Journal of Psychiatry* nous montre l'argument: il estime qu'un des problèmes posé par la séparation de la neurologie et de la psychiatrie est qu'elle

perpétue le dualisme corps-esprit, qui est la source perpétuelle de la confusion publique sur le fait de savoir si la maladie mentale a des bases biologiques ou non et, donc, si la psychiatrie est une spécialité médicale crédible. Cette confusion est aussi une source de stigmatisation des malades mentaux conduisant à un manque d'équité dans le remboursement des traitements psychiatriques par rapport à d'autres états médicaux.

La NAMI, la plus importante association américaine de malades mentaux, défend une conception de la maladie mentale comme maladie du cerveau. C'est certes un choix de politique psychiatrique, mais le contexte de l'assurance maladie aux États-Unis favorise ce choix: le système institutionnel américain favorise, à la différence du français, une conception matérialiste. Il y a donc une justification pratique pour considérer ces pathologies comme des problèmes biologiques et médicaux avant tout. Il y a bien une stigmatisation, mais elle porte sur le droit des malades mentaux à être considérés, sur le plan de l'assurance sociale, comme n'importe quel malade. On sait qu'aujourd'hui les psychiatres surmédiquent les patients par précaution et faute de pouvoir faire rembourser des psychothérapies coûteuses en temps et en ressources humaines.

Du côté des professionnels, il est possible que cette neurologisation de la psychiatrie soit un moyen pour la psychiatrie universitaire de retrouver une place sociale et une identité professionnelle entre le monde des psychothérapeutes et des entrepreneurs de l'équilibre personnel (renouveaux religieux, groupes spiritualistes, etc.) qui draine une énorme clientèle (y compris parmi les patients en médecine et psychiatrie), d'une part, et celui des médecins généralistes, d'autre part, qui disposent aujourd'hui de molécules très maniables et pratiquent 80 % des actes psychiatriques. Car la psychiatrie, en tant que discipline universitaire, est tenue de répondre avec ses propres moyens à la demande massive et multiforme de santé mentale et d'amélioration de soi. Or, cette discipline est travaillée, on l'a dit plus haut, par une tension récurrente entre une conception de l'homme comme être corporel et une conception adverse de l'homme comme être de langage, tension qui résulte de la spécificité des pathologies qu'elle traite: la psychiatrie s'est en effet constituée au XVIII^e siècle en transformant des entités morales dont la personne est responsable (l'hallucination comme possession par le démon) en entités médicales dont la personne est atteinte. Cette situation particulière qui entrelace la médecine, la morale et le social fait que la psychiatrie est à la fois médecine comme une autre et autre que la médecine. Dans le contexte d'explosion de la demande de santé mentale,

cette situation fragilise la légitimité scientifique de cette profession qui est alors tentée, pour rester une médecine comme une autre, par la fuite en avant dans les outils sans tenir compte de la nature des phénomènes sur lesquels ils agissent.

La psychiatrie doit, en tant que discipline médicale universitaire, faire en sorte que les idéaux de son public potentiel (chacun d'entre nous aujourd'hui) soient compatibles avec des normes scientifiques rigoureuses, même si cette rigueur est apparente. Or, les neurosciences fournissent le style adéquat : elles ont des théories qui correspondent bien à nos représentations de l'individu (l'intériorité, ici en version cérébrale), des outils sophistiqués et spectaculaires (les techniques d'imagerie cérébrale), elles s'appuient sur la pointe la plus avancée de la science (la neurobiologie moléculaire) tout en permettant l'inclusion des psychologues et l'alliance avec la nébuleuse spiritualiste, ce qui multiplie les professions, acteurs et clientèles susceptibles d'être impliquées. On comprend que la recherche de la bonne santé mentale encourage l'extension de la recherche neurobiologique vers les comportements sociaux et les sentiments moraux. Mais c'est aussi pourquoi ce qui est en train de se passer dans les laboratoires de neurosciences soulève des questions dépassant largement celles d'une sociologie de la science.

Ce texte, on l'a compris, visait à tout autre chose que de dire que la recherche biologique en psychiatrie est inutile. Ce sont des illogismes dans les manières de formuler les problèmes que j'ai voulu pointer ici, illogismes qui grèvent les fortes prétentions thérapeutiques que l'on nous présente tous les jours. La confusion entre l'identité biologique et l'identité sociale est un sous-produit de notre théorie indigène de l'agent social, qui est focalisée sur l'individu et non sur les relations, comme si la société ou la relation étaient ajoutées à l'individu. Le programme fort est l'alliance du mythe de l'intériorité et de l'autorité de la science. Nous avons finalement changé de pulsion de généralité : après celle, psychanalytique, de la mère schizophrénique, celle, biologique, du cerveau. À ceux qui pensent qu'il faut à tout prix généraliser, autrement dit, à ceux qui proposent un programme fort, qu'il soit sociologique, psychanalytique ou biologique, je répondrai qu'il faut partir, et parfois péniblement, à la recherche de distinctions plus subtiles.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREASEN, N. (2001). *Brave New World. Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*, Londres, New York, Oxford University Press.
- DAMASIO, A.R. (1995). *L'erreur de Descartes*, Paris, Odile Jacob.
- DESCOMBES, V. (1995). *La dentée mentale*, Paris, Minuit.
- DUMIT, J. (2004). *Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity*, Princeton University Press.
- ERIK, R. Kandel (1999). «Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited», *American Journal of Psychiatry*, 15, avril.
- EDELMAN, G.M. (2000 [1992]). *Biologie de la conscience*, Paris, Odile Jacob.
- FRANZEN, J. (2002). *Les corrections*, Paris, L'Olivier.
- JACOB, F. (2000). *La souris, la Mouche et l'Homme*, Paris, Odile Jacob.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1960). *La pensée sauvage*, Paris, Presses Pocket.
- MARTIN, J.B. (2002). «The Integration of Neurology, Psychiatry and Neuroscience in the 21st Century», *American Journal of Psychiatry*, vol. 159, n° 5.
- NELKIN, D. et S. LINDEE (1995). *The DNA Mystique: The Gene as a Cultural Icon*, New York, Freeman.
- RABINOW, P. (2001 [trad. 1978]). «Artifice et Lumière: de la sociobiologie à la biosocialité», dans A. Ehrenberg et A.M. Lovell, *La maladie mentale en mutation*, Paris, Odile Jacob.
- SACK, O. (1988). *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, Paris, Le Seuil.
- SHULMAN, R.G. (2001). «Functionnal Imaging Studies: Linking Mind and Basic Neuroscience», *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, n° 1.
- THOMPSON, T. (1995). *The Beast: A Journey through Depression*, Plume Book.

2

**PRISE DE MÉDICAMENTS
ET DÉINSTITUTIONNALISATION****Henri Dorvil***Université du Québec à Montréal*

La chlorpromazine a été synthétisée en France. La firme pharmaceutique Rhône-Poulenc l'a baptisée Largactil. La reconnaissance de ses effets uniques sur le système nerveux par Laborit et ses collègues en 1952 (p. 207) et son utilisation chez les malades psychotiques par Delay et Denicker (1952, p. 38) ont marqué le début de la pharmacologie moderne. À l'origine la promazine, une substance de base, était utilisée contre les affections pulmonaires. Les chercheurs ont constaté qu'en y ajoutant un atome de chlore, on lui donnait des effets sédatifs importants sur les patients agités. C'est aussi par un pur hasard¹ que le premier antidépresseur a vu le jour. Au départ, l'iproniazide (Kline, 1958, p. 74 ; Crane, 1959, p. 147) était un antituberculeux à qui on a trouvé par la suite des effets antidépresseurs et qui est devenu l'imipramine. Jusqu'à cette date, l'Occident avait une conception magique ou religieuse de la maladie mentale. Le fait psychopathologique était conçu et combattu comme une manifestation du Mal. L'on

1. Le hasard, dit-on, fait bien les choses. Il en est de même du stéthoscope. Le seul génie de son inventeur aurait consisté à transférer sur le corps humain la technique des vigneronniers qui évaluent le contenu des fûts selon le son qu'ils émettent lorsqu'ils les frappent. Sa mise au point et en service s'avère plus miraculeuse encore. Avec un simple rouleau de papier, puis des cylindres de bois artisanalement « bricolés », Laënnec réussit à mieux entendre les sons des cavités pulmonaires tout en respectant sa pudeur et celle de ses patientes. Cf. Faure, 2005, p. 23.

se souviendra qu'au Québec, comme dans la plupart des pays occidentaux, la folie était prise en charge par des communautés religieuses et la prière, l'exorcisme constituaient le principal remède à même de faire reculer l'emprise du diable sur l'aliéné mental, un chrétien baptisé après tout. Une étude remarquable et remarquée par l'intelligentsia psychiatrique (Boudreau, 1984, 274 p.) rapporte qu'à cette époque la maladie mentale était conçue comme incurable, un don (ou une punition) de Dieu. D'ailleurs, la vieille loi (1909) qui régissait les asiles d'aliénés jusqu'aux années 1950 ne mentionne aucunement cette branche spécifique de la médecine qu'est la psychiatrie. Il est plutôt question de loger, nourrir, vêtir et traiter physiquement le *pensionnaire* si par hasard il tombait malade. La Révolution tranquille au début des années 1960 a eu des retombées bénéfiques sur la psychiatrie, l'un des bastions du conservatisme et des mythes ruraux au Québec. Cette période d'effervescence donne lieu à une bataille entre deux conceptions de la folie. D'un côté une *maladie pas comme les autres* selon le clergé et les anciens neurologues traditionalistes, de l'autre une *maladie comme les autres*, à l'instigation des jeunes psychiatres modernistes, un trouble essentiellement organique qui se traite par des médicaments principalement psychotropes. Dans ce chapitre, nous allons situer l'apparition des médicaments à l'orée même de la pensée en psychiatrie ainsi que dans les tendances du XXI^e siècle ; ensuite nous présenterons les courants pharmacologiques de la première et de la seconde génération, sans oublier le point de vue des pharmaciens et celui des utilisateurs de prescriptions ; en dernier lieu, nous situerons la prise de médicaments dans le contexte désinstitutionnel d'aujourd'hui en prenant l'hôpital général ou psychiatrique comme point de comparaison.

1. PENSÉE PSYCHIATRIQUE ET MÉDICAMENTS

Soit qu'elle prenne l'apparence d'une souffrance psychique (aspect affectif), d'une erreur de jugement (aspect intellectuel) ou d'un trouble de conduite (aspect moral), l'expression *maladie mentale* prête à confusion (Pelicier, 1971, p. 5-6). Le médecin pratiquant « la médecine des insensés » était en concurrence à la fois avec le moraliste, le théologien et le juge, étant donné le caractère flou et fluctuant de son objet d'intervention. Même s'il en fut ainsi de toute maladie, la psychiatrie s'est dégagée plus difficilement et plus tardivement que la médecine de cette perspective religieuse du fait psychopathologique vécu depuis toujours comme plus scandaleux et plus mystérieux que tout autre fait pathologique. À cause de cette tare congénitale, le fait psychopathologique continue d'être marqué du sceau de l'incompréhensible, de l'inadmissible, du redoutable et d'une inquiétante étrangeté. Ainsi la psychiatrie avait beaucoup à faire pour se développer dans

des directions bien précises. Il fallait délimiter le domaine pathologique du domaine qui ne l'est pas, et entreposer à l'intérieur de ce champ clos, tout comme en médecine, des subdivisions bien définies. Il s'ensuit un effort pour rattacher à chacune de ces entités une cause directe qui fût unique et physique ; puis en fin de compte, à ces affections délimitées et cataloguées, trouver des remèdes physiques. Et le rapport médicament-appareil psychique n'est pas le même que le rapport médicament-symptôme en médecine, puisqu'il faut prévoir, au-delà de l'action sédatrice sur tel symptôme, comment il va agir sur l'économie psychique du moment et comment il va la faire évoluer. Cependant, au XIX^e siècle, l'effort de construction scientifique de la psychiatrie a commencé à montrer des fruits.

Depuis 1856, les deux écoles de pensée qui coexistent en psychiatrie imprègnent d'une manière indélébile la formation des médecins psychiatres, l'organisation des soins et services ainsi que l'utilisation des médicaments. La première, portée par Emil Kraepelin, prône une perspective de sémiologie médicale neurologique cherchant des entités morbides derrière les signes et les symptômes psychiatriques (Postel, 1970, p. 11). Kraepelin s'est toujours refusé à écouter le malade. Il disait que l'ignorance de la langue du malade est, en médecine mentale, une excellente condition d'observation à travers des troubles psychiques divers. Seule la manifestation d'un processus morbide sous-jacent doit être retenue. C'est au futur cadavre du malade qu'il faut s'adresser. Seul l'intéresse l'état terminal. Un examen approfondi révèle que les distinctions les plus profondes au début n'empêchent pas la maladie d'imprimer à la démence terminale un sceau uniforme. Ainsi n'y a-t-il qu'un moyen de résoudre ce problème (du diagnostic) aussi délicat qu'important : c'est d'expliquer les phases intérieures du mal par sa période terminale. Voilà en gros ce que dit Emil Kraepelin dans sa leçon sur l'état terminal de la démence précoce. Son système de classification, sur lequel repose encore tout l'appareil diagnostique psychiatrique, n'est finalement qu'une magnifique nécropole où chaque forme morbide est un sépulcre. Et la psychiatrie kraepelinienne, aussi monumentale qu'elle soit, n'est qu'une construction pour les morts, fermée sur elle-même et ne pouvant fonctionner que dans un espace clos qui peut s'appeler aussi bien asile que zoo, jardin botanique que cimetière.

À l'inverse, dans une démarche de l'ordre de l'herméneutique, Freud découvre que les symptômes psychiatriques ont un sens. Ils ne sont pas tant les signes d'une maladie que le message à interpréter d'un malade qui ne peut s'exprimer que par eux. Le psychiatre est désormais impliqué dans la relation autant que son malade. Il ne peut plus éviter de se sentir compris dans l'aliénation de ce dernier. Il s'adresse à un vivant, et non plus à une maladie dont la pleine présence ne se manifesterait que sur un cadavre. L'approche de Freud s'avère radicalement différente de celle

de Kraepelin. Cependant, même si la démarche freudienne a encore de l'avenir, elle doit compter avec l'œuvre kraepelinienne qui restera longtemps le fondement du diagnostic et de la pratique psychiatriques. D'ailleurs, Freud lui-même n'a pas hésité à créer une entité morbide nouvelle, la névrose obsessionnelle.

Un siècle plus tard, en 1950, ces deux écoles de pensée se sont de nouveau affrontées à travers les positions respectives de deux spécialistes de la médecine psychiatrique : Paul Guiraud et Henri Ey. Les hostilités durèrent jusqu'aux années 1970. Pour Paul Guiraud, la psychiatrie est seulement une science des maladies mentales ayant le cerveau comme objet de recherche unique (Entretien, 1996). Pour Henri Ey, la psychiatrie est la médecine du sujet souffrant, qui doit emprunter à des registres différents leur savoir et leurs outils thérapeutiques. C'est la clinique des soins, non réductrice, qui reconnaît certes les symptômes biologiques des troubles mentaux, mais interroge du même souffle le sens de ces symptômes propres à un sujet déterminé par d'autres référents et d'autres moyens que ceux de la psychiatrie biologique. Dans une troisième dimension, cette forme de psychiatrie considère les facteurs environnementaux. Comme le dit un psychiatre contemporain (Zarifian, 1998), l'être humain n'est pas seul au monde ; il tisse un réseau de communications avec ceux qui l'entourent, c'est-à-dire que le milieu agit sur le patient et vice versa. On retrouve donc le même écart entre la position humaniste d'Ey et l'hypothèse de l'organicité cérébrale de Guiraud que celui qui existait au XIX^e siècle entre Freud et Kraepelin. Ces deux points de vue expliquent les attitudes des protagonistes de ces deux écoles de pensée à l'égard de l'utilisation des médicaments psychotropes. Les disciples d'Henri Ey reconnaissent l'importance des médicaments neuroleptiques, par exemple, qui permettent l'atténuation rapide des mécanismes hallucinatoires dans les délires et provoquent une sédation dans les états d'excitation. Ils reconnaissent aussi l'efficacité des antidépresseurs qui régularisent l'humeur des grands déprimés et celle des anxiolytiques de type benzodiazépine qui contribuent à faire fondre la tension « épouvantable » des anxieux. Mais encore faut-il que le médecin traitant utilise une posologie personnalisée à l'intérieur d'une stratégie globale de contacts et d'interventions thérapeutiques ! Les disciples de Guiraud, quant à eux, se limitent à ces médicaments et à l'opposition action/réaction, en plus de faire des ordonnances comme en médecine physique, ce qui entraîne une hypermédicalisation de la psychiatrie.

Cette hypermédicalisation s'avère d'une importance capitale puisque les cliniques de spécialité, soit celles qui sont axées sur des diagnostics précis (clinique de lithium ou de l'humeur, des troubles anxieux, des phobies, etc.), semblent avoir le pas sur les cliniques de quartier héritées

des courants français de la psychiatrie de secteur ou anglo-saxon du *community mental health care*, les cliniques de psychiatrie de type généraliste devant traiter sans discrimination tous les troubles mentaux, du plus grave au plus bénin. De plus, derrière les cliniques de spécialité se trouve tout le courant de recherche en neurosciences, subventionné directement par l'industrie pharmaceutique ou par le biais des chaires de recherche, exemple la Chaire Eli Lilly Canada de recherche en schizophrénie de l'Université de Montréal, basée au centre de recherche Fernand-Séguin de l'hôpital Louis-H.-Lafontaine. Cette remédicalisation ou ce déplacement d'intérêt de la psychiatrie communautaire vers la psychiatrie biomédicale constitue une tendance lourde en vigueur tout au moins dans les pays occidentaux.

Les Américains (Dowdall, 1999, p. 531) utilisent l'expression *the Decade of the Brain*, où les médicaments tiennent le haut du pavé, pour schématiser ce mouvement qui date du début des années 1990. C'est surtout de cette branche de la psychiatrie que sont attendus les progrès dans le traitement des troubles mentaux. Et pourtant, même si cette tendance a nettement le vent dans les voiles, il n'en demeure pas moins que la maladie mentale, comme nous l'avons rappelé en introduction, n'est pas une maladie comme les autres. Au niveau des représentations sociales, il y a confusion entre « avoir une maladie mentale » et « être un malade mental », contrairement aux maladies physiques, par exemple le diabète, où l'on distingue moins difficilement la maladie de l'individu (Gervais, 2004, p. 43). Certaines maladies ont une aura de bravoure, voire de prestige : les troubles cardiovasculaires pour les bourreaux de travail, et ceux qui arrivent à vaincre le cancer, des héros. Tel n'est pas le cas des troubles mentaux. Comme l'affirme Star (1955, p. 6) :

la maladie mentale est une chose très menaçante et terrifiante et une idée qu'on n'entretient pas à la légère au sujet de quelqu'un. Émotivement, cela représente pour les gens la perte de la rationalité et de la volonté, qualités qu'ils considèrent comme spécifiquement humaines, et il y a une sorte d'horreur, de déshumanisation. Comme l'indiquent mes données ainsi que celles de d'autres études, la maladie mentale est une chose que les gens veulent garder la plus éloignée possible d'eux-mêmes.

Selon Swadon (1971), la maladie mentale atteint la personne dans son « moi » et dans ce qui lui confère sa dignité d'être humain, et qui l'élève au-dessus des animaux : sa raison, sa conscience, sa maîtrise sur son environnement et sa relation particulière avec l'autre. Elle l'atteint dans son psychisme, c'est-à-dire dans « l'ensemble des fonctions qui permettent à l'organisme à la fois de maintenir la constance du moi et d'établir avec le monde extérieur des échanges significatifs » (sur le plan émotionnel et

comportemental). Avant de clore la première section de ce chapitre, il faut ajouter que cette représentation de la maladie mentale rejoint plusieurs thèses en sociologie de la santé.

En général, les théories et les recherches en sociologie de la santé partent de la maladie diagnostiquée. Les scientifiques de ce champ n'ont pas à se demander ce qu'est un bras cassé, un infarctus du myocarde, l'hypertension ou la tuberculose. À partir de là, considérant la maladie comme phénomène social (Renaud, 1985, p. 286) au moins autant que phénomène biologique ou psychologique, ils apportent plusieurs types d'explication. Par exemple, depuis toujours, l'organisation de la société est cause de maladies, particulièrement pour les classes les plus défavorisées, ce qui résume toute la problématique de l'environnement social comme facteur clé de la santé (Renaud, 1994, p. 15). Les choses se passent différemment en sociologie de la santé (maladie) mentale. Les sociologues se butent, dès le départ, à la notion même de la maladie diagnostiquée, qui est contestée non seulement par les tenants des sciences sociales, mais par les antipsychiatres et les psychiatres eux-mêmes. La divergence de vue de psychiatres dans le diagnostic des mêmes symptômes, dans le passage arbitraire d'une entité à l'autre, est plus flagrante encore dans le pronostic de la dangerosité (Poupart *et al.*, 1982, p. 9) ; l'inconsistance pour ne pas dire l'évanescence de la sémiologie psychiatrique a pour exemple le plus retentissant la déclassification *ex cathedra* de l'homosexualité comme maladie mentale par l'Association psychiatrique américaine et le maintien du syndrome prémenstruel dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders* (DSM). Et à chaque diagnostic est associée une production de molécules par l'industrie pharmaceutique. La nosographie qui découle de ce type de sémiologie s'avère forcément imprécise.

En effet, en pathologie somatique, une anomalie peut être strictement localisée. On peut souffrir d'un ulcère du duodénum et posséder un appareil cardio-vasculaire parfaitement sain. La pathologie de la pensée est différente, elle se situe dans une dimension affective obligatoire et dans une interdépendance des opérations psychiques qui en font la spécificité. Une pathologie de l'humeur, une dépression par exemple, n'est jamais isolée du reste du comportement de celui qui en est atteint. L'appareil psychique fonctionne toujours dans sa globalité. On ne peut dire : « À part ma mélancolie, tout va bien... » Une anomalie de fonctionnement de la pensée envahit toujours celle-ci tout entière (Zarifian, 1988, p. 51).

Si, avec des jambes cassées, l'on peut diriger un conseil d'administration, enseigner un séminaire d'études supérieures, voire faire l'amour, il n'en est pas tout à fait de même de la schizophrénie par exemple. Les tests diagnostiques sont jusqu'à présent d'une utilité limitée et ne

permettent pas encore un diagnostic précis de la souffrance psychique. Henri Collomb (1980, p. 82), un médecin au-dessus de tout soupçon antipsychiatrique, écrit sereinement : « dans la plupart des cas, il [le fou] n'est pas malade au sens médical du terme. Les examens biologiques seront tous négatifs. » Le mal de vivre répond-il aux critères courants qui définissent la maladie ? Depuis le Moyen Âge environ, la société a tendance à étendre la notion de maladie à toute une panoplie de malheurs existentiels qui peuvent accabler l'homme : malheurs économiques, moraux, raciaux, politiques (Szasz, 1980, p. 3). Donc, ce n'est que par analogie qu'on parle de maladie mentale comme maladie de l'âme, maladie de l'esprit. C'est en ce sens aussi qu'autrefois, l'on appelait les prêtres les « médecins de l'âme ».

De toutes les pathologies, la maladie mentale constitue celle où la composante morale et normative est la plus évidente. Plus encore, c'est par le biais de la filière psychiatrique que la médecine a envahi tout un champ de problèmes sociaux et de « malheurs » existentiels : l'homosexualité, la sexualité en général, la reproduction, l'alcoolisme, le suicide, l'homicide, le comportement dit antisocial, particulièrement le comportement agressif, la naissance, l'orthopédie morale de l'enfance, le stress, le vieillissement, l'euthanasie, la mort, l'anxiété, l'obésité, le conditionnement physique, les blocages de communication, la sorcellerie, etc., tous des problèmes humains qui à l'origine ne relevaient pas du champ d'intervention de la médecine.

Il n'y a pas de distinction toujours claire et tranchée entre l'état de maladie mentale et l'état de santé mentale. Plus encore, contrairement à la maladie physique où les signes cliniques sont en général évidents, il existe parfois une confusion totale entre les deux états qui peuvent se prendre l'un pour l'autre. Si la maladie mentale ne renvoie pas toujours à une anormalité biologique, elle ne renvoie pas non plus au rôle social d'être malade, idéalement défini par Parsons (1955, p. 170), comme pour le cas des autres maladies. Dans l'esprit de ce sociologue, la maladie constitue, par rapport aux normes sociales, cette déviance légitime qui permet à un individu de ne pas accomplir, durant quelque temps, ses devoirs envers la société. Or, le malade mental ne se conforme pas aux divers éléments qui composent le « rôle de malade » : recours, collaboration, soumission même au médecin, effort pour se rétablir afin de réintégrer ses rôles sociaux. Quand quelqu'un souffre de maux d'estomac, de lui-même, il sollicitera une intervention médicale. Tel n'est pas le cas pour la maladie mentale, où l'hospitalisation (du moins la première) se fait sous la contrainte dans la plupart des cas. Très souvent, c'est la famille, le milieu de travail ou le système judiciaire qui impose l'aide, pour ne pas dire l'internement, à la personne en détresse.

La déclaration d'une maladie physique concourt à soustraire le malade à ses obligations coutumières. Or il n'est guère recommandé de soustraire le patient psychiatrique à ses tâches habituelles (Erikson, 1957, p. 263). Au contraire, l'occupation est jugée thérapeutique, le travail considéré comme la voie royale de la réhabilitation tout d'abord, dans les cas les plus graves, pour se reconnecter avec la réalité en coupant l'alimentation au délire, ensuite pour réintégrer son schéma et son image corporels et sa relation aux objets. D'ailleurs, un des objectifs poursuivis par les traitements communautaires veut que la personne présentant une maladie mentale (PPMM) retourne, dès sa sortie de l'hôpital, à un emploi à plein temps ou à une activité significative dans la communauté.

Dans le domaine des maladies mentales, la médecine est impuissante, jusqu'à nos jours, à réaliser une percée thérapeutique de première importance. Si la psychiatrie arrive quotidiennement, par des expédients physiques et/ou chimiques, à contrôler et à calmer la fureur de la folie, les annales médicales n'ont guère enregistré jusqu'à date de guérison éclatante, comme dans les cas des maladies contagieuses, ou de performances exceptionnelles, comme dans le contrôle de l'arthrite rhumatoïde, du cancer du sein, des ovaires ou de la prostate et du diabète, les manipulations génétiques et les transplantations d'organes divers (Dorvil, 1988, p. 52). Cependant, même si elle suscite des réactions négatives, la maladie mentale n'est pas contagieuse comme le sida, elle ne tue pas comme le cancer ou l'infarctus du myocarde. Au contraire, la plupart des PPMM battent des records de longévité et résistent très bien, par exemple, aux maladies néoplasiques qui font des « malheurs » au sein de la population dite normale. À noter également le caractère quasi permanent de la maladie mentale, ce qui empêche l'individu qui en est affecté de reprendre ses fonctions normales.

Il faut reconnaître toutefois l'apport considérable des médicaments neuroleptiques dans la sortie des patients des asiles et dans leur maintien dans la communauté, celui du lithium, par exemple, dans le contrôle de la psychose maniaco-dépressive. Si beaucoup d'espoirs sont fondés au niveau de la recherche neurobiologique, la maladie mentale ne saurait être réduite à une simple équation chimique ou à un taux variable de substance, quelle qu'elle soit. Jusqu'à présent, les modèles biologiques ne font que justifier le traitement pharmacologique de la maladie mentale sans avancer pour autant une théorie explicative scientifiquement fondée. Pourquoi joindre certaines thèses de la sociologie de la santé au débat entourant le fondement scientifique de la pensée psychiatrique ? Historiquement, la reconnaissance des facteurs environnementaux dans la genèse des troubles mentaux ainsi que le pouvoir limité de toutes les classes de médicaments dans leur traitement sont à l'origine de la pensée

psychiatrique. Aussi ne faut-il guère s'étonner de retrouver plusieurs facettes de l'explication anthropologique, sociologique dans des livres comme *Psychopathologie de la vie quotidienne*, *Psychologie collective et analyse du moi* ou *Malaise dans la civilisation*, voire dans la plupart des cas cliniques traités par le père de la psychanalyse lui-même. Freud (1926, p. 213) n'a-t-il pas qualifié les névroses de « filles de notre civilisation » ? Après huit ans de pratique, Wilhelm Reich, psychiatre et psychanalyste, trouvait que c'était impossible de guérir les névroses, d'améliorer, de transformer la vie affective et même la vie tout court de tous ces hommes sans transformer leur situation matérielle (Sinelnikoff, 1970, p. 112). Comment peut-on chercher, se demandait-il, dans les expériences infantiles, l'origine des conflits psychiques, alors que toute la vie est elle-même rendue invivable par la pauvreté sordide, le travail forcené et le désespoir ? Est-il si surprenant qu'un couple vivant avec plusieurs enfants dans une même pièce présente des inhibitions sexuelles ? Est-il si nécessaire de rechercher au niveau du complexe d'Édipe l'apparition des troubles névrotiques lorsque la situation matérielle est un enfer (Palmier, 1969, p. 53) ? Cette stratification des groupes sociaux expliquerait que les personnes de classe moyenne supérieure (gens d'affaires, médecins, juges, doyens de faculté) bénéficient d'une posologie personnalisée raisonnable, continuent à faire carrière, à échapper au stigma à un certain degré, contrairement à certains pauvres de même parenté sémiologique qui fourragent mécaniquement dans les poubelles pour trouver leur pitance et dorment dans les boîtes de carton de plusieurs grandes villes nord-américaines.

Cette considération des facteurs environnementaux s'avère d'une grande actualité puisque nous vivons dans des sociétés qui tolèrent qu'on fasse du bruit autour de l'ethnicité, du genre mais qui s'entêtent à garder sous le boisseau le paradigme fondamental des classes sociales, ou tout simplement l'impact des inégalités socioéconomiques sur le profil de santé et de maladie des populations. Contrairement à la classe aisée, les gens pauvres ne jouissent pas de l'estime de soi à même de renforcer leur immunité contre les troubles mentaux. Il faut donc prendre au sérieux Anne-Marie Moulin (2006, p. 25) quand elle affirme que les classes sociales dites inférieures continuent à être en deçà des efforts de santé publique, qui bénéficient en premier lieu aux privilégiés. Cette sociogenèse des maladies est largement documentée dans la littérature scientifique depuis les années 1940 : Faris et Dunham, 1939 ; Virchow, 1958 ; Hollingshead et Redlich, 1958 ; Myers et Roberts, 1959 ; Srole *et al.*, 1962-1963 ; Leighton *et al.*, 1959 et 1963 ; Brenner, 1973 ; Catalano et Dooley, 1977 ; Brill, 1978 ; Wheaton, 1978 ; Goodman *et al.*, 1983 ; Marmot, 1986 ; Ortega et Corzine, 1990 ; West, 1991 ; Robichaud *et al.*, 1994 ; Kairouz et Demers, 2003 ; Bibeau, 2004. Rappelons également que depuis le XIX^e siècle des observateurs constatent que des facteurs sociaux (amélioration de la nutrition,

salubrité des maisons, espacement des naissances, conditions d'hygiène, sécurité au travail) ont été les plus importants déterminants de la réduction des maladies infectieuses (Renaud, 1994, p. 19).

2. LES MÉDICAMENTS DE LA DEUXIÈME GÉNÉRATION : LE POINT DE VUE DES PHARMACIENS, CELUI DES PPMM

Selon l'OMS (2001, p. 19), les pays doivent formuler une politique générale de santé qui accorde une place prépondérante aux éléments concernant la santé mentale, « en raison notamment de la stigmatisation et des violations des droits de l'homme dont sont victimes bon nombre de personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement, et parce que celles-ci ont besoin d'une aide pour trouver un logement ou obtenir des allocations ». Ces allocations peuvent découler de l'aide sociale ou de l'emploi.

Depuis un demi-siècle, beaucoup de stratégies de réadaptation psychosociale ont été mises en place en vue d'aider les PPMM, surtout celles qui sont atteintes de schizophrénie, à obtenir un emploi, avec seulement 15 % de réussite alors que l'Organisation mondiale de la santé souligne que 90 % d'entre elles souhaitent exercer un emploi (OMS, 2000, p. 62). Les nouveaux médicaments sont réputés avoir moins d'effets secondaires et un plus grand impact sur le fonctionnement cognitif des PPMM que ceux de la génération précédente (Bond et Meyer, 1999, p. 11) comme la thioridazine (Mellaril), la fluphénazine (Prolixin) et l'halopéridol (Haldol). Encore faut-il que les milieux de travail soient tolérants à l'égard des comportements et des symptômes de ce type de travailleurs, en permettant par exemple aux PPMM mal à l'aise en groupe de travailler le soir, à ceux qui ont la bouche sèche de boire de l'eau, en donnant plus de temps pour performer en emploi à ceux qui sont en mode ralenti, en fournissant des instructions écrites à ceux qui ont des problèmes de concentration, des périodes de répit et la permission de se promener aux PPMM agitées. Évidemment, les travailleurs sous médication ont besoin d'un horaire assez flexible pour honorer leurs rendez-vous avec le médecin traitant. Par ailleurs, les professionnels de la santé et des services sociaux doivent avoir une bonne connaissance des troubles psychiques, des symptômes positifs de la schizophrénie, comme les hallucinations, le délire, ou négatifs, comme le retrait social, l'affect plat, le manque de motivation ainsi que les déficits cognitifs (perte de mémoire, sens du jugement). En dernier lieu, les professionnels en réadaptation devraient devenir des alliés de l'équipe traitante sur l'importance de la prise des médicaments pour l'accès et le maintien en emploi, et aussi dans les périodes d'adaptation dues à un changement d'ordonnance de médicaments.

Plusieurs études ont déjà comparé l'impact des médicaments antipsychotiques atypiques (olanzapine, rispéridone) sur les symptômes psychiatriques en comparant leurs effets avec ceux des médicaments de la vague précédente. L'adjectif « atypique » désigne des médicaments d'une grande efficacité pour le traitement de la schizophrénie avec peu d'effets extrapyramidaux et qui agissent aussi bien sur les symptômes positifs que négatifs des patients psychotiques. Mais cette nouvelle étude (Meyer *et al.*, 2002, p. 110) s'intéresse à leur impact sur la situation d'emploi, particulièrement dans le contexte des meilleures pratiques de réhabilitation psychiatrique. Ce type de médicament est associé à un meilleur contrôle des symptômes, surtout positifs, mais pas à un meilleur statut d'emploi. L'association entre des symptômes et le statut d'emploi devrait pourtant indiquer un lien indirect favorisant ces médicaments atypiques et la réussite dans un travail régulier. D'autres études cliniques contrôlées sont venues confirmer la supériorité de ces nouveaux médicaments antipsychotiques non seulement dans le taux de rechutes et la régression des mouvements involontaires chez les patients fidèles à l'ordonnance, mais aussi au niveau de la qualité de vie (Weiden *et al.*, 1996, p. 57; Frantz *et al.*, 1997, p. 424), de la satisfaction du patient (Rabinowitz *et al.*, 2001, p. 599), du contrôle des symptômes négatifs comme la passivité (Tamminga, 1997, p. 13) et de la réintégration communautaire (Corrigan *et al.*, 2002, p. 99; Ziegler et Peachey, 2003, p. 179). Mais aussi toutes ces études plaident pour d'autres interventions au-delà de la pharmacothérapie. De toute manière, la prudence est de mise afin d'aider les patients à gérer leur réveil émotionnel libéré par l'apaisement symptomatique.

Cependant, cet engouement à l'égard des nouveaux médicaments antipsychotiques ne doit surprendre personne. Chaque nouveau-né de l'industrie pharmaceutique a toujours été salué par un concert d'éloges vantant un médicament miracle. En général, l'arrivée d'une nouvelle médication ajoute non seulement une unité de plus dans le compendium des médicaments, mais elle change aussi la façon dont les médecins diagnostiquent les troubles mentaux et prescrivent leurs ordonnances, question de justifier son utilisation préférentielle immédiate. Ce n'est qu'environ une dizaine d'années après que les effets secondaires, souvent désastreux, apparaissent. L'histoire se répète à chaque invention. Ainsi, de 1995 à nos jours, des études ont commencé à apporter des bémols à cette effervescence commerciale. L'ère de la désinstitutionnalisation a amené une pléthore de ressources résidentielles, la plupart non institutionnelles, à offrir un éventail de choix aux patients dans la collectivité. Si la prise de médicaments constitue une condition *sine qua non* pour habiter dans certaines ressources relevant des hôpitaux, tel n'est pas le cas des logements autonomes et de quelques appartements supervisés. Ainsi, une étude pilote (Grunebaum *et al.*, 2001, p. 396) a été menée dans ces milieux

résidentiels sur les facteurs favorisant l'adhérence à ces médicaments psychotiques nouveau genre. Les résultats indiquent qu'un manque de surveillance dans la prise de médicaments, une attitude négative vis-à-vis la médication et un mauvais indice de fonctionnement social sont associés à une augmentation de la non-adhérence, même à ces nouveaux médicaments, ce qui entraîne une proportion significative de rechutes et le phénomène des patients du « syndrome des portes tournantes » (*revolving door syndrome*), entraînant une spirale des coûts de santé pour la société et une baisse d'estime de soi chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Une autre étude (Gilmer *et al.*, 2004, p. 695) va dans le même sens à quelques égards. En dépit de l'utilisation massive de ces médicaments atypiques, les auteurs ont décelé un nombre alarmant de patients qui négligeaient de prendre leurs médicaments ainsi qu'un nombre excessif de prescriptions chez les bénéficiaires du Medicaid atteints de schizophrénie. Devant les conséquences négatives associées au haut taux de non-adhérence à ces médicaments atypiques, les auteurs suggèrent des interventions multiniveaux, ou d'autres types d'intervention pouvant améliorer le fonctionnement social du patient et combattre l'expérience négative du moi (Estroff, 1998, p. 121). La même prudence est de mise dans une étude pilotée par un médecin clinicien (Casey, 1996, p. 41). Selon les résultats de cette étude, les effets secondaires associés à ces médicaments dits de seconde génération sont bien réels et documentés. Même les deux derniers arrivés sur le marché, l'olanzapine et le sertindole, provoquent un gain de poids, de la congestion nasale, des effets sur le système cardiovasculaire, ainsi que sur la fonction éjaculatoire, surtout avec le sertindole. Par contre, ces deux médicaments présentent une fiche acceptable au niveau des symptômes extrapyramidaux, de la dyskinésie tardive, des crises et de la sédation.

Ce débat est encore ouvert puisqu'une nouvelle étude (Lieberman, Stroupi *et al.*, 2005, p. 1209) vient de comparer l'efficacité des médicaments antipsychotiques atypiques et de ceux de la première génération. Un échantillon total de 1 493 patients atteints de schizophrénie ont été recrutés dans 57 établissements de soins aux États-Unis et invités à prendre de l'olanzapine (de 7,5 à 30 mg par jour), de la perphenazine (de 8 à 32 mg par jour), de la quetiapine (de 200 à 800 mg par jour) ou de la rispéridone (de 1,5 à 6,0 mg par jour) pour une durée de 18 mois environ. La ziprasidone (de 40 à 160 mg par jour) a été incluse dans l'étude une fois obtenue l'autorisation de la Food and Drug Administration. Le but avoué de ce projet était d'évaluer l'efficacité de ces cinq médicaments. En tout, 74 % des patients ont interrompu leur médication avant 18 mois, soit 64 % de ceux qui prenaient de l'olanzapine, 75 % de la perphenazine, 82 % de la quetiapine, 74 % de la rispéridone et 79 % de la ziprasidone. La durée de l'interruption du traitement pour quelque raison que ce soit

était significativement plus longue dans le groupe qui absorbait de l'olanzapine que dans celui qui prenait de la quetiapine ($p < 0,001$) ou de la rispéridone ($p = 0,002$), mais non dans le groupe livré à la perphenazine ($p = 0,021$) ou à la ziprasidone ($p = 0,028$). Le refus de continuer le traitement à cause des effets secondaires intolérables était similaire dans tous les groupes, mais les taux différaient ($p = 0,04$). La prise de l'olanzapine était associée à un gain de poids ou à des effets métaboliques (glucose, gras) et la perphenazine, aux effets extrapyramidaux. L'efficacité de la perphenazine, un antipsychotique conventionnel, semblait similaire à celle des médicaments de la nouvelle génération comme la quetiapine, la rispéridone et la ziprasidone. Une autre étude publiée dans le *New England Journal of Medicine* et reprise dans l'édition canadienne de *Time* (Masters, Park *et al.*, 2005, p. 49) arrive à la même conclusion, à savoir que la rispéridone, la quetiapine et la ziprasidone, trois médicaments de la série des antipsychotiques atypiques que les médecins prescrivent largement dans le traitement de la schizophrénie, ne sont ni plus efficaces ni plus sécuritaires que la perphénazine, un médicament conventionnel générique quatre fois moins cher. Le Zyprexa, un autre médicament atypique inclus dans l'étude, aide les patients sur une longue durée mais il cause par contre des gains de poids énormes ainsi qu'un haut taux de sucre et de gras dans le sang. Il y a également un taux élevé d'abandon des médicaments, soit 74 %, le même que dans l'étude précédente.

Plus que les médecins, les pharmaciens jouent un rôle stratégique dans le counseling entourant le dosage et la prise des médicaments. Nous allons présenter maintenant la perception qu'ont les pharmaciens des besoins des patients en général et des patients psychiatriques en particulier. Sept cent huit pharmaciens de l'État du Wisconsin ont pris part à cette étude (Schommer et Wiederholt, 1994, p. 482). Soixante-dix pour cent des répondants étaient en pratique communautaire ; 63 % étaient des pharmaciens *managers* ; 74 % de leurs commerces employaient des techniciens et 40 % traitaient de 76 à 150 prescriptions par jour. La motivation du patient, par exemple, sa familiarité avec le médicament en question, étaient les déterminants les plus fréquents invoqués du montant et du type de counseling, suivis du type de médicament (par exemple la possibilité d'interaction médicamenteuse) et des habiletés du patient (degré de compréhension, perception du temps nécessaire pour le counseling). Soixante et un pour cent des répondants indiquaient que c'était important de fournir un counseling écrit et oral. Les obstacles à un bon counseling sont le manque de temps et l'absence d'un bureau privé pour communiquer avec le patient d'une manière professionnelle. Évidemment, le nombre d'années de pratique et la position dans la hiérarchie de l'entreprise sont également à considérer. Une autre étude (Bryant *et al.*, 1985, p. 1367) élargit le spectre des perspectives des pharmaciens à l'égard des soins de

santé mentale, des psychiatres et des patients psychiatriques. Sur 300 personnes ayant reçu un questionnaire expédié par voie postale, les 170 qui ont répondu perçoivent tant les psychiatres que les patients d'une manière positive. Le médecin psychiatre est considéré comme un vrai professionnel doté d'une expertise légitime et les patients comme étant semblables aux gens dits normaux, généralement rationnels, non dangereux et non responsables de leur maladie; en revanche, les répondants affichent des attitudes négatives à l'égard des hôpitaux psychiatriques. Ils cautionnent les jugements courants à savoir que ce type d'hôpital est sous-financé, trop orienté sur les médicaments et quelquefois insensible à la souffrance humaine. Une étude canadienne dont les auteurs sont affiliés à la Faculté de pharmacie de l'Université de Toronto (Phokeo *et al.*, 2004, p. 1435) s'avère toutefois plus nuancée. Il est généralement admis que des consommateurs de médicaments ou de services psychiatriques peuvent être stigmatisés par des pourvoyeurs de soins de santé. Les auteurs ont effectué une enquête auprès de 283 pharmaciens communautaires dans le Grand Toronto afin de déterminer leurs attitudes et leurs interactions professionnelles avec des patients utilisant soit des médicaments psychiatriques, soit des médicaments cardiovasculaires. En dépit d'une attitude généralement positive, les pharmaciens avouent se sentir plus inconfortables quand ils interagissent avec des patients psychiatriques qu'avec des personnes aux prises avec des troubles cardiovasculaires. Par conséquent, les patients psychiatriques recevraient moins de services pharmaceutiques que les patients cardiaques. Les principales barrières évoquées sont le manque d'intimité et l'entraînement inadéquat. Que pensent maintenant les PPMM de la prise des médicaments prescrits par les médecins et distribués par les pharmaciens?

Une PPMM engagée depuis nombre d'années dans le mouvement de santé mentale explique son *feeling* et son *coping* avec les médicaments (Fox, 2004, p. 287) :

My concern with medications is that high doses, sometimes with more than one antipsychotic medication plus other pills, are prescribed. I wanted to raise consciousness about the ability to function when a person is so heavily medicated. In my journey of mental illness, on two occasions I was heavily medicated and found it very difficult to stay awake – let alone function. Another area touched on is the new concept of patient/therapist partnership. Therapeutic relationships in the past had been more a case of the therapist knew what was best. Today therapeutic relationships, I believe, must be partnerships, especially in the area of medication. Patients know when they feel poorly on a medication. Are their feelings listened to?

Cette personne se plaint également de ne pas pouvoir fonctionner avec 800 mg de thiorazine et autant de Mellaril. Elle dormait une bonne partie de la journée. « Si on réduisait la dose à 50 mg de part et d'autre,

je me sentais fatiguée une heure après avoir avalé les pilules. Je devais surveiller mon poids. À 200 mg, ma concentration était affectée et je faisais beaucoup de fautes sur le traitement de texte. Les mots ne venaient pas, mon travail devenait une corvée. À 50 mg avant d'aller au lit, c'était plus supportable, j'étais heureuse. Les médicaments et le traitement doivent être un partenariat entre le médecin et le patient ; la réduction du dosage conduit à un meilleur fonctionnement dans la société. C'est pourquoi, je me suis impliquée dans le mouvement *Advocacy*» (Fox, 2004, p. 288). Comme elle l'affirme (2004, p. 287), « *medication is a very important part of dealing with mental illness* ». D'autres PPMM interviewées parlent également de la surmédication dans des termes semblables (Dorvil *et al.*, 2005b) : « *Je suis gelé, je n'ai plus de corps, je suis comme un zombie.* » Cette surmédication ne constitue guère un phénomène nouveau. C'est très dur de travailler en psychiatrie, c'est parfois un jeu féroce entre deux pathologies qui s'affrontent, celle du patient, celle du médecin. Il s'agit alors pour ce dernier de protéger sa zone de sécurité en se servant du médicament comme écran entre lui et la souffrance du patient. Refroidir en quelque sorte le patient, bref en faire un corps soumis.

Le médicament n'a jamais fait l'objet de nos recherches. Et pourtant, comme un leitmotiv, ce thème revient sans cesse dans les interstices des résultats pour affirmer la suprématie du médicament dans l'arsenal thérapeutique psychiatrique au sein du monde hospitalier comme dans le *community mental health care*. Et ce n'est pas le courant actuel des neurosciences qui va atténuer cette fébrilité. Pour ou contre, qu'importe, c'est par rapport à lui que le patient psychiatrique en mode institutionnel comme dans le contexte désinstitutionnel se définit dans les soins et les services de santé. Au niveau de la représentation sociale de la folie, les effets iatrogènes induits par certains médicaments contribuent largement à renforcer le stigma associé aux troubles mentaux : les mouvements involontaires de la mâchoire, le regard ambigu, les mains tremblantes, les tics nerveux de toute sorte, ce à quoi on les reconnaît pour les exclure (Dorvil *et al.*, 2002, p. 159 ; Dorvil, 1988, p. 129). La condition d'assisté social, le diagnostic psychiatrique, le délit insidieux du faciès se renforcent pour amplifier le handicap du sujet. D'autres chercheurs tant anglo-américains que canadiens parlent aussi des effets secondaires négatifs liés à la consommation des médicaments psychiatriques sur les capacités cognitives, sur l'apparence physique, la capacité d'entrer en relation avec autrui, sur le rétablissement, ce qui contribue à la stigmatisation et au maintien de la personne dans une position de malade chronique et d'exclusion quasi permanente (Estroff, 1998, p. 115 ; Anthony, 2000, p. 160 ; Rodriguez *et al.*, 2000, p. 53). Le médicament affecte donc le corps. Le corps, c'est le premier médium de communication au monde, avant même la parole. C'est à partir du corps que le monde ambiant réagit à notre présence.

Plus encore, les médicaments contribuent en bout de ligne à rétrécir le champ des relations sociales, voire à dissoudre le lien social. Dès le jeune âge, les règles sociales nous enjoignent à rester tranquilles, à bien nous comporter, surtout en public. Or certains effets secondaires des médicaments rendent les PPMM agitées. À tout bout de champ, elles font les cent pas, vont et viennent sans arrêt, claquent la langue, balancent les jambes, changent souvent de position sur leur chaise. Dans ces conditions, c'est très difficile pour les PPMM de créer les contacts sociaux et de se lier d'amitié avec les gens dits normaux qui peuvent et veulent rester tranquilles sans bouger ; d'où le stigma annonciateur de l'exclusion. L'anthropologue Sue Estroff (1998, p. 127) résume assez bien en six catégories les effets secondaires les plus fréquemment associés aux phénothiazines, regroupés sous les rubriques descriptives générales des symptômes extrapyramidaux (SEP) et des symptômes pseudo-parkinsoniens (SPP) :

Les SEP sont classés en diverses catégories, à savoir : 1) l'*akathisie* (appelée par les clients les « claquettes-fluphénazine »), soit une agitation générale se manifestant par des sautilllements, un balancement saccadé des jambes en position assise, un balancement d'une jambe sur l'autre en position debout ; 2) l'*akinésie*, soit une absence d'expression faciale spontanée, une impression de faiblesse, de fatigue, une perte de la parole, d'intérêt et de réponse émotionnelle ; 3) les *tremblements*, généralement de la catégorie des SPP, des mains ou des membres ; 4) les *dystonies*, soit une raideur du cou et des spasmes, les grimaces et d'autres mouvements musculaires involontaires, et les crises oculogyres – roulements d'yeux incontrôlés, avec une fixité vers le haut ; 5) d'*autres symptômes parkinsoniens* – (dits « pas traînant de Mendota » chez les clients), soit une rigidité des membres, une gêne dans les mouvements, des troubles de l'allure et de la posture ; 6) la *dyskinésie tardive*, relativement rare, généralement irréversible, caractérisée par des contractions faciales et des mouvements involontaires de la langue, de la mâchoire et de la bouche tels que plisser et pincer les lèvres, ou se passer la langue sur les lèvres.

Par contre, la consommation de médicaments prescrits prévient les réhospitalisations, un échec, une menace pour l'estime de soi des PPMM. L'abandon de la prise de médicaments constitue la première cause de réadmission en psychiatrie (Dorvil, 1986, p. 87). La plupart des PPMM ont essayé d'arrêter de prendre leurs médicaments. Ces tentatives se sont souvent soldées par un échec et une réhospitalisation. « J'ai appris ma leçon », nous dira une PPMM qui se résignait ainsi à prendre ses médicaments pour le reste de sa vie (Dorvil *et al.*, 2003, p. 72). Ou bien : « J'en ai besoin pour ma santé mentale, mon médecin me l'a dit. » Le médicament est un mal nécessaire, d'où cette ambivalence envers ces petites pilules fétiches de toutes couleurs, ambivalence alimentée d'une part par

le caractère incurable, la tendance à la chronicité de la plupart des maladies mentales et, d'autre part, par les diagnostics erronés menant à des gâchis médicamenteux. D'ailleurs, des psychiatres et des chercheurs en neurobiologie (Desrosiers *et al.*, 1990, p. 36) sensibilisés à ce problème font une mise en garde :

Les délires paranoïdes et les hallucinations ne sont pas rares dans la manie ou la dépression. Le tableau paranoïde entraîne chez le clinicien non averti un diagnostic de schizophrénie paranoïde ou de réaction schizo-affective. Les patients victimes de ces diagnostics erronés sont astreints à des cures de neuroleptiques. Or, on sait qu'il y a une incidence élevée de dyskinésie tardive chez les maniacodépressifs dont le traitement antipsychotique a duré plus d'un an. Des études au Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine chez les maniacodépressifs traités aux neuroleptiques ont montré une incidence de dyskinésie tardive variant de 74 % à 86 %. Ces résultats ont été confirmés depuis par plusieurs études américaines.

3. LE NOUVEL ENVIRONNEMENT DE LA PRISE DE MÉDICAMENTS

La distribution des médicaments constitue un rituel dans ce haut lieu du culte des soins que représente l'hôpital. À des heures précises (7 heures, 11 heures, 15 heures), l'infirmière-chef coiffée d'une mini-mitre épiscopale², entourée d'une infirmière auxiliaire et d'un préposé aux bénéficiaires, entame une procession parmi deux colonnes de patients, les femmes à gauche (le côté du cœur), les hommes à droite. Dans le contexte désinstitutionnel d'aujourd'hui impliquant hébergement communautaire, logement autonome, coop d'habitation, ce sont les personnes usagères des services de santé mentale qui gèrent leur médication : c'est l'automédication. Avant de passer aux rapports de pouvoir impliquant les facteurs d'intégration sociale dans le contexte désinstitutionnel, il faut nécessairement faire un arrêt, question d'examiner le dispositif en hôpital général, en hôpital psychiatrique, en vue d'en faire ressortir les divergences. Les maladies sont simultanément des phénomènes biologiques objectifs, des comportements socioculturels, des états, des manières d'être personnelles, et ce en dépit de l'emprise anatomo-clinique de la médecine qui, dès le XIX^e siècle, s'est concrétisée dans l'exploration du corps. Pendant tout ce siècle, la médecine a fait une grande place à l'environnement, même si,

2. La coiffe de Florence Nightingale, qui créa à Londres en 1860 la première école d'infirmières professionnelles.

dans les hôpitaux, l'observation médicale tend à se polariser sur le corps du malade et privilégie ce *focus* en milieu protégé. Nous verrons plus tard le pourquoi des résistances de la médecine à pratiquer en milieu ouvert dans le cadre de la désinstitutionnalisation. N'empêche que le milieu contrôlé de l'hôpital général offre beaucoup plus de latitude au médecin pour percer les secrets du corps vivant ou mort. Ainsi les autopsies (Faure, 2005, p. 22) permettent de mieux distinguer et définir les entités nosologiques, de dévoiler les effets cachés de la maladie et d'aider à sa compréhension de la même manière que les explorations vaginales, anales, digestives, oculaires, auriculaires cherchent à rendre visible l'intérieur du corps humain sans le disséquer. Par la suite, s'enchaînent au sein de cet univers clos : l'invention du stéthoscope, au départ pour l'écoute des sons provenant des cavités pulmonaires, le rythme cardiaque, ensuite pour prendre le pouls ; le thermomètre ; les rayons X pour le dépistage précoce de la tuberculose et des tumeurs naissantes ; le microscope pour l'étude des tissus et des cellules. Mais toutes ces opérations peuvent compter sur un corps soumis, en général couché. Tel n'est pas le cas en hôpital psychiatrique, où l'on a affaire à un patient debout, à un corps réticent, parfois récalcitrant. Comme nous l'avons soutenu dans la première section, contrairement au malade physique qui, de lui-même, vient au traitement, il s'agit ici d'un patient involontaire poussé au cabinet du médecin-psychiatre par la famille, le milieu de travail ou l'appareil judiciaire. En général, tous les instruments utilisés en médecine physique que nous venons d'évoquer ne sont d'aucune utilité. L'analyse sera donc sommaire. Et médicalement parlant, au sens strict, la personne n'est pas malade et les tests habituels seront pour la plupart négatifs.

En sciences sociales de la santé aussi bien qu'en médecine, le diagnostic est une négociation perpétuelle entre patient et médecin. Le patient témoigne de sa douleur et fait le récit de sa maladie. Le médecin lui fait le don de l'écoute, pose des questions en vue d'un bon diagnostic, prescrit parfois de tests et ensuite de médicaments à même de guérir sa maladie. Or, comme, en psychiatrie, la parole du fou est généralement considérée comme nulle et non avenue, ce dernier ne bénéficie guère du privilège de cet aller-retour, de cet échange qui caractérise le don et aussi de cette ambivalence, ces quiproquos dont parle Marcel Mauss (1980, p. 148). L'expérience de tous les jours nous apprend qu'un don sans réciprocité potentielle crée à la longue un fardeau psychologiquement insoutenable. Le diagnostic provisoire ou définitif se trouve biaisé, étant en grande partie basé sur le comportement assez souvent inacceptable socialement de la personne. Le tableau 2.1 qui suit présente les grandes différences entre les états des personnes présentant une maladie physique (PPMP) et les PPMM.

Tableau 2.1
Contexte de la prise de médicaments

<i>Hôpital général – Patient couché</i>	<i>Hôpital psychiatrique – Patient sur pied</i>
– Exploration interne, externe et analyse approfondies du corps.	– Analyse sommaire.
– Corps soumis.	– Corps réticent, parfois récalcitrant.
– Écoute du corps.	– Très peu d’écoute.
– Douleur et récit du malade, diagnostic.	– La parole du fou est nulle et non avenue, délire.
– Utilisation du stéthoscope.	– Pas de stéthoscope.
– Diagnostic basé sur des tests : sang, urine, etc.	– Diagnostic basé sur l’observation du comportement social.
– Intervention chirurgicale.	– Nil.
– Prescription et distribution contrôlée des médicaments.	– Distribution libre des médicaments.
– Observance stricte de la médication.	– Observance mitigée de la médication.
– Vérification des effets des médicaments : question de vie ou de mort.	– Vérification, contrôle des effets secondaires, changement de médication.
<i>Milieu ouvert</i>	
– Apprentissage de l’autonomie, de l’ <i>empowerment</i> , prise de parole.	
– Automédication.	
– Inobservance.	
– Commerce des médicaments.	
– Participation <i>vs</i> retrait social.	
– Suivi du pouvoir hospitalier.	
– Type d’hébergement/logement et médicament.	
– Effets secondaires des médicaments sur l’emploi régulier	

Les médicaments prescrits sont pris avec beaucoup plus de soins en médecine physique qu’en médecine mentale. Dans le premier cas, il s’agit d’une question de vie ou de mort, de conséquences tragiques venant des interactions médicamenteuses ou tout simplement de la *malpractice*. En psychiatrie, les effets iatrogènes documentés dans la deuxième section sont parfois désastreux tout en étant moins mortels qu’en médecine physique. L’observance stricte de la médication est considérée comme la voie royale de la guérison. En médecine psychiatrique, le peu de grandes victoires thérapeutiques liées à la tendance vers la chronicité des troubles mentaux concourt à la modestie des espoirs de guérison des PPMM ; de là le haut taux d’inobservance de la médication observé chez ces derniers

et aussi les multiplications de changements de médication. Le tableau 2.1 illustre ce phénomène. Il faut également prendre en compte tous les écrits de Freud qui font la part belle au sens des symptômes, aux influences du moral sur le physique, au contraire de la tradition occidentale.

Si nous considérons maintenant le troisième tiers du tableau en preuve, l'écart de la prise de médicaments en contexte désinstitutionnel s'avère plus grand avec celle vécue en hôpital général. Il ne s'agit plus de l'atmosphère contrôlée de l'hôpital psychiatrique. La pratique de la psychiatrie en milieu ouvert doit nécessairement compter avec les forces vives de la société civile. Tout d'abord, la psychiatrie se pratique en interface avec une multitude d'acteurs sociaux d'idéologies et d'expertises différentes, et ce même au niveau du médicament. Que l'on pense au Regroupement des ressources alternatives en santé mentale (Rodriguez et Poirel, 2001, p. 12) et au Mouvement de défense des droits (AGIDD-SMQ), où les rapports de pouvoir sont travaillés. Dans ce type d'organismes implantés en régions comme dans les grands centres, il y a des sessions d'apprentissage de l'autonomie, de l'*empowerment*, de la prise de parole, de la gestion autonome des médicaments (GAM), de l'entente avec les pharmaciens de quartier, voire de formation des responsables de résidences d'accueil, d'hébergement communautaire, de foyers privés à propos des médicaments. Il existe également l'Association québécoise de réadaptation psychosociale (AQRP), dont les programmes de formation continue sont reconnus par maintes universités et qui sert d'organisme tampon entre la psychiatrie orthodoxe et la psychiatrie alternative. Il ne faut pas oublier non plus les comités de bénéficiaires en milieu institutionnel et leur pendant alternatif sous forme d'association, dans plusieurs régions, autour d'une problématique donnée. Devant cette configuration des choses, le pouvoir hospitalier prend position afin d'assurer le suivi des PPMM dont il a la responsabilité. Est-ce pour protéger les intérêts des compagnies pharmaceutiques? Pas tout à fait. Sur le plan strictement budgétaire, l'hôpital est presque obligé d'utiliser les médicaments pour opérationnaliser la désinstitutionnalisation, empêcher le va-et-vient des patients du syndrome de la porte tournante et désengorger les salles d'urgence. D'où la gestion de cas (Stuart, 1997, p. 52), qui évalue les besoins des clients vivant dans la communauté, planifie pour eux des services ou des programmes de traitement répondant à ces besoins, les dirige vers des ressources appropriées diverses et assure un suivi constant pour vérifier si les services ont été fournis et utilisés. Mais il faut surtout considérer les Programs for Assertive Community Treatment (PACT), qui constituent en fait une intervention directe, intensive, très professionnalisée, axée strictement sur la gestion de la médication et la réadaptation appliquée à une série de patients de profil sémiologique semblable. Dans certains services de PACT aux États-Unis (Estroff, 1998, p. 133), l'on va

même jusqu'à payer des patients pour qu'ils prennent leurs médicaments antipsychotiques. Cette pratique, qui contrevient à la Charte québécoise des droits et libertés de la personne quant au libre choix et au contrôle de l'espace interne de son corps, s'avère toutefois marginale au Québec, mais l'invasion du domicile privé par les équipes de PACT, les pressions, les séances de culpabilisation demeurent monnaie courante. Ensuite, il faut tenir compte des rapports de pouvoir vécus dans deux secteurs piliers de la désinstitutionnalisation, l'hébergement/logement et l'emploi. L'accès à un habitat convenable constitue une source première d'intégration sociale. Dans une étude récente (Dorvil, Morin *et al.*, 2005a, p. 503), nous avons recensé quatre grands modèles d'habitation (voir le tableau 2.2) destinés aux patients désinstitutionnalisés : le *custodial housing*, le *supportive housing*, le *supported housing* et l'habitation autonome. La familiarité qu'entretiennent les deux premiers modèles d'habitation avec les soins de type hospitalier nous autorise à les considérer comme des formes d'hébergement (ils apportent la sécurité tout en dévalorisant l'autonomie des individus). En revanche, les deux autres modèles d'habitation s'apparentent davantage à des ressources de type logement (ils favorisent la liberté tout en présentant un risque d'isolement). Les deux premiers modèles relèvent du pouvoir hospitalier, qui oblige tout candidat à signer un contrat d'observance de la prise de médicaments et de fidélité à ses rendez-vous avec le médecin traitant. Faut-il rappeler ici que la cessation de médicaments constitue un critère de dangerosité selon la jurisprudence établie par la Cour du Québec? En effet, dans l'évaluation de la dangerosité, le juge ainsi que le médecin peuvent tenir compte de l'effet de cessation probable de la médication en l'absence de garde en milieu fermé (Barreau du Québec, 2002, p. 43)³. Le suivi (*follow-up*) a pour but de continuer le traitement et d'éviter des réhospitalisations qui coûtent cher à la société. Les responsables de ces milieux résidentiels sont en charge de l'application de ce protocole, condition *sine qua non* pour recevoir des PPMM de l'hôpital du secteur. En fait, ces résidences constituent un prolongement dans la collectivité des unités de traitement hospitalier. C'est une formule qui permet de garder ces ex-pensionnaires dans le giron hospitalier ; quels que soient leurs progrès dans l'acquisition des habiletés sociales, ils demeurent les otages d'une seule idéologie, d'une seule forme de prise en charge. Il n'est pas question de graduer pour habiter dans un logement autonome par exemple.

3. Il en est à peu près de même des compagnies d'assurance de certains employeurs qui obligent des employés en convalescence à prendre leurs antidépresseurs comme condition *sine qua non* de la couverture assurancielle.

Tableau 2.2
Housing Models

	Security Housing			Autonomous Housing			
<i>Custodial Model</i> (long-term hospital-style, no responsibilities or learning)	<i>Supportive Housing</i> (a team of professional therapists promoting re-integration within a continuum of housing options)			<i>Supported Housing</i> (promotes personal choice in housing; increases residents' capacities to function)			
	<i>Autonomous Housing</i> (returning to life within society; medical follow-up reduced to a minimum)						
Foster home (limited capacity)	Pavilion (extensive capacity)	Group home (staff 24/7)	Sheltered apartment (staff on-site in the building)	Private apartment (with support once a week)	Isolated one-room apartments	Dedicated rooming-house (public housing, co-op, private rooming house)	Non-dedicated rooming-house, private apartment + private rooming-house, without support

Tiré de Dorvil, Morin *et al.* (2005a).

Les deux autres modèles d'habitation sont d'obédience alternative, civile. Ce sont des PPMM qui, s'étant désaffiliées du monde hospitalier, ne sont plus obligées de suivre les préceptes hospitaliers d'observance de la prise de médicaments et des rendez-vous médicaux. La plupart d'entre elles prennent pourtant leurs médicaments, voient le médecin d'une manière irrégulière et participent à toutes sortes d'expériences thérapeutiques, de croissance personnelle, de prise de parole. Elles demeurent d'une certaine manière prisonnières de leur appartenance à cette psychiatrie *autrement*. Des passerelles horizontales entre ces deux cartels, l'un de psychiatrie orthodoxe, l'autre de psychiatrie alternative, seraient de bon augure pour passer d'une frontière à l'autre selon l'état des PPMM, d'un côté assez bien pour aller en logement autonome, de l'autre côté assez détérioré pour qu'elle retourne faire ses devoirs d'acquisition d'habiletés sociales dans le *supportive housing* par exemple. Encore une fois, la PPMM s'avère l'otage des groupes d'intérêts et fait les frais des jeux de pouvoir sur l'échiquier des rapports de force en santé mentale. De toute manière, la non-reconnaissance des préférences résidentielles, de la diversité de choix constitue un grand obstacle à l'intégration sociale et s'applique à d'autres domaines comme le dispositif de soins en clinique externe, en soutien alternatif, sans oublier la prise de médication soulevée dans un *focus-group* à Cambridge en Grande-Bretagne (Dorvil *et al.*, 2005b).

Another obstacle was medication in that it does not help with emotional trauma. Access to alternative or additional support such as counselling was patchy and dependent upon the GP practice and geographical location so eligibility depended on whether you were registered at a practice which offered this service or within the geographical area where this type of support was available.

C'est cette diversité à tous les niveaux, surtout l'habitat, qui va prévenir les bris d'exercice des droits, comme le soulève Diamond (1996, p. 56) dans un autre contexte culturel :

Often, a client living in housing controlled by the mental health system does not even have a key to his or her own home, and mental health staff regularly enter the client's home and bedroom without permission. Even when clients do have their own apartments, housing is often contingent on continuing in a particular treatment program or continuing to take medication. Clients can be evicted from housing with little due process protection for reasons that would never lead to eviction for someone without a mental illness.

Maintenant que nous avons balisé les rapports entre le type d'hébergement/logement et le médicament, qu'en est-il des effets secondaires des médicaments sur l'emploi régulier ? Dans le milieu hospitalier, il y a un régime de vie qui accompagne tout changement de médication, par exemple

le temps d'observation, la sieste prolongée, l'absence temporaire de l'occupation thérapeutique etc. Nous avons soutenu longuement dans la section 2 de ce chapitre l'argumentaire des impacts des médicaments sur le fonctionnement en emploi des travailleurs aux prises avec des troubles mentaux. En milieu ouvert et dans l'emploi régulier, il n'est pas encore courant que l'employeur adapte l'horaire de l'entreprise à ce type de travailleurs, d'autant plus que la majorité des PPMM gardent le secret sur leur maladie « honteuse », question de fuir le stigma. En outre ces personnes sont en butte aux conditions stressantes habituelles qui affectent les travailleurs telles que documentées par de nombreux chercheurs (Vézina, Bourbonnais *et al.*, 2004, p. 39) : les agents stressants menant à l'épuisement professionnel, tels le manque de contrôle ou de latitude pour développer ses aptitudes, la complexité de la tâche, la quantité de temps fixée par l'employeur pour l'exécuter, le conflit et l'ambiguïté des rôles, le manque de soutien social, le harcèlement, la non-reconnaissance, les perspectives médiocres de carrière, la culture de l'organisation, l'impact du travail sur la vie privée. Devant cette configuration des choses, assez souvent les PPMM se replient dans des ghettos d'emploi pour personnes handicapées ou s'épuisent dans des stages à vie.

Il est temps de conclure. Sans aucun doute, le médicament s'avère l'accompagnateur par excellence de l'acte thérapeutique. Aussi avons-nous noté sa présence dès l'orée de la pensée psychiatrique. Et si on parle de nouvel âge de la psychiatrie, de psychiatrie moderne, c'est à cause des percées fulgurantes réalisées par la pharmacologie au milieu du XX^e siècle. Plus encore, actuellement c'est de la psychiatrie biologique où prédominent les médicaments que la communauté scientifique et la société en général attendent les avancées les plus prometteuses. Au grand soir de cette nouvelle révolution psychiatrique, les psychiatres ne seront plus considérés comme des demi-médecins et la maladie mentale parviendra à un nouveau statut : une maladie comme les autres. Du même coup, la médecine aura réussi à installer la « maladie mentale » dans le cadre des paradigmes scientifiques dans un monde où intuitions et croyances auront longtemps dominé. Est-ce réellement le cas ? Évidemment non. La maladie mentale, c'est la maladie où la charge morale, affective, sociale s'avère la plus élevée, où le dispositif de soins sociothérapeutiques s'annonce le plus massif, le plus varié. Il n'y a aucun consensus à ce jour sur la définition de la folie et il n'y a pas non plus de diagnostics absolus en psychiatrie comme il y en a en biomédecine. Comme le soutient Zarifian (1998, p. 122) : « Toute maladie mentale est d'abord une maladie de la pensée. Les comportements jugés anormaux ne sont que l'expression d'une pensée déviante ou l'extériorisation d'une erreur de jugement. » Comme la maladie mentale, le psychiatre n'est pas un médecin comme les autres : il peut décider de faire enfermer quelqu'un. Les pouvoirs

publics l'utilisent comme gardien de la cité, comme agent de contrôle des « têtes qui dépassent la norme », comme policier de l'âme qui donne des réponses individualisées à des questions sociales. De plus, nous croyons que la santé mentale constitue l'avenir de la médecine. Dans un monde qui a peur de vieillir, de souffrir, de mourir, le *DSM* est appelé à prendre de l'embonpoint, passant des 106 catégories diagnostiques que le *DSM-I* contenait en 1952 à peut-être 350 dans l'édition du *DSM-5* prévue pour 2011, la première du siècle... Autour de la peur de la solitude, du stress de la compétitivité, de la performance sans fin se cache une réelle dangerosité de vivre : inquiétude, angoisse, anxiété, obsession de la santé sans risque, l'inquiétude de la sénescence couplée au rêve séculaire de l'immortalité chez l'être humain, sans oublier la propension au désespoir des ados et des jeunes adultes. Déjà la « guerre des étoiles » des molécules a détrôné le divan de Freud dans la faveur tout au moins des intellectuels et des journalistes. La longue liste d'attente des cliniques de troubles anxieux en témoigne éloquemment. Porter et Vigarello (2005, p. 342) rapportent l'histoire d'un médecin pasteur anglais qui priait pour la guérison de ses patients, leur donnait des images magiques et des amulettes protectrices « contre les esprits malins, les fées et les sorcelleries ». Il en est de même du frère André⁴ qui guérissait avec l'huile St-Joseph au nom de la grâce divine, comme les guérisseurs traditionnels le faisaient au nom des esprits de la tribu. Il extirpait dans un geste symbolique la maladie (le mal) du dedans du corps du croyant vers le dehors. Debray (1981, p. 176) disait :

Sous l'horizon de la raison, le « Je crois » apparaît comme un degré inférieur du « Je sais ». Mais qu'importe, c'est un exercice d'entendement humain. Et à force de croire aux miracles, on finit un jour ou l'autre par en bénéficier.

La touche d'espoir découlant des croyances d'ordre spirituel, la sérénité, la méditation, le goût de vivre, l'empathie du clinicien, l'apport de la solidarité sociale peuvent contribuer à diminuer le stress et à renforcer les défenses immunitaires. Comme le dit si bien une historienne des sciences (Moulin, 2006, p. 18) : « Nous portons en nous-mêmes un nouveau péché originel, un risque multiforme initialisé dans nos gènes, modifié par notre environnement naturel et socioculturel et par notre mode de vie. » Sur le plan physique comme sur le plan mental, notre santé se trouve en perpétuel sursis à l'affût du moindre signe d'alarme, d'où les

4. Alfred Bessette (1845-1937), religieux canadien français de la Congrégation de Sainte-Croix, béatifié à Rome le 23 mai 1982.

check-ups à intervalles réguliers, la foi aveugle dans l'imagerie médicale pour une vision panoptique et vivante de soi, la recherche effrénée sur le Net du médicament miracle, les exercices de croissance intérieure d'inspiration orientale, voire l'aromathérapie, l'odeur étant l'âme subtile de la clinique (Le Guérer, 2002, p. 113). Ainsi, en dépit de l'engouement suscité par de brillantes spéculations dopaminergiques⁵, la maladie mentale comme la maladie physique tient à la fois de l'univers savant et de l'univers profane. Avec les médicaments disponibles sur Internet, la pharmacopée semble de plus en plus échapper à la médecine. Désormais, les patients négocient leurs médicaments avec le médecin comme ils négocient le diagnostic depuis la nuit des temps. Demain, à côté des médicaments de la troisième ou de la quatrième génération, on trouvera peut-être toutes sortes d'expédients naturels ou mutés susceptibles d'adoucir le mal de vivre. Des médecins psychiatres prophétisent sur les vertus euphorisantes tantôt des poissons gras⁶, tantôt de la luminosité solaire, révélée ou artificielle des laboratoires, voire des salons de bronzage. La publicité à Canal Vie⁷ parle déjà ironiquement du chocolat comme antidépresseur. Le chocolat stimulerait le système nerveux et empêcherait la coagulation du sang.

-
5. De dopamine, le principal neurotransmetteur impliqué dans la psychose. Les médicaments que l'on prescrit aux psychotiques sont des antidopaminergiques qui agissent à la base des cellules nerveuses pour empêcher les hallucinations et le délire. C'est grâce aux neurotransmetteurs (60 déjà découverts) que le cerveau peut jouer son rôle de recevoir, transmettre et traiter les informations. Il faut ajouter cependant que la recherche s'intéresse de plus en plus aux effets secondaires de ces médicaments puissants.
 6. François Lespérance, directeur du département de psychiatrie du CHUM, ainsi que des chercheurs des universités McGill, Laval, Queen's à Kingston (Ontario), en étroite association avec David Servan-Schreiber (Isodisnatura/France), auteur du best-seller *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicament ni psychanalyse* (2003), viennent d'entreprendre une vaste étude pour tester les effets bénéfiques des Oméga-3, des extraits d'huiles de poissons, sur la dépression majeure, une maladie affectant 250 000 Québécois chaque année. L'élément actif des Oméga-3 sur la dépression serait en effet l'acide eicosapentanoïque (AEP) présent dans le gras de certains poissons d'eau froide comme le saumon, la sardine, le hareng, l'esturgeon, la truite, le turbot, le flétan, la morue, mais surtout le maquereau. L'AEP améliore la fluidité des membranes des neurones et facilite la transmission de la sérotonine, de la dopamine et des hormones du stress. Alors que la dépression est la première cause d'invalidité au travail, touchant environ une personne sur cinq au Canada, elle est quasiment absente de pays comme le Japon et la Corée, où l'alimentation est riche en poissons de toutes sortes, ainsi que chez les Cris et les Inuits, de gros mangeurs de poisson. Par cette étude, les médecins veulent-ils encourager les patients déprimés à consommer plus de poisson ou à fournir des munitions à l'industrie pharmaceutique pour la fabrication de médicaments à base d'AEP? Cf. I. Paré (2006). « Oméga quoi? La consommation d'Oméga-3 peut-elle permettre de vaincre la dépression? », *Le Devoir*, 12 janvier, p. A1 et A8.
 7. Chaîne de télévision privée axée sur l'art de bien vivre.

Où est l'ironie ? En 2020, prédit l'OMS, la dépression⁸ à elle seule sera la deuxième cause d'invalidité dans le monde, immédiatement après les maladies cardiovasculaires. Actuellement, plus de 450 millions de personnes dans le monde sont atteintes de problèmes mentaux, neurologiques ou comportementaux ; or, la majorité d'entre elles ne bénéficient pas d'une protection de leurs droits ni de traitements ou de soins de santé mentale appropriés, en raison de la faible priorité accordée à la santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTHONY, W.A. (2000). « A Recovery-oriented Service System: Setting Some System Level Standards », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 24, p. 159-168.
- BARREAU DU QUÉBEC/SERVICE DE LA FORMATION CONTINUE (2002). *Être protégé malgré soi*, Cowansville, Yvon Blais, 160 p.
- BIBEAU, G. (2004). *Le Québec transgénique: science, marché, humanité*, Montréal, Boréal, 453 p.
- BOND, G.R. et P.S. MEYER (1999). « The Role of Medication in the Employment of People with Schizophrenia », *Journal of Rehabilitation*, octobre-décembre, p. 9-16.
- BOND, G.R. *et al.* (2004). « Response to Vocations Rehabilitation during Treatment with First- or Second-generation Antipsychotics », *Psychiatric Services*, vol. 55, n° 1, p. 59-66.
- BOUDREAU, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale – Les soins psychiatriques: Histoire et institutions*, Montréal, St-Martin, 274 p.
- BRENNER, M.H. (1973). *Mental Illness and the Economy*, Boston, Harvard University Press.
- BRILL, N. (1978). « The Problem of Poverty and Psychiatric Treatment of the Poor in the United States », *The Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, vol. 3, n° 3, p. 153-161.

8. Appelée mélancolie au XIX^e siècle romantique ou « le bonheur d'être triste » pour parodier Victor Hugo, l'auteur, entre autres, de : *Les Feuilles d'automne* (1831), *Les chants du crépuscule* (1835), *Les voix intérieures* (1837), *Les rayons et les ombres* ainsi que *Les contemplations* (1856). Scientifiquement, la dépression majeure se caractérise par une modification importante de l'humeur accompagnée de sentiments profonds de tristesse, d'impuissance ou de désespoir, une baisse d'estime de soi, un sentiment de culpabilité manifeste ou latent, une douleur morale intense, une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, un manque d'entrain et la fatigabilité. Il existe plusieurs variantes à ce diagnostic. Cité dans H. Dorvil et R. Mayer (2001). *Problèmes sociaux, Tome II – Études de cas et interventions sociales*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 587.

- BRYANT, S.G. *et al.* (1985). «Pharmacists' Perceptions of Mental Health Care, Psychiatrists, and Mentally Ill Patients», *American Journal of Hospital Pharmacy*, vol. 42, p. 1366-1369.
- CASEY, D.E. (1996). «Side Effect Profiles of New Antipsychotic Agents», *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 57, p. 40-45.
- CATALANO, R.A. et C.D. DOOLEY (1977). «Economic Predictors of Depressed Mood and Stressful Life Events», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 18, n° 3.
- COHEN, D., S. CAILLOUX-COHEN et l'AGIDD-SMQ (1995). *Guide critique des médicaments de l'âme*, Montréal, Éditions de l'Homme.
- COLLOMB, H. (1980). «Editorial Comment», *Social Science and Medicine*, vol. 14B, p. 81-84.
- CORRIGAN, P.W. *et al.* (2002). «The Effects of Atypical Antipsychotic Medications on Psychosocial Outcomes», *Schizophrenia Research*, vol. 63, p. 97-101.
- CRANE, G.E. (1959). «Iproniazid Phosphate, Therapeutic Agent for Mental Disorders and Disabling Disease», *Psychiatric Research Reports*, vol. 8, p. 142-152.
- DEBRAY, R. (1981). *Critique de la raison politique*, Paris, Gallimard, p. 176.
- DELAY, J. et P. DENICKER (1952). «38 cas de psychose traités par la cure prolongée et continue, le LE 4560 RP», Congrès des A.L. et neurologues de langue française, *Comptes rendus du congrès*, Paris, Masson, 210 p.
- DESROSIERS, P. *et al.* (1990). «Le diagnostic bipolaire», *Le médecin du Québec*, vol. 25, n° 8, p. 77.
- DIAMOND, R.J. (1996). «Coercion and Tenacious Treatment in the Community – Applications to the Real World», dans D.L. Dennis et J. Monahan (dir.), *Coercion and Aggressive Community Treatment: A New Frontier in Mental Health Law*, New York, Plenum, 310 p.
- DORVIL, H. *et al.* (2005b). *Le travail et le logement comme déterminants sociaux de la santé pour les personnes usagères des services de santé mentale*, Analysis of themes.
- DORVIL, H., P. MORIN *et al.* (2005a). «Housing as a Social Integration Factor for People Classified as Mentally Ill», *Housing Studies*, Londres, Routledge, vol. 20, n° 3, mai, p. 497-519.
- DORVIL, H. *et al.* (2003). *La réadaptation psychosociale des patients psychiatriques désinstitutionnalisés dans leurs familles naturelles, les résidences d'accueil et les logements sociaux avec support communautaire*, rapport final présenté au Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), juin, 120 p.
- DORVIL, H., H. PROVENCHER et A. BEAULIEU (2002). «Attitudes et croyances des Montréalais et Montréalaises à l'égard des ex-patients psychiatriques vivant dans la société», *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 21, n° 1, printemps, p. 153-178.
- DORVIL, H. (1988). *De l'Annonciation à Montréal – Histoire de la folie dans la communauté 1962-1987*, Montréal, Émile-Nelligan, 280 p.
- DORVIL, H. (1986). «Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine», *Santé mentale au Québec*, vol. 12, p. 79-89.

- DOWDALL, G.W. (1999). « Mental Hospitals and Deinstitutionalization », dans Carol S. Aneshensel et J. Phelan, *Handbook of the Sociology of Mental Health*, New York, Kluwer Academic/Plenum, 628 p.
- Entretien avec Édouard Zarifian sur les psychotropes* (1996). Production CECOM, Hôpital Rivière-des-Prairies et Centre national audiovisuel santé mentale (24 minutes).
- ERIKSON, K.T. (1957). « Patient Role and Social Uncertainty. A. Dilemma of the Mentally Ill », *Psychiatry*, vol. 20, p. 262-272.
- ESTROFF, S. (1998). *Le labyrinthe de la folie : ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, traduction de Make It Crazy par J. Bouillot, Le Plessis-Robinson, Institut synthélabo, 451 p.
- FARIS, R.E.L. et H.W. DUNHAM (1939). *Mental Disorders in Urban Areas*, Chicago, University of Chicago Press.
- FAURE, O. (2005). « Le regard des médecins », dans A. Corbin, J.J. Courtine et G. Vigarello, *Histoire du corps*, vol. 2, Paris, Seuil, p. 15-50.
- FOX, V. (2004). « Coping with Medication », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 27, n° 3, p. 287-289.
- FRANTZ, M. *et al.* (1997). « Conventional versus Atypical Neuroleptics: Subjective Quality of Life in Schizophrenic Patients », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 170, p. 422-425.
- FREUD, S. (1926). *La question de l'analyse profane*, Paris, Payot, 225 p.
- GERVAIS, M. (2004). « Maladie mentale : le dernier tabou », *Québec Science*, octobre, p. 42-44.
- GILMER, T.P. *et al.* (2004). « Adherence to Treatment with Antipsychotic Medication and Health Care Costs among Medical Beneficiaries with Schizophrenia », *American Journal of Hospital Pharmacists*, vol. 161, n° 4, p. 692-699.
- GOODMAN, A.B. *et al.* (1983). « The Relationship between Socioeconomic Class and Prevalence of Schizophrenia, Alcoholism, and Affective Disorders Treated by Inpatient Care in a Suburban Area », *American Journal of Psychiatry*, vol. 140, p. 166-170.
- GRUNEBaum, M.F., P.J. WEIDEN et M. OLFSON (2001). « Medication Supervision and Adherence of Persons with Psychotic Disorders in Residential Treatment Settings: A Pilot Study », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 62, p. 394-399.
- HOLLINGSHEAD, A.B. et J.C. REDLICH (1958). *Social Class and Mental Illness*, New York, Wiley, 448 p.
- KAIROUZ, S. et A. DEMERS . (2003). « Inégalités socioéconomiques et bien-être psychologique : une analyse secondaire de l'enquête sociale et de santé de 1998 », *Sociologie et sociétés*, vol. 35, n° 1, p. 185-202.
- KLINE, M.S. (1958). « Clinical Experience with Iproniazid », *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology*, vol. 19, suppl., p. 72-78.
- LABORIT, H., P. HUGUENARD et R. ALLUAUME (1952). « Un nouveau stabilisateur végétatif, le LE 4560 RP », *Presses médicales*, vol. 60, p. 206-208.

- LE GUÉRER, A. (2002). *Les pouvoirs de l'odeur*, Paris, Odile Jacob, 323 p.
- LEIGHTON, D.C. *et al.* (1959 et 1963). *Les études sur le comté de Stirling*, New York, Basic Books, 3 vol.
- LIEBERMAN, J.A., T.S. STROUPL *et al.* (2005). « Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) », *New England Journal of Medicine*, vol. 353, n° 12, p. 1209-1223.
- MARMOT, M.G. (1986). « Social Inequalities in Mortality: The Social Environment », dans R.G. Wilkinson (dir.), *Class and Health*, Londres, Tavistock, p. 21-33.
- MASTERS, C., A. PARK *et al.* (2005). « The Year in Medicine from A to Z », *Times*, vol. 166, n° 23, décembre, p. 42-53.
- MAUSS, M. (1980). *Sociologie et anthropologie*, 7^e édition, 2^e partie intitulée « Essai sur le don », Paris, Presses universitaires de France, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », p. 145-279.
- MEYER, P.S. *et al.* (2002). « Comparison between the Effects of Atypical and Traditional Antipsychotics on Work Status for Clients in a Psychiatric Rehabilitation Program », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 63, n° 2, p. 108-116.
- MOULIN, A.M. (2006). « Le corps face à la médecine », dans J.J. Courtine (dir.), *Histoire du corps, Tome 3 : Les mutations du regard. Le XX^e siècle*, Paris, Seuil, 522 p.
- MYERS, J.K. et ROBERTS, B.H. (1959). *Family and Class Dynamics in Mental Illness*, New York, Wiley. En prolongement de l'étude de New Haven par Hollingshead *et al.*
- OMS (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ) (2001). *La santé mentale dans le monde*, Genève.
- OMS (2000). *Mental Health and Work : Impact, Issues and Good Practices*. Genève.
- ORTEGA, S.T. et J. CORZINE (1990). « Socioeconomic Status and Mental Disorders », *Research in Community Mental Health*, vol. 6, p. 149-182.
- PALMIER, J.M. (1969). *Wilhelm Reich : essai sur la naissance du Freudo-marxisme*, Paris, U.G.E., coll. « 10-18 », p. 59.
- PARSONS, T. (1955). « Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne », dans Claudine Herlich, *Médecine, maladie et société*, Paris/La Haye, Mouton, 1970, p. 169-189.
- PELICIER, Yves (1971). *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je? », p. 5-6; voir Ouvrage collectif (1970), *L'anti-psychiatrie*, Paris, Tallandier, p. 185; H. Dorvil (1973), *Psychiatrie et anti-psychiatrie, un même couple idéologique*, mémoire de maîtrise, École de service social, Université de Montréal, 197 p.
- PHOKEO, V., B. SPROULE et L. RAMAN-WILMS (2004). « Community Pharmacists' Attitudes toward and Professional Interactions with Users of Psychiatric Medication », *Psychiatric Services*, vol. 55, n° 12, p. 1434-1436.
- PORTER, R. et G. VIGARELLO (2005). « Corps, santé et maladies », dans A. Corbin, J.J. Courtine et G. Vigarello (dir.), *Histoire du corps, Tome 1*, Paris, Seuil, p. 335-372.

- POSTEL, J. (1970). « Introduction », dans Emil Kraepelin, *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*, Paris, Privat, coll. « Rhadementhe », p. 7-24.
- POUPART, J. *et al.* (1982). « L'expertise de la dangerosité », *Criminologie*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, vol. 15, n° 2, p. 7-25.
- RABINOWITZ, J., E.J. BROMET et M. DAVIDSON (2001). « Short Report: Comparison of Patient Satisfaction and Burden of Adverse Affects with Novel and Conventional Neuroleptics: A Naturalistic Study », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 274, p. 597-600.
- RENAUD, M. (1994). « Expliquer l'inexpliqué: l'environnement social comme facteur clé de la santé », *Recherche interface*, mars-avril, p. 15.
- RENAUD, M. (1985). « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé: trente ans de recherche sur le malade et la maladie », dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (dir.), *Traité d'anthropologie médicale*, Québec, Presses de l'Université du Québec, IQRC et Presses de l'Université Laval, 1 245 p.
- ROBICHAUD, J.B. *et al.* (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équité*, Comité de la santé mentale et Gaëtan Morin éditeur, 247 p.
- RODRIGUEZ, L. et M. POIREL (2001). *La gestion autonome de la médication: pour une contribution au renouvellement des pratiques en santé mentale*, rapport de recherche, Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture/ERASME, RRASMQ, AGIDD-SMQ, 186 p.
- RODRIGUEZ, L., E. CORIN et L. GUAY (2000). « La thérapie alternative: se (re)mettre en mouvement », *Santé mentale au Québec/RRASMQ*, p. 49-94.
- SCHOMMER, J.C. et J.B. WIEDERHOLT (1994). « Pharmacists' Perceptions of Patients' Needs for Counseling », *American Journal of Hospital Pharmacists*, vol. 51, p. 478-485.
- SINELNIKOFF, C. (1970). *L'œuvre de Wilhelm Reich II*, Paris, Petite Collection Maspero, 147 p.
- SROLE, L. *et al.* (1962-1963). *Mental Health in the Metropolis (The Midtown Manhattan Study)*, New York, McGraw-Hill, 2 vol.
- STAR, S.A. (1955). *The Public's Ideas about Mental Illness*, paper presented at the annual meeting of the National Association for Mental Health (mimeograph), 11 p.
- STUART, P.H. (1997). « Community Care and the Origins of Social Work », *Social Work in Health Care*, vol. 25, n° 3, p. 47-60.
- SWADON, P. (1971). « Malades mentaux », *Encyclopaedia Universalis*, vol. 12, Paris.
- SZASZ, T.S. (1980). Cité dans *Transitions*, n° 3, Paris, Éditions Les formes de Secret.
- TAMMINGA, C.A. (1997). « The Promise of New Drugs for Schizophrenia Treatment », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 42, n° 3, p. 1-15.
- VÉZINA, M., R. BOURBONNAIS *et al.* (2004). « Workplace Prevention and Promotion Strategies », *Healthcare Papers*, vol. 5, n° 2, p. 32-44.

- VIRCHOW, R. (1958). *Disease, Life and Man: Selected Essays*, traduits et introduits par L.J. Rather, Stanford, Stanford University Press, 332 p.
- WEIDEN, P., R. AQUILA et J. STANDARD (1996). « Atypical Antipsychotic Drugs and Long-term Outcome in Schizophrenia », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 57, p. 53-60.
- WEST, P. (1991). « Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities », *Social Science and Medicine*, vol. 32, n° 4, p. 373-384.
- WHEATON, B. (1978). « The Sociogenesis of Psychological Disorder: Re-examining the Causal Issues with Longitudinal Data », *American Sociological Review*, vol. 43, p. 383-403.
- ZARIFIAN, E. (1998). *Les jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob, 220 p.
- ZARIFIAN, E. (1988). *Des paradis plein la tête*, Paris, Odile Jacob, 182 p.
- ZIEGLER, D.M. et T.J. PEACHEY (2003). « A Study of Treatment Outcomes from Atypical Antipsychotic Medication in the Virginia Public System of Community Care », *Community Mental Health Journal*, vol. 39, n° 2, p. 169-182.

NERVOSITÉ D'INADAPTATION **Une folie sociale nécessaire ?**

Marcelo Otero

Université du Québec à Montréal

*Les hommes sont si nécessairement fous que ce serait être fou
par un autre tour de folie de n'être pas fou.*

Pascal

1. DU DÉSESPOIR À L'ANXIODÉPRESSION : LA MONTÉE DE LA « NERVOSITÉ SOCIALE ».

Chesterton affirmait au début du XX^e siècle que le désespoir, tout comme les cigares, était un privilège de classe. Ce ne semble plus le cas aujourd'hui. Le désespoir, du moins sous ses nombreuses formes cliniques contemporaines, s'est diffusé à un point jamais atteint jusqu'ici. Et ce ne sont pas seulement les psychiatres et les publicités des compagnies pharmaceutiques qui agitent l'épouvantail du malheur civilisationnel. De nombreux sociologues, psychanalystes et philosophes nous rappellent eux aussi sans cesse les ravages causés sur le moral de l'Occident par le désenchantement du monde, le déclin de la figure du père, la désymbolisation tous azimuts, la perte de repères, les nombreuses tyrannies systémiques et d'autres contresens sociologiques.

Plus pragmatiquement, les agences gouvernementales signalent la multiplication des problèmes de santé mentale, tout en oubliant qu'elles-mêmes y ont contribué, ne serait-ce que symboliquement, en changeant la définition même de la santé, à savoir : un état de complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹. Désormais, il semble aussi difficile de trouver des individus dont l'état de bien-être physique, mental et social soit « complet » que facile de répertorier de nouvelles formes d'« incomplétude », notamment dans l'univers de la santé mentale, bien plus large et ouvert que celui, de plus en plus modeste, de la maladie mentale.

L'Organisation mondiale de la santé a sonné l'alarme dès 2001 (OMS, 2001) quant à l'importance épidémiologique des problèmes de santé mentale dans le monde et à leurs conséquences socioéconomiques actuelles et à venir (absentéisme, dépendances, augmentation exponentielle de la consommation de médicaments psychotropes, multiplication des rendez-vous médicaux, etc.). Dans ce rapport sous-titré *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, la directrice générale de l'organisme affirme que « notre compréhension de la corrélation entre santé mentale et santé physique fait de rapides progrès. Nous savons que les troubles mentaux résultent de nombreux facteurs et ont une origine physique dans le cerveau. Nous savons aussi qu'ils n'épargnent personne, nulle part. Et nous savons enfin qu'ils peuvent le plus souvent être soignés efficacement » (p. X). La dépression (les troubles dépressifs unipolaires selon la codification CIM-10-1993) est devenue la première cause d'incapacité en Occident en 2001 (AVI ou « années vécues avec une incapacité ») et, semble-t-il, deviendra en 2020 en tête des causes de morbidité (OMS). Au Canada, en 1995, la dépression était la quatrième cause de consultation d'un médecin ; elle est passée à la deuxième position en 2000, derrière l'hypertension artérielle, et ce jusqu'en 2003. Cette année a été une année heureuse pour la dépression : c'est le diagnostic qui a connu la croissance la plus rapide chez les médecins exerçant en cabinet (à l'exclusion des hôpitaux) depuis 1995 (IMS 1, 2005). *L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être* (Santé Canada, 2003) abonde dans le même sens : 10,4 % des personnes consultées disent avoir éprouvé ou éprouvent, soit un trouble mental ou une dépendance, soit les deux au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Les troubles de l'humeur touchent 4,9 % des personnes (dont 4,5 % correspond au trouble dépressif majeur) et les troubles anxieux atteignent 4,7 % (trouble d'anxiété

1. C'est la définition de « santé » qui figure dans la constitution de l'OMS.

sociale : 3 % ; trouble panique : 1,6 % ; l'agoraphobie : 0,7 %). Toutes les dépendances confondues représentent environ 3 % des personnes consultées (2,6 % pour la consommation d'alcool ; 0,7 % pour les drogues illécitales). Les dépendances ne sont pas seulement des indices inquiétants de l'« incomplétude » de l'état de bien-être physique, mental et social de la personne, mais elles occupent un chapitre « complet » du DSM-IV-TR sous la rubrique « Troubles liés à une substance » (DSM-IV-TR, 2003, p. 221-342).

Deux autres tendances lourdes sont à souligner dans ce portrait épidémiologiquement déprimant, à savoir : 1) le recours massif aux médicaments psychotropes pour soigner des problèmes de santé mentale nombreux et variés et 2) la mise à profit massive des médecins généralistes pour soigner ces mêmes problèmes, la plupart du temps également par la psychopharmacologie. En effet, environ 80 % des consultations pour dépression et 60 % des consultations pour anxiété ont conduit à la prescription d'un médicament psychotrope ces dernières années au Canada (IMS 2, 2004). Si les Canadiens, et surtout les Canadiennes², sont déprimés, le marché des médicaments psychotropes garde le moral et il est même euphorique. Depuis 1999, le nombre d'ordonnances d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) a augmenté de 83 %³. Les dépenses en antidépresseurs ont passé de 31,4 millions de dollars à 543,4 M\$ au cours des 20 dernières années. Selon certaines projections, ces dépenses atteindront 1,2 milliard pour l'achat d'antidépresseurs en 2005, au coût de 50 \$ par prescription (Hemels *et al.*, 2002).

Les données disponibles pour le Québec, bien que fragmentaires, montrent une évolution semblable au cours des 25 dernières années. De l'analyse de l'ensemble des articles sur la dépression au Québec publiés dans des revues spécialisées (*Revue québécoise de psychologie, Santé mentale au Québec, Revue canadienne de psychiatrie*, etc.), on peut conclure que les « troubles de l'humeur » sont de plus en plus captifs de la « nouvelle psychiatrie » syndromique et des médicaments psychotropes (Otero, 2000). En 1998 et en 2001, chez les adhérents à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), le pourcentage d'ordonnances de médicaments psychotropes – regroupant les anxiolytiques, les sédatifs, les hypnotiques, les antidépresseurs et les tranquillisants majeurs – occupait la première place

2. Le trouble dépressif majeur affecterait aujourd'hui 10 % à 25 % des femmes et 5 % à 12 % des hommes selon le DSM-IV-TR (2003), p. 429.

3. Selon les données de pharmacies de détail au Canada, la progression de la nouvelle génération d'antidépresseurs (ISRS) est considérable parmi les médicaments les plus prescrits. En 2001, parmi les trois ISRS les mieux classés, Paxil occupait la 10^e position, Effexor la 25^e et Celexa la 31^e. En 2003, les trois ISRS avancent dans les positions : le Paxil occupe la 9^e position, Effexor passe à la 8^e et Celexa se hisse à la 14^e position (IMS 3, 2005).

parmi tous les médicaments, avec 11,2 % des ordonnances. Chez les prestataires de la sécurité du revenu, ce pourcentage atteignait 22 % de toutes les ordonnances reçues (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2003). Le comité responsable de l'étude du régime universel public d'assurance médicaments au Québec (Montmarquette, 2001) précise que, de 1997 à 2000, la dépense absorbée par le régime public d'assurance médicaments pour la catégorie des médicaments psychotropes a progressé de 69,6 à 150 M\$. Cette hausse de 115 % se révèle la plus spectaculaire parmi les six catégories de médicaments les plus coûteuses du régime public d'assurance, incluant, outre les médicaments psychotropes, les hypolipémiants, les antihypertenseurs, les anti-inflammatoires, les médicaments gastro-intestinaux et les anti-infectieux (Collin *et al.*, 2005).

Cette tendance à traiter les « problèmes de santé mentale » par la psychopharmacologie semble bien établie et cautionnée par la psychiatrie. Un dépouillement exhaustif des deux revues de psychiatrie les plus citées⁴, *Archives of General Psychiatry* et *American Journal of Psychiatry*, entre 1980 et 2003 montre la prédominance de l'utilisation des médicaments psychotropes pour traiter les troubles dépressifs et anxieux chez les personnes âgées de 19 à 64 ans. En effet, sur 506 articles concernant les troubles de l'humeur, 75,4 % traitent exclusivement de psychopharmacologie, 12,8 % de pharmacothérapie et d'autres types d'intervention et 10,4 % traitent seulement de psychothérapie (MEOS, 2003). En outre, la deuxième recommandation du rapport de l'OMS sur la santé mentale dans le monde, sur un total de dix, est d'« Assurer la disponibilité des psychotropes » (OMS, 2001, p. XI), ce qui semble cohérent avec l'affirmation de la même agence voulant que « les troubles mentaux résultent de nombreux facteurs [mais] ont une origine physique dans le cerveau » (p. X).

Quant à la deuxième tendance lourde évoquée plus haut, au Canada, l'on consulte de plus en plus les médecins de famille et les omnipraticiens lorsqu'il est question de « problèmes de santé mentale ». Prenons encore les ISRS, qui représentent 81 % de tous les antidépresseurs prescrits. En 1999, 20 % des ISRS ont été prescrits par des psychiatres, contre seulement 16 % en 2003. En 1999, 76 % des ISRS ont été prescrits par des médecins de famille et des omnipraticiens tandis qu'en 2003, cette proportion s'est élevée à 81 % (IMS 1, 2005). Les généralistes sont devenus les spécialistes de la nouvelle « nervosité » (dépression, anxiété, anxiodépression), ou plutôt, la « nervosité » actuelle est devenue un mal général. Le mental échappe au seul registre psychiatrique, devenu trop étroit pour contenir l'explosion de la demande de « santé mentale » et les multiples formes de

4. Ces deux prestigieuses publications ont obtenu les plus hauts facteurs d'impact au dernier classement du *Journal Citation Reports* (2002).

souffrance psychique, pour se loger plus aisément dans l'univers flou de la médecine générale. À l'instar de ce que Robert Castel (1981) appelait les thérapies psychologiques pour les normaux indiquées pour des maux psychiques également normaux, les maux psychiques « généraux » contemporains sont de plus en plus soignés par des « généralistes ». La « grande nervosité contemporaine », pour reprendre l'expression d'Alain Ehrenberg, devient l'énième version du malaise dans la civilisation que les multiples disciplines et professions du « mental », anciennes, nouvelles et renouvelées, sont conviées à interpréter, à gérer, à soigner et, si possible, à prévenir.

En 2004, un changement suggestif survient au Canada dans les chiffres cliniques de la « grande nervosité », par rapport à l'année précédente. En effet, en 2003, les 9,3 millions de visites médicales concernant la dépression en faisaient la deuxième cause de consultation, placée entre l'hypertension (20,3 millions de consultations) et le diabète (8,7 millions), tandis que l'anxiété occupait la sixième place avec 5,3 millions de consultations. En 2004, la dépression descend à la troisième position (9 millions de consultations), placée entre le diabète (9,5 millions) et les examens courants (8,7 millions), tandis que l'anxiété monte à la cinquième place (5,6 millions) (IMS 3, 2005). On pourrait spéculer que les 300 000 consultations en moins pour dépression se sont déplacées vers les 300 000 de plus pour anxiété, ce qui va dans le sens de la généralisation des états « anxiodépressifs » dont parlent de plus en plus les psychiatres, ainsi que de la prescription grandissante des molécules « post-Prozac », comme le Paxil, davantage spécifiques, semble-t-il, pour traiter les états « anxiodépressifs ».

Si l'on croit à l'efficacité proclamée des campagnes de sensibilisation visant la démystification des troubles mentaux et de la souffrance psychique, l'encouragement de la demande d'aide psychologique et du dépistage précoce des personnes en état de « détresse psychologique », on peut supposer qu'il y aura une augmentation du nombre de diagnostics et de consommateurs de médicaments psychotropes au cours des prochaines années (ACSM et Wyeth pharmaceutiques, 2003)⁵. Car le rapport de l'OMS le souligne, « les troubles mentaux n'épargnent personne, nulle part » (OMS, 2001, p. X). À tout le moins, rien n'indique que les problèmes de santé mentale aient tendance à diminuer malgré les « nombreux et

5. L'OMS affirme que seule une petite partie des 450 millions de personnes dans le monde qui souffrent de problèmes de santé mentales, neurologiques ou psychosociaux sont diagnostiquées et reçoivent des soins (OMS, 2001, p. 1).

rapides » progrès de toutes sortes accomplis, nous dit-on dans le même rapport, au plan tant des méthodes diagnostiques que des méthodes thérapeutiques, notamment la psychopharmacologie.

Si l'on regarde ces chiffres et tendances, on a l'impression qu'au Canada, comme un peu partout en Occident, les problèmes de santé mentale ne cessent de s'aggraver. On est convaincu du fait que les gens sont de plus en plus déprimés, ou anxiodéprimés, et que les médicaments psychotropes sont les thérapies les plus adéquates, du moins les plus utilisées, pour les traiter. D'une part, les agences gouvernementales locales et internationales (OMS, Santé Canada, MSSSQ, etc.) confirment l'augmentation des problèmes de santé mentale et établissent des pronostics sombres. D'autre part, les avancées de la nouvelle psychiatrie, de la psychopharmacologie et de la génétique, que l'on affirme spectaculaires, laissent entendre qu'on diagnostique de façon plus précise et qu'on soigne plus efficacement (nouvelles molécules plus spécifiques, plus maniables et moins toxiques). Les problèmes de santé mentale, comme le souligne l'OMS, « peuvent le plus souvent être soignés efficacement » (p. X) aujourd'hui. Bref, on est en présence d'une véritable épidémie de problèmes de santé mentale pour laquelle on dispose des moyens thérapeutiques efficaces qui, toutefois, ne guérissent pas. Peut-on prétendre avoir la capacité de mieux soigner tandis qu'on assiste du même coup à une multiplication inédite des problèmes de santé mentale ? Qu'est-ce que soigner veut dire ? Jusqu'à quel point, ou plutôt dans quel sens, ces problèmes sont-ils « mentaux », ou seulement « mentaux » ? Ou plutôt, qu'est-ce que le terme « mental » recouvre aujourd'hui ? Comment expliquer ce mariage étrange, mais fort heureux, d'optimisme thérapeutique et de pessimisme épidémiologique ?

Ce paradoxe ne semble pas arrêter la fuite en avant des traitements (psychopharmacologiques ou non) dans tous les sens, ni les interprétations psychologiques ou psychobiologiques des innombrables situations qui les justifient. Les « programmes forts » tant des neurosciences que de la psychologie en témoignent, à savoir : comprendre et modifier les émotions, les comportements sociaux et les sentiments moraux pour les premières (Ehrenberg, 2003), et intervenir « psychologiquement » sur toute situation imaginable, de la prévention du suicide à la promotion du bonheur en passant par la réduction du chômage, l'augmentation de la compétitivité des entreprises ou la diminution du racisme, pour la seconde (Otero, 2003, p. 278-311). On assiste ainsi la découverte récurrente des gènes de la psychopathie ou de la timidité, en même temps que l'on peut écouter, dans les émissions centrales d'information au Canada, des psychologues fort reconnus expliquer pourquoi les enfants victimes du tsunami n'auront pas des séquelles psychologiques, même s'il s'agit de

cultures dont ils ignorent tout, même leur localisation sur une carte géographique. Qu'est-ce qui permet de tout expliquer par le psychologique et par le psychobiologique sans se ridiculiser du même coup ?

2. SOCIAL, PSYCHOLOGIQUE ET MENTAL : LE NŒUD NORMATIF

L'univers actuel des pratiques, des discours et des cibles d'intervention dans le domaine de plus en plus large de la santé mentale constitue un lieu privilégié d'observation de différentes formes de régulation des conduites. Un lieu où se manifestent certaines injonctions sociales indiquant aux sujets ce qu'on attend d'eux, mais également un lieu où ceux-ci témoignent de la résistance, de l'inconfort ou de l'incompréhension en regard de ces injonctions par des symptômes, la souffrance ou le « passage à l'acte ». Le renouvellement des contours du normal et du pathologique, du permis et du défendu, du conforme et du déviant, du fonctionnel et du dysfonctionnel, de l'autonome et du dépendant, du résilient et du vulnérable, du capable et de l'incapable, bref de l'adapté et l'inadapté, peuvent ainsi être mieux compris à travers l'analyse des figures émergentes et déclinantes (discours, pratiques, orientations théoriques, cibles d'intervention) dans la nouvelle économie de la santé mentale.

Les interventions « psy » (psychosociales, psychothérapeutiques, psychoéducatives, psychopharmacologiques, psychiatriques) contribuent à la reconduction et à la mise au point de règles sociales, d'autant que les mécanismes et institutions de socialisation les plus classiques subissent des transformations profondes depuis plusieurs décennies. La famille, l'école, l'État, l'environnement de travail, l'Église, voire ce que l'on appelle la « communauté », ont de plus en plus recours aux interventions à caractère « psy » lorsqu'il s'agit de pallier des « dysfonctionnements » ou, mieux encore, de « produire » des comportements « adaptés » dans une optique dite proactive. Le statut profondément ambigu de ce type d'interventions, oscillant entre la socialisation, le dressage comportemental et la thérapeutique, loin de constituer un handicap, se révèle comme l'un des vecteurs de leur diffusion bien au-delà du contexte exclusivement clinique.

D'une part, on assiste à une psychologisation croissante de différents phénomènes et épisodes de la vie des sujets (enfance, adolescence, amitié, sexualité, divorce, travail, politique, chômage, loisirs, vieillesse, maladie, mort, bonheur, etc.) par le biais de leur association directe au domaine de la santé mentale, de la souffrance psychique et du psychologique. D'autre part, la dimension proprement psychologique semble s'estomper dans le cadre des stratégies concrètes d'intervention où le « corps mental »

(cerveau, gènes, neurotransmetteurs et humeur), les « environnements » (entourage familial, réseaux sociaux divers, milieux de vie spécifiques) et l'« action » (comportements concrets à éliminer, réadapter, renforcer, promouvoir, etc.) prennent de plus en plus de place lorsqu'il s'agit de définir la dimension sur laquelle l'intervention en « santé mentale » doit s'articuler. Le social est escamoté par sa psychologisation et le psychique par sa décomposition dans les méandres du cerveau, l'orthopédie de l'action et l'écologie complexe des réseaux des personnes cibles des interventions. Le mental et le social sont ainsi de plus en plus difficiles à distinguer.

L'extension du domaine de la santé mentale, comme entreprise d'acculturation des masses à une nouvelle culture sanitaire, pour reprendre les termes de Raymond Massé (2003), mise sur ce qu'on commence à appeler les sciences de la prévention, qui se donnent comme objectif le dépistage précoce des « vulnérabilités » biopsychosociales, chez des individus et chez des groupes particuliers, qu'on prétend être à l'origine non seulement des maladies mentales, mais carrément des problèmes sociaux (Vitaro et Gagnon, 2000). À titre d'exemple, on peut lire dans le journal *Forum* de l'Université de Montréal que « quand le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a demandé au prestigieux chercheur Richard Tremblay pour quel secteur il fallait voter un budget d'urgence, il a répondu sans hésiter : il faut cibler les femmes enceintes de moins de 20 ans. "Nos travaux, dit M. Tremblay, démontrent très clairement que c'est dans ce groupe que les risques de mettre au monde des enfants qui deviendront des délinquants sont les plus grands." Le ministère a pris M. Tremblay au mot. Un programme ambitieux doté d'un budget de 22 M\$ a rapidement été élaboré et prévoit une série d'interventions *dès la première échographie* [c'est nous qui soulignons], jusqu'à l'arrivée de l'enfant à l'école⁶. »

Le mouvement de prévention/promotion/proaction en matière de santé mentale vise le renforcement normatif de ce qui « fonctionne » et l'intervention normative sur ce qui « risque » un jour de « dysfonctionner ». Mais à quel type de normativité se réfère-t-on ? La norme désigne toujours une mesure servant à apprécier ce qui est conforme à la règle, mais celle-ci n'est pas liée de façon mécanique à l'idée de rectitude. Sa référence n'est pas l'équerre mais la moyenne et, de ce fait, la norme tire sa valeur du jeu des oppositions entre ce qui « pose problème » et ce qui « ne pose pas problème » (normal/pathologique, adapté/inadapté, fonctionnel/dysfonctionnel, conforme/non conforme, autonome/dépendant, compétent/

6. Voir l'article complet dans *Forum*, le journal de l'Université de Montréal, <www.iforum.umontreal.ca/Forum/ArchivesForum/2001-2002/011022/551.htm>.

vulnérable, capable/incapable, etc.)⁷. Dans ce jeu d'oppositions, il n'y a rien qui renvoie de façon définitive à la différence de nature d'un individu ou d'une catégorie de personnes, puisque l'anormal est en quelque sorte distribué autour de la norme. Sous cet angle, la norme n'est pas seulement un mécanisme de contrainte et d'exclusion, mais également un mécanisme de communication; elle incarne « ce par quoi et ce à travers quoi la société communique avec elle-même » (Ewald, 1992, p. 206). En d'autres termes, la définition (sociale, politique, scientifique, juridique, etc.) des comportements qui « posent problème », qu'ils relèvent d'une pathologie mentale ou non, exprime avant tout un rapport, pour ainsi dire, au « soi du groupe⁸ » plutôt qu'au « soi » de la catégorie de personnes (ou de l'individu) « posant problème⁹ ». Ces catégories de personnes (ou l'individu) qui « posent problème » ne se résument pas, bien évidemment, à ce rapport au « soi du groupe ». Toutefois, elles doivent inéluctablement s'y référer et, le plus souvent, s'y faire référer.

C'est en ce sens que l'univers de la norme en tant que moyenne n'a pas de dehors. Tout ce qui voudrait l'excéder peut être compris, récupéré et intégré en termes de différences de quantités et d'écart. La norme crée en quelque sorte un langage commun qui rend traductibles les phénomènes les plus divers les uns dans les autres, sans faire appel nécessairement à des distinctions de nature, permettant à un moment donné de

-
7. Depuis au moins une trentaine d'années, ce sont les termes dérivés du mot « adaptation » (inadaptation, réadaptation, mésadaptation, problèmes d'adaptation, etc.) plutôt que ceux dérivés du mot norme qui se diffusent à plusieurs domaines autres que celui de la psychologie, de la psychiatrie et de la criminologie pour identifier les écarts de la norme sans avoir recours à ce dernier terme devenu contraire aux exigences phraséologiques de la rectitude politique (Otero, 2000).
 8. Durkheim parlait de la majorité saine et normale de la population pour désigner ce « soi du groupe ». Dans *Le suicide* et dans *La division du travail social*, il montre que si l'on met de côté le point de vue de l'acteur individuel suicidaire, on s'aperçoit que le suicide se pose comme « problème » aux autres personnes, c'est-à-dire à la majorité « normale » qui ne se tue pas. Durkheim a examiné le point de vue de cette majorité « normale », en quelque sorte l'incarnation de la conscience collective, dans le but de distinguer les « comportements normaux » des « comportements pathologiques » sans faire appel aux caractéristiques intrinsèques des comportements sociaux « qui posent problème ». Cela ne signifie pas, bien entendu, que « tout » dans les comportements qui « posent problème » soit social.
 9. Certaines catégories des personnes dont les gestes « posant problèmes » se situent au carrefour des registres d'intervention des dispositifs pénaux, policiers, médicaux et psychiatriques, sans pouvoir être « classées » dans le cadre d'aucun des systèmes disponibles d'intervention et de prise en charge, ont suscité la mise au point de nouvelles stratégies d'intervention « psychosociales », dont l'Urgence psychosociale justice à Montréal. L'une des principales caractéristiques que l'on attribue à ces catégories des personnes « inclassables » et qui justifie l'intervention « psychosociale » est le fait qu'elles sont « dérangeantes » (Landreville, Morin et Laberge, 2002).

faire entrer dans la norme ce qui n'y était pas auparavant. Que l'on pense par exemple aux revendications identitaires d'hier, par exemple celles des homosexuels, et d'aujourd'hui, par exemple celles des sourds (Poirier, 2005) visant la reconnaissance officielle de certaines « différences » comme faisant partie de la « diversité normale » et leur conséquent « déclassement » de l'univers du pathologique, tel que défini par les disciplines biomédicales et, parfois, par la loi.

Canguilhem soulignait que « ce n'est pas seulement l'exception qui confirme la règle comme règle, c'est l'infraction qui lui donne l'occasion d'être règle en faisant règle. En ce sens, l'infraction est non l'origine de la règle, mais l'origine de la régulation. Dans l'ordre normatif, le commencement c'est l'infraction » (Canguilhem, 1950, p. 179). Il s'agit, au bout du compte, d'un mécanisme dynamique de régulation sociale qui s'évertue à repérer, identifier, classer et gérer (et non laminer ou condamner à jamais) les phénomènes les plus divers par rapport à la « commune mesure ».

Les auteurs du DSM-IV-TR, lorsqu'ils font ouvertement état de l'impossibilité de parvenir à une définition du trouble mental « opérationnelle et cohérente qui s'appliquerait à toutes les situations », rappellent que les critères qui ont été et qui sont utilisés pour le définir sont : souffrance, mauvaise capacité de contrôle de soi, désavantage, handicap, rigidité, irrationalité, modèle syndromique, étiologie et déviation statistique. Ce dernier critère renferme une promesse d'ajustement perpétuel de l'univers des troubles mentaux et, partant, des contours entre le normal et le pathologique, en fonction de la variation normative (moyenne statistique) (DSM-IV-TR, 2000, p. XXXV). La présence dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'axe IV, Problèmes psychosociaux et environnementaux, et le chapitre sur les troubles de l'adaptation, rappellent de manière patente la difficulté à dissocier le normatif et le mental aussi bien dans la définition que dans le traitement des troubles mentaux.

Tant la complexité du domaine des neurosciences que la simplicité de l'intervention de l'accompagnateur thérapeutique se trouvent traversées par les tensions produites entre les processus de définition des modèles de comportement « adaptés », qu'il s'agit de valoriser et de reconduire, et les processus de définition des multiples visages de l'« inadaptation » cognitive, comportementale, affective et sociale, qu'il s'agit de gérer ou, mieux encore, de prévenir par leur dépistage « à la source », que celle-ci soit conçue comme étant biologique, psychologique, psychosociale, comportementale ou sociale.

3. ADAPTATION SOCIALE ET SANTÉ MENTALE : SI ÉGALES, SI DISTINCTES

Depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, les expériences de « désenfermement » (plutôt que de désinstitutionnalisation) de la folie commencent progressivement à prendre forme. Ce processus deviendra graduellement une politique d'État à partir des années 1960 un peu partout en Occident (sectorialisation, désinstitutionnalisation, virage communautaire, virage milieu, retour à la communauté, etc.), un peu comme l'enfermement l'avait été auparavant. Robert Castel parlera ironiquement de « grand désenfermement » (Castel, 1973, p. 202) pour signaler ce nouveau retournement institutionnel. On assiste non seulement au renouvellement de l'optimisme anthropologique et thérapeutique à l'égard de la folie (développement des médicaments psychotropes pour le traitement de troubles graves, montée de la psychanalyse comme horizon théorique dominant la compréhension de nombreuses pathologies mentales, etc.), mais également à un nouvel optimisme social par rapport à la capacité de prise en charge et de tolérance de la « communauté » envers les personnes « désinstitutionnalisées ».

Au cours de la deuxième moitié des années 1970, une nouvelle frustration s'annonce dans l'histoire des stratégies d'intervention en santé mentale : démolir les systèmes de prise en charge, aussi dégradants soient-ils, et rétablir le contact entre le fou et la « communauté » ne résout pas la question de l'existence persistante d'un certain nombre de personnes que l'on désignera de plus en plus comme ayant des problèmes de santé mentale, plutôt que comme des malades mentaux. Les comportements qui « posent problème » à la normativité sociale (et aux individus concernés, bien entendu !) et que l'on définit, dans ce cas spécifique, comme relevant de la « santé mentale » ne s'estompent pas ; bien au contraire, ils se multiplient. Certains maintiennent pour l'essentiel leur prévalence et leurs principales caractéristiques, par exemple les certaines « psychoses », tandis que d'autres se transforment de manière spectaculaire (« apparition » de nouveaux troubles « nerveux », disparition de certaines « névroses », montée des problématiques multiples et des « comorbidités », etc.).

Les processus d'institutionnalisation et de désinstitutionnalisation de la folie incarnés de manière archétypale par les pionniers de la psychiatrie et de l'anti-psychiatrie, à plus d'un siècle et demi de distance, se recourent à certains points majeurs qui se manifestent clairement dans les origines historiques de ces deux expériences, à savoir : la dénonciation d'un mode de prise en charge tenu pour abusif, le regard humaniste à l'égard des personnes affectées et la proposition de nouvelles méthodes de prise en charge à la fois critiques, scientifiquement fondées et prometteuses d'une nouvelle époque. Toutefois, institutionnalisation psychiatrique et

désinstitutionnalisation antipsychiatrique s'opposent en un point central : les rapports entre socialisation et santé mentale se trouvent complètement inversés.

Pour les pionniers de la psychiatrie (et pour les psychiatres en général), la thérapie vise à ramener l'aliéné (étranger à soi parce qu'étranger au « soi du groupe ») au « rôle social » duquel il a en quelque sorte « décroché¹⁰ ». L'antipsychiatrie, en revanche, met à l'avant-plan les conditions sociales de la production de la folie tout en soulignant que l'accommodation aux « rôles sociaux » n'est pas un signe de santé mentale, mais plutôt d'adaptation sociale. Si l'on se limite à la position de David Cooper, la famille et l'hôpital (ou la mère du schizophrène et le psychiatre) sont les principaux agents sociaux d'une stratégie de recodage d'une « crise microsociale », tout à fait humaine, comme « maladie mentale » et d'un individu inadapté et en crise comme fou¹¹. Dans cette optique, la normativité (conçue schématiquement comme l'apprentissage du rôle) peut rendre l'individu parfois normal (adaptation aux exigences sociales), parfois malade (l'individu ne s'adapte pas et éprouve une crise qui est définie comme de la folie par les autres), mais elle ne rend jamais par elle-même l'individu sain d'esprit (normalité psychologique).

Adaptation sociale et santé mentale ne sont pas des synonymes et c'est en cela que l'humanisme de l'antipsychiatrie s'oppose profondément à celui des pionniers de la psychiatrie occidentale. La santé mentale et la maladie mentale sont respectivement le lot, soit de quelques bienheureux qui savent se faire discrets en faisant preuve d'une certaine capacité de ruser avec les rôles sociaux d'une organisation sociale somme toute malade, soit de quelques malheureux qui n'y parviennent pas et sont condamnés à osciller entre deux « enfers » : la famille et l'hôpital. Dans cette perspective, la seule porte de sortie thérapeutique vers la normalité psychologique (hypothétique) consiste à vivre « librement » l'expérience de la

10. Foucault montre que « ce qui constitue la guérison du fou, pour Pinel, c'est sa stabilisation dans un type social moralement reconnu et approuvé ». Il ne s'agit pas de redevenir tout simplement un homme sain d'esprit, car l'humanité perdue ne peut être recouvrée que dans des « espèces sociales toutes constituées qui ont sommeillé longtemps sous la folie ». Le serviteur fou redevient serviteur sain d'esprit, le général fou redevient général sain d'esprit, le bourgeois fou redevient un bourgeois sain d'esprit. Chacun et chacune reprennent leurs rôles sociaux en quelque sorte là où ils les ont laissés (Foucault, 1977, p. 594-595).

11. Cooper utilise le terme « schizophrénie » de manière extrêmement large, presque comme synonyme de problème de santé mentale grave, mais non forcément chronique. Selon lui, la psychiatrie réfracte et condense la violence sociale sur des « patients désignés » et son rôle institutionnel est de conformer les gens désignés aux attentes de la société. Les maladies psychiatriques ne sont pas « mentales », mais « relationnelles » (Cooper, 1970, p. 15-55).

folie (crise microsociale) dans un espace sans rôles prédéfinis ni situations psychosociales structurées, c'est-à-dire en sortant le « malade désigné » de ce jeu intrinsèquement maladif auquel il a échoué, pour lui permettre de retrouver un « nouvel équilibre »¹² plutôt que de rejoindre un quelconque rôle social, délaissé par cause de maladie mentale. En un mot, il y aurait très peu de malades mentaux, très peu de personnes en santé mentale et beaucoup, l'immense majorité, des gens normaux. C'est-à-dire, ni fous ni en santé mentale, juste adaptés.

On connaît la dimension utopique de la démarche antipsychiatrique (imaginer l'existence d'un espace thérapeutique « hors social » où la crise peut être vécue et surmontée), de même que les rêves thérapeutiques, non moins utopiques, des pionniers de la psychiatrie (en finir médicalement avec un problème non exclusivement médical). On connaît également les retombées négatives de ces deux utopies : d'une part, l'abandon des malades « chroniques » dans les asiles auquel conduisent le réductionnisme et le fatalisme de la raison médicale et, d'autre part, les phénomènes de la « porte tournante », de la judiciarisation et de l'itinérance auxquels conduisent le réductionnisme et l'optimisme de la raison sociale qui sous-estime tant la réalité spécifique de certaines psychopathologies que l'indifférence et l'intolérance de la « communauté ». Aux deux « enfers » de la famille et de l'hôpital s'en ajoute ainsi un troisième, non moins cruel mais en résonance avec les transformations normatives contemporaines : celui de la rue.

Si les pionniers de la psychiatrie (et bien des psychiatres contemporains) ont voulu saisir la folie comme un phénomène tout à fait médical, les pionniers de l'antipsychiatrie (et bien des antipsychiatres contemporains), en revanche, l'ont saisie comme un phénomène tout à fait social. Les deux approches n'ont pas pour autant réussi à venir à bout de la compréhension ni du traitement de ce qu'on appelle aujourd'hui des problèmes de santé mentale. Sociologiser et médicaliser la folie sont des abus comparables qui, tous deux, se répercutent négativement sur le sort concret du malade : déresponsabilisé comme « patient » (et parfois surmédicamenté) ou hyperresponsabilisé comme « usager » (et parfois abandonné). Du même coup, on invalide l'intention sincèrement humaniste de deux élans réformateurs.

12. Kingsley Hall est la communauté thérapeutique la plus célèbre où la non moins célèbre Mary Barnes a réalisé son voyage à travers la folie (descente et remontée) qui lui a permis non de retourner à son ancien rôle social (infirmière), mais de devenir quelqu'un d'autre (artiste) (Barnes et Berke, 1973).

Les ethnopsychiatres ont signalé, notamment en étudiant la « folie des autres », l'élargissement indu du champ de la médecine mentale qui permettait à ce dernier de capter toute forme de déviance comme maladie (pathologisation de la marginalité), mais ils ont également critiqué l'interprétation abusive de toute folie comme « construction sociale » à partir du repérage d'un comportement déviant. La double critique du culturalisme (le culturel fonde le psychisme) et du psychologisme (le psychisme fonde le culturel) cherche à montrer que culture et psychisme sont des phénomènes aussi irréductibles qu'inséparables (Georges Devereux dira « co-émérgents » ; Devereux, 1970). Ce constat conduit les ethnopsychiatres à postuler la nécessité d'une épistémologie complémentaire qui ferait le pont entre la psychiatrie (la psychanalyse ou la psychologie) et l'ethnologie, plutôt qu'entre le corps et l'esprit, et ce, afin de comprendre ce que la folie veut dire sans la détacher de la norme ni la réduire à la déviance de la norme. Si tous les déviants ne sont pas fous et si tous les fous ne sont pas déviants, les non-déviants ne sont pas forcément normaux du point de vue psychologique. La normalité psychologique est une réalité différente, mais non détachée, de l'adaptation sociale (ou de la normalité sociale). L'adaptation sociale, de même que l'inadaptation sociale, peut contribuer tant à la folie qu'à la santé mentale. On peut être fou et adapté, ou mésadapté et en bonne santé mentale. Les antipsychiatres ont bien signalé le problème : les modes de prise en charge institutionnalisés, et c'est pour cela qu'ils sont institutionnalisés, s'attaquent le plus souvent au « soi social » de l'individu (ou à la part sociale de soi) dans un souci d'adaptation afin de lui permettre, comme Pinel jadis, de revenir aux rôles sociaux institués.

Cela ne permet cependant pas de résoudre un problème théorique majeur : s'il est tout à fait aisé de définir la « normalité sociale » en référence directe à la capacité d'adaptation sociale des individus, il semble impossible d'arriver à une définition de ce qui serait la « normalité psychologique » individuelle, ou la « vraie santé mentale » des antipsychiatres sans tomber dans des généralités peu opérationnalisables¹³ ou dans des substantialismes anthropologiques (la nature humaine est ceci ou cela). On peut toutefois garder à l'esprit l'idée que Roger Bastide emprunte à Canguilhem sur la pertinence de définir le normal psychologique par la

13. François Laplantine énonce quatre critères de normalité « métaculturelle » que je résume comme suit : 1) aptitude à la communication ; 2) solidarité de la culture avec les intérêts du Moi, plutôt qu'avec les pulsions du Ça et les intérêts du Surmoi ; 3) aptitude à s'aimer suffisamment soi-même, à préférer vivre plutôt que mourir ; 4) reconnaissance d'un monde extérieur distinct de soi (Laplantine, 1988, p. 96-97).

capacité d'être normatif, plutôt que par l'adaptation à la norme, ce qui renvoie à la capacité individuelle et collective de modifier la norme à partir de la norme, chair du social. De ce fait, c'est-à-dire du constat de l'inexistence d'un vide social quelconque ou d'une substance anthropologique (le hors-norme des antipsychiatres, l'idée de la communauté thérapeutique non institutionnalisée, le sujet transcendant des Lumières, etc.), un certain relativisme semble incontournable. Hier comme aujourd'hui, ce sont les agences gouvernementales, les familles ou les personnes affectées elles-mêmes, du moins une partie d'entre elles, qui « savent », et ce savoir est social, ce que signifie avoir un problème de santé mentale. Hier comme aujourd'hui, ce sont ces mêmes institutions et individus qui demandent ou déclenchent une réponse institutionnelle (médicament psychotrope, psychothérapie, internement, accompagnement, soutien social, revendication de droits particuliers, etc.) lorsqu'un problème est codé comme relevant du domaine de la santé mentale.

La définition d'un « problème » comme relevant du champ de la santé mentale est un processus social, culturel et médical complexe. Il demeure toutefois une certitude plus empirique que théorique à savoir que certains problèmes de santé mentale semblent être plus proches des variations de la normativité que d'autres. Si l'on sépare grossièrement les « psychoses » (troubles sévères fort handicapants touchant une minorité de la population) des « névroses » (troubles moins handicapants mais fort généralisés), on constate que, par rapport aux premières, ces dernières s'avèrent plutôt : historiquement volatiles (elles apparaissent, deviennent épidémiques et disparaissent, par exemple l'hystérie hier et la dépression aujourd'hui) ; floues (en transformation constante, de symptomatologie riche et ambiguë) ; enfin, formidables révélateurs des manquements aux impératifs sociaux (l'hystérie comme révélateur de la rectitude sexuelle du XIX^e siècle, ou la dépression, comme manifestation de l'envers des exigences de performance sociale contemporaine). C'est en ce sens que Roger Bastide affirmait il y a longtemps que les « névroses », ainsi définies, semblent constituer un objet plus adéquat pour la sociologie que les « psychoses » (Bastide, 1965). Cela ne veut absolument pas dire que les psychoses relèvent du domaine médical et les névroses du domaine social. Les travaux de Barrett, entre autres, montrent les complexes dimensions sociales de la « schizophrénie » (Barrett, 1999), label qui réunit, par ailleurs, un ensemble de tableaux cliniques variés et complexes, dont les marqueurs biologiques demeurent introuvables.

Cette remarque devient d'autant plus pertinente dans le cas des sociétés contemporaines où la référence à la santé mentale, plus englobante, a remplacé celle de maladie mentale, plus restreinte. Le « succès » de la notion de santé mentale peut être compris comme « l'expression d'une

réorganisation des rapports entre maladie, santé et socialisation¹⁴». qu'Alain Ehrenberg résume à l'aide d'une autre l'image ironique : le « grand renversement ». Cette nouvelle transformation institutionnelle est marquée essentiellement par : un retournement hiérarchique majeur suivant lequel la maladie mentale (phénomène en principe restreint au domaine médical) devient un aspect subordonné de la santé mentale et de la souffrance psychique (phénomène multiforme, en élargissement constant et ouvert à de multiples domaines) ; une favorisation des modes de prise en charge permettant au patient en traitement (appelé usager, client, bénéficiaire, etc.) de devenir un acteur de « sa » propre maladie, de « sa » souffrance ou de « son » problème de santé mentale ; et une subordination de la contrainte institutionnelle au consentement éclairé de l'« usager » lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre une démarche thérapeutique.

Le nouvel usager est donc conçu comme un patient « compétent », c'est-à-dire qui ne fait pas que « pâtir », mais qui devient capable de « gérer » ses symptômes et sa thérapie (médicamenteuse ou non) en ce sens qu'il doit s'impliquer en tant qu'individu singulier dans la résolution de « son » problème de santé mentale. Ces trois dimensions du « grand renversement » constituent autant de références aux nouvelles règles de l'individualité contemporaine caractérisées par la promotion de l'autonomie, de la responsabilité individuelle et de la valorisation de la prise d'initiatives individuelles. Dans ce contexte, les problèmes de santé mentale sont de plus en plus définis en termes de handicaps qu'on pourrait formuler rapidement comme la réduction des opportunités sociales de la personne imputable (scientifiquement, symboliquement, socialement) à des déficits psychiques ou mentaux (manque de motivation, fatigue mentale, anxiété, agitation, etc.).

Le problème se pose donc à nouveau : comment démêler l'imbrication du dysfonctionnement social (inadaptation sociale) et du problème de santé mentale ? Est-il seulement possible de le faire ? Est-ce méthodologiquement pertinent de le faire ? En outre, l'accent mis sur le rôle de l'« usager-client » comme acteur non seulement de « sa » maladie mentale et de « sa » souffrance psychique, mais également de « sa » santé mentale, rend encore plus obscure la distinction entre normalité psychologique (être normatif à partir de la norme) et adaptation sociale (s'adapter aux impératifs sociaux). Normalité psychologique et normalité sociale (ou adaptation) se confondent à nouveau. L'autonomie n'est-elle pas devenue la grande norme de l'individualité contemporaine ? On sait en effet

14. Je simplifie les arguments d'Alain Ehrenberg (2004).

qu'être adapté signifie aujourd'hui devenir un acteur autonome de sa trajectoire de vie, non seulement responsable de ce qu'il fait, mais également responsabilisé de ce qui lui arrive (Martuccelli, 2004). Encore une fois, la normativité sociale semble rattraper, en le « gouvernementalisant », pour utiliser le terme de Foucault (2001), ce qui tente de lui échapper, en s'adaptant à son tour elle aussi. Les antipsychiatres pensaient que les personnes véritablement en santé mentale (et non seulement adaptées) avaient la capacité de ruser avec les rôles sociaux. Dans le contexte normatif actuel, peut-on encore ruser avec cette ruse ? Et si oui, comment ? Quelle forme prendrait aujourd'hui une santé mentale distincte de l'adaptation sociale ?

4. LES RÈGLES DE L'INDIVIDUALITÉ CONTEMPORAINE : LE PÔLE DE L'ADAPTATION SOCIALE

Les culturalistes (le culturel fonde le psychisme) et les psychologues (le psychisme fonde le culturel) se sont souvent entendus, bien que sans trop se parler, au moins sur un point : les sociétés occidentales exigent des individus qu'ils fassent preuve d'une adaptation permanente à des normes sociales en changement constant. Margaret Mead (1978) avait déjà défini les sociétés occidentales comme « préfiguratives », c'est-à-dire des sociétés à changement très rapide où l'expérience transmise par les aînés semble peu utile aux plus jeunes, qui se trouvent dans une situation analogue à celle de l'immigrant ou du pionnier. Geza Roheim (1967, 1972), critique acerbe des anthropologues qui récusaient l'universalité du complexe d'Œdipe, soulignait pour sa part un fait majeur en Occident : le passage des sociétés à évolution lente à des sociétés à changement rapide, qu'il nommait avant la lettre des « sociétés à orientation thérapeutique ». Dans ces sociétés, caractérisées par l'exigence d'un effort d'adaptation permanent, les interventions psychothérapeutiques (aujourd'hui on dirait « en santé mentale ») jouent un rôle majeur dans les processus de socialisation.

Beaucoup d'auteurs ont réfléchi au phénomène de la psychologisation des rapports sociaux et à l'expansion inédite du champ de la santé mentale dans les sociétés occidentales contemporaines (Roheim, Foucault, Castel, Sennett, Lash, Lipovetsky, Melman, etc.) à partir de cadres d'analyses différentes (la psychanalyse, la sociologie, la philosophie, l'anthropologie, etc.). J'ai utilisé, en modifiant la formule de Castel, l'expression « psychanalyse sans psychanalyse » pour désigner la généralisation d'une dynamique sociale de rabattement de nombreuses problématiques sociales dans les champs du psychologique, sans plus avoir besoin de faire appel à la psychanalyse (Otero, 2003). Avec des auteurs si différents que Castel,

Bourdieu, Martuccelli et Ehrenberg, je ne crois pas non plus au phénomène de l'affaiblissement de la normativité sociale qui permettrait un nouvel épanouissement débridé de la subjectivité. Pierre Bourdieu affirmait à ce sujet que la normativité des sociétés actuelles se fonde de plus en plus sur l'institution de l'insécurité (Bourdieu, 2001). Aux formes de précarisation liées aux cycles « naturels » d'expansion et de récession de l'économie capitaliste, s'ajoute aujourd'hui l'application systématique d'un « management rationnel » qui institutionnalise la précarité et l'insécurité comme mode de fonctionnement « normal » non seulement dans l'organisation du travail, mais de plus en plus comme style de vie (famille, couple, amitié, sexualité, loisirs, etc.).

Dans le domaine de la santé mentale¹⁵, il est couramment accepté aujourd'hui que l'un des « déterminants sociaux » des problèmes de santé mentale est ce que l'on appelle le « stress environnemental ». Ce stress, impossible à définir de façon précise, serait lié, entre autres, à l'instabilité de l'ensemble des contextes de vie actuels auxquels « il faut » s'adapter et à l'incapacité des individus de contrôler ce qui leur arrive (manque d'*empowerment*, nous dit-on). En revanche, le renforcement de la capacité des sujets à s'adapter au « stress environnemental », plutôt qu'à problématiser les expériences de difficulté qui y sont associées, constitue l'un des principaux « déterminants psychologiques » de la « santé mentale ». L'un des plus importants psychiatres canadiens, Heinz Lehmann, affirmait que les deux facteurs essentiels dans la « promotion de la santé mentale » sont l'*empowerment* et la gestion du stress (Lehmann, 1997). Inversement, l'une des dimensions essentielles de la vulnérabilité psychologique est, d'une part, l'incapacité des sujets « à faire face » (*coping*) au stress environnemental, ce que les intervenants thématisent souvent par la formule « manque de compétences psychosociales » et, d'autre part, l'incapacité des sujets à faire preuve d'autonomie, à prendre des initiatives, à être responsables de soi, ce qu'au niveau de l'intervention l'on résume souvent par l'expression « se prendre en main ».

Il n'est donc pas étonnant qu'à côté du « management rationnel » qui institutionnalise la précarité et l'incertitude sur le plan de l'organisation du travail (Boltanski et Chiapello, 1998), apparaisse, comme son ombre, un « management thérapeutique », psychopharmacologique ou non, dont le rôle premier consiste à développer les compétences individuelles d'adaptation. Parmi ces compétences, la gestion du stress et

15. De nombreuses disciplines ont affaire à la « santé mentale » des individus ou des groupes, dont la psychologie, la psychiatrie, la psychoéducation, la criminologie, la psychanalyse, le travail social, l'ergothérapie, les travailleurs de rue, les conseillers, etc. Toutefois, la signification du mot « santé », d'une part, et la nature, les limites et la localisation du « mental », d'autre part, sont l'objet de multiples débats.

L'*empowerment* (appropriation du pouvoir) occupent une place centrale. L'importance croissante des stratégies d'intervention en santé mentale en tant que productrices de normativité sociale dans les sociétés libérales n'est pas étrangère à la réorganisation (plutôt qu'au retrait) des formes de gestion des « dysfonctionnements » sociaux par les agences gouvernementales en matière de santé et de services sociaux enclenchée notamment à partir de la deuxième moitié des années 1970. Il ne s'agit plus seulement de pallier des « dysfonctionnements », mais encore de « produire » des comportements désignés aujourd'hui, rectitude politique oblige, comme « adaptés » plutôt que « normaux ». S'il est vrai que la normativité sociale s'est profondément transformée, il demeure néanmoins que l'exigence de conformité à certains modèles de conduite ainsi que les stratégies de gestion de comportements jugés problématiques n'ont pas pour autant disparu ; elles se sont complexifiées.

La réorganisation globale actuelle des stratégies d'intervention en santé mentale psychopharmacologiques et non psychopharmacologiques (cognitivo-comportementalisme, communautarisme, néohumanisme) est indissociable de l'émergence d'un mode de régulation des conduites qui traduit une part significative des clivages, des tensions et des conflits sociaux en termes de « manque d'habiletés et de compétences psychosociales », « perte d'autonomie », « inadaptation psychologique », « fatigue mentale », « mal-être identitaire », « ralentissement (ou accélération) psychomoteur », « hyperactivité », « troubles de l'humeur », « troubles de l'attention », etc. Autant de « thèmes » qui signalent une faille psychologique ou psychiatrique (c'est-à-dire « mentale ») qui se répercute au niveau des modes d'institution de l'individualité contemporaine (notre soi social actuel). Ces « thèmes » psychologiques contribuent à baliser les contours de la vulnérabilité sociale comme l'envers des caractéristiques de l'individualité actuelle ou, en d'autres termes, la manière sociale d'être un individu aujourd'hui.

L'individu contemporain est certes amené à se concevoir de plus en plus comme un être responsable et d'initiative dont le sort social dépend essentiellement de sa capacité individuelle d'adaptation aux « environnements sociaux » où il évolue (famille, travail, école, etc.). Toutefois, l'exigence d'adaptation s'avère une tâche d'autant plus éprouvante que les « modes d'emploi » sociaux (comment s'y prendre pour s'adapter aux exigences sociales changeantes) sont aussi davantage « à la charge » des individus responsables non seulement de ce qu'ils font, mais également de qui leur arrive (Martuccelli, 2004). Ce « supplément de travail d'adaptation sociale » mis sur le compte de la responsabilité individuelle et de l'initiative du sujet qui contribue à sa socialisation nécessite souvent des « supports » qui permettent à ce dernier d'agir « en son propre nom ». Et

les « supports institutionnalisés » sont de plus en plus d'ordre psychologique, psychobiologique ou psychosocial, mais pas n'importe lesquels. L'exigence normative d'autonomie, de performance et d'adaptation continue, telle qu'elle se présente dans les sociétés libérales actuelles, semble en effet peu compatible avec des stratégies d'intervention « à long terme » et « en profondeur » comme celles qui s'inspirent de la psychanalyse. Il semble plus pertinent aujourd'hui d'intervenir exclusivement sur ce qu'on pourrait appeler les dimensions mécanique et énergétique de l'individualité, c'est-à-dire le corps machine (techniques cognitivo-comportementales) et le corps organisme (médicaments psychotropes), que sur l'épaisseur biographique de la singularité des sujets.

En effet, les médicaments psychotropes (antidépresseurs, stimulants du système nerveux central, anxiolytiques, etc.) sont réputés être capables de réguler l'activité et/ou l'humeur¹⁶, et les techniques d'intervention psychosociale ou psychothérapeutiques (notamment d'inspiration cognitivo-comportementale, néohumaniste et communautaire) sont censées « réadapter » les compétences sociales (apprentissage de la gestion des cognitions, des comportements et des émotions) en fonction des « exigences environnementales » du moment ou du niveau de « stress » des situations particulières. Ce que je tente de montrer s'énonce comme suit : les thérapies mentales contemporaines (psychopharmacologiques ou pas) continuent de viser pour l'essentiel la partie sociale de l'individualité, que l'on conçoit comme vulnérabilisée, et non une singularité subjective et historique individuelle. Bien que la plupart des intervenants en santé mentale se targuent de désigner leurs démarches thérapeutiques comme un moyen d'aider les « clients » à satisfaire « leurs besoins » à « leur façon », hier comme aujourd'hui, dans l'immense majorité des cas, « ce dont le client/usager a besoin » se confond avec « ce dont l'environnement a besoin ». Autrement, il faudrait parler de transformation de la normativité plutôt

16. Les médicaments psychotropes agissent-ils sur l'humeur (tristesse, excitation psychologique, etc.) ou sur l'action (ralentissement ou accélération des activités, de la pensée, etc.) ? Il s'agit d'un débat passionnant dans la psychiatrie contemporaine. Si l'on prend l'exemple de l'action thérapeutique des antidépresseurs, la tendance actuelle est d'affirmer que c'est la capacité d'action du déprimé qui est restaurée par l'action attribuée aux molécules chimiques. Lorsque le patient retrouve son dynamisme, il devient capable de lutter contre la tristesse, les pensées douloureuses et les idées noires, et non l'inverse. Encore une fois, c'est le corps qui se trouve au centre de la stratégie d'intervention, conçu comme véritable siège et source de l'action. Daniel Widlöcher, psychiatre et psychanalyste, affirme : « Quelqu'un peut souffrir, mais pour qu'il soit déprimé, il lui faut plus que souffrir, il lui faut être bloqué dans ses activités. C'est toute la différence entre quelqu'un de triste, sur lequel les antidépresseurs n'auront pas d'effet, et un déprimé. » D. Widlöcher, *La psyché carrefour*, Paris, Georg, 1997, p. 73. Pour une discussion sur la « spécificité » des médicaments psychotropes, voir Collin (2005).

que d'affaiblissement de celle-ci, car l'exigence d'individualité, en un mot celle de faire preuve d'autonomie et de singularité, est aujourd'hui une règle adaptative.

Les figures de l'adaptation dessinent, en creux, les figures de l'inadaptation ; les unes et les autres sont institutionnalisées, mais non fixées à jamais. Les individus « savent » aussi bien ce que signifie être « autonome et responsable » qu'être « anxieux et déprimé », car ce sont les formes sociales, et non individuelles, du large corridor de la normativité contemporaine comme moyenne, en ajustement perpétuel, et non comme équerre. En ce sens, ces deux « ensembles anthropologiques » de l'individualité contemporaine (autonomie et responsabilité, d'une part ; dépression et anxiété, d'autre part) sont complémentaires et balisent à la fois la normalité et la pathologie, car ils surgissent du même socle normatif. L'injonction à devenir soi-même par soi-même vise non pas des individus particuliers, mais la forme sociale actuelle de l'individualité dans chaque individu. En effet, en lisant les diagnostics concernant les troubles de l'humeur, notamment les univers de la dépression et de l'anxiété, ou les cas cliniques correspondants dans le DSM IV, on ne peut que se sentir interpellé et, dans une certaine mesure, s'identifier avec les items évoqués, comme on pouvait l'être trente ans en arrière à la lecture de la description des névroses freudiennes. L'un des secrets du « succès » de la diffusion d'un « trouble mental » tel que la dépression ou l'anxiodépression, se trouve dans ceci : il fait déjà partie de notre soi social normal comme vulnérabilité potentielle et nous trouvons vraisemblable la perspective d'y basculer un jour ou l'autre, en fonction de certaines circonstances censées l'« activer » (deuil, chômage, contre-performance sociale, etc.).

Comme le montre Didier Fassin, la montée de la souffrance psychique « désigne une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être psychique par son être en société » (Fassin, 2004, p. 9), ce qui ne signifie point de nier l'existence des psychopathologies, graves et moins graves, mais de penser leurs inéluctables dimensions sociales comme indissociables des « problèmes de santé mentale ». Danilo Martuccelli souligne lui aussi l'importance de comprendre le contexte plus large dans lequel « la psychologie et sa vulgate langagière apparaissent comme un puissant facteur de traduction publique de difficultés personnelles », c'est-à-dire de placer un processus plus large « à la racine de cette psychologisation » et le tout, encore une fois (Martuccelli, 2005, p. 43-44), sans réduire ces « difficultés personnelles » au social, car elles existent individuellement et parfois psychopathologiquement.

Si la sociologie nous a appris quelque chose, c'est qu'il n'existe pas de société sans fous, sans malheur et sans souffrance, de même qu'il n'existe pas de société sans drogues ou sans crime. Le contraire est tout

simplement un contresens sociologique, c'est-à-dire une variété, certes récurrente, de l'utopie sociale et scientifique. À moins de considérer les problèmes de santé mentale et les stratégies d'intervention psychologiques et psychiatriques comme détachées du social, par définition à la fois normatif et conflictuel, l'état de santé mentale tel que rêvé par l'OMS, cette « complétude » physique, mentale et sociale, ne peut se réaliser. Il y aura toujours une « nervosité d'adaptation », tant qu'il y a aura de la normativité, c'est-à-dire de société. Car la « nervosité sociale » est une manière d'exprimer, entre autres, de la résistance, de l'inconfort, de l'inadéquation ou de l'incompréhension, par des symptômes, la souffrance ou le « passage à l'acte », à l'égard des injonctions sociales. Hier les névroses freudiennes, aujourd'hui les anxiodépressions permettent de mettre en lumière les tensions produites par la forme sociale de l'individualité dans chaque individu singulier. Si les vieilles définitions de la santé renvoient au silence dans la vie des organes, la définition actuelle de la santé mentale « complète » renvoie à un autre silence : l'adaptation dans la vie des institutions¹⁷. En d'autres mots, comme le disait Pascal, à cet autre tour de folie de n'être pas fou.

BIBLIOGRAPHIE

- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE ET WYETH PHARMACEUTIQUES (2003).
- BARNES, M. et J. BERKE (1973). *Mary Barnes, voyage à travers la folie*, Paris, Seuil.
- BARRETT, R. (1999). *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.
- BASTIDE, R. (1965). *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion.
- BOLTANSKI, L. et È. CHIAPELLO (1998). *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.
- BOURDIEU, P. (2001). *Contre-feux 2*, Paris, Raisons d'agir.
- CANGUILHEM, G. (1950). *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France.
- CARADEC V. et D. MARTUCCCELLI (dir.) (2004). *Matériaux pour une sociologie de l'individu*, Lille, Septentrion.
- CASTEL, R. (1981). *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Minuit.

17. Pour une liste des objectifs « thérapeutiques » loufoques dans le domaine de la santé mentale dans le cas du Québec, voir M. Otero, *Les règles de l'individualité contemporaine, Santé Mentale et société*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2003, chapitre 8, « Le bonheur est enfin possible », p. 278-311.

- CASTEL, R. (1973). *Le psychanalisme*, Paris, Maspéro.
- COLLIN, J. (2005). « Médicament psychotropes : quelques mythes à détruire », dans M. Otero (dir.), *Nouveau malaise dans la civilisation. Cahiers de recherche sociologique*, n^{os} 41-42, automne, p. 115-134.
- COLLIN, J., H. DOUCET, D. LAFORTUNE, L. MONNAIS, M. OTERO, M.E. BLANC et M. PROULX (2005). *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives et les objets de travail à prioriser*, Conseil de la santé et du bien-être, Québec, Gouvernement du Québec, 85 p.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (2003). *La consommation de psychotropes : portrait et tendances au Québec*, Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- COOPER, D. (1970). *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Paris, Seuil.
- DEVEREUX, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.
- DSM-IV-TR (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Washington et Paris, American Psychiatric Association et Masson.
- EHRENBERG, A. (2004). « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, mai.
- EHRENBERG, A. (2003). *L'esprit neurologique*, conférence dans le cadre du colloque *Médicaments psychotropes et société*, pour le 72^e Congrès de l'ACFAS, 10 mai.
- EWALD, F. (1992). « Michel Foucault et la norme », dans L. Giard (dir.), *Michel Foucault : lire l'œuvre*, Paris, Jérôme Millon.
- FASSIN, D. (2004). *Des maux indicibles*, Paris, La Découverte.
- FOUCAULT, M. (2001). *Dits et Écrits*, II, Paris, Gallimard, p. 635-657.
- FOUCAULT, M. (1977). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- HEMELS, M. et al. (2002). « Increased Use of Antidepressants in Canada : 1981-2000 », *The Annals of Pharmacotherapy*, vol. 36, n^o 9, p. 1375-1379.
- IMS 1 (2005). <www.imshealthcanada.com/htmfr/3_1_41.htm>.
- IMS 2 (2004). <www.imshealthcanada.com/htmfr/4_2_1_34.htm>.
- IMS 3 (2005). <www.imshealthcanada.com/htmfr/4_2_1_54.htm>.
- LANDREVILLE, P., D. MORIN et D. LABERGE (2002). « Déjudiciarisation en santé mentale à Montréal », *Les politiques sociales*, 62^e année, n^{os} 1-2, p. 94-103.
- LAPLANTINE, F. (1988). *L'ethnopsychiatrie*, Paris, Presses universitaires de France.
- LEHMANN, H. (1997). « Préface », dans L. Blanchet et al., *La prévention et la promotion en santé mentale*, Montréal, Gaëtan Morin, p. XV-XVIII.
- MARTUCCELLI, D. (2005). « Critique de l'individu sociologique », *Cahiers de recherche sociologique*, n^{os} 41-42, automne, p. 43-64.
- MARTUCCELLI, D. (2004). « Figures de la domination », *Revue française de sociologie*, p. 469-497.
- MARTUCCELLI, D. (2002). *Grammaires de l'individu*, Paris, Gallimard.
- MASSÉ, R. (2003). *Éthique et santé publique*, Québec, Presses de l'Université Laval.

- MEAD, M. (1978). *Culture and Commitment: The New Relationships between the Generations in the 1970s*, New York, Columbia University Press.
- MEOS (2003). *Psychopharmacologie et psychothérapie dans les principales revues de psychiatrie*, rapport de recherche préliminaire, Équipe MEOS, Montréal.
- MONTMARQUETTE, C. (2001). *Pour un régime d'assurance médicaments équitable et viable*, rapport préparé par le Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde – La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1993). *CIM-10/ICD-10 Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*, Genève, OMS.
- OTERO, M. (dir.) (2005). « Nouveau malaise dans la civilisation », *Cahiers de recherche sociologique*, nos 41-42, automne.
- OTERO, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, Québec, Presses de l'Université de Laval.
- OTERO, M. (2000). « Les stratégies d'intervention psychothérapeutique et psychosociale au Québec. La régulation des conduites », *Sociologie et sociétés*, vol. 32, n° 1, p. 213-228.
- POIRIER, D. (2005). *La dialectique de l'identité sourde: entre la culture et handicap*, thèse de doctorat. Montréal, Université du Québec à Montréal.
- ROHEIM, G. (1972). *Origine et fonction de la culture*, Paris, Gallimard.
- ROHEIM, G. (1967). *Psychanalyse et anthropologie*, Paris, Gallimard.
- SANTÉ CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes: santé mentale et bien-être*, <www.statcan.ca/Daily/Francais/030903/q030903a.htm>.
- VITARO F. et C. GAGNON (dir.) (2000). *Prévention des problèmes d'adaptation*, tomes I et II, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- WIDLÖCHER, D. (1997). *La psyché carrefour*, Paris, Georg.

4

DÉPENDRE DE SOI
L'usage au long cours
des médicaments psychotropes**Philippe Le Moigne***Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société (CESAMES)*

Le discours sur la toxicomanie, sa constitution en problème social, les pratiques d'abus des substances mettent en jeu la même obligation morale. Que l'engagement à l'égard des drogues soit préventif, dénonciateur ou prosélyte, il en appelle globalement à la nécessité de promouvoir la défense, le maintien, la réparation ou l'amélioration de l'individu (Ehrenberg, 1998b). Les oppositions que suscite la prescription des médicaments psychotropes sont inscrites dans le même cadre. Elles s'alimentent à une philosophie morale argumentée *à partir du sujet*. La visée thérapeutique des substances pourrait laisser supposer que les notions de dépendance ou d'addiction n'ont pas ici leur place. Ce serait sans compter sans la diffusion des recours chroniques et des marques de surinvestissement dans le produit. Cet état de fait a été établi très tôt par la psychopharmacologie et imprègne depuis lors le discours des publics consommateurs. On a vu apparaître ici des modes d'explication, qu'ils émanent des sciences ou des usagers, parfaitement conformes au dualisme que sous-tend obligatoirement l'interprétation d'une pratique énoncée à partir du sujet : ou bien la « dérive » vers la chronicité et le surinvestissement est suscitée par des causes externes à l'individu (effet d'induction du produit, contrainte ou influence exercée par le milieu de vie, le prescripteur, les laboratoires pharmaceutiques, etc.), ou bien elle relève d'une tendance qui lui est imputable

(trait de caractère, insuffisance personnelle, particularité de pensée, etc.). En ce sens, le premier objectif de cet article est de montrer que *ces discours* traversent l'ensemble de l'espace social dédié à l'usage des produits, depuis les concepteurs des médicaments et leurs prescripteurs jusqu'à leurs consommateurs. La première partie du texte est consacrée tout particulièrement à la genèse puis aux évolutions de ce discours en psychopharmacologie et psychopathologie.

Mais les termes par lesquels un effet de dépendance est imputé à l'usage des médicaments psychotropes gouvernent également *la pratique* de prescription des produits et le destin de leur consommation. Le produit s'intègre ici à la même équation. C'est là l'objet de la seconde partie de l'article, qui a trait à un bref compte rendu d'entretiens conduits auprès d'usagers chroniques et de leurs prescripteurs. Elle vise à montrer que, à durée de recours égale, la chronicité n'engage ni la même relation au produit ni la même légitimité de recours selon qu'elle s'intègre à une définition de problèmes énoncée dans des termes environnementaux ou d'un rapport de soi à soi. Les entretiens conduisent à penser que plus l'autonomie de soi est visée par l'usager, et à la fois démentie par sa souffrance et la nécessité de la prescription, plus la chronicité de l'usage engage une relation de proximité avec le médicament, sans pour autant déboucher sur une réelle amélioration. « La dépendance aux produits » se lirait mieux chez ces usagers comme l'extension d'une dépendance d'abord exprimée à l'égard de soi.

Là, comme ailleurs, la qualité chimique du produit ne suffit pas à en déterminer l'usage. Pour autant, cela n'autorise pas à dire que les consommations dites à « problèmes » n'ont pas d'épaisseur, ou que leur qualification relève d'un parti pris, d'une désignation culturelle ou arbitraire. On peut échapper à ce relativisme en observant l'économie de l'usage à partir des fondements que les usagers lui octroient et de ses éventuelles déviations au regard précisément de ces fondements. Ici, de manière surprenante à première vue, c'est l'économie de la dépression qui entretient le rapport le plus contradictoire avec la mise en œuvre de la thérapeutique. Cela se comprend, comme on le verra, si on considère que ces patients mettent au premier plan l'organisation problématique de leur subjectivité (Ehrenberg, 1998a).

En vue de développer l'ensemble de cet argument, on cherchera d'abord à montrer comment la psychiatrie a tenté de penser la question de la dépendance aux médicaments psychotropes depuis leur invention. L'évocation de la pensée psychopathologique et psychopharmacologique, de son évolution, de ses controverses et de leurs règlements, mais également de ses impasses, peut être utile à l'interprétation sociologique ou anthropologique du recours aux médicaments psychotropes, notamment

à la compréhension de leur usage par les consommateurs. Dans la seconde partie du texte, on tentera de montrer quelle peut être l'utilité de cet éclairage historique lorsqu'il s'agit, pour le sociologue, de comprendre pourquoi la gestion des médicaments s'avère contreproductive aux yeux mêmes des usagers. On s'appuiera ici sur une présentation succincte d'un programme de recherches que nous avons pu conduire dans ce domaine.

1. LES CARACTÉRISATIONS COMPORTEMENTALES ET NEUROPHYSIOLOGIQUES

La psychiatrie a reconnu très tôt la possibilité d'une induction de dépendance par les médicaments psychotropes. Dans les années 1960, peu après la création des premiers produits, le phénomène n'était d'ailleurs pas distingué des formes générales de la toxicomanie. Peu à peu, cette qualification a été réduite à la caractérisation d'abus ou d'effet secondaire. À la suite de quoi un discours anti-pharmacologique s'est développé au sein même de la discipline, au point de constituer l'une des nouvelles veines de l'anti-psychiatrie. Cette critique, qui a largement essaimé depuis, reprend le thème de la dépendance en partant le plus souvent des caractéristiques des produits. Mais, qu'il soit question de plébisciter la prescription pour ses vertus thérapeutiques ou prophylactiques ou d'en dénoncer les abus ou les effets pervers, le discours emprunte chaque fois au même registre : celui de la défense ou de la condamnation du sujet. Voyons en quoi.

1.1. L'ÉTAT DE L'ART : LE STANDARD PSYCHIATRIQUE

Les qualifications cliniques et psychopharmacologiques des consommations durables de médicaments psychotropes hésitent depuis l'origine entre une série d'interprétations qui ont évolué comme suit :

1.1.1. La dépendance

Une des données les plus récurrentes des écrits psychiatriques sur l'usage des médicaments psychotropes peut s'énoncer de la manière suivante : l'usage des produits entraîne peu souvent une tolérance (c'est-à-dire une gradation du dosage pour compenser la perte d'effet), et l'arrêt du traitement suscite rarement une sensation de manque qui acculerait le patient à une recherche compulsive du produit. En cela, les médicaments psychotropes ne seraient pas inducteurs de toxicomanie. Toutefois, l'arrêt du traitement occasionne chez certains patients de véritables gênes, tant physiologiques que psychiques, perturbations qui les inclineraient à reprendre leur consommation et à s'enfermer ainsi dans un usage chronique :

ce phénomène, nommé syndrome d'abstinence (ou syndrome de retrait, de sevrage ou encore d'interruption), constitue selon la clinique le critère essentiel de la dépendance aux médicaments psychotropes. Comme le souligne Tyrer en 1981 (Tyrer et Rutherford, 1981), les symptômes du syndrome de sevrage sont proches de la pathologie ayant motivé la thérapeutique. Insomnie, dysphorie extrême, anxiété, tension, dépression, changement sensoriel et perception dégradée des mouvements en constituent les premiers signes.

Ce phénomène est remarqué par la plupart des pionniers de la psychopharmacologie. Dès 1961, Hollister décrit le phénomène pour le Librium® (Hollister *et al.*, 1961), constat qui sera étendu par Covi en 1973 à la plupart des benzodiazépines (Covi *et al.*, 1973). En 1961 également, Donald Klein, grand spécialiste de l'anxiété, fait la même observation mais pour les antidépresseurs imipramines (Kramer *et al.*, 1961). Le phénomène sera également reconnu pour l'amitriptyline par Disalver en 1984 (Disalver et Greden, 1984) et par l'OMS pour les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine en 1998, pour la paroxétine en particulier (OMS, 1998). Les symptômes de sevrage dissuaderaient les patients d'arrêter leur consommation et, comme le souligne Hollister en 1961, ces symptômes apparaissent rarement parce que les patients les devancent en reprenant leur consommation. Jonathan Cole, en 1964, va plus loin encore puisqu'il laisse entendre que les substances antidépresseuses ont un effet psychostimulant, euphorisant, qui pourrait conduire les patients à démontrer un attachement excessif pour le produit, indépendamment de ses vertus thérapeutiques (Cole, 1964). Selon une position tempérée, il est question de considérer que c'est l'amélioration elle-même qui peut être vecteur de dépendance (Eddy *et al.*, 1965). Mais, une perspective plus radicale se dessine également ici. Elle n'est pas sans rappeler la fonction que Nathan Kline, l'inventeur de l'iproniazide (IMAO), entendait réserver dès les années 1960 aux antidépresseurs sous le terme d'*énergiseur psychique* (Kline, 1974). Cette position rejoint le thème développé aujourd'hui sous le nom de pharmacocosmétique, notamment par Peter Kramer : l'attachement au produit provient non seulement de ses vertus thérapeutiques, mais du fait qu'il élève ou épanouit l'individu, en un mot, le transforme positivement (Kramer, 1994).

1.1.2. L'addiction : la distinction entre la dépendance et l'abus

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e édition, publié en 1980 (APA, 1980), reconnaît que le syndrome de dépendance peut s'appliquer à n'importe quelle substance dès lors qu'on peut en abuser ou que le consommateur ne parvient pas à interrompre l'usage. Il définit la dépendance aussi bien dans les termes de la tolérance (toxicomanie) que

du syndrome d'abstinence, et reconnaît donc sa probabilité pour les médicaments psychotropes. En 1987, l'orientation du DSM change, puisque la dépendance devient « addiction » et ne concerne plus que les comportements d'abus ou la recherche compulsive du produit (APA, 1987). Le syndrome de sevrage, observé pour les médicaments psychotropes, est requalifié en effets secondaires (soit comme inductions physiologiques ou psychopathologiques). On parle alors de « délire associé au retrait », ou encore « d'anxiété, de désordre du sommeil ou du trouble de l'humeur induit par l'usage ». Ou bien les perturbations observées durant le traitement ou à l'issue de celui-ci sont rapportées à une construction mentale. On parle alors de « dépendance aux substances sans dépendance physiologique », c'est-à-dire d'un phénomène où les propriétés des substances n'interviennent plus qu'à la marge. Autrement dit, le syndrome de sevrage est requalifié en « dépendance sans abus » et, le cas échéant, en « dépendance sans addiction ». Trois orientations se dessinent depuis.

1.1.3. La prescription à long terme comme nécessité thérapeutique

D'abord, les manifestations du sevrage (insomnie, agitation, irritabilité, nervosité, dysphorie) sont nettement différenciées d'un retour du symptôme, soit d'une rechute ou d'une récurrence de la pathologie traitée en première intention. Cette question, traitée ailleurs, dessine la voie à ce qui sera constitué sous le thème du traitement préventif des dépressions récurrentes : on considère ici la possibilité d'une thérapeutique continue, le cas échéant sans symptomatologie déclarée, en vue de prévenir l'installation d'une dépression chronique et résistante. L'induction d'une consommation excessive est relue ici dans les termes d'une nécessité prophylactique.

1.1.4. Le syndrome de sevrage comme effet indésirable

Mais, si les symptômes du sevrage ne sont pas ceux de la pathologie, à quoi les attribuer ? Les conclusions du groupe d'experts réuni à Phoenix en 1997 dans le cadre d'une réunion de consensus soulignent que « le syndrome de sevrage ne peut être attribué à rien d'autre qu'à la prescription » (Schatzberg *et al.*, 1997). Autrement dit, le syndrome désigne, au même titre que les problèmes gastro-intestinaux induits par la consommation à long terme, un effet indésirable de la médication, effet qui se présente d'ailleurs de manière inégale chez les sujets traités : il convient de le prendre en charge par une réduction progressive du dosage, ou par l'emploi d'un placebo ou encore celui d'un substitut (comme l'atropine par exemple). C'est là le sens des travaux conduits en France par exemple par Lejoyeux et Adès dans le domaine du sevrage des antidépresseurs (Lejoyeux *et al.*, 1992).

1.1.5. L'abus des produits comme disposition individuelle

Les manifestations d'abus sont liées par la documentation à la spécialité prescrite (durée de vie du médicament), au dosage ou encore à l'antériorité de la prescription. Surtout, cette dérive paraît d'abord dépendre d'un trouble psychique intercurrent (soit d'une comorbidité psychiatrique). L'abus est d'autant plus probable lorsque le consommateur exprime un trouble addictif (aux opiacés notamment) ou un trouble de la personnalité (antisociale ou déviante). Autrement dit, l'abus des substances implique un antécédent toxicomaniaque ou résulte d'une disposition individuelle. Dans ce dernier cas, les personnalités antisociales ou déviantes expriment un trouble de l'aptitude à la relation sociale qui se manifesterait, dans un cas, par une recherche exclusive de la satisfaction personnelle, dans l'autre, par le besoin insatiable d'être reconnu et soutenu par autrui. L'abus des produits permettrait au sujet antisocial d'atteindre la satisfaction qu'il ne peut se résoudre à rechercher au contact des autres. À l'inverse, ce serait la perte du soutien d'autrui qui inclinerait l'individu dépendant à rechercher un adjuvant dans la consommation effrénée des médicaments.

La caractérisation par la recherche psychiatrique des consommations durables de médicaments psychotropes a tendu progressivement à écarter la question de la dépendance du domaine de la thérapeutique. Le syndrome de sevrage, réinterprété comme effet indésirable, peut éventuellement expliquer les reprises de consommation et des durées excessives de traitement. Mais, cet aléa n'est induit qu'indirectement par la thérapeutique : celle-ci agit bien sur la symptomatologie (anxieuse, dépressive, etc.), même si la prise du produit peut révéler chez le patient une sensibilité inattendue à certains de ses « effets latéraux » (physiologiques ou psychologiques). De même, la dépendance disparaît au profit de l'addiction, c'est-à-dire d'une tendance soutenue par une personnalité déviante, à savoir là encore par une disposition individuelle (cognitive et comportementale). La dépendance n'est plus une affaire de produit mais une affaire d'inclination personnelle ou de réactivité particulière aux substances.

1.2. DE L'ÉTAT DE L'ART À SA CRITIQUE : L'ANTIPSYCHIATRIE COMME ANTIPHARMACOLOGIE

Deux cliniciens se sont employés à critiquer l'argument psychiatrique : Peter Breggin et Charles Medawar. Le caractère radical de leur position s'énonce comme suit :

1.2.1. Peter Breggin ou l'intoxication psychiatrique

1. L'auteur conteste la spécificité thérapeutique des médicaments psychotropes. Les benzodiazépines n'ont, selon lui, pas d'effets anxiolytiques à proprement parler : leur action est seulement sédatrice. De même, la vertu des hypnotiques n'est pas de rétablir le sommeil : ils en perturbent simplement le cycle normal et simulent ainsi une levée de l'insomnie. Si les substances ne se distinguent pas par un effet primaire, proprement thérapeutique, il faut croire, conclut Breggin, que la sédation et l'hypnose qu'elles produisent ne se distinguent d'une intoxication qu'en degrés (Breggin, 1991).
2. En outre, selon Breggin, au cours même du traitement, le patient est confronté à des rebonds d'insomnie ou d'anxiété, particulièrement aigus avec les produits de courte demi-vie. Ces réactions, telles que l'anxiété diurne, sont parfois plus intenses après le démarrage de la thérapeutique. Selon Breggin, le rebond, signalé au cours du traitement, équivaut à un déficit induit, appris et imposé par les médicaments : une anxiété iatrogène.
3. Cette induction accroît la nécessité de la thérapeutique, de même qu'elle en rend le patient toujours un peu plus captif ; d'où la chronicité inéluctable du traitement, d'où également à terme, selon Breggin, des lésions irréversibles, se mesurant par exemple à l'hypertrophie des ventricules du cerveau (Breggin, 1991).

1.2.2. Charles Medawar : la thèse du placebo actif

Charles Medawar récuse également le bien-fondé de la prescription (Medawar, 1997). D'abord 80 % des dépressions sont naturellement rémittentes, alors pourquoi les traiter ? Medawar récuse ensuite l'hypothèse sérotoninergique de la dépression ; par conséquent, il ne croit pas aux effets thérapeutiques ou prophylactiques des antidépresseurs de nouvelle génération. Son argument se fonde sur l'idée que ces médicaments ne donnent pas de meilleurs résultats que les antidépresseurs plus anciens (tricycliques) et que 15 % des dépressions demeurent résistantes. Par ailleurs, Medawar critique les essais cliniques, en tentant de montrer que l'efficacité de la fluoxétine comparée au placebo demeure résiduelle. Si l'antidépresseur s'apparente à un placebo, il introduit néanmoins, selon Medawar, des perturbations nouvelles chez les patients, notamment lorsque ceux-ci cherchent à interrompre leur traitement. Il s'agirait en ce sens d'un placebo actif. Le développement des ventes et la politique de prévention de la récurrence dépressive conduiraient ainsi à l'augmentation

significative des dommages causés à la population par la psychopharmacologie contemporaine et déboucherait sur l'inflation des situations de dépendance dans la population.

Néanmoins, les tenants de l'explication neurophysiologique de la dépendance ne peuvent expliquer la grande diversité des expériences du sevrage chez les patients, ni pourquoi, en dépit même de cette expérience, un nombre conséquent de patients parviennent à mettre fin à l'usage d'antidépresseur. Le syndrome de sevrage, si l'arrêt est brutal, affecterait selon les études entre 45 % et 90 % des usagers. Quant à la reprise de consommation consécutive au syndrome, elle affecterait 60 % des patients. Pour expliquer une telle variation, Breggin et Medawar avancent des propositions qui ne sont pas très différentes de celles évoquées précédemment : spécialité médicinale à risque, dosage excessif, condition d'abus préalable, personnalité dépendante, antisociale ou *borderline*, etc. On est donc conduit ici à évoquer de nouveau l'effet médiateur de la sensibilité physiologique ou des dispositions personnelles du sujet traité.

1.2.3. La médiation du sujet: l'hypothèse cognitiviste de Baillie

Andrews Baillie, psychologue australien, conteste le fait que la dépendance puisse s'expliquer par l'effet neurophysiologique des substances (Baillie, 2001). Il fait valoir en outre que les consommations chroniques ne dépendent pas non plus d'une structure de personnalité, ni même de la pathologie traitée : elles résultent des élaborations mentales que le patient construit au cours du traitement. Il n'est pas question ici de représentations sociales. En référence à Aaron Beck, à qui on doit la théorie cognitive sans doute la plus connue de la dépression, Baillie indique que la dépendance résulte du schéma mental produit par le sujet, indépendamment de son contexte de vie, et des circonstances qui ont conduit à la prescription. Logiquement, il se réfère au diagnostic du DSM-IV : « dépendance aux substances sans dépendance physiologique », c'est-à-dire à une caractérisation proprement subjective du trouble. Quelles sont, selon lui, les caractéristiques des schémas mentaux élaborés par les patients dépendants ?

1. Il y est d'abord question d'une décision personnelle de poursuivre le traitement : selon Baillie, le sujet finit par se persuader lui-même qu'il n'y a pas d'autre solution.
2. Dans le même temps, il est convaincu que cette décision peut le conduire à la dépendance, de sorte qu'il tend à s'enfermer dans une relation entre lui-même et le produit, où oscille en permanence la nécessité de poursuivre le recours et tout à la fois de l'abandonner. En bref, plus l'attachement au produit est fort, plus il tend à susciter le désir de s'en passer.

3. Logiquement, plus le produit occupe et préoccupe le sujet, plus sa consommation fait l'objet d'une organisation scrupuleuse, indéfectible. À terme, l'usage s'entoure d'une certaine ritualisation et finit par condenser une part essentielle des investissements mentaux et comportementaux du sujet. Selon Baillie, ce schéma cognitif influe directement sur la sévérité de l'expérience du sevrage et, par suite, sur la durée de la consommation.

En réalité, l'étude conduite par Baillie n'a pas permis de conclure à la surdétermination du facteur cognitif. En vue d'expliquer la variance des données, l'auteur a dû mobiliser des facteurs complémentaires tels que la sévérité de la dépression, le dosage de la thérapeutique, l'âge et le sexe du patient, ainsi que les consommations associées, notamment d'alcool et de tabac (Baillie, 2001). Ni totalement expliquée par la sensibilité particulière de l'individu aux effets des produits, ni par la représentation proprement subjective de leur expérience, la dépendance – ou ce qui lui tient lieu – pourrait-elle être mieux comprise au moyen d'une lecture proprement sociologique ?

2. LES RESSORTS SOCIAUX DE L'USAGE AU LONG COURS

Les sciences sociales n'ont à vrai dire traité le problème, le plus souvent, qu'à la marge. Il s'est agi soit de reprendre le discours antipharmacologique sans plus d'examen, soit d'opposer à l'idée de dépendance la démonstration de maîtrise et d'autonomie de l'usager face aux produits. En quoi, et c'est ce qu'on cherchera à montrer d'abord, la production des sciences sociales est souvent restée enfermée dans les termes mêmes du débat : l'autonomie, à savoir la libération d'une capacité individuelle valant comme démenti de la dépendance, c'est-à-dire d'une subordination de l'individu au produit ? Comment construire ici une alternative ? En partant des attentes et des obligations qui entourent le recours, chez les praticiens et leurs patients, et en observant leur dynamique au regard de ce cadre, l'ébauche d'une autre perspective paraît possible. C'est là l'objet de la caractérisation des formes de l'usage chronique qu'on présente plus avant.

2.1. APPORTS ET LIMITES DE LA RECHERCHE EN SCIENCES SOCIALES

Depuis plus de vingt ans, l'apport de la sociologie et de l'anthropologie a été de montrer le caractère intégrateur et autonome de l'usage, contre les thèses du contrôle social, de la médicalisation des problèmes sociaux ou de l'intoxication médicale des plus pauvres (Gabe et Lipshitz-Philippis,

1984)¹. Au regard des facteurs sociaux de la consommation, il a pu être établi que les médications répondaient imparfaitement aux standards de l'indication psychiatrique. Les travaux montrent combien les traitements durables sont liés à la prise en charge du vieillissement (Collin, 1999) ou à la prévention et à l'accompagnement des maladies somatiques, du risque cardiovasculaire en particulier (Le Moigne, 2000). Gabe, en Angleterre, a évoqué de son côté la possibilité que les consommations chroniques soient liées à un traitement de l'isolement social, en particulier des femmes au foyer de la classe ouvrière (Gabe et Thorogood, 1986).

Dans le domaine des représentations sociales, certaines études ont permis de montrer que l'autodiagnostic des patients s'informait à des catégories souvent lâches (nervosité, perte de sommeil, stress), mais qu'en revanche les consommateurs demeuraient éminemment scrupuleux à l'égard du risque de dépendance (Haxaire, 2002 ; Baumann *et al.*, 2001). De même, il a souvent été établi que le consommateur est actif ou acteur de son usage. Ainsi, la crainte de la dépendance pourrait être reconvertie, dans certains cas, comme le montre Cecil Helman, en un phénomène résiduel au regard des avantages vécus dans l'automédication, à savoir en particulier le sentiment de maîtriser sa propre santé, voire d'accéder au bien-être. On aurait ainsi affaire dans certains cas à une consommation quasi ostentatoire, ou disons à un choix ou à un mode de vie qui affirme sa légitimité (Helman, 1981). Dans une perspective plus relationnelle, le travail de Delphine Dupré-Lévêque tend à montrer que l'initiation du recours chez la personne âgée peut être assimilée à une reprise d'influence sur les descendants (Dupré-Lévêque, 1996). Ou bien, comme dans la recherche conduite par Joke Haafkens, l'usage doit parfois être dissimulé à l'entourage. Mais, ce « rituel du silence », selon l'expression de l'auteur, est néanmoins pour le patient l'occasion d'affirmer une nouvelle maîtrise : en maintenant sa consommation hors du contrôle des proches, il en acquiert de fait l'essentiel de la gestion (Haafkens, 1997).

On peut toutefois se demander si les fonctions associées à l'usage ne font pas abstraction de deux domaines au moins de la pratique des médicaments. D'abord, en insistant sur le processus d'appropriation du produit par le consommateur, la recherche a peut-être introduit un contraste excessif entre le discours des usagers et ceux de la psychopathologie et de la psychopharmacologie. Ensuite, en insistant sur l'autonomie de l'usager, contre la thèse de la camisole chimique, la recherche a diffusé l'image

1. On trouvera un exemple des thèses de la mutation pharmacologique de l'individu chez Rabinow (2001) ou Cohen (1990).

d'une gestion harmonieuse des produits par les consommateurs et est restée plus silencieuse sur les manifestations problématiques du rapport aux médicaments.

La présentation rapide des résultats de deux recherches conduites par entretiens auprès d'un peu plus de 40 patients, consommateurs au long cours de benzodiazépines et/ou d'antidépresseurs, permettra peut-être d'éclairer ce propos (Le Moigne, 2004 ; 2005)². Du moins, elle peut suggérer des pistes utiles à une analyse des usages chroniques et problématiques qui, au-delà de leur caractérisation sous le terme d'une dépendance – physiologique ou mentale –, admette d'aborder le phénomène sans renoncer au raisonnement sociologique. L'étude des gestions chaotiques des produits tend à montrer que les consommateurs ont du mal à cerner réellement la cible de la thérapeutique et à distinguer notamment les effets du produit de leurs symptômes. Surtout, comme à l'intérieur des débats de la psychopharmacologie, une certaine ambivalence domine le recours, l'amélioration de soi étant toujours associée par les usagers au risque d'une soumission aux produits. Là encore, comme en psychopathologie, cette incertitude tend à être réglée chez de nombreux patients dans les termes d'un facteur tantôt extérieur à eux-mêmes, tantôt personnel. Pour résumer, la consommation se définit mieux, de chaque côté des protagonistes, comme un usage dont le sujet est à la fois la raison (l'objet) et le médiateur (l'acteur). Il engage un rapport d'équation de soi à l'environnement et de soi à soi. Comme on va le voir, de l'organisation concrète de ce rapport, et notamment de sa négociation avec le médecin, dépendent pour beaucoup les termes et la durée du recours.

2. Ces recherches structurent un programme en deux phases. Il s'est d'abord agi d'échantillonner, à partir des données de la Sécurité sociale, l'ensemble des patients prescrits en médicaments psychotropes et remboursés de leurs actes au cours du premier trimestre 2002 dans les 31 communes de l'agglomération de Rouen. Les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, taux de couverture médicale, etc.) de 10 097 patients ont ainsi été étudiées par ce moyen. L'analyse rétrospective de l'ensemble des actes médicaux de cette population enregistrés entre 2000 et 2002 a permis par ailleurs de dégager certaines tendances de la durée du recours, notamment un taux de chronicité (évalué à une consommation continue de médicaments psychotropes durant l'ensemble de la période) supérieur à 15 %. Ces données ont ensuite été cartographiées par adressage automatique à partir de l'adresse postale des assurés échantillonnés. Les cartes ont permis d'établir une typologie des quartiers selon leur degré de prescription et la durée des recours. La deuxième phase de la recherche a consisté à sélectionner, parmi ces quartiers, cinq sites d'investigation relativement contrastés au regard de la densité et de la chronicité de la prescription. Sur ces sites, 15 médecins généralistes ont été interviewés ainsi que 45 patients de leurs clientèles. Ces patients, prescrits en médicaments psychotropes, ont été sélectionnés en vertu du produit ordonné et de l'antériorité de leur consommation, données établies après interview des médecins.

2.2. TROIS VISAGES DE LA CHRONICITÉ

Le sentiment d'amélioration, au sens littéral du terme, sous la forme d'un gain net, d'une élévation de soi ou d'un bien-être inédit, reste extrêmement rare : aucune des personnes interrogées n'y fait référence. Il y a là une manière de comprendre les recours conjoncturels : ceux-là s'appuient sur l'idée d'une nécessité thérapeutique, face à des événements ponctuels en particulier, mais sont marqués par le court terme en raison des effets secondaires des produits et de la prévention contre la dépendance qui continue d'entourer leur usage. L'amélioration se lit plutôt ici dans les termes de l'ajustement ou de la rémission.

2.2.1. Les recours « circonstanciels »

Selon nos données, les usages chroniques se diffractent en trois ensembles. On peut évoquer une première population de patients dont la consommation peut être désignée sous le terme de « recours circonstanciels ». Faute de place, on se contentera d'en décrire les principales caractéristiques. Ces consommateurs se recrutent plus souvent parmi les personnes âgées de 40 à 50 ans et parmi les populations d'employés. Le recours est structuré ici par une clause dite « relationnelle » ou « sociale », c'est-à-dire par la situation familiale ou la condition de vie de l'usager : divorce, séparation, conflit au travail, chômage, etc. Dans la mesure où la médecine n'a pas prise sur ces circonstances et où celles-ci peuvent être structurelles, la durée de la consommation s'élève souvent à plusieurs années.

Mais, dans la mesure où il peut être rapporté à un facteur pour tout ou partie extérieur au patient, celui-ci n'étant pas en cause, le recours bénéficie d'une certaine légitimité tant auprès du consommateur que du prescripteur. Cela est d'autant plus vrai que l'amélioration des conditions de vie de l'usager semble probable. Autrement dit, la chronicité n'engage pas un rapport problématique aux médicaments, même si l'usage répond bien à l'attente d'un maintien de soi devant une situation jugée contraignante, voire dégradante. L'amélioration de la condition des personnes dépend d'un facteur extérieur à la consommation, si bien que celle-ci fait rarement l'objet d'un investissement massif de la part de l'usager.

2.2.2. Le recours fataliste

Le second groupe d'usagers chroniques se rapporte à l'univers des ouvriers et des employés. Il est dominé par le vieillissement, la maladie organique et, plus rarement, par le deuil ou les relations professionnelles. Ces consommateurs justifient leur durée de recours – aux benzodiazépines en particulier – en vertu d'une nécessité thérapeutique. Ils doivent faire face et le médicament contribue, au quotidien, au maintien d'un bien-

être minimal face à la maladie ou à l'isolement. L'usage est fataliste. En effet, la chronicité, qui peut impliquer plus de vingt ans d'usage, est admise mais également tolérée, y compris par les prescripteurs, dans la mesure où aucune perspective d'amélioration ne peut être escomptée. Le cas échéant, ces situations de dépendance ont démarré avant la survenue de la maladie organique ou de la perte d'un proche. C'est particulièrement vrai du traitement de l'insomnie chronique. Ici, la légitimité du recours est souvent bâtie sur deux arguments : la nécessité impérieuse de dormir et la « nature » du patient. Les discours des usagers et celui des prescripteurs rejoignent ici par certains aspects la pensée de la psychiatrie et en particulier de la psychologie de la personnalité. Ces usagers au long cours se disent en effet porteurs d'une disposition personnelle à l'insomnie, le cas échéant, anxieuse. Dans la mesure où ce trait est dit structurel, la prescription s'engage à devenir chronique. Ce débouché est d'autant plus probable que la gestion des produits ajoute au mal-être de ces personnes. En particulier, l'oubli du produit ou les tentatives d'abstinence les empêchent de dormir, et la perspective que cette expérience se renouvelle les rend anxieux. En un mot, la thérapeutique devient d'autant plus nécessaire qu'elle conforte aussi bien le symptôme dont les usagers se plaignent que les explications qu'ils cherchent à lui donner. Néanmoins, si la proximité aux produits est grande et l'attachement aux comprimés prescrits indéfectible, on ne peut évoquer l'idée d'un surinvestissement thérapeutique, dans la mesure où, le plus souvent, aucune amélioration n'est visée à terme.

2.2.3. Un « trouble en soi » ou le recours paradoxal

En revanche, le troisième type d'usage chronique s'avère souvent plus problématique. Ces patients sont généralement plus jeunes, soit âgés de 40 ou de 50 ans, et se recrutent généralement parmi les classes moyennes, à savoir les enseignants et les travailleurs sociaux en particulier. La prescription est organisée par les antidépresseurs, parfois prescrits seuls, mais plus généralement associés à des anxiolytiques et des hypnotiques. Le symptôme est défini dans les termes de la dépression, ou de la dépressivité. Ce contexte de prescription reste ouvert à l'hypothèse de la rémission. Pour autant, l'origine du trouble, voire sa qualification en tant que pathologie, ne se laissent pas ici aisément devinées, c'est du moins ce que les usagers comme les prescripteurs tendent à rapporter. La légitimité du mal-être ne peut se prévaloir d'une cause événementielle ou organique. Elle laisse les patients penser qu'elle se situe à l'intérieur d'eux-mêmes, « en profondeur ». La thérapeutique paraît maintenir ici les usagers hors d'un retour massif à l'épisode initial de détresse, mais elle ne produit pas de rémission franche. C'est pourquoi, après quelques mois de traitement, certains prescripteurs finissent par douter de la réalité de la plainte et par

l'attribuer à l'insuffisance du patient. Celui-ci est « pris » dans un jeu assez complexe : il ne sait pas si la stabilisation de son état est due aux produits ou bien si c'est lui qui va mieux. Cette incertitude se double d'un rapport ambivalent à l'égard de la thérapeutique : le patient se dit soulagé par elle, mais il reconnaît en même temps que la solution à son problème dépend d'abord de lui.

Les usagers de ce type font part d'un rapport à soi dominé par l'attente d'autonomie ; mais également par le principe de la responsabilité personnelle. Leur vision de l'individu est dynamique et, plus qu'ailleurs, autocentrée. En écho à cette représentation, leur symptôme s'exprime d'abord dans les termes d'une dévalorisation de soi ou d'une incapacité personnelle. Et la trajectoire de consommation de ces usagers ajoute, de fait, à ce sentiment. L'attitude du médecin généraliste n'est pas en effet sans comporter une part de dépréciation : l'absence de rémission, la faible lisibilité du trouble, finissent tôt ou tard par mettre en cause le patient. En outre, l'usage n'acquiert jamais tout à fait ici la valeur d'une nécessité thérapeutique : le recours à la chimie apporte un effet stabilisateur, mais c'est l'abandon de toute thérapeutique qui incarne l'idéal de ces usagers. En effet, l'arrêt du traitement tendrait à signifier qu'ils vont mieux : le renoncement à la thérapeutique marquerait la restauration de leur capacité d'autonomie et d'initiative. La chronicité, qui se mesure souvent à plus de 10 ans d'usage, résonne donc pour eux comme un désaveu personnel. Face à l'absence de rémission, ces patients ont tendance à mettre en cause le produit : ils s'informent, essaient de nouvelles molécules, et connaissent éventuellement une période de rémission plus ou moins durable. Les marques de rechute, voire de récurrence, sont néanmoins fréquentes. De même, l'adoption d'un nouveau médicament ou d'une nouvelle combinaison de produits n'est pas toujours à la hauteur des espoirs que l'usager peut placer en elle. Là encore, ce constat tend à renvoyer le patient à lui-même : ces consommateurs considèrent en effet que l'efficacité de la thérapeutique est variable et que cette variabilité dépend d'abord d'un facteur personnel.

C'est pourquoi l'investissement dans le produit atteint chez ces patients un point culminant : ils sont à l'affût de toute nouveauté thérapeutique et vont parfois jusqu'à construire des schémas d'usage complexes où les variations des dosages, les circonstances de la prise sont pensées dans leurs moindres détails, donnant lieu à des expérimentations et des ajustements incessants. Rarement la relation aux produits n'est marquée plus qu'ici par une tension. Le recours paraît à la fois « stabiliser » ces patients et induire un nouveau mal-être, relation que nous avons désignée sous le terme de « maintien paradoxal » (Le Moigne, 2004). Et c'est bien

d'un paradoxe qu'il s'agit puisque ces patients, par leur caractère au moins pour partie dépressif, incarnent au plus près la cible visée par la thérapeutique.

3. CONCLUSION : LE POINT D'ACHOPPEMENT DE LA DÉPRESSION

La dépression, ou ce qui est considéré comme telle dans les écrits psychiatriques, paraît se situer au « point mort » des exigences de santé. Pour les acteurs de la consultation, elle est difficile à qualifier tant sa phénoménologie oscille entre maladie et souffrance, entre pathologie et mal-être. Cette incertitude marque l'ambivalence exprimée par le déprimé à l'égard de la thérapeutique ou de la caractérisation diagnostique de son attitude : à bien des égards, la prise d'antidépresseurs renforce la conviction qu'il a acquise à propos de son insuffisance, d'où la part initiale d'investissement placée dans le recours aux médicaments et, par la suite, l'enfermement souvent inextricable du patient dans la thérapeutique.

De même, la dépression paraît incarner une domination du moi, un défaut d'engagement dans la vie sociale et, donc, un mal-être que rien ne justifie, sauf à se placer dans l'hypothèse d'une stratégie de retrait ou d'une « maladie imaginaire », c'est-à-dire d'une illusion produite par le patient lui-même. C'est pourquoi les médecins sont souvent conduits à mettre en cause le déprimé, ce qui ajoute logiquement à la conviction du patient dans son inaptitude. Pour autant, en dépit de l'ambiguïté de son statut, la dépression fait partie intégrante, de l'aveu même des praticiens, du périmètre du soin, même s'ils avouent ne pas être en mesure de la traiter convenablement : elle manifeste un manquement à la notion de santé, qui oscille entre l'incapacité et un défaut préjudiciable au bien-être, c'est-à-dire à l'affirmation de soi. Par son ambiguïté, elle occupe sur le terrain de la médecine une position par défaut. Dans les cas les plus extrêmes, l'attitude du généraliste à l'égard de son patient fait en sorte que le contact est rompu, la prescription étant néanmoins renouvelée et transmise par l'entourage. Une fois la dynamique relationnelle figée entre les deux acteurs de la consultation, l'usage de la thérapeutique tend nécessairement à devenir chronique : la délivrance des médicaments traduit alors l'effet émergent de deux attitudes solidifiées, d'une interaction devenue stable et structurante, et particulièrement propice à l'installation de la prescription et de la dépression. Étrange destin que celui d'un produit censé résoudre un dysfonctionnement individuel dont l'usage, comme ici,

paraît ne plus être guidé que par la seule souscription à soi, comme si psychiatres, médecins et usagers se disputaient à travers lui la qualification ultime de l'individualité.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1990). *Benzodiazepine Dependence, Toxicity and Abuse*, Washington, APA.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition Revised, Washington, APA.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Washington, APA.
- BAILLIE, A. (2001). *Manual for the Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ)*, Sydney, University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre.
- BAUMANN, M., F. ALLA et F. EMPEREUR (2001). *Psychotropes et dépendances : profils des consommations et trajectoires de leurs comportements*, Paris, OFDT.
- BREGGIN, P.R. (1991). *Toxic Psychiatry: Why Therapy, Empathy and Love Must Replace the Drugs, Electroshock and Biochemical Theories of the «New Psychiatry»*, New York, St Martin's Press.
- COLE, J.O. (1964). «Therapeutic Efficacy of Antidepressant Drugs: A Review», *Journal of the American Medical Association*, vol. 190, n° 5, p. 124-131.
- COHEN, D. (dir.) (1990). «Challenging the Therapeutic State: Critical Perspectives on Psychiatry and Mental Health System», *Journal of Mind and Behavior*, vol. 11, p. 1-328.
- COLLIN, J. (1999). «La construction d'une rationalité: les médecins et la prescription de psychotropes aux personnes âgées», *Sciences sociales et santé*, vol. 17, p. 31-52.
- COVI, L. et al. (1973). «Length of Treatment with Anxiolytic Sedatives and Responds to their Sudden Withdrawal», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 49, p. 51-64.
- DISALVER, S.C. et J.F. GREDEN (1984). «Antidepressant Withdrawal Phenomena», *Biological Psychiatry*, vol. 19, n° 2, p. 237-256.
- DUPRÉ-LÉVÊQUE, D. (1996). «Les "effets tertiaires" du médicament psychotrope: bilan d'une recherche anthropologique menée dans le Sud-Ouest de la France auprès de consommateurs âgés», dans D. Cohen et G. Pérodeau, *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec*, vol. 22, p. 183-199.
- EDDY, N.B. et al. (1965). «Drug Dependence: Its Significance and Characteristics», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 32, p. 721-733.
- EHRENBERG, A. (1998a). *La fatigue d'être soi: dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG, A. (dir.) (1998b). *Drogues et médicaments psychotropes: le trouble des frontières*, Paris, Esprit.

- GABE, J. et S. LIPSHITZ-PHILIPPS (1984). « Tranquilisers as Social Control? », *Sociological Review*, vol. 36, p. 320-352.
- GABE, J. et M. THOROGOOD (1986). « Prescribed Drug Use and the Management of Everyday Life : The Experiences of Black and White Working Class Women », *Sociological Review*, vol. 34, p. 737-772.
- HAAFKENS, J. (1997). *Rituals of Silence: Long Term Tranquilizer Use by Women in the Netherlands*, Amsterdam, Het Spinhuis.
- HAXAIRE, C. (2002). « “Calmer les nerfs” : automédication, observance et dépendance à l’égard des médicaments psychotropes », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 1, p. 63-88.
- HELMAN, C.G. (1981). « “Tonic”, “Fuel” and “Food” : Social and Symbolic Aspects of Long-term Use of Psychotropic Drugs », *Social Science and Medicine*, vol. 158, p. 521-533.
- HOLLISTER, L.E., F.P. MOTZENBECKER et R.O. DEGAN (1961). « Withdrawal Reactions to Chlordiozepoxide (Librium) », *Psychopharmacologia*, vol. 2, p. 63-68.
- KLINE, N.S. (1974). *From Sad to Glad: Kline on Depression*, New York, Putnam.
- KRAMER, P. (1994). *Prozac: le bonheur sur ordonnance ?*, Paris, First.
- KRAMER, J.C., D.F. KLEIN et M. FIK (1961). « Withdrawal Symptoms following Discontinuation of Imipramine Therapy », *American Journal of Psychiatry*, vol. 118, p. 549-550.
- LEJOYEUX, M., C. RODIÈRE-REIN et J. ADÈS (1992). « Syndrome de sevrage des antidépresseurs : description de cinq cas », *L'encéphale*, vol. 18, n° 3, p. 251-255.
- LE MOIGNE, P. (dir.) (2005). *L'usage au long cours des antidépresseurs : enquête sociologique*, Paris, CESAMES-Direction générale de la santé.
- LE MOIGNE, P. (dir.) (2004). *La dépendance aux médicaments psychotropes : approches, données, expériences*, Paris, CESAMES-MILDT.
- LE MOIGNE, P. (2000). « Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours », *Revue suisse de sociologie*, vol. 26, p. 71-109.
- MEDAWAR, C. (1997). « The Antidepressant Web : Marketing Depression and Making Medicines Work », *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, vol. 10, p. 75-126.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1998). « Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Withdrawal Reactions », *WHO Drug Information*, vol. 12, n° 3, p. 136-138.
- RABINOW, P. (2001), « Artifice et Lumières : de la sociobiologie à la biosocialité », dans A. Ehrenberg et A. Lovell, *La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, p. 295-308.
- SCHATZBERG, A.F. et al. (1997). « Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation Syndrome : A Hypothetical Definition. Discontinuation Consensus Panel », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 58, n° 7, p. 5-10.
- TYRER, P. et T. RUTHERFORD (1981). « Benzodiazepine Withdrawal Symptoms and Propanolol », *Lancet*, 7 mars, p. 520-522.

DE L'USAGE « PLASTIQUE » DES ANTIDÉPRESSEURS¹

Pierre-Luc St-Hilaire

Université de Montréal

In contemporary Western culture, “feeling good” about oneself is understood to be an accomplishment worthy of effort in that it makes us better workers, spouses, and, more generally, better able to contribute to the society.

Gimlin, 2000

La consommation d'antidépresseurs augmente sans cesse dans les sociétés occidentales, et ce, surtout depuis les quinze dernières années, c'est-à-dire depuis l'introduction sur le marché des ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) et plus récemment des ISRSN (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline). Ces antidépresseurs, dont on se plaît à vanter l'efficacité, causent peu d'effets secondaires et sont d'une toxicité limitée. Ils réunissent donc les conditions

1. Ce texte est issu d'une communication produite lors du 73^e congrès de l'ACFAS en 2005. Le colloque s'intitulait: *Méthodes psychosociales et techniques de mieux-être: entre thérapeutique et exigence fonctionnelle.*

nécessaires pour intégrer sans trop de heurts notre vie quotidienne. La « chronicisation » de l'usage de psychotropes, soit le fait d'y avoir recours sur une base régulière et sur une longue période, étant déjà observable chez certains groupes de la population (Collin *et al.*, 2005), il apparaît pertinent de mener une réflexion sur l'éventail des usages que rendent désormais possibles ces antidépresseurs. Dans ce contexte, il ne faut pas se surprendre de voir réapparaître périodiquement dans les écrits scientifiques l'hypothèse d'un usage non thérapeutique de ces médicaments, qui semble être la voie toute désignée pour appréhender la hausse de leur recours.

Il est devenu commun, sinon presque banal, de parler d'usage « cosmétique » de l'antidépresseur, où l'objet servirait plus à embellir, à enjoliver la personnalité qu'à soigner véritablement. Si cette expression a une connotation négative et très simpliste, il faut peut-être en chercher la raison derrière le fait qu'elle ait été popularisée par un best-seller américain (Kramer, 1993). Généralement, ce genre de formule plus provocante que bien fondée occulte la compréhension davantage qu'elle n'y contribue. Il suffit, pour en être convaincu, de remarquer que ce point de vue repose sur l'antinomie de la fonction thérapeutique et « cosmétique » de l'antidépresseur². Reprendre cette thèse de l'usage cosmétique des antidépresseurs consiste à reconduire une analytique qui esquivé des dimensions essentielles : en contestant l'existence et la complexité même de la dépression, elle nie littéralement la « valeur d'usage » du médicament, tout en s'empressant de retirer le jugement critique des différents intervenants gravitant dans la périphérie de ce médicament.

Il semble essentiel d'admettre, dans un premier temps, que l'antidépresseur est un médicament, et non, comme cette perspective tente parfois de nous le faire croire, l'élément indispensable d'une trousse de maquillage. De surcroît, il n'est pas un médicament en vente libre ; il implique l'intervention du médecin auprès d'un « patient » qui, comme son nom l'indique, *souffre*. Bien que la relation thérapeutique se situe toujours dans un contexte spécifique où un thérapeute déploie une technique envers un être affecté, elle ne peut prétendre à un ailleurs qui lui permettrait de s'exclure du contexte global dans lequel elle évolue. En ce sens, elle est sujette, comme l'est toute autre relation sociale, à une critique. Une perspective critique de l'usage des antidépresseurs ne peut

2. « En complète opposition avec l'idée que la dépression serait une maladie complexe, dont la gestion exigerait des traitements non spécifiques, Peter Kramer, dans *Prozac. Le bonheur sur ordonnance*, tire argument de la sélectivité des IRSR pour soutenir que nous sommes à l'aube d'une ère où la psychopharmacologie sera cosmétique, remodelant les personnalités plutôt que traitant des maladies » (Healy, 2002, p. 263).

s'appuyer sur la répétition de lieux communs. Faire référence à la perte de sens des sociétés contemporaines, aux utopies négatives ou encore aux complots pharmaceutiques sert la complaisance.

Donc, pour prémunir notre position de tout cynisme, il convient de reconnaître d'emblée le rôle thérapeutique de l'antidépresseur. D'un autre côté, tenir une position qui lui refuserait toute dimension non thérapeutique, sous prétexte qu'il s'agit d'un médicament, est aussi intenable que celle qui fait de lui un simple « fard à joues ». Ramener à l'ordre du jour l'argument de son usage « cosmétique » ne se justifie que dans la mesure où l'on cherche à en souligner la faiblesse. Mais aussi critiquable et peu nuancée que soit cette position, il me semble essentiel de ne pas négliger son apport. Considérons un instant l'intuition qui lui est implicite, celle qui souligne la possibilité d'un usage non thérapeutique de l'antidépresseur. Accordons-lui une certaine valeur et dessinons – *dans le prolongement cette fois de sa fonction thérapeutique* – des effets, réels ou symboliques, qui permettraient à l'individu de mieux s'adapter aux normes contemporaines. À l'expression « usage cosmétique », nous préférons en cautionner une autre, celle d'« usage plastique ». L'exercice que nous proposons est de développer un argumentaire qui permettrait de considérer comme recevable non plus l'intuition, mais l'hypothèse de travail. Aborder le problème en ces termes a l'avantage, nous le verrons, de prendre en considération la nature propre du médicament, sans pour autant qu'elle nous aveugle, tout en soulignant une caractéristique essentielle de l'individu.

1. LA PLASTICITÉ DU SUJET

*Je me propose de dire les métamorphoses
des formes en des corps nouveaux...*

Ovide, *Les Métamorphoses*

La relation à soi de l'individu n'est pas déterminée par son moi intrinsèque ; encore moins varie-t-elle en fonction de sa personnalité. Elle est plutôt le résultat d'une interaction complexe avec les institutions sociales. Selon le rôle que l'on reconnaît à celles-ci, elles peuvent avoir différents effets, allant d'une détermination quasi totale aux sourds effets d'une socialisation limitée à sa plus simple expression, soit l'acquisition d'une langue et d'ustensiles culturels. Dans tous les cas, cela nous force à admettre le pouvoir des institutions sur l'individu, et surtout le caractère variable de notre rapport à soi dans le temps. Il nous faut donc admettre un premier degré de plasticité dans notre relation à soi. Le sujet, comme il est si

souvent désigné, consiste en une inflexion spécifique et située du rapport à soi de l'individu qui appelle un processus de subjectivation que, traditionnellement, l'on fait coïncider avec l'avènement des sociétés modernes.

L'exigence d'adaptation à laquelle est soumis l'individu aujourd'hui met à l'épreuve cette qualité qu'on lui reconnaît et nous mettrait dans l'obligation de penser une plasticité de second degré. Le contexte normatif dans lequel l'individu évolue l'enjoindrait, et ce, pratiquement en temps réel, à définir et redéfinir qui il est. Les quêtes identitaires apparaîtront comme un impératif de la société contemporaine. L'exemple de la chirurgie plastique motive cette hypothèse ; il inspire notre réflexion et fera l'objet d'une analogie, en tant qu'il s'agit bien d'une technique déployée pour changer non seulement le corps, mais *le « soi » du sujet*. Ce type de procédé rhétorique contient en lui-même sa propre limite, il ne s'agit toujours que d'une analogie. Il n'est pas question d'épuiser la métaphore, ni même d'en dresser les limites. Le parallèle servira d'entrée en matière sur la question de la « plasticité du sujet ». Il est donc à espérer que cette expression se détache de cette comparaison première, malgré tout évidente, et en arrive à signifier quelque chose d'elle-même en ouvrant de nouvelles pistes de réflexion.

Ce texte ne cherche pas à élaborer une réflexion sur le phénomène de la chirurgie plastique ; il sert d'autres visées. Il souhaite investir le champ d'une discipline qui a une longue histoire dans la mise en forme de la subjectivité. La psychologie a bénéficié de la qualité première du sujet qu'est sa plasticité. Le champ d'action de cette discipline dans l'étendue de nos vies ne semble avoir rencontré aucune limite, sinon celle d'une certaine rivalité des méthodes d'intervention. Nous serons amenés à constater l'espace toujours plus important qu'occupent les nouvelles techniques biomédicales – parmi lesquelles on peut aisément compter les antidépresseurs – dans l'univers de la santé mentale.

1.1. LA CHIRURGIE PLASTIQUE OU LORSQUE LA NORME SE FAIT CHAIR

La chirurgie plastique a donné au sujet plusieurs nouvelles possibilités, dont celle de bonifier son corps, de le rendre plus fidèle à soi-même. Devant elle, il est une matière brute dont la malléabilité devient presque infinie. Désormais, ce corps n'est plus ce fait défini, cette donne naturelle qu'il appartenait à l'efficace du temps seulement de pouvoir travailler. On peut avoir à l'égard de la chirurgie plastique plusieurs positions ; soulignons-en deux qui sont idéologiquement cambrées.

La plus classique est la thèse de « l'oppression » : traditionnellement, la chirurgie plastique est l'image par excellence de l'invasion du corps par les critères normalisés de la beauté physique. Elle serait la forme d'assujettissement la plus extrême à leur égard, de nature complètement différente de toute autre transformation en leur faveur. Si elle paraît extrême, c'est avant tout parce qu'elle est conçue comme qualitativement différente de toute autre forme d'altération de son image ; différente par exemple de l'entraînement physique, des régimes amaigrissants ou d'une quelconque amélioration esthétique. Cette perspective fut surtout portée par des courants féministes qui voyaient derrière la popularisation de la chirurgie plastique les effets ultimes d'un pouvoir patriarcal. Et pour cause : les femmes ont eu recours en grande majorité aux multiples innovations rendues possibles par cette nouvelle technique (9 femmes pour 1 homme ; Davis, 2002). Mais ce point de vue n'embrasse qu'une vision très parcelaire de ce phénomène populaire, lorsqu'il ne cède pas à la tentation de dépeindre les femmes comme des victimes. Encouragés à aller voir plus loin que cette conscience première du problème, passons immédiatement à une autre position qu'il est possible d'adopter.

La thèse de « l'appropriation du pouvoir » (*empowerment*) : des auteures (Davis, 1995) de théories féministes contemporaines pensent qu'il est trop commode de condamner la chirurgie plastique. Loin de nuancer leur position à l'égard de cette pratique, elles vont littéralement lui accorder des vertus émancipatrices. Elles considèrent que les femmes qui choisissent d'avoir recours à la chirurgie ne sont pas des victimes, mais des personnes qui s'affirment en exerçant un contrôle sur leur vie. Paradoxalement, la chirurgie, argumente-t-on, permet aux femmes de reprendre contact avec leur corps, de s'en distancer comme « objet » pour mieux se l'approprier en devenant « un sujet dans un corps ». Tout en admettant la présence des forces contraignantes, de hauts critères de beauté, ces auteures maintiendront que les femmes qui posent ce choix le font très consciemment. Dans ce contexte, ces femmes deviennent les négociatrices de leur identité :

Cosmetic surgery is not about beauty but about identity. For a woman who feels trapped in a body which does not fit her sense of who she is, cosmetic surgery becomes a way to renegotiate identity through her body. Cosmetic surgery is about exercising power under conditions which are not of one's own making. In a context of limited possibilities for action, cosmetic surgery can be a way for an individual woman to give shape to her life by reshaping her body (Davis, 1995, p. 163)³.

3. Tiré de Llewellyn Negrin (2002). « Cosmetic Surgery and the Eclipse of Identity », *Body and Society*, vol. 8, n° 4 (nous soulignons).

Ici, le corps devient le lieu d'une affirmation du soi. Cette pratique n'est pas anodine, elle vise un objectif bien précis. Même si cette technologie peut être interpellée pour différentes raisons, le principal enjeu consiste à exprimer la norme, à la laisser filtrer, à se faire son support, à littéralement l'incarner. Il n'est pas question de nier la marge de manœuvre que détient l'individu. Cependant, cette pratique est caractéristique de ce rapport à la norme. Procéder à une chirurgie *esthétique* vise généralement une amélioration qui est motivée par une idée du beau, du mieux. En ce sens, y recourir sert la reproduction du normal (ou du « plus que normal », du « mieux que bien »), avec ce que chacun peut entendre par là : « *these women adamantly insisted that they altered their bodies for their own satisfaction, in effect utilizing such procedures to create what they conceptualize as normal appearance – an appearance that reflects a normal self* » (Gimlin, 2000, p. 89)⁴. Ces femmes veulent obtenir une apparence normale, une apparence reflétant un soi normal. Et ce moyen, quoi qu'on en pense, n'est pas dénué de sens et n'ouvre pas systématiquement à récidives (Gimlin, 2000). Il permet dans une certaine mesure d'obtenir l'effet escompté. Ces femmes, souvent, se diront mieux acceptées, plus sociables.

[Bonnie] *believes she will be able to construct a self that will be less imperfect and more culturally acceptable, and which will, as she puts it, allow her to « move on with the rest of » her life. Bonnie contends that having plastic surgery will allow her to focus more attention on other activities and concerns, including her career, the sports she enjoys, and her new marriage* (Gimlin, 2000, p. 88).

Au terme de ce procédé de transformation, les femmes se retrouvent avec un corps qui est selon leurs dires plus représentatif de ce qu'elles sont. Mais cette image plus fidèle a un coût, car ironiquement, c'est au prix d'un corps « moins authentique » qu'on y accède. Dans ce cas, que signifie devenir davantage soi-même, comment s'y prend-on ?

De même que l'expression d'« usage cosmétique » reposait sur une intuition fertile, il est possible de retenir dans chacune de ces positions des éléments stimulant la réflexion : la première position révèle la présence d'un pouvoir, mais celui-ci, en présumant qu'il émanerait d'une domination patriarcale, est aussitôt limité dans son exercice : comment expliquer, par exemple, que de plus en plus d'hommes soient sensibles à ce type d'intervention sur leur corps ? Est-il possible que ce pouvoir en question soit antérieur à une distinction de sexe et qu'il exerce son

4. Il n'est pas inutile de mentionner que des individus ont utilisé cette chirurgie pour faire du corps le lieu d'une réflexion esthétique, qui vise à questionner notre rapport au beau. Cela évidemment vient confirmer la latitude d'action que l'individu possède. Il va sans dire que ces ripostes à la norme sont marginales.

emprise sur chacun indistinctement ? De plus, la chirurgie plastique a ici été présentée comme un saut qualitatif majeur en regard de toute autre transformation à la faveur des critères de beauté. La notion « d'usage plastique » s'appuie sur une démonstration qui tente, au contraire, de nuancer cette position. Enfin, nous avons pu voir à l'œuvre le puissant facteur identitaire en cause dans ces pratiques, mais l'argumentation nous laisse au moment où les concepts de norme et d'identité sont réunis sans qu'il soit possible d'établir une compréhension claire de leur relation. Il semble nécessaire de se replacer dans un autre cadre d'analyse pour que nous apparaisse la portée de ces éléments jusqu'à présent isolés l'un de l'autre.

1.2. FONCTION-SUJET : FICTION DU SUJET ?

L'emploi du « je » exprimerait aujourd'hui l'endossement d'une fonction particulière. On dira que ce « je », capable de se désigner à la première personne du singulier comme auteur de ses propres actions, de ses pensées, de son langage, capable de faire des choix en regard de son existence, endosse la fonction-sujet. On peut affirmer sans se tromper que cette forme d'« individu-sujet » tend à devenir la mesure qui discrimine, au point que certains voient dans ce terme composite une tautologie. Cette adjonction sert plutôt à rappeler le processus de subjectivation d'où l'individu est issu. Elle rappelle l'étrangeté de cette forme au moment même où elle est la plus courante, la plus *normale*. Un questionnement sur la nature de ces processus persiste. Ici, plusieurs solutions s'offrent à nous. Il est possible d'adopter un point de vue plus matérialiste et de faire de l'argent un socle, soit la condition de possibilité de l'individu moderne⁵. Les adeptes d'une thèse à saveur politique soutiendraient qu'avant qu'il y ait un État moderne pour garantir la permanence de l'individu-sujet, par ses droits et privilèges, ce type particulier d'individualité n'existait pas, à tout le moins pas de manière aussi répandue. On retrouvait la fonction subjective, avant sa diffusion horizontale, au haut de l'échelle de la monarchie, en la personne du roi : une fonction, celle d'être

5. Cette thèse est présentée par Robert Castel et Claudine Haroche dans *Propriété privée, propriété sociale, et propriété de soi* ; elle s'appuie essentiellement sur une lecture de *La philosophie de l'argent* de George Simmel. Castel attire l'attention sur les « conditions de possibilités objectives » de la constitution du sujet, plutôt que de s'intéresser à ses modes de fonctionnement sur le plan psychologique, intersubjectif, subjectif ou normatif.

roi, restait constante malgré la multiplicité des corps qui lui succédaient ; « Le roi est mort, vive le roi ! » Michel Foucault adhère à cette lecture et, pour ce faire, se réfère à l'interprétation de Kantorowicz (1989) :

[Le pouvoir de souveraineté] est un pouvoir qui n'a pas de fonction individualisante, ou qui n'esquisse l'individualité que du côté du souverain, et encore, au prix de cette curieuse, paradoxale et mythologique multiplication des corps. D'un côté, des corps mais de pas d'individualité ; de l'autre côté, une individualité mais une multiplicité de corps (Foucault, 2003, p. 47-48).

Si Foucault, pour sa part, n'innove pas en faisant sienne cette lecture, il rejettera la thèse sociopolitique qu'elle sert la plupart du temps à défendre et y préférera celle d'un pouvoir disciplinaire. Alors que le pouvoir de souveraineté est discontinu, le pouvoir disciplinaire tel qu'il le décrit est une prise totale et exhaustive des corps ; il dira, pour dépasser la perspective marxiste, que « c'est une prise du corps et non pas du produit [le travail] et c'est une prise du temps dans sa totalité et non pas du service [le temps de travail] » (Foucault, 2003, p. 48)⁶. En effet, chez Foucault, la discipline crée littéralement l'individu psychique :

Dans le pouvoir disciplinaire, la fonction-sujet vient au contraire s'ajuster exactement à la singularité somatique : le corps, ses gestes, sa place, ses déplacements, sa force, le temps de sa vie, ses discours, c'est tout cela sur quoi vient s'appliquer et s'exercer la fonction-sujet du pouvoir disciplinaire. La discipline, c'est cette technique de pouvoir par laquelle la fonction-sujet vient se superposer et s'ajuster exactement à la singularité somatique (Foucault, 2003, p. 57).

La discipline a imposé un remaniement en profondeur des rapports entre la singularité somatique, le sujet et l'individu. On peut donc dire, et Foucault le dira, que l'individu préexiste à la fonction-sujet :

En fait, l'individu est le résultat de quelque chose d'antérieur et qui est ce mécanisme, toutes ces procédures qui épinglent le pouvoir politique sur le corps. C'est parce que le corps a été « subjectivisé », c'est-à-dire que la fonction-sujet s'est fixée sur lui, c'est par qu'il a été psychologisé, parce qu'il a été normalisé (Foucault, 2003, p. 58).

Tout en poursuivant la voie ouverte par Foucault – qui implique de faire une généalogie des modes de subjectivation plutôt que de procéder à une théorisation du sujet qui, par exemple, servirait à cerner ses

6. Les termes entre crochets sont une interprétation personnelle.

facultés⁷ –, Nikolas Rose concentrera son axe de recherches sur cette mise en forme de second degré : le corps suivant ce raisonnement aurait été d'abord « subjectivisé » et ensuite « psychologisé ». Il s'agirait moins d'une transformation inédite qu'une exemplification toujours plus poussée des mécanismes disciplinaires⁸. La discipline normalise, elle établit la norme comme principe, une norme qui départage. En ce sens, il n'est que conséquent d'admettre que la psychologie a engendré une normalisation plus poussée de notre vie, jusque dans ses dimensions intimes. Selon Nikolas Rose, donc, la psychologie a établi un nouveau standard, un type d'individualité avec une normativité qui lui serait propre. Il existerait une norme commune aux jeunes et aux plus âgés, aux riches et aux pauvres, aux hommes et aux femmes, aux prisonniers et aux fous, aux patients et à leurs médecins, aux employés et à leurs patrons, qui ferait de chacun d'eux des individus devant se conduire d'une telle manière, devant se référer à soi-même d'une certaine façon. Rose décrit en fait un idéal régulateur qui se situerait au-delà de toute critique et qui ferait de nous des êtres animés d'une vie intérieure, une psychologie, un lieu qui serait le point-source de toutes les actions, les pensées et les affects, en l'occurrence un soi autonome, avec une identité à construire à travers une biographie, libre de ses choix (mais obligé de choisir) et *qui aspire à se réaliser, qui doit s'améliorer*. L'intervention s'appuyant sur le savoir développé par la psychologie aurait permis d'assujettir l'intériorité de l'individu à des principes qu'elle aurait elle-même déterminés. Même si l'« individu psychologique » est une invention, il n'est pas moins réel ; il consiste en notre vérité quotidienne, c'est-à-dire une vérité que la réalité se charge de nous rappeler à chaque instant.

7. Voir « Le sujet et le pouvoir », où Michel Foucault s'explique : « Je voudrais dire d'abord quel a été le but de mon travail ces vingt dernières années. Il n'a pas été d'analyser les phénomènes de pouvoir ni de jeter les bases d'une telle analyse. J'ai cherché plutôt à produire une histoire des différents modes de subjectivation de l'être humain dans notre culture », c'est-à-dire la manière dont l'être humain est constitué en sujet (Michel Foucault, *Dits et écrits II, 1976-1988*, p. 1041-1062. Voir aussi Nikolas Rose (1995). « Identity, genealogy, history », dans S. Hall et P. Gay, *Questions of Cultural Identity*, Londres, Sage.

8. « La discipline est, au fond, le mécanisme de pouvoir par lequel nous arrivons à contrôler dans le corps social jusqu'aux éléments les plus ténus, par lesquels nous arrivons à atteindre les atomes sociaux eux-mêmes, c'est-à-dire les individus. Technique de l'individualisation du pouvoir. Comment surveiller quelqu'un, comment contrôler sa conduite, son comportement, ses aptitudes, comment intensifier sa performance, multiplier ses capacités, comment le mettre à la place où il sera plus utile : voilà ce qu'est à mon sens, la discipline » (M. Foucault, « Les mailles du pouvoir », *Dits et écrits*, p. 1010.

En ce sens, l'histoire des disciplines « psy » – car la psychologie est à l'origine de plusieurs spécialités professionnelles qui ont chacune ciblé des sphères de notre quotidien (le travail, la famille, les relations de couple, etc.) – n'est pas seulement l'histoire d'un groupe de science, c'est l'histoire d'une manière de réguler les autres et soi-même à la lumière d'un certain régime de vérité. Les disciplines « psy », donc, seraient liées de près à la « gouvernementalité » telle qu'entendue par Foucault, c'est-à-dire les stratégies et les tactiques pour conduire la conduite, pour agir sur les actions afin d'obtenir certains résultats :

The perspective of government draws our attention to all those multitudinous programs, proposals, and policies that have attempted to shape the conduct of individuals – not just to control, subdue, discipline, normalize, or reform them, but to make them more intelligent, wise, happy, virtuous, healthy, productive, docile, enterprising, fulfilled, self-esteeming, empowered, or whatever (Rose, 1998, p. 12).

Le chemin parcouru jusqu'ici nous porte à admettre la plausibilité du parallèle entre la psychologie et la chirurgie plastique. Cette perspective, si on veut lui être fidèle, implique que c'est littéralement à travers le corps que la discipline et la psychologie ont mis en scène une intériorité dont elles ont établi le décor. Si cette conception table sur l'assujettissement et le contrôle, il semble essentiel de ne pas négliger le pouvoir dont elle leste par le fait même cette subjectivité, comme si le pouvoir qui investissait un corps ne pouvait faire autrement que d'y déposer un peu de son essence. Mais cette charge, une souffrance particulière lui est associée. La « souffrance psychique » est la contrepartie, la conséquence inévitable du fait de devoir jouer son propre rôle.

1.3. SUJET ET TECHNIQUE BIOMÉDICALE

La rencontre de la biomédecine et des technosciences est à l'origine de technologies efficaces pour transformer la subjectivité. Certains auteurs pensent qu'elles sont destinées à devenir la forme essentielle de production d'une nouvelle subjectivité dans les sociétés contemporaines (Barnard, 2000). Plus que jamais, ces technologies s'attachent à transformer les sujets, à les produire, à partir du médium privilégié que constitue leur corps. Ce corps, maintenant étudié au microscope, a été molécularisé et fait l'objet d'interventions à cette échelle. Des problèmes de toutes sortes trouvent des solutions moléculaires. Ces technologies participent à la création de nouveaux problèmes. Est un problème ce qui peut être corrigé ; autrement, il s'agit d'une condition. Les nouvelles générations de médicaments psychiatriques en sont la pièce probante ; elles agissent directement sur le cerveau et permettent, de ce fait, la redéfinition de la dépression

et de l'anxiété en termes de défaillance de neurotransmetteurs. Dans un passé non lointain encore, lorsque la lecture psychologique monopolisait le discours, la dépression relevait du domaine psychique.

Aujourd'hui, l'individu est amené de plus en plus à se définir à partir de ce médium qu'est le corps. Ses peurs, ses craintes, ses angoisses, mais aussi les soins, les attentions qu'il se porte, seraient recodés en empruntant à la métaphore du corps. D'un côté, il y aurait les types d'intervention sur le corps visible, les diètes, l'exercice, les tatouages et les chirurgies plastiques; de l'autre, tout ce qui aurait trait à une intervention à l'intérieur de ce corps, le plus souvent par des moyens pharmacologiques.

Plusieurs questions affluent sur ce nouveau rapport au corps, notamment la relation qu'il entretient avec l'univers psychologique de l'individu. Il faut se garder de n'y voir qu'une opposition simple entre les termes, car si le corps, traditionnellement, est l'autre de l'esprit, ici, il est le lieu d'une intervention qui vise plus spécifiquement le soi.

Selfhood has become intrinsically somatic – ethical practices increasingly take the body as the key site for work on the self. From official discourses of health promotion through narratives of the experience of disease and suffering in the mass media, to popular discourses on dieting and exercise, we see an increasing stress on personal reconstruction through acting on the body in the name of a fitness that is simultaneously corporeal and psychological (Rose, 2001, p. 18).

C'est le soi qui devient empiriquement positif, le corps serait là où on agit pour changer son soi, là où on agit afin de mieux devenir soi-même. Ce corps comme manifestation d'un soi n'est pas un corps naïf, premier; il est second; il est la conséquence de ce qu'on y a mis à l'intérieur de l'extérieur, fruit d'une projection en lui d'une « psychologie », d'un soi substantialisé que l'on incite à l'expression. Devenir soi-même serait la constante de notre époque, une stratégie de régulation s'appuyant sur notre liberté :

il faut retenir que l'essentiel de la « discipline » n'est pas la poursuite à tout prix de la standardisation des comportements et des attitudes des sujets, mais l'assujettissement de ceux-ci à des identités à l'intérieur desquelles ils puissent se reconnaître, fonctionner et être interpellés (Otero, 2003, p. 29).

La conduite disciplinée offre un sol pour saisir la multiplicité des manifestations de soi; elle est la forme qui se satisfait d'un grand éventail de couleurs et de textures dès lors que la structure d'accueil est respectée. L'explosion de ces teintes et ces tons peut faire croire à un affaiblissement des contraintes sociales dans nos sociétés, mais pour nous, elle confirme la finesse et la subtilité des modes contemporains de régulation des conduites.

1.4. L'IMPÉRATIF DE LA SANTÉ

Il est possible de voir à l'œuvre cette finesse à travers le discours sur la santé. Sous son couvert, on tente de responsabiliser les individus, de les inciter à prendre en charge leur santé. Une multitude de campagnes et de techniques sont déployées en ce sens. Actuellement, cette volonté individuelle à la santé est largement exploitée dans la mise en marché de produits et de campagnes publicitaires de toutes sortes. Les compagnies pharmaceutiques, puisque ce sont elles qui nous intéressent, viennent occuper l'espace laissé vacant entre cette volonté à la santé, ce désir insatiable, et l'expérience de son absence, ou de son silence devrions-nous dire.

La santé dont il est question n'est pas, pour reprendre la distinction fondamentale de Canguilhem (1966), celle qui a trait à la norme inhérente du corps, car cette santé-là est bien silencieuse, elle est par définition absente. Contrairement à la maladie qui impose elle-même ce qu'elle est, la santé n'est jamais ressentie comme telle, comme le dit cette citation bien connue de Leriche : « La santé c'est la vie dans le silence des organes » (Canguilhem, 1966, p. 180). Ce silence a pour conséquence qu'on peut plus facilement s'exprimer en se prétendant d'elle. La notion de santé est beaucoup plus susceptible que celle de maladie d'être définie selon des critères extérieurs, proprement sociaux. Ce que l'on exige des individus en se prétendant d'elle ne vise plus seulement à éviter les morts prématurées, mais embrasse plutôt un bien-être général : beauté, succès, bonheur, une sexualité épanouie et plus. La santé n'est plus l'équilibre passif du corps, elle est active, elle nécessite une activité, elle oriente des actions, elle doit être construite, gagnée à tout prix. Lorsque heureusement on la tient, elle doit être maintenue, car le spectre de la maladie, de la mauvaise santé, guette celui qui n'est pas « responsabilisé ». Le discours de la santé est donc l'un des lieux privilégiés par lesquels transigent les exigences sociales.

Les nouvelles générations de médicaments psychiatriques s'appliquent à traiter des désordres aux frontières floues, qui font l'objet de débats. On pourrait penser qu'ils ne sont pas tant voués à guérir qu'à modifier les vicissitudes de la vie telles que vécues d'un point de vue psychologique. Dès que les émotions et la tristesse, par exemple, ont une source neurochimique, elles peuvent faire l'objet d'une intervention qui les corrigera. Et il n'est plus possible de penser un « soi » qui ne serait pas ouvert à ce genre de modification de l'humeur, de l'émotion, de la cognition et de la volonté. Ces techniques modifient ce que nous sommes et ce que nous devons être. Il n'est plus seulement question de frontières floues entre le normal et le pathologique, ou de l'élargissement de la toile de la

pathologie. Ce à quoi nous assistons est en même temps une amélioration de nos capacités, un meilleur ajustement aux exigences de la vie à laquelle nous aspirons.

In the field of health, the active and responsible citizen must engage in a constant monitoring of health, a constant work of modulation, adjustment, improvement in response to the changing requirements of the practices of his or her mode of everyday life. These new self-technologies do not seek to return a pathological or problematic individual to a fixed norm of civilized conduct through a once-off program of normalization. Rather, they oblige the individual to engage in constant risk management, and to act continually on him or herself to minimize risks by reshaping diet, lifestyle, and now, by means of pharmaceuticals, the body itself. The new neurochemical self is flexible and can be reconfigured in a way that blurs the boundaries between cure, normalization, and the enhancement of capacities. And these pharmaceuticals offer the promise of the calculated modification and augmentation of specific aspects of self-hood through acts of choice (Rose, 2003, p. 59).

2. DE L'USAGE « PLASTIQUE » DES ANTIDÉPRESSEURS

S'il m'est possible de parler d'« usage plastique des antidépresseurs », c'est qu'il y aurait, comme notre réflexion a tenté de le démontrer, un continuum entre les activités de transformation de soi à la faveur des critères de beauté et les actions qui sont posées à la faveur des critères de santé ; beauté et santé seraient toutes deux des impératifs que les individus seraient enjointes de respecter dans la mesure où cela fait d'eux des individus plus aptes à participer à la vie sociale, autrement dit plus performants. Dans cette mesure, il serait légitime de se demander si la « bonne santé » dont on fait la promotion ne servirait pas plus le corps social que le corps individuel. Quoi qu'il en soit, la force normalisatrice en ce qui a trait à la beauté ne se révèle pas différente de celles qui incitent à la santé.

Not only is Ann Marie not « a bad person » because her actions suggest vanity, but, in fact, she is actually a good person, as evidenced in other forms of body work in which Ann Marie participates. She explained, « My weight is only a variance of six pounds heavier from what it was 30 years ago. I keep in shape in addition to surgery. I jog, I exercise, I diet. » Ann Marie has maintained her youthful physical appearance in every way possible – failing only to control the appearance of her facial skin, which she could not keep from « getting creepy. » Ann Marie is entitled to an appearance that reflects those activities, even if that appearance is obtainable only through cosmetic surgery (Gimlin, 2000, p. 85-86).

Le cas d'Ann Marie exprime parfaitement le « bon », le « mieux que bien », ce qui est conforme à la norme ambiante des sociétés contemporaines, un comportement qui lui est adapté. Ainsi devenir soi-même ne se limiterait qu'à être un bon conjoint, un bon employé, un bon parent, etc. « La fatigue d'être soi » (Ehrenberg, 1998) est nécessairement coextensive d'une injonction à être soi-même, et cela ne relève en rien d'un phénomène individuel :

Réussir aujourd'hui, c'est pouvoir inventer son propre modèle, dessiner son unicité, même si elle est identique à celle de tous les autres. Réussir, c'est devenir soi-même en devenant quelqu'un. Être soi-même ; être quelqu'un : injonctions banales et pourtant mystérieuses qui devraient se situer sur les registres apparemment séparés, voire opposés, de l'identité personnelle et de la visibilité sociale, de la sphère privée et de la sphère publique : comment sait-on qu'on est soi-même ? À quoi reconnaît-on qu'on est quelqu'un ? (Ehrenberg, 1991, p. 199-200).

Il ne faut surtout pas penser que l'incapacité à répondre convenablement aux multiples exigences sociales entraîne un affect désagréable : à terme, il pourrait y avoir une souffrance associée au fait de ne pouvoir être en « santé », de constamment se faire renvoyer l'écart qui nous sépare du dit « normal ».

Cet écart par rapport à la norme nous permet-il de parler de pathologie ? Permettez-nous, afin de mieux illustrer notre propos, de nous appuyer une dernière fois sur l'analogie qui nous fut si utile jusqu'ici. Un article publié dernièrement dans un quotidien nous inspire ici plus particulièrement. Ce texte d'Amnon J. Suissa, intitulé « Le bistouri du bonheur⁹ » argumente que la chirurgie plastique servirait à corriger des « déviances » ; il aborde d'emblée la chirurgie esthétique par le biais d'une pathologie de la dépendance. Il n'hésitera pas non plus à placer l'acceptation sociale, la grande popularité dont tend à jouir cette pratique, du côté des facteurs sociaux (une cause), plutôt que d'y voir la preuve d'une certaine efficacité (une conséquence). Mais l'auteur, tout affairé à condamner cette pratique, ne se demande à aucun moment pourquoi la lame du bistouri se fait le prêcheur d'un bonheur prochain (en dehors du fait, bien sûr, qu'elle permette ou non d'y parvenir). Pour Suissa, la chirurgie témoigne d'un manque de capacité d'adaptation de l'individu. Comment comprendre que tant d'individus aient recours à la chirurgie esthétique :

9. *La Presse*, 13 février 2006. Amnon J. Suissa est professeur à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal.

ceux-ci mettent-ils davantage en relief l'incapacité de chacun à s'adapter ou, au contraire, mettent-ils à jour l'impératif toujours plus rigide de flexibilité, d'adaptation aux exigences sociales (santé, beauté et réussite) ?

La critique des féministes d'antan s'est recyclée en critique du « jeunisme ». Nous n'avons pas à être surpris que la chirurgie esthétique attire encore aujourd'hui, sous le couvert d'une analyse critique du social, des jugements de valeur. Ce qui, par contre, peut surprendre le plus dans le texte de Suissa, après l'analyse à laquelle nous nous sommes adonné, est le traitement qu'il suggère afin de contrer « l'épidémie » de la chirurgie esthétique : « Ne devrait-on pas privilégier d'abord un tour chez le thérapeute dans le but d'aider la personne à améliorer ce qui peut être changé et accepter surtout ce qui ne peut être changé ? » Suissa reconnaît qu'un problème d'estime de soi se cache derrière le souhait de parvenir à un corps plus beau, signe d'un intérieur épanoui. Est-ce vraiment l'idée d'un *manque* d'estime de soi qui se dégage ici de l'analyse ou *l'obligation d'avoir une haute estime de soi* ? Le seul diagnostic qu'il semble possible de poser ici est que l'intervention sociale qui préoccupe le travailleur social est malheureusement aujourd'hui impossible à envisager en dehors d'une action « psycho »-sociale. La psychologisation des questions sociales est un malaise plus grand que celui qui a trait à la chirurgie esthétique.

Si la hausse du recours aux antidépresseurs nous paraît plus adéquate lorsqu'elle est saisie comme une « défaillance de l'adaptation » plutôt que comme une pathologie au sens strict, c'est précisément parce que cela met à jour l'enjeu principal : l'exigence de s'adapter. C'est avant tout elle qui permet de donner un dénominateur commun aux réflexions qui nous ont animé : qu'il soit question de thérapie psychologique ou de thérapie chimique (et même de chirurgie plastique), une même logique se profile derrière les différents types d'intervention. Les guides de croissance nous confirment que devenir soi-même est une activité sans fin, tout comme l'est celle d'être et de rester en santé. De plus, ils mettent en évidence que cette activité doit être « monitorée ». Plus récemment, on s'est s'étonné que l'intériorité de l'individu-sujet prenne appui sur le corps – comme le soulignent les expressions « *neurochemical-self* » de Rose (2003) ou « sujet cérébral » d'Ehrenberg (2004). Cette intériorité, même si elle s'articule selon des principes différents, reste indéniablement une dimension à laquelle est assujéti le devenir (éthos) et la souffrance (pathos) de l'individu contemporain. Au demeurant, on a simplement substitué à « l'intériorité métaphysique une intériorité biologique » (Ehrenberg, 2004, p. 154). « Devenir soi-même », une injonction qui semble bien banale, mais qui, derrière cette première impression, se laisse toujours mieux saisir en regard d'un tiers, une intervention extérieure qui souscrit, malgré

sa nature, au discours de l'adaptation. Cette injonction propre aux sociétés contemporaines est impensable sans une référence à un ordre normatif auquel il est primordial de s'ajuster.

Comment sait-on qu'on est suffisamment soi-même? On ne le sait jamais tout à fait : le seul moyen d'en être persuadé est de s'engager dans ce rapport constant de monitorat. Si on ne se sait jamais tout à fait « normal » on sait par contre « im-médiatement » lorsqu'on s'écarte trop de cette force centrifuge. C'est là, peut-être, la caractéristique la plus fondamentale d'une « société de la norme » (Foucault, 2001, p. 75). Qu'il s'agisse de « mise en forme » physique, de croissance personnelle (mise en forme de l'esprit) ou d'usage d'antidépresseurs, un individu qui souhaite ardemment être heureux doit s'engager dans un ajustement continu, ne serait-ce que parce que devenir normal implique aussi une activité de maintien pour laquelle de nouvelles technologies se targuent de toujours mieux y arriver. L'usage plastique, s'il est désormais pertinent de s'exprimer ainsi, rejoint l'individu dans sa nécessité d'ajustement aux exigences sociales. Ce faisant, cette expression quitte la métaphore inadéquate d'une chirurgie plastique de l'âme pour approcher une perspective qui exige de penser une régulation sociale de l'intériorité de l'individu, un mode de régulation qui, avons-nous vu, lie le principe actif de la norme (la norme crée ce qu'elle combat) aux processus de définition identitaire.

BIBLIOGRAPHIE

- BARNARD, S. (2000). « Construction and Corporeality: Theoretical Psychology and Biomedicine Technologies of the Self », *Theory and Psychology*, vol. 10, n° 5, p. 669-687.
- CANGUILHEM, G. (1972). « Régulation (épistémologie) », *Encyclopédie Universalis*, Paris, vol. 14.
- CANGUILHEM, G. (1966). *Le normal et la pathologique*, Paris, Presses universitaires de France.
- CANGUILHEM, G. (1955). « Le problème des régulations dans l'organisme et dans la société », *Cahiers de l'Alliance israélite universelle*, n° 92, septembre-octobre, p. 64-81.
- COLLIN, J., H. DOUCET, D. LAFORTUNE, L. MONNAIS, M. OTERO, M.E. BLANC et M. PROULX (2005). *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et proposition sur les perspectives de travail à prioriser*, Conseil de la santé et du bien-être, Québec, Gouvernement du Québec, 85 p.
- DAVIS, K. (2002). « "A Dubious Equality": Men, Women and Cosmetic Surgery », *Body and Society*, vol. 8, n° 1, p. 49-65.
- DAVIS, K. (1995). *Reshaping the Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*, New York, Routledge.

- EHRENBERG, A. (2004). « Le sujet cérébral », *Esprit*, novembre, p. 130-155.
- EHRENBERG, A. (1998). *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG, A. (1991). *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy.
- FOUCAULT, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique*, Paris, Gallimard/Seuil, coll. « Hautes Études ».
- FOUCAULT, M. (2001). *Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Gallimard.
- FRAZER, M. (2001). « The Nature of Prozac », *History of the Human Sciences*, vol. 14, n° 3, p. 56-84.
- GIMLIN, D. (2000). « Cosmetic Surgery: Beauty as Commodity », *Qualitative Sociology*, vol. 23, n° 1, p. 77-98.
- HEALY, D. (2002). *Le temps des antidépresseurs*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- KANTOROWICZ, E. (1989). *Les deux corps du roi: essai sur la théologie politique au Moyen Âge*, Paris, Gallimard.
- KRAMER, P. (1993). *Listening to Prozac*, New York, Viking.
- MARTUCELLI, D. (2002). *Grammaires de l'individu*, Paris, Gallimard, coll. « Folio ».
- NEGRIN, L. (2002). « Cosmetic Surgery and the Eclipse of Identity », *Body and Society*, vol 8, n° 4, p. 21-42.
- OTERO, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- ROSE, N. (2003). « Neurochemical Selves », *Society*, novembre/décembre, p. 46-59.
- ROSE, N. (2001). « Politic of Life Itself », *Theory, Culture and Society*, vol. 18, n° 6, p. 1-30.
- ROSE, N. (1998). *Inventing Ourselves: Psychology, Power and Personhood*, Cambridge (R.-U.), Cambridge University Press.

P
A
R
T
I
E

2

**LE MÉDICAMENT
ENTRE RAISONNEMENT
THÉRAPEUTIQUE
ET OBJET CULTUREL**

6

**UNE ÉPISTÉMOLOGIE MÉDICALE
EN CHANGEMENT**
**Raisonnements thérapeutiques
entre science et croyances**

Johanne Collin
Université de Montréal

Dans les sociétés contemporaines, il y a postulat implicite d'une étanchéité entre expertise, rationalité scientifique et raisonnement, d'une part, et non-expertise, irrationalité et empirisme d'autre part. Il ne s'agit pourtant pas de catégories substantielles et irréductibles, bien au contraire. Une analyse des changements de paradigme qui caractérisent les conceptions du médicament et de la thérapeutique¹ au XIX^e et à la fin du XX^e siècle peut s'avérer particulièrement éclairante à cet égard. Il s'agit, dans ce chapitre, de voir comment les représentations biomédicales et populaires du médicament s'entrecroisent. En se fondant sur les mêmes principes, notamment ceux de spécificité et d'universalisme, ces conceptions recourent au fil du temps des réalités différentes, voire antinomiques. Au cœur des raisonnements thérapeutiques réside une tension irréductible entre science et croyance, entre une idéalisation rationaliste de la science et la

1. Par « thérapeutique » il faut entendre la partie de la médecine qui concerne les moyens propres à soulager et à guérir, notamment le recours à la matière médicale (c.-à-d. l'ensemble des substances médicamenteuses connues) au XIX^e siècle.

rémanence de conceptions quasi mystiques par rapport au médicament. Cette tension reconduit jusqu'à un certain point, on le verra, la querelle du sujet évoquée par Ehrenberg entre la conception de l'individu (patient) comme être biologique et la conception de l'individu comme être de langage, dans sa singularité biographique et expérientielle.

1. LE CARACTÈRE MÉTONYMIQUE DU MÉDICAMENT

Le médicament est un objet d'étude particulier en ce que l'on pourrait lui attribuer une double personnalité. D'un côté, il s'agit indéniablement d'une biotechnologie et donc d'un objet qui incorpore la fine pointe des savoirs experts en pharmacologie, en biochimie, en génétique, en physiologie et en pharmacocinétique. De l'autre, il s'agit d'un bien de consommation courante, tangible, accessible, quotidien. Par ailleurs, le médicament constitue l'une des seules biotechnologies qui ne requiert pas l'action de l'expert, comme intermédiaire, pour être efficace. Dans un article-phare sur le médicament, Van der Geest et Whyte (1989) mettaient en perspective le caractère métonymique du médicament, c'est-à-dire sa propension à incorporer dans sa propre matérialité l'expertise scientifique et les savoirs médicaux. De fait, contrairement à la chirurgie, qui ne saurait exister sans l'intervention du chirurgien, le médicament comme objet concret comporte en lui-même un potentiel d'effets – et éventuellement d'efficacité – de par sa seule ingestion. Nul besoin, dès lors, de l'action de l'expert pour arriver à un résultat tangible. Le passage est direct, de la science au monde profane. Le médicament assume ce rôle de passeur d'un ordre cognitif à un autre et le phénomène est historiquement fondé.

C'est en effet à travers le remède secret, phénomène plus que séculaire, profondément ancré dans les traditions populaires, que les cultures savantes et profanes commencent à se côtoyer de plus près dans la seconde moitié du XIX^e siècle (Faure, 1993). Après des décennies d'efforts concertés de l'État et de la profession médicale pour vaincre les résistances populaires face à une médecine savante désireuse de dicter à la population de nouvelles pratiques de santé et d'hygiène, c'est finalement à travers le médicament que le discours de santé publique et la norme biomédicale commenceront à pénétrer les mentalités (Faure, 1993 ; Collin, 1997). Aux côtés du médicament sous sa forme de remède populaire, ancestral, issu d'un savoir profane, sera peu à peu intégré dans les pratiques de soins le médicament d'ordonnance, issu de la pharmacologie et de la biomédecine. Comme objet, le médicament joue alors un rôle de relais, de passeur

donc, entre thérapeutique populaire et médecine officielle, et ce, essentiellement parce qu'il occupe une place d'égale importance dans les pratiques populaires et savantes de soins, bien que l'objet lui-même recouvre des réalités fort différentes.

Cette double personnalité du médicament engendre des conceptions antinomiques de ce qu'il incarne et des attentes qui le concernent. Le XIX^e siècle est en effet témoin d'un changement de paradigme à cet égard (Warner, 1986)². Pendant la majeure partie du siècle, l'attitude des médecins face à la thérapeutique est ainsi caractérisée par un empirisme fondé sur le primat de la spécificité du patient, c'est-à-dire sur une observation clinique attentive des manifestations de la maladie chez le patient, et, par conséquent, sur un relativisme extrême au niveau des stratégies thérapeutiques utilisées. Au cours des deux dernières décennies du XIX^e siècle, cependant, on observe un passage de cet empirisme à un rationalisme expérimental, défini dans le sens de la valorisation d'un raisonnement thérapeutique de plus en plus fondé sur la médecine de laboratoire (tests diagnostiques et expérimentation) et faisant appel à la notion de loi universelle, de généralisation, de reproductibilité. Par essence, ce changement de paradigme se traduit ainsi par le passage du primat de la spécificité du patient à celui du médicament, c'est-à-dire, à l'idée qu'un même médicament peut soigner une même maladie, peu importe le malade et le stade de la maladie.

Cent ans plus tard, soit au cours des dernières décennies du XX^e siècle, survient un second moment fort, alors que ressurgit le principe de la spécificité du patient à travers le développement de la pharmacogénétique. Désignée fréquemment sous le vocable de médecine personnalisée, celle-ci vise une pharmacothérapie sur mesure pour chaque patient, en regard de son bagage génétique, de son génotype et de sa propension conséquente à répondre ou non au médicament prescrit. Chacun de ces changements de paradigme renvoie dos à dos et de façon croisée les conceptions scientifiques et profanes du médicament. Ainsi spécificité et universalisme constituent les deux pôles d'une fiction opératoire permettant de qualifier les changements majeurs dans l'*épistémè* médicale depuis le XIX^e siècle.

2. J.H. Warner a bien établi et balisé ce changement de paradigme en ce qui concerne la pratique médicale américaine, qui comporte des particularités par rapport à la médecine européenne.

Tout au long de cette période, comme le fait remarquer J.H. Warner (1986), les termes de « rationalisme » et d'« empirisme » renvoient à des définitions différentes, à connotations positives ou négatives, selon la période et le contexte dans lequel ils sont employés. Le rationalisme peut désigner le raisonnement extrême, coupé de l'expérience, et donc le dogmatisme médical. Il peut également désigner, dans son sens positif, une pratique médicale réflexive, prudente et judicieuse ; relativiste donc, plutôt que dogmatique. Quant au terme d'empirisme, dans sa connotation négative, il désignera l'ignorance, l'aveuglement et la propension à l'« essai-erreur » dans l'élaboration des stratégies thérapeutiques. Ainsi, les guérisseurs, au XIX^e siècle, sont fréquemment désignés sous le nom d'« empiriques » (Faure, 1994 ; Léonard, 1981). Néanmoins, l'empirisme peut également désigner, au sens positif du terme, un savoir fermement ancré dans l'expérience clinique, l'un permettant de maximiser l'apport de l'autre. À travers l'évolution des raisonnements thérapeutiques et des conceptions médicales et profanes du médicament au cours du XIX^e siècle, ce chapitre veut paver la voie à une réflexion en profondeur sur les pratiques actuelles de prescription des médecins.

2. LE PARADIGME DE LA SPÉCIFICITÉ DU PATIENT

Jusque vers les années 1820, la pensée médicale occidentale est encore tout empreinte des théories étiologiques du siècle des Lumières. La notion de rationalisme est alors liée aux systèmes de pensée médicale les plus familiers aux médecins nord-américains, comme celui de Rush et de Cullen ou Brown, qui ont en commun de se fonder sur l'idée d'un principe étiologique unique de la maladie, tendant le plus souvent à occulter la spécificité et la diversité des processus morbides (Ackerknecht, 1973 ; Léonard, 1981 ; Warner, 1985). Se fondant sur la conviction que toutes les maladies proviennent des mêmes altérations morbides, ces systèmes de pratique ont pour première conséquence de prôner une thérapeutique unique, c'est-à-dire un même traitement pour rétablir l'équilibre rompu par la maladie. Au fondement de l'élaboration de ces systèmes de pratique, préconisant tantôt l'excitation ou la stimulation de l'organisme, tantôt son ralentissement, se trouve alors l'espoir de se doter d'une loi universelle des processus morbides et de leur traitement, aussi fertile pour la médecine que ne l'avait été la loi de la gravité pour la physique.

Appliqué à la pratique quotidienne de la médecine, le rationalisme dogmatique hérité de cette épistémologie médicale ne peut que conduire à une simplification des pratiques diagnostiques et thérapeutiques et à un exercice routinier et systématique. Le terme « système » convient alors

pour désigner non seulement la réduction simpliste de l'étiologie à une explication unique, mais la réduction équivalente des stratégies thérapeutiques à une position de principe exacerbée, comme celle de la médecine héroïque ou encore de la médecine expectante³.

Un demi-siècle plus tard, soit vers 1870, la médecine occidentale, et tout particulièrement nord-américaine, se fonde désormais sur le principe de la spécificité du patient, un principe qui se sera lentement mais sûrement imposé, en réaction à ce rationalisme radical qui caractérisait l'entrée de la médecine occidentale dans le XIX^e siècle. Le rejet de tout dogmatisme s'accompagne d'une exhortation à l'empirisme et à l'observation, qui se doivent désormais de constituer le gage de l'expertise médicale⁴. Cet empirisme préconisé concerne tout particulièrement la thérapeutique. Il serait absurde, de dire l'un des chefs de file de la profession, de ne recourir qu'aux médicaments dont on comprend l'action thérapeutique. À l'appui de sa position, il cite Claude Bernard : « Je pense, dit Claude Bernard lui-même, le savant physiologiste du jour que nous pleurons tous, je pense qu'un médecin au lit du malade qui ne voudrait employer que les médicaments dont il comprend physiologiquement l'action, serait dans une exagération qui lui ferait fausser le vrai sens de la méthode expérimentale. » Il invoque alors, comme plusieurs de ses collègues, le fait que les découvertes médicamenteuses les plus fécondes sont issues de l'empirisme le plus pur et émanent du peuple : « Prenons le fer, le quinquina, l'opium, les alcalins, est-ce qu'avant de se trouver dans nos livres classiques, ils n'ont pas vécu longtemps au profit des heureux que le hasard favorisa, et des milliers n'ont-ils pas éprouvé les effets bienfaisants sans en savoir le pourquoi, avant que le médecin s'en emparât pour leurs donner les effets thérapeutiques basés sur la connaissance approfondie de leur action physiologique ? » (Lachapelle, 1878, p. 246).

-
3. La médecine héroïque désigne une pratique orientée vers un usage excessif de la thérapeutique. Se fondant sur la théorie des humeurs, elle réinterprète ses préceptes en poussant à l'extrême la logique qui la sous-tend. Elle atteint son apogée au XVIII^e siècle et se caractérise par l'usage pléthorique de la saignée et l'administration de purgatifs violents. Quant à la médecine expectante, elle incarne le coup de balancier de l'épistémologie thérapeutique en ce qu'elle préconise la parcimonie, voire l'abstinence, du recours à la matière médicale. Nourrie par un fort scepticisme envers l'efficacité de l'arsenal thérapeutique à disposition, elle se pratique à travers l'usage parcimonieux de traitements médicamenteux dont la seule finalité est d'atténuer les symptômes et de soutenir l'organisme dans sa capacité naturelle à combattre la maladie et à parvenir à la guérison. Pour plus de détails, voir notamment Rosenberg (1979).
 4. Il est important de noter que le discours dont il est fait état dans cet article est un discours prescriptif, qui émane de l'élite de la profession médicale québécoise. Il ne constitue donc pas tant le témoignage de la pratique effective que l'idéal de ce qui est préconisé et enseigné aux futurs praticiens.

Au cours de la première moitié du XIX^e siècle (Warner, 1987; Collin, 1999), la profession médicale en vient également à rejeter le principe de l'existence de lois universelles susceptibles d'expliquer la maladie, pour se replier sur l'idée que chaque patient constitue un cas unique, spécifique, et que seule une compréhension de cette spécificité (physique, psychologique, environnementale et familiale) est susceptible de fournir l'explication de la survenue de la maladie. Dès lors, les antécédents familiaux du patient, ses caractéristiques démographiques (âge, sexe, etc.), mais également sa situation géographique, (vents, humidité, froid, etc.) et sociale (niveau socioéconomique et conditions de vie, promiscuité de logement, habitudes de vie, etc.) doivent être prises en compte dans l'établissement du diagnostic et la détermination du traitement.

Les lois universelles s'avèrent tout simplement inaptées à saisir la particularité de chaque patient, comme en témoigne ce passage d'une conférence donnée par un médecin montréalais à de futurs praticiens⁵ : « Traiter telle maladie parce que c'est telle maladie, sans aucune acception des malades, c'est là le fait de ce que l'on a appelé les médecins à tiroir. » Élaborant sa pensée, il affirme : « Le traitement doit nécessairement varier suivant les conditions d'âge, de sexe, de tempérament, de constitution, d'habitudes, etc. dans lesquelles se trouve le sujet » (Desrosiers, 1886, p. 336).

Le malade acquiert une telle importance dans le processus de raisonnement thérapeutique que cette importance conduit à escamoter la maladie comme entité nosographique. Ce qu'il faut y voir, c'est également le désir de réhabiliter un savoir médical présenté comme exclusif et complexe, sur lequel se fonderait l'expertise de la profession.

Ce qui fait le médecin expert, c'est le coup d'œil qui lui fait découvrir une maladie promptement et prévoir la marche qu'elle doit suivre et la terminaison qu'elle doit subir [...] Il n'est pas nécessaire d'être un vieux disciple d'Esculape pour découvrir que le traité de pathologie le plus parfait n'est pas tout [...] Étudier les malades est une étude bien plus importante qu'étudier les maladies. Est-ce qu'une maladie est la même avec tous? Cela est tellement peu vrai que Piorry s'est permis de dire: La maladie n'existe pas. – Le médecin qui a vu beaucoup de malades ressemble à ce voyageur intelligent qui ne s'embarque jamais sans posséder à fond la carte du pays qu'il entend parcourir et visiter, sans avoir un plan bien combiné, bien détaillé du voyage qu'il va effectuer (Lachapelle, 1878, p. 488).

5. Le Dr M.H.E. Desrosiers expose régulièrement sa perspective dans le cadre d'une rubrique de l'*Union médicale du Canada* sur la « Thérapeutique générale ».

Aux prises avec les rémanences de la théorie des humeurs, la plupart des maladies sont encore appréhendées, jusque tard dans le XIX^e siècle, comme le résultat d'un déséquilibre de l'organisme, appelant l'élaboration de stratégies thérapeutiques visant à rétablir cet équilibre.

Les maladies évolueraient, en outre, selon une succession de phases ou « périodes », chacune requérant le déploiement d'une stratégie spécifique ou différente. Le cas des maladies des voies respiratoires est décrit de façon explicite à cet égard : « Dans la première période de la bronchite simple, aiguë ou subaiguë, on a surtout recours aux expectorants débilitants (vomitifs) : tartre émétique, ipéca, qui ont pour effet de provoquer une sécrétion plus abondante de la muqueuse, et hâtent par conséquent le passage de la première à la seconde période, période d'expectoration » (Desrosiers, 1886, p. 386). « Dans ces cas », de poursuivre le médecin, « comme la fièvre est intense, le pouls rapide, la température élevée, on obtient de grands avantages de l'emploi de l'ipéca ou du tartre stibié, principalement dans la bronchite aiguë et la broncho-pneumonie chez les enfants⁶. »

On perçoit ici très nettement l'importance de distinguer les différentes phases d'une maladie, chacune requérant un type de médicament distinct, celui-ci agissant pour soutenir l'organisme, pour aider la maladie à parcourir sa trajectoire normale : médications débilitantes d'abord puis stimulantes ensuite. Au-delà de la diversité des modes de classification utilisés dans les traités de thérapeutique, la logique de regroupement des substances se déploie en fonction de leur effet en tant que « modificateur du système ou de la sécrétion », stimulant, tonique, sédatif, astringent, irritant, évacuant, etc.⁷. Selon cette logique de classification, une même substance peut appartenir à plusieurs catégories en fonction des modalités de son utilisation (dosage, autres substances utilisées en concomitance, phase de la maladie).

Par ailleurs, si une même maladie comporte plusieurs phases qui requièrent différentes médications, une même médication comporte des effets distincts en fonction des dosages qui sont utilisés. Dès lors, si ces

6. Parmi les médicaments passés en revue, certains « sont, au contraire, plus ou moins contre-indiqués à ces périodes, et ne doivent se prescrire qu'aux phases avancées des maladies que je viens de nommer, attendu qu'ils jouissent des propriétés stimulantes » (Desrosiers, 1886, p. 386).

7. Il existe, à cet égard, plusieurs traités de thérapeutique qui constituent des références majeures pour les praticiens de l'époque : Wood, 1856 ; Atfield, 1869 ; Ringer, 1869 ; Trousseau, 1875.

médicaments sont administrés « à dose nauséuse », l'effet attendu est une modification de la sécrétion. Celle-ci devient alors plus abondante et induit, chez le malade, une toux qui lui permet de s'en défaire plus facilement. Toutefois, « si la sortie des matières sécrétées ne se fait pas aisément malgré la nausée et les efforts de toux, il faut pousser jusqu'aux doses vomitives, alors que le vomissement fait évacuer ces matières ». Parlant des alcalins, Desrosiers renchérit : « Ce qu'on ne sait pas généralement, c'est que les alcalins, administrés à haute dose, sont des expectorants sédatifs des plus efficaces » (Desrosiers, 1886, p. 388).

En outre, si une maladie n'est jamais semblable d'un individu à un autre, une seule médication ne saurait guérir une même maladie chez des patients différents. Selon l'un des chefs de file de la profession : « il n'existe pas, que je sache, parmi toutes les infirmités humaines, une seule maladie qui puisse être guérie par le même médicament à toutes ses périodes et chez toutes les constitutions » (Lamarche, 1880, p. 300).

Une telle épistémologie médicale donne lieu à l'élaboration de stratégies thérapeutiques extrêmement complexes, comme en témoignent les sources très riches que constituent les ordonnanciers de l'époque⁸. Selon les données tirées de l'analyse d'une telle source, au cours d'un même épisode de maladie, il n'est pas rare que les malades se voient prescrire quasi quotidiennement une nouvelle médication. À titre d'exemple,

8. Nous faisons ici référence aux résultats d'une de nos recherches subventionnée conjointement par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et par le Hannah Institute for the History of Medicine, portant sur l'analyse de l'ordonnancier d'un pharmacien montréalais, Henry Gray, couvrant la période de 1869 à 1906. Cette recherche comportait trois grands axes. Le premier concernait l'évolution de l'arsenal thérapeutique en usage dans la seconde moitié du XIX^e siècle et servait à identifier quelles sont les substances les plus couramment utilisées pour soigner les patients. Le second axe portait sur les pratiques de prescription des médecins et la diffusion de l'innovation scientifique en matière de thérapie médicamenteuse. Nous examinions dans quelle mesure et à quel rythme elles s'intègrent aux pratiques quotidiennes de la médecine. Nous voulions également savoir si cette intégration était uniforme à l'intérieur du corps médical montréalais ou si elle privilégiait un trajet particulier à travers des réseaux d'influence ou de savoirs. Un troisième axe, enfin, était plutôt centré sur l'évolution de la pharmacie et du rôle que tiennent les pharmaciens dans la préparation des médicaments, ainsi que sur l'émergence de l'industrie pharmaceutique.

citons le cas d'une patiente qui se verra prescrire, entre le 25 juillet et le 28 août 1869, pas moins de treize préparations magistrales différentes comportant chacune de quatre à dix substances médicamenteuses⁹.

Dans ce contexte, jusque dans les dernières décennies du XIX^e siècle, l'idée qu'un traitement pharmacologique (combinaison de substances ou substance seule) puisse être propre au traitement d'une maladie spécifique est reçue comme illégitime, tant professionnellement que scientifiquement, et ce, à l'exception de deux médicaments dont l'action spécifique est alors reconnue : la quinine pour les fièvres intermittentes et le mercure pour la syphilis.

Conséquence de cette façon d'appréhender la maladie, le choix de la médication requiert une expertise particulière : « Ce ne sont pas les remèdes qui manquent, la pharmacopée en contient plus de 20 000, mais il faut être médecin pour s'en servir. Pour tirer une statue d'un bloc de marbre, il ne suffit pas de mettre un marteau et un poinçon entre les mains du premier venu, il faut que l'acier soit guidé par un sculpteur » (Lamarche, 1880, p. 300). Il convient, dès lors, de « raisonner son traitement » comme on a « raisonné son diagnostic » (Desrosiers, 1886, p. 336). C'est ainsi que l'« art de la thérapeutique » se donne à voir dans toute sa complexité, guidé par une démarche où la primauté est accordée à l'expérience, à l'expérimentation et au raisonnement.

En définitive, au cours de cette période, la notion de spécificité, qui occupe une place centrale dans le raisonnement thérapeutique, s'articule autour de trois composantes : le malade, les phases de la maladie ainsi que l'effet attendu des substances pour rétablir l'équilibre de l'organisme ou d'un système (digestif, respiratoire, etc.) en particulier. Elle ne s'applique donc pas encore à une substance médicamenteuse en elle-même.

9. Le 25 juillet, un remède composé d'eau, de teinture de jusquiame, de vin d'ipécacuanha ainsi que d'un alcoolat ammoniacal est prescrit à la patiente par le D^r Perrigo. Une semaine plus tard, une ordonnance composée de teinture d'opium, d'un liniment au chloroforme et d'une essence de térébenthine est préparée pour elle. Elle s'accompagne, le jour même, d'une autre prescription comportant cette fois-ci un mélange de protochlorure de mercure et de bicarbonate de sodium. Le lendemain, 2 août, c'est le D^r Hingston qui prend la relève en prescrivant des pilules d'opium camphré. Le vendredi 6 août, il récidive avec une préparation composée d'eau, de sirop d'écorce d'orange amère, d'un alcoolé sulfurique et de sulfate neutre de quinine. Le lendemain, poudre d'opium et acétate de plomb remplacent ou s'ajoutent aux médicaments prescrits la veille. Cette même préparation sera prescrite trois jours d'affilée, faisant l'objet à chaque fois d'une ordonnance chez le pharmacien Gray. Enfin, du 11 au 28 août, la patiente se voit encore prescrire cinq différents médicaments par le D^r Hingston : teinture de cachou, mixture avec de la craie et teinture de kino forment la première ordonnance, acide tannique, les deuxième et troisième, liqueur de chlorhydrate de morphine et eau la quatrième, suivie enfin d'une prescription de poudre d'opium et sulfate de sodium en poudre.

La précision et l'efficacité de l'action, l'expertise, les savoirs irremplaçables du médecin se fondent finalement à l'époque sur la capacité de ce dernier à articuler ces trois composantes et à en tirer la stratégie thérapeutique la plus adaptée. C'est en fait dans cette définition que tient encore la notion de spécificité : spécificité d'un traitement parce qu'il est impossible à reproduire. Il ne faut surtout pas d'ailleurs chercher à le reproduire et ainsi trouver des solutions toutes faites aux manifestations de symptômes morbides individuels. Le rapport aux médicaments, multiples substances de l'arsenal thérapeutique, relève du plus pur relativisme dans le contexte de cette pensée médicale.

Ainsi, jusque dans les dernières décennies du XIX^e siècle, le principe de la spécificité du patient constitue la pierre angulaire du paradigme dominant en thérapeutique. L'adhésion à ce principe implique le rejet de toute pratique routinière ou dogmatique dans l'élaboration des stratégies thérapeutiques, cette posture allant de pair avec une valorisation nette de l'observation et de l'expérience clinique.

Émanant de convictions scientifiques certes, une telle *épistémè* n'en est pas moins fortement soutenue par une visée de revalorisation de la profession. Il se trouve en effet que la mise en exergue de l'expertise des médecins est d'autant plus nécessaire qu'un contexte de désaveu de l'efficacité de la médecine savante caractérise la période.

3. MÉDECINE SAVANTE ET MÉDECINE POPULAIRE

Dans l'interprétation des transformations de la pratique médicale au XIX^e siècle, les travaux de Warner (1986) ont mis en évidence la dimension symbolique que revêt l'usage de la thérapeutique. Aux États-Unis, la profession médicale ne jouit d'aucune reconnaissance légale avant la fin du siècle et les médecins subissent très fortement la concurrence des sectes (Numbers, 1978). Dans un tel contexte, un certain usage de la thérapeutique a pu constituer pour les médecins américains une façon de se distinguer face aux pratiques parallèles, devenant du même souffle un élément clé dans la construction de l'image identitaire de la profession. L'accentuation de la concurrence expliquerait en partie l'importance symbolique que revêt alors l'usage de la thérapeutique comme moyen d'affirmation professionnelle.

Au Québec, les pratiques parallèles à la médecine orthodoxe apparaissent peu nombreuses et peu développées¹⁰. De plus, contrairement à la situation qui prévaut aux États-Unis, les médecins dominent assez nettement le champ de la santé. Par contre, l'industrie du remède secret (*patent medicines*), alors en plein essor, échappe largement à leur contrôle. C'est de ce côté, semble-t-il, qu'émane la plus redoutable concurrence pour les médecins¹¹.

Dès la seconde moitié du XIX^e siècle, en effet, les diverses préparations magistrales prescrites par les médecins et composées par les pharmaciens sont progressivement concurrencées par les produits que fabrique, à grande échelle, une industrie des remèdes secrets en plein essor. Destinés, le plus souvent, au traitement des maux chroniques, durables ou douloureux, ces « remèdes populaires » (vins médicinaux, toniques, sirops, etc.) s'immiscent peu à peu dans le quotidien des populations. Les « maladies de poitrine » (allant de la simple toux jusqu'à la phtisie) ou du système digestif (dyspepsie, dysenterie, etc.), de même que les affections cutanées issues du mal vénérien, sont fréquemment visées par ces panacées.

Or, ces remèdes sont facilement accessibles. Ne requérant pas d'ordonnance, ils peuvent être vendus par les épiciers et les marchands généraux tout aussi bien que par les pharmaciens. Ils ne sont pas pour autant inoffensifs. Certains renferment de puissants narcotiques ou de fortes concentrations d'alcool. Ils sont omniprésents à travers la publicité dans les journaux à partir des années 1870, et certains experts avancent que leur nombre s'élève à plusieurs milliers sur le marché québécois¹². La publicité qui en est faite préconise néanmoins une consommation régulière, voire quotidienne, de ces substances médicamenteuses. L'incitation à l'automédication constitue l'élément central du discours publicitaire concernant ces produits, dont les fabricants visent à encourager l'usage

10. Et ce, bien qu'il existe, à compter de 1865, un Collège d'homéopathie.

11. À ce sujet, pour l'ensemble du Canada, voir Malleck (1998).

12. À la production nationale se mêle en effet celle qui nous vient alors de l'étranger : plus de 1 000 produits différents en provenance de nos voisins du sud, près de 400 en provenance de l'Europe, selon le catalogue de la Lyman, Sons & Co., le plus important grossiste montréalais et canadien en produits pharmaceutiques. Ces informations proviennent du catalogue des *Patent Medicines and Proprietary Preparations* disponibles chez le grossiste Lyman, Sons & Co. en 1896. Pour plus de détails, voir Collin (1997).

chronique¹³. L'automédication signifie en effet qu'on passe outre l'expertise du médecin pour accéder à un traitement médicamenteux. Comme en témoigne un médecin :

Des centaines de préparations prétendent guérir la consommation, le cancer, le rhumatisme, l'asthme, la bronchite, bien plus, je me surprends à philosopher quand je vois affiché sur la haie, devant ma porte, un remède qu'on a audacieusement nommé « omniculture » tout court. Grâce à Dieu, cette fois, l'industriel semble avoir dépassé le but, car mon pharmacien dit que ça ne prend pas. Ces remèdes il est vrai ne font pas toujours un mal direct au patient, ils peuvent même momentanément calmer ses douleurs, mais ils ont l'immense inconvénient de lui faire perdre, dans un vain espoir, le temps précieux pendant lequel la guérison serait possible sous un traitement judicieux (Lamarche, 1880, p. 303).

Si la concurrence des remèdes secrets se perçoit à travers les témoignages, elle se fonde en partie sur les similitudes quant aux produits qui sont offerts aux patients. Les préparations magistrales auxquelles donne lieu l'ordonnance du médecin, à travers la combinaison de multiples ingrédients selon des dosages très précis, se présentent souvent, au final, sous forme liquide puisque les comprimés sont encore peu utilisés à l'époque. Pour l'essentiel, il s'agit de sirops, d'élixirs, de teintures, de poudres et de vins. Or les remèdes secrets se présentent également sous la forme de vins, sirops et liqueurs et constituent, en quelque sorte, un produit simplifié et souvent altéré par rapport à la recette inscrite dans la pharmacopée, puisqu'on y aura ajouté plus d'alcool ou d'opium que ce qui est recommandé.

Toutefois, en dépit d'apparences et de formes similaires, remèdes secrets et ordonnances médicales divergent quant à la philosophie qui les sous-tend. Les remèdes secrets sont fondés sur le principe de l'universalisme : ils soignent une multitude de symptômes disparates, et ce, indépendamment de la spécificité du patient. Ils se fondent également sur le principe de la standardisation, notamment à travers le processus de fabrication industrielle, mais également parce que la publicité qui s'y rattache suggère la consommation d'un remède unique jusqu'à ce que la maladie, quelle qu'elle soit, disparaisse. À l'inverse, la démarche du médecin insiste

13. C'est dès lors en ces termes que le promoteur du Female Porous Plaster et du Régulateur de la santé des femmes s'adresse à ses clientes : « Une cuillerée à soupe du "Régulateur" pris avant chaque repas relève les forces, arrête toute douleur, donne appétit et facilite la digestion. » Ce « tonique des nerfs par excellence [qui] dispose à la gaieté et chasse les voiles sombres de la mélancolie » requiert effectivement une utilisation constante (*Courrier de St-Hyacinthe*, 18 août 1891, p. 3).

sur la non-standardisation de la médication prescrite et sur la nécessité de réévaluer sans cesse l'évolution de la maladie et la composition des médicaments destinés à la contrer. C'est donc au plan de la philosophie, de l'approche ainsi que de la valeur symbolique accordée à l'acte de prescrire que se situent les différences profondes.

L'acte de prescrire, qui se caractérise par la variété de substances utilisées et par l'absence de répétitions dans les stratégies thérapeutiques, est totalement antinomique par rapport à ce que prône l'industrie du remède secret. La prescription constitue alors le signe tangible d'une expertise irremplaçable en même temps que la manifestation du dévouement et de l'intérêt que porte le médecin à ses patients.

4. VERS UN CHANGEMENT DE PARADIGME : DE LA SPÉCIFICITÉ DU PATIENT À CELLE DU MÉDICAMENT

Néanmoins, l'allégeance au principe de la spécificité du patient pour asseoir l'expertise de la profession s'avère une arme à deux tranchants. Au cours des deux dernières décennies du siècle, l'avancement des connaissances au niveau de l'étiologie des maladies a déjà ouvert une brèche quant à la validité d'une telle approche et entamé la démonstration que les maladies ont en soi leur spécificité, celle-ci relevant de processus physiologiques relativement indépendants des caractéristiques sociales et environnementales des patients. Au sein même de la profession, le sentiment d'un écart grandissant entre, d'un côté, les progrès de la physiologie et de l'étiologie et, de l'autre, les tâtonnements de la thérapeutique sème le doute quant aux fondements réellement scientifiques de cette pratique. Ainsi selon un médecin : « Quoique constituant tous deux la base fondamentale de toute médecine, le diagnostic et la thérapeutique qui devraient marcher la main dans la main, sur le chemin du progrès et de la perfection, semblent cependant ne se suivre qu'à pas inégaux et à distance considérable. » Ce médecin s'émerveille des « certitudes presque constantes du diagnostic », mais se désole des « impuissances réitérées de la thérapeutique de chaque jour. Orgueil d'un côté, humiliation de l'autre » (Lachapelle, 1878, p. 246).

Au cours de cette période, les médecins se détournent progressivement des modèles étiologiques systémiques (ou écologiques) s'inspirant de la théorie des humeurs et selon lesquels l'organisme dans son ensemble serait un système dont le déséquilibre conduirait à la maladie, pour décomposer le corps en différentes entités et unités mesurables. Les

dernières décennies du siècle s'accompagnent ainsi du développement d'instruments sophistiqués pour mesurer les paramètres physiologiques, notamment le thermomètre¹⁴. La maîtrise de ces instruments et la mesure précise des signes cliniques qu'ils rendent possibles pavent la voie à la recherche des récurrences, des lois universelles, concernant la maladie et le médicament, en même temps qu'elles dévaluent l'importance de la spécificité du malade lui-même.

L'existence d'entités morbides spécifiques n'est désormais plus écartée de la pensée médicale. On y repère, entre autres et surtout pour les années 1880, la détermination de la nature microbienne et du responsable infectieux de plusieurs pathologies (diphthérie, tuberculose, dysenterie). L'avènement de la bactériologie confirme l'universalisme de la vie microbienne. De cette nouvelle connaissance découle une identification en constante amélioration de nouvelles maladies, de symptômes mieux circonscrits, mais aussi de l'action que l'on veut avoir sur elles et sur eux.

Au niveau pharmacologique, dès le début du XIX^e siècle, une phase d'avancement notable dans la détermination de l'action de drogues pures avait été amorcée sous l'impulsion du physiologiste Magendie. Considérant que l'utilisation de préparations galéniques et de mixtures impures provenant d'extraits de plantes ne pouvait qu'induire en erreur quant aux propriétés thérapeutiques des substances originelles, il avait participé à la découverte de plusieurs alcaloïdes et introduit en 1821 son *Nouveau formulaire*, fondé uniquement sur des substances pures.

Ainsi, dans les années 1880, beaucoup de progrès auront déjà été réalisés en pharmacologie expérimentale, y compris une meilleure utilisation des animaux de laboratoire. La chimie organique aura permis d'accroître l'efficacité des méthodes d'extraction, de purification et d'analyse des principes actifs ainsi que des méthodes de synthèse des produits organiques¹⁵. En outre, s'ajoutent, au niveau précis de la pratique thérapeutique, de nouveaux modes d'administration des médicaments : c'est le cas de l'injection hypodermique, permettant, surtout à partir des années 1870, d'optimiser l'efficacité et la facilité d'administration de nombreuses substances. La métaphore du *magic bullet* s'esquisse déjà dans la pensée médicale.

14. Sur ce point, voir Goulet (1992).

15. Wöhler réussit à synthétiser l'urée dès 1828. Concernant les progrès scientifiques à cet égard, voir Ackerknecht (1973) ; Faure (1994). Pour des informations précises concernant l'histoire de la pharmacologie et ses principaux marqueurs chronologiques, voir en priorité : Sneader (1985) ; Weatherhall (1990) ; Liebenau *et al.* (1990) ; Parascandola (1988).

Devant les avancées de l'étiologie et de la pharmacologie et le développement d'une précision, standardisation et prédictibilité de ces deux sphères de connaissances, la thérapeutique s'avère quant à elle en décalage. Elle est envisagée comme émanant d'un empirisme pur, relevant de l'essai-erreur, propre au sens commun (attribut du profane) et aux réflexes de l'exploration aveugle, parce que non guidée par la connaissance. Une telle variabilité dans les stratégies thérapeutiques finit par faire en sorte qu'elles soient envisagées comme non reproductibles, locales et, de ce fait, non scientifiques. Ce constat ouvre d'emblée la porte à la quête intense de la spécificité de l'agent thérapeutique que renferme chaque traitement médicamenteux et de la molécule spécifique susceptible de cibler l'agent pathogène responsable de chaque maladie. L'existence de ce dernier, mise à jour de façon irréfutable avec l'avènement de la bactériologie, allait sceller le passage du paradigme de la spécificité du patient à celui de l'agent thérapeutique de la molécule du médicament et, ce faisant, le passage de l'universalisme de la maladie à celui du malade, les caractéristiques sociales et environnementales du malade devenant accessoires dans la détermination du traitement approprié. La recherche de la récurrence, de la constance et du caractère reproductible de la stratégie thérapeutique allait désormais constituer la nouvelle clé de voûte du raisonnement thérapeutique, actualisée au XX^e siècle par la standardisation des procédés industriels de production des médicaments d'ordonnance et rendue possible par l'essor de l'industrie pharmaceutique.

Ainsi, dans les dernières décennies du XIX^e siècle coexistent des conceptions antinomiques du médicament, qui néanmoins se rejoignent de par leur aspiration à un principe d'universalisme, de loi universelle. D'un côté, la médecine savante recherche la reproductibilité, la récurrence de l'effet d'un médicament, la standardisation, indépendamment du contexte de son administration et du malade à qui il est administré. Cherchant désormais à se détacher d'une *épistémè* ayant établi ses fondements sur le primat de la spécificité du patient, la médecine savante s'engage à la fin du XIX^e siècle dans une recherche de lois universelles concernant la thérapeutique qui rejette la spécificité du patient au profit de la spécificité du médicament, de l'agent thérapeutique, de la molécule susceptible d'attaquer l'agent pathogène (la bactérie, le virus, le microbe) responsable de la maladie. La métaphore de la guerre aura remplacé celle de la balance.

À la même époque, l'industrie du remède secret aspire à ce même principe d'universalisme concernant le médicament. La récurrence de l'effet du médicament lui semble acquise, indépendamment des caractéristiques du patient, non pas parce qu'à chaque agent pathogène doit correspondre une molécule susceptible de le détruire, mais plutôt parce

qu'une même médication comporte des vertus infinies susceptibles de s'attaquer à de multiples problèmes de santé. Au nom du principe de l'universalisme, deux conceptions antinomiques du médicament semblent converger : l'une, profane, celle de la panacée qui rétablirait l'équilibre de l'organisme ; l'autre, savante, qui associerait un médicament (molécule) spécifique à une maladie (agent pathogène) spécifique. Dans les deux cas, la spécificité du patient n'a plus lieu d'être prise en compte. Et il se trouve que les deux conceptions ont la faveur du public.

5. LE RETOUR À LA SPÉCIFICITÉ DU PATIENT : GRAND « RENVERSEMENT » ?

Cent ans plus tard, soit à compter des années 1970-1980, la médecine savante est de nouveau en proie à de multiples critiques. Après une période faste, triomphaliste, hégémonique, ponctuée au XX^e siècle par ce qu'il convient d'appeler une véritable révolution thérapeutique (la découverte des antibiotiques, le développement des vaccins et de l'hormonothérapie), on assiste à une critique acerbe de cette hégémonie et à une remise en question de la rationalité scientifique des pratiques de prescription des médecins. On les taxe d'empirisme et de bricolage. Leurs pratiques sont décrites comme routinières, trop influencées par l'industrie pharmaceutique et particulièrement enclines à la prescription de certains médicaments comme s'il s'agissait de véritables panacées¹⁶. Le cas des psychotropes est particulièrement éloquent à cet égard, alors que se prévalant des privilèges de la prescription « hors indications¹⁷ », les médecins prescrivent ces médicaments pour une foule de problèmes sans indication médicale fondée. Ainsi, comme le souligne Pellegrino : « *We have only to contemplate the 1.5 billion prescriptions written outside the hospital to see that possession of specific therapy does not ensure therapeutic parsimony. Rather it seems to stimulate an excess zeal for one's new, particular, pharmacotherapeutic panaceas* » (Pellegrino, 1979, p. 247).

Cette critique de la biomédecine fait écho, il va sans dire, au discours issu du monde des pratiques alternatives. L'homéopathie, la naturopathie, ainsi que leurs adeptes, dénoncent une médecine dépersonnalisée, ne prenant pas en compte le patient et son vécu et s'attachant à une pratique de

16. Il existe un grand nombre d'études épidémiologiques et de santé publique qui, depuis le début des années 1980, ont étayé cette critique des pratiques de prescription des médecins à travers le thème de la prescription inadéquate. Pour une synthèse, voir Collin *et al.*, 2005.

17. Désigné communément sous le terme de *off label prescription*.

routine, aveugle aux spécificités du malade ; médecine expéditive, en somme, sans écoute et fondée sur le recours éventuellement erratique mais abondant aux médicaments « chimiques ». En comparaison, les pratiques alternatives se targuent d'être réflexives, de considérer chaque patient comme unique, de prendre en compte sa spécificité et d'en faire un principe ; de proposer, en somme, des stratégies thérapeutiques sur mesure.

C'est dans ce contexte qu'émerge le courant de la « médecine des preuves » ou *evidence based medicine* (EBM)¹⁸. Les études-phares qui lancent le mouvement apparaissent dans les années 1970. Elles sont d'abord le fait d'un chercheur, Archie Cochrane, qui démontre en 1972, à partir d'une vaste enquête, la sous-utilisation et la surutilisation de techniques médicales au Royaume-Uni et plaide fortement pour l'établissement d'essais cliniques randomisés en vue de rationaliser les pratiques médicales. En 1984, John Wennberg, épidémiologiste américain, met au jour l'extrême variabilité des pratiques chirurgicales aux États-Unis et en appelle à leur standardisation. Quant à David Sackett, il consacra le mouvement, notamment en lui conférant officiellement le nom d'*evidence based medicine* en 1996 (Timmermans et Kolker, 2004).

Principaux véhicules de cette nouvelle épistémologie, les guides de pratique (*guidelines*) se définissent comme des recommandations développées systématiquement pour assister le clinicien et le patient dans les décisions à prendre concernant les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques spécifiques. Ces lignes directrices procurent des instructions détaillées sur les tests diagnostiques à prescrire, les circonstances nécessitant de recourir à des services médicaux et chirurgicaux, la durée des hospitalisations, etc.

À travers la quantification des données cliniques, l'EBM vise l'objectivation des décisions thérapeutiques. En effet, celles-ci sont désormais fondées sur un nombre de cas statistiquement significatifs, regroupées selon des critères scientifiques précis, lesquels sont issus d'un consensus d'experts plutôt qu'inspirés par la dimension subjective des expériences cliniques propre à chaque médecin. L'universalisme et la standardisation promus par l'EBM visent dès lors à neutraliser le subjectivisme inhérent à la relation thérapeutique. L'imposition de ce discours prescriptif répond également à un double impératif professionnel : celui de revaloriser la médecine clinique en lui procurant de nouvelles assises scientifiques et celui de préserver son autonomie contre l'ingérence des tiers payeurs en la faisant juge et garante d'une pratique exemplaire. D'un côté l'EBM sert l'autonomie collective de la profession, mais il dessert,

18. Sur les débats suscités par l'EBM, voir notamment Armstrong (2002).

de l'autre, l'autonomie individuelle du professionnel, puisque la quantification des évidences cliniques lui semble trop souvent relever d'une double négation, celle de la spécificité du patient et celle de sa propre expérience clinique qui se décline dans un singulier riche de sens.

Il n'est guère étonnant de voir, dès lors émerger, en parallèle de cette proposition épistémologique, celle d'une médecine centrée sur le patient (*patient centred medicine* ou PCM). Cette approche centrée sur le patient apparaît dans les écrits médicaux au milieu des années 1970 mais ne perce, en tant que mouvement, qu'au milieu des années 1980 (Armstrong, 2002). Il ne s'agit pas ici de suggérer que ces deux courants s'opposent termes à termes et qu'ils sont incompatibles. S'ils ne sont pas irréconciliables, l'EBM vise néanmoins l'objectivation alors que la PCM est susceptible d'une dérive subjectiviste à travers la prise en compte de l'épaisseur biographique des sujets, de leur culture, leurs valeurs, leurs choix. Et il est, du reste, indéniable que les référents proposés par l'une et par l'autre pour l'élaboration des stratégies thérapeutiques sont antinomiques. La notion de « moyenne », issue de la quantification des résultats cliniques, ne saurait en effet être plus éloignée de celle d'« individualité » et de « singularité ».

Prises en tension entre ces discours prescriptifs, les pratiques effectives de prescription des médecins s'avèrent largement centrées sur les logiques de terrain, oscillant entre un recours plus ou moins standardisé, voire routinier, à certains médicaments et un raisonnement symptomatique complexe qui fait éclater les catégories nosographiques définies, ce qui est particulièrement marqué dans le champ de la santé mentale.

Avec l'essor de la génétique toutefois, et notamment de la pharmacogénétique, c'est la promesse d'une « médecine personnalisée » qui est réactualisée. À partir de ce que l'on pourrait qualifier de « poste avancé » de la médecine scientifique, celui de la génétique et de la génomique, la prétention à une thérapeutique « sur mesure » s'avère désormais possible pour rationaliser le recours au médicament. Tout se passe en effet comme si ces tensions qui marquent l'ensemble du champ de la thérapeutique avaient espoir de se dissoudre, la pharmacogénétique rendant possible l'élaboration de stratégies médicamenteuses « à la carte », c'est-à-dire s'accordant aux variabilités génétiques individuelles. Le paradigme de la spécificité du patient se voit ainsi réactualisé, neutralisant du même coup la critique envers la biomédecine. La pharmacogénétique remet au goût du jour le primat de la spécificité du patient, certes, mais une spécificité objectivée, seule compatible avec la « vraie science » (Weisz, 2005).

Qu'en est-il réellement toutefois? S'agit-il d'un « retour » à la prise en compte de la singularité biographique du sujet parlant et pensant? Pour peu que l'on prenne la peine de dépasser les discours médicaux ou de les lire en creux, la réponse est non. Le gène dans l'imaginaire populaire est aussi puissant que le cerveau. Il consacre la conception informationnelle de l'humain. L'essence du sujet génétique ne réside pas dans la matérialité de son être, mais dans la façon dont cette matérialité est organisée et, en d'autres termes, dans l'information qu'elle incarne et renferme. Si le corps est information, le génotype est, en quelque sorte, mémoire du corps. Il est porteur de promesses quant à l'avenir de l'humanité et de la science, mais il entraîne la réduction de l'homme socialisé à l'homme corporel. La pharmacogénétique dans ce contexte, comme plusieurs biotechnologies, encourage et suscite l'objectivation de soi.

6. CONCLUSION

L'analyse des transformations de l'épistémologie médicale du XIX^e au XXI^e siècle constitue un lieu pour penser le médicament comme objet social. Elle met en exergue les tensions entre croyance et science, entre savoir formel et expérience (*practical knowledge*), entre experts et profanes. Elle démontre également qu'il ne s'agit pas là de catégories substantielles, clairement délimitées, irréductibles les unes aux autres, mais plutôt de pôles d'orientation face à l'étonnante plasticité des regards sur le médicament et la thérapeutique. Oscillant entre une idéalisation rationaliste de la science et les rémanences de tendances mystiques, l'évolution des conceptions tant médicales que profanes du médicament permet de rompre avec une opposition profondément ancrée dans les discours contemporains biomédicaux, épidémiologiques et de santé publique quant aux pratiques de recours à l'arsenal thérapeutique.

Ainsi, au début du XIX^e siècle, les théories étiologiques enferment le raisonnement médical dans un dogme qui évacue toute nécessité de raisonnement et se traduit par une routine et une simplification des stratégies thérapeutiques. Le rationalisme dont il témoigne désigne alors un décrochage d'avec la pratique et donc à la fois trop et trop peu de raisonnement. Une étiologie réduite à un principe unique conduit forcément, aux yeux des praticiens, à une seule stratégie thérapeutique (qu'il s'agisse de la saignée ou de l'administration de quelques substances-phares). La thérapeutique unique, incontournable et immuable, correspond alors à la conception que l'on se fait du « spécifique¹⁹ » et conduit au rejet de celui-ci.

19. Comprendre ici « agent thérapeutique spécifique ».

Le « spécifique » est en effet assimilé à une « panacée », notion qui relève de la croyance, d'une foi mystique en une quelconque idéologie (un dogme), mais certainement pas de la science.

Toutefois, ce rejet du « spécifique » vient en même temps soutenir une revalorisation de l'expertise des médecins, à travers le principe de la spécificité du patient (plutôt que du médicament). Ce principe de la spécificité nécessite un raisonnement complexe pour établir les causes de la maladie du patient et le déploiement de stratégies de recours à la thérapeutique tout aussi complexes, uniques, et donc impossibles à standardiser. Seul le médecin, avec ses connaissances, peut dès lors utiliser correctement l'arsenal thérapeutique. Dans ce contexte, le rationalisme, en ce qu'il incarne une posture de raisonnement intense, est désormais associé à l'expérience, à la pratique et à la connaissance. Moins une stratégie thérapeutique est reproductible ou standardisée, plus elle témoigne de la connaissance et donc de la « science » de son auteur.

Au cours du dernier quart du XIX^e siècle, les conceptions médicales de la thérapeutique se transforment à nouveau (et s'inversent). L'extrême variabilité des stratégies de prescription devient la preuve que la thérapeutique, comme discipline, n'est pas une « vraie science » parce qu'elle n'est pas reproductible. La notion de médicament spécifique est revalorisée et fait l'objet d'une recherche intense, puisque cette notion représente désormais le meilleur espoir d'affirmer le caractère scientifique de la médecine et de la thérapeutique. C'est sur les fondements de la reproductibilité des stratégies thérapeutiques, et donc sur la standardisation des traitements pour une même maladie, que s'édifie le médicament « moderne » du XX^e siècle. Le médicament (spécifique), industrialisé, standardisé, incarne désormais en lui-même l'expertise du médecin, son pouvoir de guérison, bref, la science.

Dans les sociétés occidentales contemporaines, on retrouve bien des points de similitude avec le XIX^e siècle. Le médicament demeure en même temps la preuve de l'expertise du médecin et celle du « succès » de la médecine comme science. Il continue donc d'être un outil puissant de valorisation professionnelle et un enjeu de lutte entre professions soignantes concurrentes (à l'intérieur même du système de santé et face aux pratiques alternatives). Mais les pratiques de prescription des médecins sont critiquées, qualifiées de routinières, voire d'erratiques, faisant du médicament une arme à deux tranchants en ce qu'il est susceptible de témoigner autant de leur incompétence que de leur expertise. Prise en tension entre des discours prescriptifs qui valorisent d'une part l'universalisme et la standardisation de la pratique (EBM) et d'autre part, la centralité du patient (PCM), la pratique médicale contemporaine fait porter ses espoirs sur la pharmacogénétique pour résoudre la quadrature

du cercle ; c'est-à-dire sur la promesse d'une pratique thérapeutique à la fois objectivée et ancrée dans la subjectivité du patient. Mais de quelle subjectivité parle-t-on, si ce n'est précisément de celle d'un soi corporel, biologique et surtout génétique ?

Ainsi, avec l'« espoir » apporté par la pharmacogénétique cohabitent, de nouveau en phase, les prétentions de la médecine scientifique (savante) et d'une médecine alternative (populaire ou profane) à se fonder sur le principe de la spécificité du patient dans son recours à la thérapeutique. Ici encore, cependant, les fondements épistémologiques de cette « spécificité » divergent profondément, ceux-ci s'établissant, dans le premier cas, sur la spécificité du bagage génétique de l'individu et, dans le second, sur l'individualité sociale, émotive, expérientielle et relationnelle du patient. Entre une médecine qui se présente comme « rationnelle » et scientifique et l'autre qui rejette cette rationalité au profit d'un certain ésotérisme, toutes deux reçoivent une forte adhésion de la part des profanes.

Dans la postface de l'édition récente du livre de C. Lasch (2000) sur la *Culture du narcissisme*, celui-ci notait : « Notre monde se définit tout autant par une profonde révolte contre la raison que par notre foi en la science et la technologie » (Lasch, 2000, p. 303). Mettant en exergue la coexistence d'une technologie de pointe et d'une spiritualité primitive, il poursuit : « La croissance de ces mouvements a mis sans dessus-dessous les hypothèses antérieures concernant la sécularisation progressive de la vie moderne. La science n'a pas écarté la religion, toutes les deux semblent prospérer côte à côte sous des formes grotesquement exagérées » (Lasch, 2000, p. 306). Au final, la coexistence d'une hyperrationalité avec une vaste révolte contre la rationalité scientifique scellerait, à travers le caractère métonymique du médicament, la place centrale qu'il occupe dans nos sociétés occidentales contemporaines et son rôle de passeur d'un ordre cognitif à un autre.

BIBLIOGRAPHIE

- ACKERKNECHT, E.H. (1973). *Therapeutics from the Primitives to the Twentieth Century*, New York, Harper.
- ARMSTRONG, D. (2002). « Clinical Autonomy, Individual and Collective : The Problem of Changing Doctors' Behaviour », *Social Science and Medicine*, vol. 55, n° 10, p. 1771-1777.
- ATTFIELD, J. (1869). *Chemistry, General, Medical and Pharmaceutical, Including the Chemistry of the British Pharmacopoeia*, Londres/Montréal, J. Van Voorst/ Evans, Mercer.

- BERMAN, A. (1978). «The Heroic Approach in 19th-century Therapeutics», dans J. Leavitt et R.L. Numbers (dir.), *Sickness and Health in America: Readings in the History of Medicine and Public Health*, Madison, University of Wisconsin Press.
- COLLIN, J. (1997). «Genèse d'une profession : les pharmaciens au Québec au XIX^e siècle», *Canadian Bulletin of Medical History*, vol.14, n° 2, p. 241-262.
- COLLIN, J. et al. (2005). *Le médicament comme objet social et culturel: recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*, Québec, Conseil de la santé et du bien-être, Gouvernement du Québec, 85 p.
- DESROSIERS, M.H.E. (1886), «Quelques notions générales de thérapeutique. – Les maladies et les malades. – La médication rationnelle et la médication empirique», *Union médicale du Canada*, vol. 15.
- FAURE, O. (1994). *Histoire sociale de la médecine*, Paris, Anthropos.
- FAURE, O. (1993). *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin.
- GOULET, D. (1992). *Des miasmes aux germes: l'impact de la bactériologie sur la pratique médicale au Québec (1870 – 1930)*, thèse de doctorat en histoire, Montréal, Université de Montréal.
- LACHAPELLE, S. (1878). «Quelques considérations sur la thérapeutique au sujet de la médication alcoolique dans la pneumonie», *Union médicale du Canada*, vol. 17, p. 246.
- LACHAPELLE, S. (1878). «Diagnostic et pronostic: quelques conseils pratiques pour l'étudiant», *Union médicale du Canada*, vol. 7, p. 486-488.
- LAMARCHE, A. (1880). «Origines de la médecine et préjugés populaires», discours prononcé à la séance académique de l'Université Laval, le 21 juin 1880, *Union médicale du Canada*, vol. 19.
- LASCH, C. (2000). *La culture du narcissisme*, Paris, Climats.
- LÉONARD, J. (1981). *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier Montaigne.
- LIEBENAU, J., G.J. HIGBY et E.C. STROUD (1990). *Essays on the History of the Pharmaceutical Industry*, Madison, IV Press.
- MALLECK, D.J. (1998). *Refining Poison, Defining Power: Medical Authority and the Creation of Canadian Drug Prohibition Laws, 1800-1908*, Kingston, Queen's University.
- NUMBERS, R.L. (1978). «Do It Yourself the Sectarian Way», dans J. Leavitt et R. Numbers (dir.), *Sickness and Health in America: Readings in the History of Medicine and Public Health*, Madison, University of Wisconsin Press.
- PARASCANDOLA, J. (1988). «Form and Function: Early Efforts to Relate Chemical Structure and Pharmacological Activity», *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, vol. 5, n° 1, p. 61-72.
- PELLEGRINO, E.D. (1979). «The Sociocultural Impact of Twentieth-century Therapeutics», dans M.J. Vogel et C.E. Rosenberg (dir.), *The Therapeutic Revolution: Essays in the Social History of American Medicine*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press, p. 245-266.
- RINGER, S. (1869). *Handbook of Therapeutics*, Londres, H.K. Lewis.

- ROSENBERG, C.E. (1979). «The Therapeutic Revolution : Medicine, Meaning and Social Change » dans M.J. Vogel et C.E. Rosenberg (dir.), *The Therapeutic Revolution : Essays in the Social History of American Medicine*, Philadelphie, University of Pennsylvania Press, p. 245-266.
- SNEADER, W. (1985). *Drug Discovery : The Evolution of Modern Medicines*, New York, Wiley.
- TIMMERMANS, S. et E.S. KOLKER (2004). «Evidence-based Medicine and the Reconfiguration of Medical Knowledge », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45 (édition spéciale).
- TROUSSEAU, A. (1875). *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, Paris, Asselin.
- VAN DER GEEST, S. et S. WHYTE (1989). «The Charms of Medicines : Metaphors and Metonyms », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 3, n° 4, p. 345-367.
- WARNER, J.H. (1987). «Power, Conflict, and Identity in Mid-nineteenth-century American Medicine : Therapeutic Change at the Commercial Hospital in Cincinnati », *Journal of American History*, vol. 73, p. 934-956.
- WARNER, J.H. (1986). *The Therapeutic Perspective : Medical Practice, Knowledge, and Identity in America*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- WARNER, J.H. (1985). «The Selective Transport of Medical Knowledge : Antebellum American Physicians and Parisian Medical Therapeutics », *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 59, p. 213-231.
- WEATHERHALL, M. (1990). *In Search of a Cure : A History of Pharmaceutical Discovery*, Oxford, Oxford University Press.
- WEISZ, G. (2005). «From Clinical Counting to Evidence-based Medicine », dans G. Jorland, A. Opinel et G. Weisz, *Body Counts : Medical Quantification in Historical and Sociological Perspective*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, p. 377-393.
- WOOD, G.B. (1856). *Treatise on Therapeutics and Pharmacology or Materia Medica*, Philadelphie, King Books.

7

**LES LOGIQUES DE PRESCRIPTIONS
DANS LE CAS DE L'AUTISME¹**
**Entretien avec le docteur
André Masse****Brigitte Chamak***Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société (CESAMES)*

L'orientation vers les méthodes éducatives et comportementales, en donnant de l'espoir aux parents, les conduit souvent à en faire la promotion et à favoriser la prescription de médicaments alors qu'ils considèrent, en général, que les médicaments ne constituent pas une bonne solution. Même si aucun traitement médicamenteux ne permet de guérir l'autisme, étiquette floue qui englobe des tableaux cliniques variés, les troubles du comportement (hyperactivité, impulsivité, rituels, violence, automutilations) et les symptômes d'anxiété ou de dépression sont des cibles pour les médicaments prescrits. Parce que le contrôle de ces comportements ou symptômes est un enjeu important pour optimiser les résultats des méthodes comportementales, les effets à long terme sont minimisés. La sélection des enfants qui répondent positivement aux traitements ou qui

1. Tous mes remerciements vont au docteur André Masse et à l'équipe du programme des troubles neurodéveloppementaux à l'hôpital Rivière-des-Prairies pour leur enthousiasme et leurs compétences à aider les personnes autistes et leur famille. Un grand merci également à Christine Calderon pour la retranscription des entretiens et à la Fondation de France pour son soutien financier.

ne nécessitent pas de prescription du fait de la légèreté de leurs symptômes permet aux promoteurs de nouvelles méthodes de publier de bons résultats à court terme².

L'analyse des transformations des représentations de l'autisme et du rôle des associations de parents ayant déjà, en grande partie, fait l'objet d'une publication dans les *Cahiers de recherches sociologiques* (Chamak, 2005), c'est un article orienté vers l'analyse des logiques de prescriptions médicalementes dans l'autisme que je propose ici, à partir d'un entretien avec un pédopsychiatre québécois, André Masse, directeur clinique du programme des troubles neuro-développementaux à l'hôpital Rivière-des-Prairies à Montréal. Associant expérience clinique et connaissances pharmacologiques récentes pour élaborer des prescriptions personnalisées, il tente de respecter la spécificité de chaque patient, mais il rencontre parfois des difficultés du fait que le gouvernement ne rembourse et n'autorise que les prescriptions prônées par les essais cliniques standardisés. En France, le professeur Mouren-Siméoni a souligné le côté paradoxal d'une situation où la majorité des psychotropes ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour les moins de 15 ans sont les plus anciens et surtout les plus mal tolérés, ce qui amène les prescripteurs à se retrouver en situation irrégulière en choisissant les nouvelles molécules (Mouren-Siméoni, 2003).

Les pratiques de prescription et de consommation des médicaments constituent un sujet de réflexion et de préoccupation, notamment pour les gouvernements qui décident, de plus en plus, de n'accorder un remboursement que si des essais cliniques standardisés (études contre placebo) ont démontré la pertinence et l'efficacité de leur usage. Or, pertinence et efficacité ne sont pas si faciles à démontrer : « La question de l'efficacité est le plus souvent obscurcie par un raisonnement tautologique, et les critères sur lesquels nous choisissons de décider de l'efficacité d'une thérapeutique ne sont jamais neutres » (Pignarre, 1997, p. 16). Par ailleurs, quand des effets positifs sont mis en évidence, ils le sont pour un aspect particulier et de manière statistique. Philippe Pignarre considère que les essais cliniques standardisés transforment les patients individuels, malades de manière spécifique, en population agrégée, avec passage du « moléculaire » au « molaire » dans un idéal d'uniformisation (Pignarre, 1997, p. 59-60). Pourtant, l'impact des médicaments varie d'un individu à l'autre

2. Pour le pédopsychiatre Michel Lemay (2004, p. 324) : « L'appréciation des résultats ne peut pas s'appuyer sur un suivi d'un ou deux ans mais sur une perspective longitudinale de l'enfance à l'adolescence. Il y a trop d'enfants que l'on a pris en traitements intensifs isolés, pour lesquels on a crié victoire en faisant des publications élogieuses et que l'on retrouve à l'heure actuelle, adultes, dans des services psychiatriques, sans jamais avoir rectifié l'impression première de guérison. »

et, quand il s'agit d'autisme, les variations sont encore plus sensibles compte tenu de la diversité des enfants, des adolescents et des adultes rassemblés aujourd'hui sous cette étiquette.

Si le principe de la spécificité du patient était une conception biomédicale largement répandue jusqu'au XIX^e siècle, ce n'était déjà plus le cas à partir du dernier tiers du XIX^e siècle, quand le principe de l'universalisme et de la standardisation ont conquis les esprits (Collin, 2005). L'avènement de la pharmacologie, de la bactériologie, des méthodes de standardisation, la chimie expérimentale, les identifications étiologiques ont alimenté cette conception biomédicale universaliste où la spécificité du patient était abandonnée. Le dernier tiers du XX^e siècle a vu se développer une critique de la biomédecine et de ce principe d'universalisme pour un retour au principe de la spécificité. L'individu se trouve alors au centre des intérêts dans une société où la responsabilité, l'autonomie, l'initiative et l'accomplissement personnel sont érigés en norme (Ehrenberg, 1998, 2004). Mais ce n'est pourtant pas un retour aux « médecins à tiroir », définis ainsi par M.H.E. Desrosiers en 1886, en raison des stratégies thérapeutiques complexes mises en œuvre pour traiter chaque patient considéré comme unique (Desrosiers, 1886; Collin, 2005). Ceux qui prônent des prescriptions individualisées aujourd'hui sont soit les tenants de la pharmacogénétique³, soit ceux qui s'engagent dans des thérapies non conventionnelles⁴ ou « alternatives » (homéopathie, naturopathie) (Collin, 2005). Ce sont des stratégies thérapeutiques « sur mesure » qui sont évoquées actuellement alors même que l'expérience clinique des médecins est dévalorisée et que les publications des cas cliniques sont refusées ou publiées dans des revues peu cotées.

Si la médecine est un art, peu de médecins peuvent se targuer d'être de grands artistes. Certains se fient aux visiteurs médicaux, aux publications scientifiques ou aux discussions avec leurs collègues pour réactualiser leurs prescriptions. Ils ont souvent leurs médicaments préférés. Ce n'est pas chose aisée que d'associer les connaissances actuelles sur les médicaments et les pathologies et expérience clinique. Le docteur Masse a bien voulu nous faire part de son expérience en matière de médication de l'autisme⁵. Les modes et les raisons des prescriptions qu'il présente constituent un matériel de choix pour tout ceux qui s'intéressent aux processus

3. La pharmacogénétique étudie la variabilité génétique dans la réponse aux médicaments.

4. Un bureau de médecine alternative a été créé en 1993 au National Institute of Health dans le but d'utiliser les essais cliniques pour évaluer l'efficacité des pratiques médicales non conventionnelles (A. et E. Shapiro, 1997, p. 48).

5. Des logiques, qui pourraient paraître chaotiques lorsqu'on ne se réfère qu'aux ordonnances, peuvent prendre un sens lorsque des explications sont fournies par le médecin.

de « socialisation » et « d'apprivoisement » des médicaments par le corps médical, mais aussi à la manière dont un médecin donne du sens à ce qu'il fait et comment il prend des décisions en situation d'incertitude. Ce témoignage, à la fois unique et paradigmatique, n'est pas nécessairement représentatif des stratégies des médecins, en général, et illustre notamment combien la prescription de médicaments dépend du médecin consulté. Il souligne également que les essais cliniques standardisés sont une étape dans le devenir des médicaments, mais que leur « socialisation » par les médecins et les patients en est une autre, peut-être encore plus importante.

1. MÉTHODOLOGIE ET CONTEXTE D'ANALYSE

C'est dans le cadre d'une étude socioethnographique comparative portant sur quatre établissements parisiens prenant en charge des enfants autistes et un hôpital pédopsychiatrique de Montréal, l'hôpital Rivière-des-Prairies, centre pilote en matière d'évaluation et d'interventions en autisme, que se situe cette analyse des logiques de prescriptions. Le choix du docteur Masse n'est pas lié au hasard, c'est l'un des rares médecins qui n'éprouve pas un sentiment de peur vis-à-vis l'autisme et qui tente de trouver, chaque jour, avec son équipe, des solutions pour les personnes autistes et leurs familles. Ce pédopsychiatre propose des interventions et des médications originales et son équipe, contrairement à la plupart des autres équipes étudiées, n'adopte pas de vision dogmatique en matière d'interventions. Constatant que l'amélioration de la communication favorise une diminution des problèmes de comportement, il préconise différents outils pour améliorer cette communication, sans promouvoir de méthode particulière. Ce sont des projets individualisés qui sont favorisés. Les besoins de l'enfant, évalués au préalable, guident les interventions.

La démarche d'intervention adoptée est ainsi présentée par deux des membres de l'équipe :

planifier au préalable des mises en situation intéressantes pour l'enfant, à partir d'activités sensori-motrices adaptées à ses besoins selon le profil sensoriel identifié, à partir de jouets ou de jeux reliés à ses intérêts spécifiques, et à partir de petites routines comme les collations. Il s'agit d'organiser l'environnement et l'animation des activités pour faire en sorte que l'enfant ait à interagir et communiquer avec autrui, s'il veut obtenir, indiquer ou poursuivre toute activité intéressante. Les parents sont impliqués dans ce processus d'intervention et ils reproduisent ces routines en utilisant les situations quotidiennes à la maison, permettant ainsi une généralisation. Dans le même but, les intervenants des garderies

ou des écoles sont aussi informés de ces moyens d'intervention qu'ils peuvent mettre en place dans leurs milieux respectifs (Boisjoly et Mineau, 2001).

L'objectif des interventions est de mettre en évidence l'utilité et le plaisir de la communication et de l'interaction, de favoriser la conscience corporelle de l'enfant, de donner un sens à son expérience, de l'aider à identifier ses émotions, ainsi que leurs causes ou leurs conséquences, de l'amener à identifier et comprendre les intentions et les émotions des autres, à faire les liens de causalité. Les mêmes objectifs ont été établis dans les services parisiens pratiquant une approche psychodynamique, mais la différence réside dans l'intensité, l'organisation et la formalisation des interventions, ainsi que la réactualisation des outils utilisés. À l'hôpital Rivière-des-Prairies, les pratiques, orientées vers la résolution de problèmes, apparaissent comme étant au plus près des propositions théoriques. Le partenariat avec les parents ne se limite pas au discours : il est réellement mis en acte.

Les observations ethnographiques réalisées pendant deux mois à Montréal ont été facilitées par la culture de transparence de ce service, où les personnels sont formés à accepter le regard extérieur⁶. L'analyse des logiques de prescriptions du docteur Masse qui va suivre repose non seulement sur des entretiens, mais aussi sur un travail ethnographique : observation d'une dizaine de consultations avec des parents d'enfants autistes, une matinée de consultations avec des adultes autistes, huit évaluations, un bilan avec les parents (annonce du diagnostic) et des réunions de travail dans les unités d'hospitalisation d'enfants et d'adultes autistes.

Entre 0 et 5 ans, peu de médicaments sont prescrits. Dans le service de Rivière-des-Prairies, des méthodes d'intervention sont mises en place pour éviter la prescription de médicaments, mais quand les parents et les intervenants (éducateurs, instituteurs...) n'arrivent plus à gérer certaines difficultés qui mettent en péril la vie familiale, la scolarisation pour les enfants scolarisés ou la vie dans la communauté, le recours aux médicaments est réclamé. C'est souvent l'école qui demande à ce que le méthylphénydate soit prescrit pour que l'enfant soit plus concentré et moins agité.

La prescription de médicaments dans le cas de l'autisme cumule toutes les difficultés : la variété des cas est extrême et l'autisme concerne tous les âges, du nourrisson à la personne âgée. Cette variété laisse une large marge de manœuvre aux médecins, encore plus que pour une pathologie plus spécifiée, et nécessite donc davantage d'expérience. Peu de

6. Les parents, en particulier, peuvent assister aux séances des professionnels (orthophonie, ergothérapie).

médecins ont acquis l'expérience clinique du docteur Masse, expérience qui lui permet de tester des médicaments que peu utiliseraient du fait de leurs connaissances uniquement théoriques (publications, visiteurs médicaux). Ses réflexions personnelles sont présentées en détail pour aider à comprendre les raisons et les logiques de ces prescriptions.

2. ENTRETIEN AVEC LE DOCTEUR ANDRÉ MASSE⁷

Brigitte Chamak : Si l'histoire des classifications des symptômes et celle des médicaments sont entremêlées et que le médicament a « le pouvoir permanent de redéfinir et resegmenter les pathologies » (Pignarre, 1997, p. 165), les médecins ont également le pouvoir de redéfinir les usages des médicaments et vous nous en donnez des exemples. En redéfinissant l'autisme autour de la question de l'anxiété, vous choisissez de prescrire un antidépresseur, la mirtazapine. Les parents et les intervenants constatent un apaisement des enfants et des adultes et une amélioration du sommeil, confortant ainsi votre hypothèse vous permettant de continuer à prescrire un médicament qui n'a pas forcément été testé pour ce type d'indication. La redéfinition de l'autisme est possible dans un contexte de modifications des classifications et des définitions avec un élargissement des critères diagnostiques (Fombonne, 2003; Chamak et Cohen, 2003; Chamak, 2005). Après avoir été classé dans la catégorie « Psychose », l'autisme est défini, à présent, comme un trouble envahissant du développement (TED). Cette expression a été introduite pour la première fois en 1980, dans le DSM-III. La classification internationale de l'OMS (CIM-10) et la classification américaine, DSM-IV, définissent aujourd'hui l'autisme comme un TED avec une apparition des troubles avant l'âge de trois ans, des perturbations des interactions sociales, des problèmes dans la communication verbale et non verbale, des stéréotypies et des restrictions des intérêts. Alors que pour certains psychiatres français l'autisme est encore considéré comme la forme la plus sévère de la psychose et que le terme d'autisme n'est utilisé que pour les formes les plus graves, dans d'autres pays, et notamment aux États-Unis, au Canada et en Grande-Bretagne, on parle de TED et de continuum autistique (Rapin, 2002). Comment définissez-vous l'autisme ?

André Masse : L'autisme est un trouble complexe de type cognitif qui perturbe profondément le fonctionnement de la personne dans les domaines de la communication, des relations, des enjeux sociaux et de la compréhension des rapports entre les personnes et les activités. Même si

7. Entretiens réalisés les 18 et 20 mai 2005 à Montréal.

la personne autiste a un lien difficile avec son entourage humain, elle n'est pas psychotique. Je pense qu'un enfant autiste peut devenir rapidement très perturbé par tout ce qu'il ne comprend pas : les émotions, les sensations, les attitudes des personnes autour de lui, les messages qu'on lui envoie. Comme il ne comprend pas facilement ses perceptions, les relations, comme il ne se comprend pas non plus, il devient anxieux. L'enfant autiste ne peut pas montrer où il a mal et se faire aider, il n'est pas dans ce rapport avec l'autre. Ce qu'on pense être rassurant est souvent angoissant pour lui. En tout cas pour moi, l'élément ou l'émotion fondamentale de l'autisme c'est l'anxiété qui peut prendre différentes formes, et je la considère finalement comme étant le moteur du comportement. Cela répond à 95 % des comportements de l'autiste : il est anxieux, il a peur. Essayons de comprendre de quoi il a peur et qu'est-ce qu'il ne comprend pas. Cela peut être des infections particulières. Souvent, il ne sait pas quoi faire de ce qu'il a, il ne peut le nommer. Quand on lui donne des mots, des noms, il ne comprend pas non plus. Il doit apprendre les séquences. Il faut lui apprendre ce que c'est que d'avoir mal. Il faut qu'il apprenne à nommer, à encapsuler cette notion pour la généraliser dans d'autres situations. Les généralisations ne sont pas faciles pour les personnes autistes.

B.C. : Vous prescrivez un antidépresseur plutôt qu'une benzodiazépine. Pourquoi ?

A.M. : Notre façon de réagir, c'est de se dire : si j'étais à sa place, cela me ferait peur, je serais angoissé, je serais perdu. Que pouvons-nous faire pour l'aider ? Notre intervention consiste à essayer de diminuer le nombre de messages, de repérer les messages pertinents et d'essayer de les faire comprendre pour que l'enfant finisse par repérer des régularités. Quand ce n'est pas suffisant, nous pensons à une médication qui va apaiser l'anxiété sans ralentir l'enfant. Très rarement, les autistes sont agressifs, même s'ils sont violents, agaçants, automutilants ou destructeurs. Il faut comprendre beaucoup de choses pour être capable de devenir agressif. Donc, ces comportements d'agitation ne sont pas forcément des comportements agressifs. Du point de vue de la pharmacologie, je me suis demandé comment travailler sur le problème de l'anxiété. Les médicaments, il n'y en a pas tellement, finalement. Il y a les tranquillisants et les antidépresseurs. Les tranquillisants ne sont pas pertinents dans ce cas. Les tranquillisants majeurs sont utilisés pour la schizophrénie, la psychose et, pour nous, l'autisme n'est pas une psychose. Les autistes ne sont pas en rupture de contact, ils ne sont pas en réel contact, mais ils sont en relation avec nous, ils nous reconnaissent. Les antipsychotiques ralentissent un patient. Il y a des inconvénients, on ne reviendra pas là-dessus. Les tranquillisants légers, toute la famille des benzodiazépines, sont d'excellents médicaments pour l'anxiété chez des personnes ordinaires. Chez les personnes autistes, en

particulier chez les autistes qui peuvent avoir des déficiences intellectuelles, on a effectivement une amélioration concernant l'anxiété, mais si la situation est un peu difficile et plus angoissante que d'habitude, une désinhibition peut apparaître avec des comportements qui redeviennent violents et excessifs, qui dépassent souvent les comportements ciblés. Ce n'est pas le bon choix pour les personnes autistes parce que les benzodiazépines désinhibent trop. Les médicaments les plus spécifiques dans la population générale pour l'anxiété sont les antidépresseurs. Nous avons pensé à utiliser des antidépresseurs à double fonction qui agissent sur la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. La noradrénaline sert à analyser la situation de danger, à évaluer si vraiment elle est si dangereuse que ça et, si oui, quelle serait la solution à adopter. L'idée de l'utilisation de la venlafaxine ou de la mirtazapine, c'est d'améliorer l'utilisation de la noradrénaline. Nous étions un peu inquiets au début et nous avons été soulagés de constater que les enfants étaient apaisés par la venlafaxine et étaient capables d'accepter une situation nouvelle. Ils étaient capables d'écouter. L'information passait, ils n'étaient pas complètement débordés par l'anxiété.

B.C. : Les prescriptions se situent bien dans le processus de décision en situation d'incertitude. L'inquiétude caractérise cette prise de décision, puisque le résultat n'est pas acquis d'avance malgré les essais cliniques et les explications pharmacologiques. La prescription d'un médicament est le fruit d'une rencontre avec une personne. Dans *La raison et les remèdes*, François Dagognet avait déjà rejeté le substantialisme et la réduction du médicament à sa matière (Dagognet, 1964). Il a montré qu'il n'existait pas d'objectivité curative, pas de remède en dehors de celui qui en bénéficie. Vous avez vous-même constaté des effets différents obtenus avec des molécules censées produire les mêmes effets pharmacologiques.

A.M. : Oui, la mirtazapine n'étant pas disponible au Canada, on a commencé avec la venlafaxine. C'était le médicament que je proposais pour la plupart des enfants ou des adultes avec des comportements violents, destructeurs ou automutilants, jusqu'au moment où on s'est aperçu, en observant des petits, que la venlafaxine avait l'air d'augmenter ces comportements. Dès que nous avons eu la possibilité d'utiliser le médicament cousin, la mirtazapine, nous l'avons essayé. Ceux qui utilisent la mirtazapine observent un effet apaisant tout à fait intéressant. En plus, ce qui n'est pas négligeable, il améliore le sommeil. Comme les enfants autistes agités, automutilants, etc. ont aussi des troubles de sommeil, c'est vraiment intéressant de prescrire la mirtazapine qui devient presque le premier médicament à utiliser pour un tableau d'agitation. Les signes de désorganisation sont interprétés comme des manifestations de l'anxiété. La mirtazapine est prescrite, l'enfant s'endort, il est plus paisible et il gère mieux son rapport à l'anxiété.

Les adultes nous le disent aussi. L'endormissement est plus rapide et il y a une augmentation des périodes de rêves. Il est possible que ce type de médicament améliore également indirectement l'apprentissage.

B.C. : La médication est donc conçue comme étant en perpétuel changement. En fonction des molécules disponibles et des autorisations de mise sur le marché, les prescriptions pour le même type de problème peuvent changer. Mais constater des effets positifs sur un patient, ou sur quelques patients, ne suffit pas à ceux qui adhèrent à une vision universaliste. Du fait des améliorations spontanées et des améliorations liées à l'influence du thérapeute, pour authentifier un médicament en tant que tel, il ne suffit pas de constater son efficacité (même si, pour le patient et son entourage, c'est ce qui compte). Les essais cliniques contre placebo cherchent à garantir l'efficacité de la molécule active en travaillant sur l'écart statistiquement significatif entre l'amélioration obtenue avec une molécule active et celle obtenue avec placebo (Pignarre, 1997). Ils prennent donc acte du fait qu'un médicament ne saurait être dénué d'un effet placebo. Par conséquent, l'essai clinique contre placebo reconnaît que le médicament ne peut être défini par sa seule action pharmacologique (Lefève, 2004). Les essais cliniques se fondent à la fois sur la mise en évidence et l'occultation de l'individualité du patient. Alors même qu'il mettent en évidence la participation singulière de l'individu à son traitement et l'irréductibilité du médicament à son action pharmacologique, ils ne s'attachent à cette participation singulière de l'individu à son traitement que pour tenter de la mesurer statistiquement et non pour la connaître ou l'expliquer (Lefève, 2004). Les essais cliniques seuls ne suffisent donc pas. Ils sont indissociables de l'expérience clinique des médecins qui vont trouver (ou non) comment utiliser au mieux ces nouvelles molécules qui s'ajoutent aux anciennes ou les remplacent. L'épistémologie de la médecine développée par Canguilhem le reconnaissait déjà : « L'essentiel en médecine est, malgré tant d'efforts louables pour y introduire des méthodes de rationalisation, la clinique et la thérapeutique, c'est-à-dire une technique d'instauration ou de restauration du normal, qui ne se laisse pas entièrement réduire à la seule connaissance » (Canguilhem, 1966, p. 8).

A.M. : Oui, tout à fait.

B.C. : Les enfants sont différents des adultes à de multiples points de vue. Il y a plus de cent ans, le pédiatre américain Abraham Jacobi reconnaissait la nécessité de définir une pharmacothérapie appropriée à l'âge de chacun. Durant les dernières décennies, la reconnaissance que les changements au cours du développement affectaient profondément les réponses aux médicaments a engendré la nécessité d'ajuster les doses médicamenteuses en fonction de l'âge. Il ne suffit pas de diminuer les doses en fonction du poids. Si les enfants et les adolescents ont longtemps été

exclus des essais cliniques, la fin des années 1990 a vu se multiplier ces essais, encouragés par la Food and Drug Administration (Riddle *et al.*, 2001). Pouvez-vous nous parler de la posologie et des effets secondaires ?

A.M. : La mirtazapine est utilisée en comprimés de 30 mg, mais chez l'adulte, on peut avoir un effet à partir de 15 mg. Je commence à 15 mg avec les enfants. Certains prennent un quart de comprimé, autour de 7 mg, et il y a un effet. Mais pour la plupart, c'est 15 mg. La dose peut être augmentée sans qu'on voie apparaître d'effets secondaires ennuyeux. Chez les adultes, il y a une petite gêne au niveau gastrique, et c'est facilement contré en prenant le médicament avec de la nourriture. L'autre effet secondaire gênant pour certaines personnes, c'est la sensation d'un tremblement intérieur. Les enfants ne le mentionnent pas. Certains adultes en parlent. Ce n'est pas majeur, la plupart ne le ressentent pas vraiment. Quand ils savent à quoi c'est dû, la plupart vivent avec. Il n'y a pas d'accoutumance. C'est sûr que quand on prend la décision, avec les parents ou avec les intervenants, de proposer une telle indication, on s'engage pour une longue période : 9 mois, un an de médication, période pendant laquelle on espère que la personne autiste va apprendre à comprendre ce qui se passe, à gérer les situations, qu'elle va être moins difficile à vivre, moins débordée.

B.C. : Lorsque les problèmes de comportement sont vraiment très importants, prescrivez-vous d'autres médicaments en association avec la mirtazapine ?

A.M. : S'il y a de l'agitation, beaucoup de violence, d'automutilation, je prescris la mirtazapine en association avec des antidépresseurs, qui sont très puissants à des doses relativement faibles. Au lieu d'augmenter la dose de mirtazapine, j'ajoute du citalopram à très petites doses qui potentialise l'effet de la mirtazapine. Si je ne réussis pas avec le barrage des antidépresseurs, je recours aux tranquillisants, mais j'évite les benzodiazépines. J'essaie de prescrire les tranquillisants majeurs les moins dangereux et de les utiliser le plus tard possible dans la panoplie des outils. Les moins embêtants ce sont les anciens. Ils ont peut-être plus d'effets secondaires mais, finalement, on est moins ennuyé avec la dyskinésie tardive qu'on ne l'était il y a quelques années parce qu'avec le temps, on s'est aperçu que cela pouvait disparaître, ce n'est pas aussi permanent qu'on le pensait. Mais il y a certaines populations qui sont davantage à risque : ce sont les jeunes, garçons ou filles, donc on y va plus doucement. Les anciens neuroleptiques majeurs, dont la péricyazine, c'est le deuxième niveau. La chlorpromazine, je l'utilise aussi. Je prescrivais parfois la thioridazine, en faisant attention, mais en octobre 2005, le bureau des produits pharmaceutiques du Canada a interdit sa commercialisation. Après avoir essayé beaucoup de choses, je reviens au vieil halopéridol, mais pendant une

courte période. Il y a aussi le perphénazine qui peut être essayée. Donc tous les neuroleptiques peuvent être ressortis si on a une situation très difficile.

B.C. : Pouvez-vous nous donner un autre exemple de redéfinition des usages des médicaments ?

A.M. : Pour l'anxiété, il m'arrive de prescrire du buspéridone. Ce médicament a été mis au point pour l'anxiété chez les personnes âgées. Il est très populaire aux États-Unis, pas tellement au Canada, pas du tout ailleurs. En Europe, on en parle, mais personne ne trouve ce médicament intéressant. Je ne sais pas pourquoi ça n'a jamais trop bien marché pour l'anxiété. Par contre, de façon étonnante, pour certains enfants et même des adultes qui présentent un retard neurodéveloppemental important, qui ont des épilepsies, ou qui ont eu des encéphalopathies, le buspéridone à très petites doses mérite un essai chez un enfant qui présente un tableau d'agitation dont on ne connaît pas la cause. On donne le buspéridone à petite dose au coucher et l'effet dure toute la journée du lendemain. Alors que le médicament est prévu pour fonctionner à 60 mg par jour, on en donne 5 ou 10 mg. On peut aller jusqu'à 30 ; au-delà, il n'y a pas d'avantage. Par contre, à moins de 30, il y a des réponses extrêmement étonnantes : l'enfant est plus paisible, il s'endort, il passe une bonne nuit ; le lendemain, il est moins impulsif, moins fébrile, moins sensible à l'agitation. Pourquoi ? On ne sait pas trop. Le buspéridone agit sur la sérotonine ; on pense qu'il aide les cellules à fabriquer la sérotonine.

B.C. : Avec l'exemple du buspéridone, vous nous montrez que les prescriptions médicamenteuses varient en fonction du pays, du médecin et de la réception de ce médicament dans la population, mais aussi qu'un médicament mis au point au départ pour l'anxiété chez les personnes âgées peut être utilisé à faibles doses pour l'agitation chez des enfants. Pouvez-vous nous donner un autre exemple de passage d'un médicament d'une classe à une autre ?

A.M. : Un nouveau médicament est arrivé sur le marché canadien, connu aux États-Unis depuis quatre ou cinq ans, mais très largement utilisé depuis deux ans, qui s'appelle l'atomoxetine. C'est un ancien antidépresseur qui a été converti pour agir sur les troubles d'attention et d'impulsivité. Ce n'est pas un psychostimulant. Il ne provoque ni diminution d'appétit ni trouble du sommeil. Une seule prise par jour suffit, donc, pas besoin de le prendre à l'école. Le désavantage c'est que l'installation est très longue et prend jusqu'à deux mois avant d'atteindre la dose plateau. On ne peut pas savoir rapidement si c'est efficace ou pas, il faut attendre. Ce n'est qu'en avril 2005 que j'ai commencé à le prescrire. J'ai une quinzaine de jeunes qui le prennent et il y en a qui se sont beaucoup améliorés.

Ils sont plus efficaces, plus paisibles. Ils ne sont pas du tout accablés, ils ne sont pas hyperactifs et cela pour 24 heures [...] L'école n'en revient pas, tout le monde est satisfait.

B.C. : La satisfaction de la famille et des intervenants vous encourage à utiliser ce médicament mais la difficulté de prescrire ce type de médicament réside dans le temps de latence nécessaire pour observer des effets, ce qui n'est pas le cas du méthylphénydate. Au Québec, le méthylphénydate est un médicament très largement prescrit pour les enfants. C'est le seul psychotrope que les médecins généralistes peuvent prescrire, à l'inverse de la France où la majorité des prescriptions de psychotropes est réalisée par les généralistes (Haxaire *et al.*, 1998 ; Le Moigne, 1999). Vous m'avez expliqué que l'inconvénient de l'avantage du méthylphénydate est que du fait même de son effet sur la concentration, il peut augmenter les idées fixes de l'enfant autiste. Par ailleurs, il présente des effets paradoxaux sur le sommeil. Une molécule n'a donc pas une action unique. L'importance du contexte de prescription est cruciale.

A.M. : Oui. Le méthylphénydate est utilisé dans l'autisme pour le trouble de l'attention. Est-ce qu'il y en a plus dans l'autisme ? C'est difficile à dire. [Les autistes] sont distraits parce que tous les stimuli sont équivalents ; ce qui ressort, c'est la distraction, l'éparpillement. Cette distraction répond bien au méthylphénydate. L'inconvénient principal est dû à son effet premier de diminuer l'appétit. C'est une diminution importante pour certains enfants, en particulier les autistes qui ne mangent pas facilement. L'autre inconvénient est lié aux difficultés d'endormissement. Le méthylphénydate n'aide pas à dormir sauf dans certains cas de troubles d'attention particuliers où l'on peut en donner une petite dose avant le coucher. L'avantage du méthylphénydate, c'est que la mémoire est meilleure. L'inconvénient c'est qu'il devient très difficile de faire changer d'idée un autiste qui a des lubies très particulières. Alors que d'habitude, le secret va être de lui proposer un stimulus équivalent et de l'amener vers autre chose, avec le méthylphénydate, c'est nettement plus difficile. Cela demande de l'habileté et de l'inventivité pour arriver à contourner cette difficulté. D'où l'abandon de ce médicament dans certains cas. Le méthylphénydate reste cependant un médicament extrêmement intéressant puisqu'on le connaît bien depuis 40 ans. On connaît ses effets, ses effets secondaires, sa durée d'action. Il agit vite, après vingt minutes, mais son effet est de courte durée (4 heures). Des comprimés à libération prolongée et à doses progressives de chlorhydrate de méthylphénydate (18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg) ont été conçus par les entreprises pharmaceutiques pour permettre un effet à long terme, ce qui évite de donner un médicament à l'école.

B.C. : En France, la rispéridone vient d'obtenir l'autorisation de mise sur le marché pour les enfants. En prescrivez-vous ?

A.M. : En dernier recours, on pourrait utiliser la rispéridone, mais j'ai beaucoup de réserves parce que j'ai vu deux enfants qui ont développé un diabète sous rispéridone et je suis obligé de penser qu'il y a un lien de cause à effet. Pour un des cas, il n'y a pas d'histoire familiale parce que c'est un enfant abandonné, mais pour l'autre on a une bonne histoire familiale et, aussi bien du côté maternel que paternel, il n'y a pas de diabète. Donc c'est problématique. L'olanzapine, dans cette famille de médicaments, est encore plus sur la sellette, comme cause de diabète chez l'adulte schizophrène. Cela reste un médicament pour la schizophrénie, mais comme il n'est vraiment pas indiqué pour l'autisme, c'est juste un médicament qu'on utiliserait pour calmer le comportement, mais cela représente un choix difficile que de prendre un médicament qui a un tel risque. Certains effets secondaires peuvent être dérangeants mais temporaires. Le diabète, ce n'est pas le cas. Donc j'utilise très peu l'olanzapine. Il y a d'autres neuroleptiques sur le marché qui n'ont pas démontré un effet extraordinaire pour calmer les grandes agitations chez les sujets autistes. Nous avons mis deux patients sous fluphénazine injectable, parce que nous avons des doutes sur la fiabilité des personnes autour de l'enfant à donner les médicaments, et on a eu de bons résultats. Mais il y avait des effets secondaires extrapyramidaux, des tremblements, etc. Il est à utiliser pendant une période de moyenne durée, une période pendant laquelle l'enfant va acquérir des comportements et les connaissances voulues, pour ne plus en avoir besoin après.

B.C. : Tâtonnements, ajustements, bricolages, déjà décrits par Philippe Pignarre (Pignarre, 1990), sont le lot des médecins qui ont également recours à des alternatives pour contourner certaines difficultés comme celles de l'inobservance. Pour la durée du traitement, c'est également l'incertitude. Les différents niveaux d'incertitude se combinent pour compliquer la tâche des prescripteurs. Ces difficultés et le nombre élevé de médecins amenés à suivre un patient conduisent parfois à une surmédicalisation. L'hôpital Rivière-des-Prairies dispose d'une unité de sevrage qui permet de faire le point sur la pertinence des prescriptions. Comment fonctionne-t-elle ?

A.M. : Cette unité vise à hospitaliser pendant un temps court des personnes autistes qui sont surmédicamentées pour tenter de vérifier la pertinence ou non de certains médicaments qu'elles prennent parfois depuis longtemps, d'en supprimer certains et de les remplacer par d'autres, plus efficaces et en moins grand nombre. Il arrive que nous supprimions toute médication, mais il faut y aller doucement et observer attentivement les effets de cette suppression.

B.C. : Lorsque vous traitez les compulsions, vous prescrivez du naltrexone. Pourquoi ?

A.M. : Le naltrexone bloque l'effet des opioïdes. Concernant les compulsions, j'essaie de faire une distinction entre compulsion et obsession. Je me suis demandé, pour les autistes : comment peuvent-ils avoir des obsessions ? Ils ne pensent pas comme nous, surtout les plus jeunes. Ce ne doit pas être des obsessions-compulsions telles que nous les supposons pour les tableaux anxieux. Nous avons eu l'occasion de valider cela en faisant une observation avec un grand garçon qui est arrivé ici parce qu'il allait voir des jeunes filles et on craignait qu'il soit pédophile. En faisant des mesures, on s'est aperçu que ce qui lui faisait plaisir, c'était de voir les filles se sauver [...] C'est une construction psychologique, la personne s'excite et entrent dans sa boucle de production d'endorphine. Nous avons prescrit le naltrexone et notre jeune n'avait plus envie d'aller voir les filles ou, quand il y allait, il ne faisait plus la même chose, il n'allait plus les agacer. Il recherche une espèce de plaisir qu'il a connu ; ne le trouvant pas, il abandonne progressivement ces comportements. En observant d'un peu plus près nos clients autistes, même les petits enfants à partir de 4 ou 5 ans, on s'est aperçu que certains comportements, qu'on va qualifier de compulsifs, étaient comme obligatoires. Quand s'enclenche le processus, il faut que l'enfant aille au bout d'une certaine séquence. Cela peut ressembler à la personne dite compulsive qui va vérifier que la porte est bien verrouillée une quinzaine de fois, mais ce qui est différent, c'est que, si on arrête l'enfant, il est vraiment très malheureux, très inconfortable et habituellement il réagit violemment à l'intervention de la personne qui va l'arrêter. Une ou deux mamans nous ont dit que c'était comme s'il était drogué. En faisant des mesures électrophysiologiques, on a pu observer qu'à la fin de l'activité, ils sont comme apaisés, heureux, contents, non seulement calmés mais très alertes et très éveillés. Donc je suis parti de cette idée de compulsion en me disant : ça a l'air différent d'une compulsion d'obsessif qui, souvent, répond à une « autorité extérieure ». On peut dire n'importe quoi, il n'y a rien qui va les arrêter, ils doivent finir. Avec le naltrexone, qui bloque l'effet des opioïdes, on constate une extinction assez rapide du comportement sans que la personne soit plus anxieuse ou désorganisée. Elle n'a plus envie d'avoir ce comportement puisqu'il n'apporte plus le plaisir recherché. Dans certains cas, comme pour essayer de trouver le plaisir qu'ils éprouvaient avant, il va se produire une augmentation transitoire des compulsions, surtout s'ils ont 35 ou 40 ans d'expérience, car parfois, ils ont appris comment déclencher la sécrétion d'endorphine par des moyens très variés : douleur « exquise », cris puissants, activité physique intense. Ils vont chercher la satisfaction dans toute la panoplie. Ce n'est pas toujours facile pour les équipes qui doivent les supporter. Ils ne font plus de gestes compulsifs, qui étaient

organisés dans un rituel, mais ils se mettent à crier, à éternuer très fort, à se suspendre au plafond et en se suspendant, ils augmentent la tension intra-thoracique et sa sécrétion d'endorphine. Il y en a qui se font des douleurs vives et précises. Ils ont donc expérimenté une série de situations qui déclenchent la libération d'endorphine. Le naltrexone empêche l'effet de l'endorphine, quelle que soit l'activité pratiquée. Ils recherchent l'effet, mais ils ne l'ont pas et progressivement le comportement s'arrête. L'exacerbation d'un symptôme peut durer quelques jours ou pas du tout, notamment chez les plus jeunes parce qu'ils n'ont pas encore compris qu'il y avait plusieurs façons de déclencher cet effet. Donc ils reprennent le même mouvement, ça ne donne rien, ils arrêtent. Souvent, je vais donner en même temps un médicament contre l'anxiété [...] Parallèlement, on propose des activités intéressantes.

B.C. : Pour vous, la médication sans la mise en place de nouvelles activités est vouée à l'échec. Les médicaments participent à la panoplie des outils utilisés par les cliniciens mais ne peuvent à eux seuls résoudre les problèmes.

A.M. : Il serait difficile de leur enlever les compulsions sans leur proposer autre chose. Certains jeunes passent d'une compulsion mécanique ou répétitive à un jeu plus « intellectuel », plus satisfaisant. Ils changent de niveau, ils ont un plaisir qui est vraiment dû à une réussite, à la résolution de problème. L'intervention des parents et des éducateurs est primordiale [...] On peut traiter les troubles obsessionnels compulsifs avec des antidépresseurs. Chez un adolescent ou un adulte, l'obsession compulsive, c'est ce qu'il y a de plus difficile, de plus résistant et cela demande un travail assez intense de la part des intervenants pour proposer des activités éducatives, des programmes, des scénarios sociaux qui vont pouvoir séduire cette personne. On atténue un peu le besoin, mais de là à modifier cette mécanique... Pour combler ce besoin, il faut lui donner du plaisir. Pour les autistes, c'est un symptôme magnifique, l'obsession, parce que c'est prévisible, c'est eux qui font leur séquence et ils aiment les choses prévisibles. Donc il faut la remplacer par un autre prévisible, qui ne soit pas obsessif et qui va répondre au même besoin, qui va donner le même plaisir ou la même satisfaction pendant un certain temps, le temps qu'il passe à autre chose.

B.C. : Environ 20 % des cas d'autisme sont associés à des épilepsies. Comment les traitez-vous ?

A.M. : Le traitement dépend de la forme de l'épilepsie. En réalité, il y a aussi des antiépileptiques qu'on utilise moins. J'utilise le moins possible la carbamazépine parce qu'elle présente un risque important d'agranulocytose. De plus, il faut savoir si on est dans les bonnes fenêtres thérapeutiques ; il faut donc faire des dosages aux enfants et une formule sanguine

de suivi assez souvent. Les antiépileptiques que j'utilise le plus souvent sont la gabapentine, le topiramate, la lamotrigine, l'acide valproïque. Ce sont « les miens », les neurologues en ont d'autres, on a un petit peu nos préférés. Après les avoir utilisés fréquemment, on sait un peu à quoi s'attendre. Ma stratégie, par rapport au tableau épileptique, c'est de commencer le traitement et de demander au neurologue son opinion. Avant la consultation, on a habituellement un mois ou deux d'essai avec le médicament que j'ai proposé aux doses cliniques qui devraient être adéquates. Le neurologue me dit, si ça répond bien : « continuez avec celui-là », ou : « non, je n'aime pas tellement, il a des inconvénients », et il propose autre chose.

B.C. : les traitements qui sont prescrits pour les épilepsies sont variables et dépendent donc de l'expérience propre du neurologue ou du psychiatre. Quels sont les médicaments que vous utilisez pour les troubles de l'humeur ?

A.M. : J'utilise parfois l'acide valproïque en traitement des troubles bipolaires, parce qu'on a des autistes qui peuvent être bipolaires aussi. J'avais tendance à prescrire l'acide valproïque assez souvent jusqu'à dernièrement, quand j'ai pris connaissance d'une recherche sur la comparaison des différents stabilisateurs de l'humeur ; finalement, le lithium est meilleur. Dans l'article, les auteurs expliquaient que si le patient n'a pas de problème de reins, de foie, de thyroïde, si le cœur est en bonne condition, on peut prescrire le lithium. Le lithium pour un enfant, c'est commode parce que c'est un parent ou un adulte qui donne la médication. Le problème chez l'adulte bipolaire, c'est qu'il peut prendre le lithium n'importe comment et le lithium est très toxique. S'il oublie de le prendre une journée ou deux et qu'il veut compenser ensuite en augmentant les doses, il peut s'intoxiquer. Dans ce cas, on va choisir l'acide valproïque [...] Pour un enfant, ce n'est pas le cas, un autiste non plus. La plupart reçoivent les médicaments de quelqu'un qui les leur donne, donc il n'y a pas de danger d'inobservance. La personne a son médicament chaque matin et il n'y a pas de risque de surconsommation. Ce qui semble se dégager de l'utilisation du lithium, c'est qu'après un certain temps d'utilisation, certaines personnes arrêtaient de prendre le lithium et elles continuent à bien aller. Elles se connaissent, elles savent qu'il faut éviter certaines situations. À certains moments, elles sont plus fragiles et il faut qu'elles se protègent, qu'elles demandent de l'aide. Et la personne n'aurait plus besoin du lithium. De la même façon, pour un enfant qui reçoit le lithium de ses parents ou des intervenants, peut-être qu'à 20 ou 25 ans, il n'en aura plus besoin, alors qu'avec l'acide valproïque et la carbamazépine, on n'a pas ce phénomène. S'il n'en prend pas, il y a des risques.

B.C. : Pour les problèmes de sommeil, que proposez-vous ?

A.M. : Dans le cas de l'insomnie, j'utilisais jusqu'à dernièrement la mirtazapine. Depuis le début 2005, je propose aux parents d'essayer la mélatonine de façon presque systématique. Avec la mélatonine, on a des résultats vraiment intéressants. C'est un produit qui n'est pas dangereux, qu'on donne à très petites doses. L'expérience que j'ai avec les enfants est trop récente. On n'a pas d'enfants qui en ont pris pendant une courte période puis qui ont arrêté. Par contre, des adultes à qui j'avais prescrit l'an passé la mélatonine ont arrêté de la prendre et continuent à bien dormir. Une étude rétrospective sur l'effet de la mélatonine chez les enfants (Ivanenko *et al.*, 2003) présente des résultats spectaculaires : près de 90 % d'amélioration, mais il n'y a pas eu de recherche avec les enfants autistes.

B.C. : Ce n'est pas parce qu'une personne est autiste qu'elle ne peut avoir d'autres soucis de santé. Vous m'avez cité les reflux gastriques, les ulcères du duodénum, les candidoses, les otites, les rages de dents, les allergies. Nombre de médecins ne pensent pas forcément à rechercher une source organique à des troubles de comportement d'une personne autiste.

A.M. : Lors d'une conférence, j'ai appris qu'un psychiatre américain a utilisé la famotidine, un antiacide, pour traiter les personnes autistes. Après l'avoir essayé, il a obtenu des résultats spectaculaires : les enfants autistes étaient moins agités, moins impatientes, moins difficiles. Je l'ai essayé à l'hôpital et j'ai obtenu des améliorations significatives. À observer d'un peu plus près, je me suis aperçu que les symptômes touchés étaient de l'agitation au lever, une agitation au repas du soir et de l'agitation au coucher. Un gastroentérologue s'est interrogé : « avant de penser à une action sur l'autisme, allons voir si cela agit sur l'estomac ». Après avoir obtenu l'autorisation d'évaluer une vingtaine d'enfants autistes, nous avons constaté que 7 enfants autistes sur 10 avaient un reflux gastrique, qu'ils avaient tendance à avoir une œsophagite, donc des symptômes de douleur au moment où l'acide chlorhydrique est à son maximum, c'est-à-dire au lever le matin, avant le repas du soir et au moment d'aller au lit, quand le liquide gastrique reflue dans l'œsophage. Le repas du soir, c'est le moment où il y a l'odeur des aliments cuisinés dans la maison, la sécrétion de l'acide chlorhydrique est nettement plus forte et l'enfant autiste a des comportements difficiles [...] En fait, il a peur d'avoir mal, il s'est aperçu qu'en avalant quelque chose, il calme la douleur. Avec la famotidine, ils n'ont plus cette douleur.

À deux reprises, des personnes à qui j'avais prescrit la famotidine ont été voir un généraliste qui m'a demandé : « Pourquoi ce médicament ? » J'ai expliqué que le patient avait un reflux gastrique ou de l'œsophagite. Comme la famotidine est un vieux médicament, les médecins me

répondent : « Il y en a de meilleurs maintenant, on prescrit l'oméprazole ou l'esoméprazole. » Cependant, après un essai avec les nouvelles molécules, le patient est moins bien. L'oméprazole et l'esoméprazole sont deux antiacides modernes qui fonctionnent bien, mais il y a peut-être une petite différence avec la famotidine. La famotidine agit sur les cellules histaminiques de l'estomac et il y a aussi des cellules histaminiques dans le cerveau : est-ce que la famotidine agit à ce niveau ? Je n'ai pas de réponse.

C'est peu connu, mais les autistes s'amuse à faire remonter les aliments, cela peut endommager le sphincter en haut de l'estomac et ils peuvent faire facilement monter les aliments dans la bouche, provoquant des brûlures acides. C'est arrivé à un enfant que je suivais et il a fallu trois antiacides pour réussir à l'arrêter. Il a eu deux antiacides et des pilules de calcium. Quand il veut manger, on lui dit de sucer des pilules de calcium et avec ça, on n'a plus de reflux. Il y a également des enfants qui ont de petits ulcères ; la vidange de l'estomac est très lente à cause de l'ulcère, les aliments restent là, donc ils peuvent les « ruminer » et se détruire les structures muqueuses. En donnant un antiacide, on protège et on travaille sur l'évacuation. Ce qu'on a convenu ici c'est que, si un enfant semble présenter des symptômes d'ulcère duodéal, on débute les traitement pertinents. Finalement, le traitement, c'est deux semaines d'antibiotiques avec l'antiacide. Chez l'adulte, l'examen diagnostique est assez significatif mais, chez l'enfant, ça ne l'est pas toujours. Donc on a convenu que si on a de bons soupçons, on traite comme s'il y avait un ulcère duodéal. De toute façon, le premier traitement, c'est au-delà de 90 % de succès ; s'il récidive, le deuxième traitement, c'est plus de 95 % de succès. Donc, en deux ou trois mois, on a éliminé l'ulcère duodéal.

Parmi les autres problèmes digestifs, à part la dyspepsie, le reflux gastrique et l'ulcère duodéal, il y a une autre symptomatologie digestive, les infections à candidas, qui donnent un malaise sous forme de crampes abdominales, la présence de gaz très nauséabonds et très désagréables pour l'entourage et, souvent, des selles qui sont assez particulières. C'est surtout des symptômes d'agitation dus à la douleur chez les enfants qui, habituellement, ont tendance à se mettre les mains dans la bouche, donc ils s'infectent probablement. Le traitement est simple : on donne un antifongique pendant deux semaines et on voit disparaître ces symptômes pour plusieurs mois et, parfois, définitivement. Mais très souvent, après six mois ou un an, on est encore en situation d'infection et on traite à nouveau. Les otites sont également un problème. Les otites sont fréquentes chez les enfants avant 3 ans pour disparaître par la suite, probablement suite à une croissance au niveau du crâne qui redresserait un peu les

trompes d'Eustache et qui permettrait au liquide de mieux s'écouler. La présence éventuelle de sinusites pourrait également expliquer l'agitation et l'automutilation.

3. CONCLUSION : LE PASSAGE DE L'ABSTRAIT AU CONCRET ET DE L'UNIVERSALISME À LA SPÉCIFICITÉ INDIVIDUELLE

Les essais cliniques standardisés avec études à « double insu⁸ » contre placebo induisent une « universalisation » de la molécule ; « elle devient abstraite au sens où elle sera valable, statistiquement, pour des patients indifférenciés, recrutés et classés pour devenir indifférenciables » (Pignarre, 1997, p. 129). Par sa prescription, un médecin peut induire le passage inverse de l'abstrait au concret pour un patient donné. Philippe Pignarre considère que le médecin est celui qui va permettre la singularisation de l'objet médicament, mais que « cette singularisation n'est pas un retour du molaire vers le moléculaire » (Pignarre, 1997, p. 157) et qu'elle suppose la transformation du patient venu consulter en un cas. Il s'agit pour le médecin de « retrouver derrière chaque patient moléculaire qui se présente à une consultation le sujet molaire, abstrait, tel qu'il a été fixé et uniformisé dans les groupes recrutés pour participer aux essais du laboratoire de l'étude contre placebo » (Pignarre, 1997, p. 158). Mais cette conception ne tient pas compte des multiples adaptations, acclimatations et bricolages que les médecins peuvent faire subir aux médicaments en fonction de leur expérience clinique et de leurs connaissances.

L'exemple du docteur Masse illustre les différentes tentatives pour « socialiser » les molécules, les apprivoiser, les tester. Lorsqu'il obtient des résultats auprès de ses patients, il n'est plus le seul à les socialiser. Ainsi, quand le docteur Masse dit : « ça marche et tout le monde est satisfait », il fait référence aux parents et aux différents intervenants qui le confortent dans ses prescriptions. Les tâtonnements, ajustements et bricolages des cliniciens sont permanents et peuvent être à l'origine de ce « complément d'invention » dont parle Philippe Pignarre quand il rend hommage aux cliniciens en considérant que « la clinique devance la pharmacologie et la physiologie de plusieurs dizaines d'années mais comme elle le fait dans son propre langage pour un public particulier, cette avance est

8. La population de patients est répartie en deux groupes comparables. Chaque patient reçoit un médicament identifié par un numéro. Il ignore, de même que le médecin prescripteur, s'il reçoit un placebo, le produit de référence ou le nouveau produit à tester (Pignarre, 1990, p. 104).

souvent oubliée, niée [...] La clinique met en évidence les limites de la pharmacologie [...] Le clinicien se définit d'abord dans son rapport à l'autre [...] Là, se trouve la continuité avec un art d'observer, de soigner, qui ne doit pas tout à la science expérimentale [...] Et quand on demande au clinicien de se transformer en scientifique [...] on l'enferme dans un carcan destiné à l'obliger à faire le deuil de tout projet thérapeutique » (Pignarre, 1990, p. 44-51). Il montre comment la dévalorisation de la clinique est ancrée dans une vision idéalisée de la recherche que les chercheurs et l'industrie pharmaceutique essaient de perpétuer. L'apport des cliniciens n'est pas considéré comme noble, « car il ne s'agit pas d'une découverte faite selon un schéma cartésien » (Pignarre, 1990, p. 70). Mais si le schéma n'est pas cartésien, les raisonnements utilisés et les logiques de prescription sont intéressants à analyser pour comprendre comment un médecin donne du sens à ce qu'il fait.

Albert Ogien a souligné le fait que, couramment, l'analyse sociologique de la psychiatrie vise « à produire un savoir critique portant sur la nature d'un fait social : l'existence d'une institution spécialisée dans le traitement d'une forme de déviance » et que « cette analyse subordonne, a priori, les activités manifestes des acteurs à une finalité latente, le plus souvent rapportée à l'idée de contrôle social, dont il est postulé qu'elle détermine intégralement la signification réelle et le déroulement de ces activités » (Ogien, 1989, p. 26). Lorsque la psychiatrie est appréhendée de ce point de vue, elle est conçue comme un dispositif de pouvoir assurant une fonction de maintien d'un ordre social sans que soit prise en compte la question du rapport de la finalité supposée de l'activité psychiatrique aux conditions effectives de son accomplissement pratique. Ma recherche socioethnographique vise à analyser les conditions d'interventions en psychiatrie par l'observation des pratiques et des logiques de prescriptions médicamenteuses dans le cadre d'un échange avec le patient et la famille du patient, et donc de définir la psychiatrie en tant que domaine d'intervention sur autrui. Cette étude se fonde sur le postulat posé par Albert Ogien : « Le déroulement et l'aboutissement d'une action sociale dépendent de l'enchaînement des séquences d'échange qui la composent, et son contenu pratique résulte de l'activité conceptuelle déployée par les acteurs impliqués dans cette action afin de donner un sens à ce qu'ils font » (Ogien, 1989, p. 27).

Les explications élaborées par les médecins quand un médicament a un effet sur un patient font très souvent intervenir des hypothèses pharmacologiques, et notamment la libération de neuromédiateurs. Ces rationalisations a posteriori font appel aux hypothèses des neuropharmacologues (libération de neuromédiateurs, potentialisation). Si l'une des approches de l'anthropologue du médicament consiste dans son décentrement initial

par rapport à la définition pharmacologique du médicament, il ne peut faire abstraction des significations et des représentations des médecins et, en l'occurrence, du sens que prennent pour eux ces hypothèses.

La médecine mentale est, en tant que discipline médicale, un travail effectué par des professionnels respectant des règles d'action constituées dans l'expérience de l'accomplissement de leur métier. Dans la mesure où ce métier est une intervention sur autrui, il engage aussi une gestion particulière d'un ensemble d'échanges entre clients et professionnels (Pignarre, 1990, p. 26). Les explications du docteur Masse sur la médication ne sont pas réservées au chercheur en visite. Lors des consultations, il explique aux parents le pourquoi de ses prescriptions et leur demande leur accord. Est-ce le médicament qui agit ou la façon dont sont prescrites ces molécules, ou les deux? Difficile de répondre quand on connaît le pouvoir des effets placebo (A. et E. Shapiro, 1997; Pignarre, 1997). Avec l'exemple du docteur Masse, nous avons vu comment le médecin se réapproprie le médicament: une véritable redéfinition individuelle a lieu dans la rencontre médecin-patient. Une réinvention de la valeur d'usage s'opère. Le médecin décide des règles de sa consommation pour un individu particulier.

Les contraintes pratiques qui pèsent sur l'exercice quotidien de la psychiatrie impliquent différents acteurs qui doivent se confronter à une expérience qu'ils n'abordent pas nécessairement de manière uniforme, et à propos de laquelle ils n'ont pas forcément la même conception (Ogien, 1989, p. 24-25). En fonction des professionnels et des pays, les définitions et les représentations de l'autisme sont différentes. Si l'on admet que la validité des définitions professionnelles au sujet de l'autisme, ou de tout autre maladie mentale, de ses lieux et modes de traitement ne s'impose pas d'emblée à l'ensemble des acteurs, pris dans une intervention en psychiatrie, on peut considérer qu'une part déterminante de l'activité des professionnels consiste à essayer d'établir et de maintenir les formes de l'acceptabilité des interventions qu'ils préconisent (Ogien, 1989, p. 25).

Dans le service de Montréal, les définitions et représentations des différents professionnels sont beaucoup plus homogènes que celles recueillies parmi les professionnels de l'autisme dans les services parisiens étudiés. L'effort de formation à l'hôpital Rivière-des-Prairies et une politique visant à établir une culture commune fondée sur le respect des autres partenaires, le sentiment d'appartenance à un groupe et à un projet commun sont probablement à l'origine de cette homogénéisation. Dans les services étudiés à Paris, le flou et l'empirisme à la base des interventions laissent une part non négligeable à l'informel, à l'implicite et aux dispositions personnelles. Si, dans le service étudié à Montréal, les connaissances informelles et les dispositions naturelles interviennent, elles s'expriment dans un contexte d'interventions formalisées et explicites

qui permet à chaque membre de l'équipe de savoir qui fait quoi, comment, et de se positionner avec moins d'ambiguïté dans le processus général d'intervention. Contrairement à l'idée selon laquelle un accroissement de standardisation et de technicité irait de pair avec une déshumanisation de la prise en charge, l'exemple du service de l'hôpital Rivière-des-Prairies montre des médecins et des personnels compréhensifs et attentifs aux difficultés rencontrées par les familles.

L'effort de standardisation des évaluations et la définition d'un cadre formel d'intervention n'empêchent pas l'empirisme des prescriptions médicamenteuses, mais un empirisme qui repose sur une longue expérience clinique et une bonne connaissance des études pharmacologiques. Ce chapitre, centré sur la manière dont un médecin donne du sens à ce qu'il fait, montre qu'empirisme, pragmatisme, incertitudes, ajustements et tâtonnements sont constitutifs des prescriptions médicamenteuses et que patients (ou familles des patients) et professionnels participent ensemble à la constitution du domaine d'intervention. Par leur satisfaction (ou leur mécontentement), les parents d'enfants autistes et les intervenants vont conforter (ou ébranler) le médecin dans l'efficacité de sa prescription, dont il est conscient qu'elle ne constitue qu'un des éléments de l'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

- BOISJOLY, L. et MINEAU, S. (2001). « L'ergothérapie et la psychoéducation au service des jeunes enfants avec un trouble envahissant du développement : théorie et pratique », *Prisme*, n° 34, Éditions de l'hôpital Sainte-Justine, p. 104-105.
- CANGUILHEM, G. (1966). *Le Normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France.
- CHAMAK, B. (2005). « Les transformations des représentations de l'autisme : le rôle des associations », *Cahiers de recherches sociologiques*, sous presse.
- CHAMAK, B. et COHEN, D. (2003). « L'autisme : vers une nécessaire révolution culturelle », *Médecine/Sciences*, vol. 19, n° 11, p. 1152-1159.
- COLLIN, J. (2005). « Conceptions du médicament et de la relation thérapeutique : entre science et métaphore », colloque : *Rapport au corps, relation thérapeutique et circulation des savoirs sur le médicament*, Montréal, 27-28 mai.
- DAGOINET, F. (1964). *La raison et les remèdes*, Paris, Presses universitaires de France.
- DESROSIERS, M.H.E. (1886). « Quelques notions générales de thérapeutique. Les maladies et les malades. La médication rationnelle et la médication empirique », *Union médicale du Canada*, vol. 15.

- EHRENBERG, E. (2004). « Les changements de la relation normal-pathologique : à propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, mai, p. 133-155.
- EHRENBERG, E. (1998). *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- EISENBERG, D. *et al.* (1993). « Unconventional Medicine in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 328, p. 246-252.
- FOMBONNE, E. (2003). « Epidemiological Surveys of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: An Update », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 33, n° 4, p. 365-382.
- HALPERN, S.A. (1988). *American Pediatrics : The Social Dynamics of Professionalism, 1880-1980*, Berkeley, University of California Press.
- HAXAIRE, C. *et al.* (1998). « "C'était pas une drogue si vous voulez mais enfin" : appropriation de la notion de dépendance et opportunité des psychotropes à travers l'étude de pharmacies familiales dans une région rurale de Basse-Normandie », dans E. Ehrenberg (dir.), *Drogues et médicaments psychotropes : le trouble des frontières*, Paris, Esprit, p. 171-208.
- IVANENKO, A. *et al.* (2003). « Melatonine in Children and Adolescents with Insomnia : A Retrospective Study », *Clinical Pediatrics*, janvier-février, p. 51-58.
- LEFÈVE, C. (2004). « Individu et médicament : ce que soigner veut dire », séminaire de l'École doctorale d'épistémologie, Paris, 5 mai, cyberséminaire du Centre Georges Canguilhem.
- LEMAY, M. (2004). *L'autisme aujourd'hui*, Paris, Odile Jacob.
- LE MOIGNE, P. (1999). « Anxiolytiques, hypnotiques : les facteurs sociaux de la consommation », dans *Psychotropes, politique et société*, document du GDR n° 1.
- MOUREN-SIMÉONI, M.C. (2003). « La pharmacologie chez l'enfant », *Psychiatrie, sciences humaines, neurosciences*, vol. 1, n° 2, p. 1-2.
- OGIEN, A. (1989). *Le raisonnement psychiatrique : essai de socioanalytique*, Paris, Méridiens Klincksieck, p. 26.
- PIGNARRE, P. (1997). *Qu'est-ce qu'un médicament ? Un objet étrange, entre science, marché et société*, Paris, La Découverte.
- PIGNARRE, P. (1990). *Ces drôles de médicaments*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- RAPIN, I. (2002). « The Autistic-spectrum Disorders », *New England Journal of Medicine*, vol. 347, p. 302-303.
- RIDDLE, M.A. *et al.* (2001). « Pediatric Psychopharmacology », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 42, n° 1, p. 73-90.
- SHAPIRO, A. et E. SHAPIRO (1997). *The Powerful Placebo : From Ancient Priest to Modern Physician*, Baltimore et Londres, Johns Hopkins University Press.

8

MÉMOIRE DÉFAILLANTE **Utilisation de médicaments** **et reclassification** **de la maladie d'Alzheimer¹**

Annette Leibing

*Université fédérale de Rio de Janeiro
et Institut de gérontologie sociale du Québec*

Rémi Coignard-Friedman

Université du Québec à Montréal

Lilian Scheinkman

Université fédérale de Rio de Janeiro et Université de Miami

1. LE PARADIGME DE LA MÉMOIRE

La maladie d'Alzheimer est une maladie (ou un syndrome) neurodégénérative dont la manifestation principale est la dégradation de la mémoire. Nous l'invoquons en souriant lorsque nous perdons nos clefs (« c'est mon

1. Cet article est une version révisée de Leibing (sous presse).

Alzheimer») ou soupçonnons les personnes âgées étourdies de sombrer

dans ce que Shakespeare a appelé une seconde enfance – la sénilité². Dans les années 1990, « la décennie du cerveau », la maladie d'Alzheimer fut l'objet de vastes débats dans les médias. Ce fut, et cela est encore vrai dans une certaine mesure, une période d'anxiété généralisée à l'égard du « mort vivant » ou de « la perte du soi », deux expressions communément utilisées pour qualifier les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, et ce qui est vu parfois comme l'essence de la personne : la mémoire. La cognition, en particulier la mémoire, peut être considérée comme un des plus importants vecteurs de l'individualité.

La lecture cognitiviste de la maladie d'Alzheimer ne se réduit pas à la vision populaire ; elle imprime aussi les textes scientifiques. Ainsi l'influent *Merck Manual of Geriatrics* définit-il la démence de la même façon en 1995 qu'en 2004 : « une détérioration des *fonctions intellectuelles et des autres habiletés cognitives*, conduisant à un déclin des habiletés nécessaires pour mener les activités de la vie quotidienne » (italique ajouté). On ne peut dire que les symptômes non cognitifs de la démence n'aient été abordés dans les textes scientifiques, mais la centralité de la mémoire est indiscutable. Or, c'est pour la mémoire que les médicaments ont été développés, du moins jusqu'à tout récemment.

Nous voudrions montrer dans cet article de quelle façon le « paradigme de la mémoire » (Berríos, 1990) se transforme lui-même et s'est mué en un paradigme plus inclusif en mettant l'accent sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. En ce sens, la mémoire s'efface autant dans l'idée commune de la diminution des habi-

2. Lawrence Cohen (2006) définit la sénilité comme « la perception de changements comportementaux délétères chez une personne que l'on dit âgée, avec une attention portée sur les aspects biologiques et sur le milieu institutionnel dans lequel ces changements sont marqués, mesurés, étudiés et traités ». Il préfère réadopter l'ancienne notion de « sénilité » parce qu'« organiser nos conversations autour de la sénilité dans ce sens précis du mot, plutôt que d'organiser nos discussions autour de la démence, revient à ne pas présumer à l'avance de quelle façon la perception, la biologie et le milieu sont apparentés ». Cette réticence à présumer plutôt que d'utiliser les notions communes nous rend précautionneux à l'égard des termes que nous utilisons ; elle est à la base de nos conversations anthropologiques. Avec ceci en tête, nous référons à la maladie d'Alzheimer comme modèle biomédical de la sénilité.

letés intellectuelles liée à la démence que comme paradigme dominant lié à la maladie, un paradigme qui, pour certains, devient de plus en plus fragile au vu de notions plus récentes³.

Nous voudrions explorer un facteur à l'intérieur de la matrice plus large du changement dans la perception des symptômes démentiels : le développement de l'industrie pharmaceutique en ce qui a trait à la maladie d'Alzheimer et aux maladies qui lui sont liées. C'est la formation de catégories médicales à travers le temps qui est en jeu ici, en interface avec des intérêts de quelques parts de l'industrie pharmaceutique et des *symptômes ombres*, c'est-à-dire des symptômes qui n'ont pas reçu d'attention pendant une certaine période de temps pour avoir été submergés dans un paradigme déterminé. Plus concrètement, nous devons mettre en lumière le fait que le passage du symptôme cognitif à une plus grande inclusion de symptômes comportementaux et psychologiques est partiel et est en lien avec un besoin réel de soins en santé mentale (Kitwood, 1997 ; Cohen-Mansfield et Mintzer, 2005). Ce besoin a été négligé en raison de la prédominance de la mémoire comme caractéristique principale de la maladie d'Alzheimer et ce, plus particulièrement depuis la fin des années 1970.

La formation de catégories comme celle d'une maladie est la résultante momentanée et dynamique de l'interaction de forces – ou de vecteurs, tels qu'Ian Hacking (1995) les appellerait – biologiques, sociologiques, économiques, liées à la carrière politique, etc. Plus précisément, les catégories médicales évoquent implicitement les récits des origines et le besoin de traitement. Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, qui est souvent appelée la « maladie mystérieuse » parce que son étiologie n'est pas totalement comprise, la cognition est la principale cible de la médication développée spécialement pour cette maladie, considérée souvent comme « la vraie médication » par comparaison avec celle qui traite des symptômes non cognitifs. Mais, encore une fois, cela change peu à peu.

2. BRÈVE HISTOIRE DE LA MÉMOIRE ET DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

La cognition ne fut pas toujours le paradigme dominant dans les discours sur la sénilité. Comme l'observa G.E. Berrios (Berrios, 1986 ; mais aussi Förstl, 2005) le concept de presbyophrénie utilisé au XIX^e siècle facilita l'introduction de symptômes non cognitifs tels que la confabulation,

3. Pour l'histoire de la maladie d'Alzheimer voir, par exemple, Gubrium, 1986 ; Fox, 1989 ; Pollen, 1996 ; Ballenger, 2006.

l'hyperactivité, la désorientation et l'euphorie. Au XIX^e siècle, ce qui porte désormais le nom de démence était vu comme une psychose exogène, un sentier communément emprunté par différents troubles psychiatriques et neurologiques qui, par conséquent, incluait un certain nombre de symptômes non cognitifs (Berrios, 1990). Mais cet ancien concept, tout comme d'autres, fut abandonné avant les années 1900 et « la manie, la dépression et les hallucinations » firent peu à peu l'objet d'une interprétation psychodynamique (Berrios, 1989, p. 13).

Le passage d'un ensemble de symptômes reposant sur la psychose à un seul reposant sur la cognition s'explique par un certain nombre de facteurs. En premier lieu, au cours des années 1860, les frontières cliniques de la démence furent rétrécies, réduites aux seules démences séniles et artériosclérotiques. L'observation de patients en institution (par conséquent à un stade plus avancé de la maladie) permit de mieux reconnaître les symptômes cognitifs. En fait, Berrios (1990) avance que dans les premiers stades de la démence, les symptômes sont plus communément non cognitifs.

La folie, en général, fut de plus en plus définie en termes d'intelligence. Alors que la « dégénérescence intellectuelle » comme la perte de la mémoire pouvait être mesurée depuis les années 1890 par des tests psychométriques, d'autres types de symptômes n'étaient pas aussi facilement quantifiables à partir de la conception que l'on s'en faisait à l'époque. Hacking (1999) soutient que la médecine, à l'heure actuelle, « peut aisément concevoir des tests quantitatifs permettant de mesurer la perte de mémoire » (Hacking, 1999, p. 237), mais ne possède pas d'échelle ni d'instruments pour mesurer l'agression ou la jalousie irrationnelle (comme dans le cas d'Augusta D., la première patiente connue d'Alois Alzheimer ; cf. Alzheimer, 1907).

Au début du XX^e siècle, les symptômes comportementaux et psychologiques occupèrent une place centrale dans les traitements de la démence. Alois Alzheimer traite ses patients par des bains chauds pour contrer l'agitation (balnéologie) et par des activités physiques en plein air, une diète, de la gymnastique et des massages contre les insomnies. Hypnose et galvanisation (traitement de la tête par de légers courants électriques) seront par la suite recommandées. Des somnifères sont prescrits mais sont utilisés avec précaution (Maurer et Maurer, 1998 ; Jürgs, 1999). À la fin du XX^e siècle, on observe un changement radical. La psychopharmacologie est le type de traitement le plus fréquemment utilisé, même si plusieurs auteurs mentionnent que des traitements non pharmacologiques figurent dans les plans de traitement. C'est clair qu'il y avait des grandes avancées dans la psychopharmacologie, mais ce type de raisonnement n'explique pas tout.

Il nous est ici impossible de suivre l'évolution des différentes catégorisations des symptômes cognitifs et non cognitifs de la démence au cours du XX^e siècle. On peut toutefois généraliser en affirmant que depuis les années 1970, les symptômes non cognitifs ont été relégués définitivement à la périphérie de syndromes telle la maladie d'Alzheimer. En conséquence – et ce même si la recherche biomédicale s'intéresse à des symptômes précis comme la dépression, les problèmes de sommeil, la désinhibition sexuelle – le traitement de symptômes non cognitifs a souvent reposé sur des interventions non pharmacologiques tels la zoothérapie, la luminothérapie, la thérapie de validation, la musique, le massage, le toucher thérapeutique, l'aromathérapie et la stimulation multisensorielle (voir Forbes *et al.*, 2005 ; Brack, 2002 ; Leibing, 2005 ; Leibing, sous presse). Même si ces interventions traitaient les symptômes les plus difficiles à vivre au quotidien du point de vue des aidants naturels ou du personnel soignant (Haupt, 1999), les traitements non pharmacologiques étaient souvent considérés comme secondaires dans le traitement d'une maladie comme la démence et recevaient beaucoup moins de fonds. Aujourd'hui, à une époque où la mémoire semble échapper au regard médical, ces symptômes comportementaux et psychologiques font l'objet d'une attention accrue.

L'histoire des médicaments pour traiter la maladie d'Alzheimer⁴ – dans la mesure où la maladie d'Alzheimer est définie comme une maladie cognitive – commença en 1993 lorsque la tacrine fit son apparition sur le marché. Auparavant, les symptômes psychiatriques pouvaient, dans certains cas, être traités. Dans la mesure où ils étaient secondaires par rapport aux syndromes démentiels, la *vraie* maladie échappait aux interventions médicales⁵. Connu depuis les années 1940, la tacrine fut d'abord utilisée dans les années 1960 comme anesthésiant. Dans les années 1980, on reconnut qu'elle avait un effet modéré sur les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Ce médicament fut contesté dès son apparition. Avant qu'il soit commercialisé par Warner-Lambert, Volger (1991)⁶ et d'autres

-
4. Les médicaments pour l'Alzheimer peuvent être grossièrement divisés comme suit :
 1. Ceux conçus pour améliorer la cognition : a. Inhibiteurs de la cholinestérase : i. Reminyl (galantamine), lancé en 2001 par Janssen ; ii. Exelon (rivastigmine), mis en marché en 2000 par Novartis ; iii. Aricept (hydrochlorure de donepezil), mis en marché en 1996 par Eisai et Pfizer ; iv. Cognex (tacrine), mis sur le marché en 1993 par Warner-Lambert (n'est plus utilisé). b. NMDA receptor antagonist : Namenda (memantine), mis sur le marché en 2003 par Merz/Lundbeck. 2. Médicaments psychiatriques plus récents : a. antipsychotiques atypiques : i. Risperdal (rispéridone ; Janssen, 1993) ; ii. Zyprexa (olanzapine ; Eli Lilly, 1996) ; iii. Seroquel (quetiapine, Astra Zeneca, 1997) ; b. Anti-convulsifs. c. Anti-dépresseurs. d. Benzodiazépines. 3. Médicaments soi-disant « alternatifs » : vitamine E, Gingko biloba et autres.
5. L'idée que la maladie est intraitable aggrave l'idée pessimiste que l'on a de la maladie d'Alzheimer dans les années 1980 (« un mort vivant », « on n'y peut rien », etc.).

personnes avaient avisé que le produit ne faisait effet que sur quelques personnes et ce, pour une courte durée⁷. Une équipe de recherche de la Nouvelle-Zélande (Holford et Peace, 1992) avaient même démontré que la tacrine, même si elle produisait un certain effet, n'obtenait pas de meilleurs résultats que le placebo. Toujours est-il que la tacrine fut le premier médicament à être utilisé pour améliorer la mémoire dans les cas de démence.

La tacrine est utilisée pour traiter les symptômes légers à modérés de la maladie d'Alzheimer. La tacrine ne guérira pas la maladie et n'empêchera pas la maladie d'évoluer. Toutefois, la tacrine peut améliorer les *capacités réflexives* chez certains patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Comme la tacrine, les médicaments nootropiques (augmentant le mémoire) qui suivirent (Reminyl, Aricept, Exelon, Namenda) reposaient sur la centralité des aspects cognitifs dans la définition de la maladie d'Alzheimer. Cela change aussi.

2.1. CHANGEMENTS

« La cognition et les comportements sont des dimensions indépendantes et hétérogènes dans la maladie d'Alzheimer », affirme un groupe de recherche italien (Spalletta *et al.*, 2004). Un article récemment paru dans le *New York Times* et intitulé « L'Alzheimer vole plus que la mémoire » (Grady, 2004) décrit la même découverte. Dans cet article, on peut lire l'histoire de M. Rapport, un monsieur de soixante et un ans qui, en raison de la maladie d'Alzheimer, est devenu « rusé, désagréable, agressif et menaçant ». « Bien que la perte de mémoire soit le symptôme de la maladie d'Alzheimer le plus connu », observe le journaliste, « la maladie peut aussi causer des problèmes psychiatriques qui mènent à de profonds changements de personnalité, d'humeur et de comportement ». L'auteur poursuit : « *Ce n'est que récemment* que l'on a vu clairement que les troubles émotifs et comportementaux sont quasi universels parmi les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer » (italique ajouté). Comment se fait-il que l'intérêt pour ces symptômes de la maladie d'Alzheimer soit si récent alors qu'ils

6. « Même si le traitement avec l'hydrochlorure de tacrine a eu des effets bénéfiques pour certains patients, il n'a pas été efficace dans tous les cas et peut causer d'important effets secondaires. Malgré la recherche effectuée auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, aucun agent produisant une amélioration significative des pertes de mémoire associées à la maladie n'a été trouvé » (Volger, 1991).

7. Voir, par exemple, la discussion d'Adam Hedgecoe (2004) à propos des hypothèses APOE-tacrine.

comptent pour une partie importante du *symptom pool* (Shorter, 1994) ? L'article du *New York Times* invoque la honte : « Plusieurs familles cachent ces symptômes. »

Quatre affirmations à propos des traitements de la maladie d'Alzheimer peuvent être extraites de cet article paru dans le *New York Times* :

1. il n'y a pas de médicament spécifique approuvé pour les problèmes psychiatriques liés à la maladie d'Alzheimer et les troubles émotifs peuvent être « difficiles ou impossibles à traiter », comme l'affirme un des gériatres cités. Plusieurs médecins utilisent des médicaments conçus à l'origine pour d'autres pathologies (des antipsychotiques par exemple) ;
2. si l'on fait exception de la majeure partie des troubles dépressifs, « il y a une importante et grandissante controverse autour de l'utilisation d'antipsychotiques et d'autres médicaments pour traiter les problèmes comportementaux chez les personnes atteintes de démence » ;
3. les médicaments utilisés pour ralentir les pertes de mémoire (non précisés) ne semblent pas avoir d'effets (cas rapporté) ; mais
4. les symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence peuvent être réduits grâce à un nouveau médicament antipsychotique, le Seroquel produit par Astra Zeneca⁸ et, dans d'autres cas, en ajoutant du Ritalin à l'Aricept (un médicament déjà prescrit pour contrer l'Alzheimer), le tout avec un antidépresseur (cas rapporté).

Ce qui fut décisif pour « sortir des personnes de leur coquille et les voir s'illuminer » (un intervenant cité) fut de traiter les *symptômes comportementaux et émotifs* en utilisant d'une façon nouvelle des médicaments auparavant utilisés pour d'autres troubles psychiatriques (les antipsychotiques atypiques sont particulièrement recommandés) et en se méfiant des médicaments développés pour des symptômes cognitifs. Dans ce récit, ce n'est pas le traitement de la cognition mais bien le traitement de ce qui est maintenant appelé SCPD qui fait la différence.

8. Seroquel était le seul médicament recommandé dans cet article. Il semble être le plus doux parmi les antipsychotiques atypiques, permettant d'éviter les effets secondaires hautement troublants liés aux antipsychotiques conventionnels. La recherche de Pierre Tariot, citée dans l'article du *New York Times*, avait été financée par Astra Zeneca, les producteurs du Seroquel.

SCPD signifie « symptômes comportementaux et psychologiques de la démence » (de l'anglais BPSD : *behavioral and psychological symptoms of dementia*⁹). Si l'on suit l'International Psychogeriatric Association (IPA) Consensus Group, les symptômes peuvent être regroupés de la façon suivante :

Les symptômes comportementaux : habituellement identifiables en observant le patient. Exemple : agression physique, cris, agitation, errance, comportements culturellement inappropriés, désinhibition sexuelle, accumulation, blasphèmes, épiage.

Les symptômes psychologiques : principalement diagnostiqués lors d'entrevues avec les patients et leur famille. Exemples : anxiété, humeur dépressive, hallucinations (IPA, 2002, p. 5).

Quelques auteurs soutiennent qu'une catégorie, une fois devenue une abréviation, est moins fréquemment remise en question et plus souvent tenue pour acquise qu'un nom écrit au long. Par conséquent, l'abréviation transmet des valeurs, des règles et des codes pour l'action ; « une abréviation contient des attentes et des façons de faire » (Ekelin et Elovaara, 2001, p. 19). Dans ce chapitre, nous voulons décrire l'accession des SCPD – depuis leur rôle comme symptômes multiples secondaires jusqu'à leur rôle de symptôme majeur, repoussant même parfois la cognition « dans l'ombre » – bien que cela ne se soit pas fait sans contestation. Cette nouvelle attention envers des symptômes non cognitifs s'accompagne d'une tentative d'élargir le champ d'application des médicaments utilisés dans le traitement de la démence : 1) ceux qui ont été conçus pour la cognition sont désormais aussi efficaces pour les SCPD ; 2) ceux qu'on a développés pour d'autres problèmes psychiatriques ont été redéfinis pour certains symptômes comportementaux ou psychologiques, lorsque prescrits de façon nouvelle. La reconnaissance répandue du fait que la cognition ne peut pas être traitée par des médicaments se trouvant sur le marché – lesquels sont seulement efficaces pour quelques sujets (Trinh *et al.*, 2003 ; *Harvard Mental Health Letter*, 2004 ; Royall, 2005 ; NICE, 2005) – semble jouer un rôle dans la redéfinition de la centralité de symptômes non cognitifs dans la maladie d'Alzheimer¹⁰.

9. Auparavant désignées par les abréviations BDD (*behavioral disturbances of dementia*), suivies par BPSSD (*behavioral and psychological signs and symptoms of dementia*) et enfin BPSD (*behavioral and psychological symptoms of dementia*).

2.2. MATÉRIALISATION

Dans un article récent (Leibing, sous presse), le processus de constitution d'une catégorie comme SCPD a été appelée « matérialisation » – un concept emprunté à Judith Butler (Butler, 1993, p. 9)¹¹. Une partie importante de ce processus – le devenir des catégories – est souvent le résultat de conférences consensuelles.

C'est en 1996 à Landsdowne, en Virginie, que la première conférence consensuelle sur les SCPD fut organisée par l'Association internationale de psychogériatrie (IPA), avec une subvention illimitée de la compagnie pharmaceutique Janssen. Les conférenciers établirent que « le développement d'une affirmation consensuelle sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) représente la première étape vers la reconnaissance du fait qu'ils *sont au cœur des symptômes de la démence* et qu'il s'avère aussi essentiel de les étudier et de les traiter que d'étudier et de traiter les autres aspects des désordres démentiels (Finkel, 1996, italique ajouté). Le Consensus Group affirme que plus de 90 % des patients atteints de la maladie d'Alzheimer – soit presque tous – ont des symptômes psychologiques ou comportementaux liés à la démence. Il reconnaît aussi que ces symptômes font porter un lourd fardeau aux aidants naturels et, on pourrait l'ajouter, une grande souffrance aux personnes vivant ces symptômes, ce qui mène à une institutionnalisation plus précoce de la personne atteinte (Haupt, 1999).

Plusieurs numéros spéciaux du journal de l'International Psychogeriatrics Association (IPA, 1996a, b, c) publiés après la conférence sont intéressants parce qu'ils abordent ce nouveau champ d'étude. Pour quelles raisons les SCPD ne suscitaient-ils auparavant aucun intérêt? La raison n'est pas donnée, bien que l'absence antérieure de mesures et d'échelles viables soit citée par un des principaux porte-parole comme étant un obstacle à la recherche fondamentale (Finkel, 1996).

10. Le plus révélateur pour une des auteures du présent chapitre (A.L.) est qu'un chercheur reconnu dans le champ de la maladie d'Alzheimer a dit lors d'une entrevue à propos des nootropiques qu'il soutenait activement (et après avoir demandé que l'enregistreuse soit arrêtée) : « Je donnerais ces pilules à ma mère [les nootropiques] car elles ne font pas de mal. Mais elles ne font pas de bien non plus. » D'un autre côté, les réactions suscitées par la recherche NICE en Grande-Bretagne (laquelle mettait en questions l'utilité des médicaments nootropiques pour l'Alzheimer en raison de leur faible rapport qualité/prix) et tous les cas à travers le monde où patients, famille et personnel soignant observent que le patient fonctionne mieux, ne peuvent être ignorés. Aucune recherche ne conclut à l'heure actuelle qu'un type de médicament soit efficace pour tel type de personnes et à tel stade de la maladie.

11. « Un processus de stabilisation qui stabilise dans le temps afin de produire des effets de frontières, de fixité et de surface que l'on appelle matière. »

Nous avons mentionné plus haut la définition de la démence donnée dans le *Merck Manual of Geriatrics* (« une détérioration des fonctions intellectuelles et des autres habiletés cognitives, conduisant à un déclin des habiletés nécessaires pour mener les activités de la vie quotidienne »). Pour quelques chercheurs, l'importance accordée aux SCPD change l'image de la maladie d'Alzheimer. Dans un article paru dans une revue de l'IPA, Steven Potkin inversa l'ordre d'importance, disant que la maladie d'Alzheimer était « caractérisée par une diminution de la capacité d'exécuter des activités liées à la vie quotidienne, suivie d'une perte des fonctions cognitives et de changements de comportement » (Potkin, 2002). Après la deuxième conférence consacrée aux SCPD, parut une publication de 424 pages dans laquelle Barry Reisberg *et al.* (2000) plaidèrent en faveur d'un syndrome clinique distinct :

Les données actuelles indiquent que les BEHAVE-Ad¹² n'évaluent pas de façon cohérente la *cognition – et les symptômes non liés aux fonctions cognitives* – dans la maladie d'Alzheimer et les autres démences semblables. Cela est de plus en plus évident pour ce qui a trait aux réactions différentielles des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence lors d'interventions pharmacologiques (médicaments/placebo) (p. 155, italique ajouté).

Pendant que l'IPA promeut activement les symptômes psychologiques et comportementaux, les autres associations liées à la maladie d'Alzheimer, tout aussi importantes dans la transmission des connaissances, continuent d'adhérer aux anciennes notions de la maladie, où l'attention est portée sur la cognition et où les symptômes non cognitifs sont secondaires et font bien souvent partie d'interventions non biomédicales. Une de ces associations a toutefois ajouté récemment sur son site Internet une page décrivant les symptômes psychologiques et comportementaux dans lequel les auteurs de l'Association internationale de psychogériatrie sont cités.

3. COMMENT TRAITER LES SCPD

3.1. LES NOOTROPIQUES

Les exemples qui suivent démontrent que les discussions autour de la médication pour les SCPD fusionnent des concepts comme les nombreux symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence.

12. Les BEHAVE-Ad sont des outils mesurant les pathologies comportementales liées à la maladie d'Alzheimer; cet acronyme a été développé par Barry Reisberg et son groupe de recherche.

Cela signifie que ce qui suit devient flou : les conséquences négatives et positives, les concepts hétérogènes comme ceux de « qualité de vie » et « fonctionnalité » ainsi que la dimension cognitive, comportementale et psychologique de la maladie d'Alzheimer. C'est l'industrie pharmaceutique qui a le plus prôné de nouveaux concepts et une nouvelle médication. Cette démarche requerrait non seulement une nouvelle compréhension de la démence, mais aussi une nouvelle façon de définir l'efficacité. Alors que le premier médicament nootropique développé pour la maladie d'Alzheimer (la tacrine) n'améliorait que la mémoire, de nouveaux médicaments sont liés à l'amélioration des activités liées à la vie quotidienne et aux problèmes psychologiques et comportementaux¹³. Sur la page Internet de Pfizer, on trouve la description suivante de l'Aricept, une description qui priorise les activités de tous les jours au-delà de la mémoire :

Il a été démontré que les inhibiteurs d'acétylcholinestérase stabilisent la maladie d'Alzheimer et aident à ralentir la progression de ses symptômes. Plusieurs études ont révélé que ces médicaments ont un *effet positif sur les activités liées à la vie quotidienne, sur le comportement et sur le fonctionnement général, ce qui inclut la mémoire et l'orientation spatio-temporelle* (italique ajouté).

De même, Janssen-Cilag définit la démence en mettant l'accent sur les activités liées à la vie quotidienne et en s'attardant aux aidants naturels des patients.

La démence, une dysfonction progressive du cerveau, induit une limitation de plus en plus importante des *activités liées à la vie quotidienne*. Le type de démence le plus connu est la maladie d'Alzheimer. La démence n'affecte pas que les patients, mais aussi tout ceux qui les entourent, étant donné qu'ils requièrent de l'aide à long terme (site Internet de Janssen-Cilag, 2003, italique ajouté).

La compagnie Janssen a mis sur le marché le plus récent inhibiteur de cholinestérase, le Reminyl (galanthamine), pour aider à maintenir la réalisation d'activités liées à la vie quotidienne, même si ce médicament avait initialement été développé pour améliorer la mémoire et la cognition.

13. On doit préciser que les SCPD ne signifient ni les activités liées à la vie quotidienne ni la qualité de vie. Par contre, ces concepts déplacent l'attention des symptômes principalement cognitifs vers les symptômes non cognitifs. Pour ce qui est de la qualité de vie, l'étude influente de Lawton (1991, cité dans Ettema *et al.*, 2005), lie la qualité de vie aux « symptômes comportementaux, à l'agitation, à la dépression, aux aptitudes à prendre soin de soi, à l'engagement social et à l'expression des émotions » (Ettema *et al.*, 2005, p. 358).

« Des essais cliniques comportent souvent des tests cognitifs devant mesurer la progression de la maladie », explique Douglas Galasko, médecin, professeur au département de neurosciences à l'Université de la Californie à San Diego. « Par contre, la diminution des habiletés à réaliser des activités liées à la vie quotidienne est associée à une augmentation du fardeau des aidants et, une fois perdue, la capacité à réaliser ces activités est rarement récupérée. Maintenir cette habileté est donc bénéfique pour le patient tout comme pour les aidants (Janssen Pharmaceutica ; <www.pslgroup.com/dg/244C9E.htm>, consulté en novembre 2004).

3.2. COMMENT TRAITER LES SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES

Si les nootropiques utilisés pour les *symptômes cognitifs* de la maladie d'Alzheimer ont élargi leur applicabilité, les médicaments autrefois utilisés pour traiter des *symptômes psychiatriques* ont aussi connu des changements. Ce sont surtout les effets secondaires (p. ex. les tremblements) qui furent responsables du développement de nouveaux médicaments. L'attention des médias s'est plus récemment portée sur les antipsychotiques atypiques. La compagnie pharmaceutique Janssen, outre le nootropique Reminyl, a aussi mis sur la marché la rispéridone, un antipsychotique atypique initialement développé pour traiter la schizophrénie. Les ventes d'antipsychotiques atypiques ont doublé aux États-Unis de 2000 à 2003, pour atteindre 8,08 G\$ selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il faut aussi noter que ces antipsychotiques atypiques, lesquels sont devenus rapidement de grands vendeurs (voir Lenzer, 2005), sont des médicaments coûteux. Le coût de ces médicaments varie entre 100 \$ et 300 \$ pour un mois tandis que les anciens antipsychotiques coûtent moins de 0,25 \$ la pilule (Petersen, 2004). Des études récentes mettent en doute la supériorité des nouveaux antipsychotiques sur quelques-uns des plus anciens (Lieberman *et al.*, 2005).

En conclusion, trois positions concernant les traitements pour la maladie d'Alzheimer s'alignent, reflétant le déplacement d'attention autrefois porté sur les fonctions cognitives vers les symptômes psychologiques et comportementaux liés à la démence :

- a) un médicament perçu comme traitant les aspects cognitifs (les nootropiques) est utilisé comme traitement principal et le traitement des symptômes psychologiques et comportementaux est vu comme étant secondaire, parfois même relégué à des interventions non médicales (position conservatrice) ;
- b) les nootropiques peuvent être utilisés d'une nouvelle façon, pour améliorer la capacité de réaliser des activités liées à la vie quotidienne, la qualité de vie, les SCPD et parfois même la cognition (nouvelle position 1) ;

- c) les psychotropes et surtout les antipsychotiques atypiques améliorent la réalisation d'activités quotidiennes, la qualité de vie, les SCPD et parfois même la cognition (nouvelle position 2).

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, les symptômes cognitifs ont été la cible d'un traitement pharmacologique particulier depuis 1993, lorsque la tacrine (Cognex) entra sur le marché. Ce médicament permettait alors une amélioration limitée (pour certaines personnes atteintes de démence, mais pas toutes), à un coût élevé et avec parfois de sérieux effets secondaires. Même aujourd'hui, alors que d'autres médicaments, mieux tolérés, sont disponibles pour traiter la démence, quelques chercheurs nient leur efficacité (par exemple Trinh *et al.*, 2003 ; *Harvard Mental Health Letter*, 2004 ; Royall, 2005 ; NICE, 2005). D'autres chercheurs, pour la plupart subventionnés par l'industrie pharmaceutique (*cf. Harvard Mental Health Letter*, 2004¹⁴) confirment le contraire et voient une amélioration statistiquement significative chez les patients atteints de démence.

L'attention récemment portée sur le traitement des symptômes psychologiques et comportementaux est liée à l'évidence grandissante de l'inefficacité des médicaments nootropiques pour l'Alzheimer. Pour donner un exemple, mentionnons que le psychiatre allemand Alexander Kurz a noté en 1998 que l'émergence d'un intérêt pour les SCPD pourrait être attribuée à l'utilité limitée des agents cholinergiques et nootropiques dans le traitement des problèmes de mémoire (Kurz, 1998). Néanmoins, cinq ans plus tard, il exprima son étonnement devant l'attention accordée quasi exclusivement à la cognition dans les traitements et les recherches portant sur la démence. Il fit la mise en garde suivante : « Considérer la maladie d'Alzheimer seulement comme un problème de mémoire et de capacités cognitives mène à ignorer les *dimensions réelles de la démence*. La maladie d'Alzheimer a une *deuxième face encore méconnue*: les changements dramatiques de personnalité et de tempérament. Pour la famille, ces changements soudains de comportement sont bien plus apeurants que les pertes de mémoire » (Kurz, 2003, traduction d'A.L., italique ajouté).

En 1998, les SCPD étaient une entité dans une large mesure créée par l'industrie pharmaceutique, si l'on en croit Alexander Kurz. Cela représentait une importante cause sous-jacente. Cinq ans plus tard, Kurz décrivait les SCPD comme une découverte nécessitant un traitement pharmacologique. Dans son article de 2003, il recommande la rispéridone (antipsychotique atypique), un médicament tout aussi efficace pour les

14. Voir les fortes réactions suscitées par le rapport britannique NICE, qui ne recommande plus l'utilisation de médicaments pour la démence (nootropiques) (p. ex. Jackson, 2005). Certains organismes travaillant auprès des familles des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer appuient l'utilisation de médicaments.

problèmes comportementaux que pour rétablir les activités quotidiennes et bien toléré par les patients. Kurz, qui aujourd'hui travaille étroitement avec les entreprises de médicaments, soutien aussi que la rivastigmine (l'Exelon, un médicament nootropique plus connu à partir des années 2000), avec « son efficacité et sa tolérance » reconnues, permet un gain statistiquement significatif au niveau des activités de la vie quotidienne (Kurz *et al.*, 2004). Par contre, d'autres personnes comme Ballard *et al.* (2005) en viennent à la conclusion suivante :

Ni la quetiapine [antipsychotique atypique] ni la rivastigmine [nootropique] ne sont efficaces dans les traitements de l'agitation des personnes atteintes de démence placées en institution. Comparée à un placebo, la quetiapine est associée à un déclin cognitif significativement plus important.

Ce type de contradiction parmi les chercheurs – et bien d'autres exemples auraient pu être donnés – révèle, du moins partiellement, les luttes menées pour atteindre la vérité en matière de traitement de la démence. Bien sur, l'étude de Ballard *et al.* se concentrait sur un seul symptôme, soit l'agitation, qui est néanmoins le symptôme le plus important de tous les SCPD (Gauthier, 2005), alors que Kurz *et al.* s'intéressaient aux activités de la vie quotidienne, une notion plus large des SCPD. Malgré cela, il est étonnant de voir que certaines études recommandent clairement ce type de médicament alors que d'autres ne nous mettent même pas en garde contre les dangers qui leur sont associés. En 2005, la FDA faisait une mise en garde contre les antipsychotiques atypiques en affirmant qu'ils n'étaient pas recommandés pour traiter les SCPD et qu'ils pouvaient même être mortels :

la FDA a demandé aux compagnies produisant ces médicaments de mettre un avertissement sur les emballages indiquant qu'un certain nombre d'effets secondaires peuvent être nuisibles, voire causer la mort, que ces médicaments accroissent les risques de mortalité et qu'ils ne sont pas approuvés pour traiter les symptômes comportementaux chez les personnes âgées atteintes de démence (Lenzer, 2005).

4. CONCLUSION

Les SCPD peuvent être vus comme un produit final répondant à un besoin réel dans les soins de santé mentale, soit le traitement de symptômes non cognitifs. Ces symptômes causent de grandes souffrances et ont été à un plus haut degré marginalisés dans les discussions biomédicales portant sur les traitements de la démence. Si l'on reconnaît le besoin de porter une

attention plus grande aux symptômes non cognitifs de la démence – et là, le marketing des SCPD fut positif –, une des conséquences possibles de cette nouvelle façon de rassembler des symptômes comme les SCPD est plus probablement d'induire une notion floue de ces symptômes au lieu de les mettre en lumière avec toute leur hétérogénéité.

Il y a un nombre croissant de critiques à l'égard de la médication pour les SCPD – qu'il s'agisse des antipsychotiques atypiques ou des médicaments nootropiques. Nous en avons mentionné quelques-unes. Moins de critiques envers le concept de SCPD lui-même ont été publiés (mais voir Ballard et Cream, 2005¹⁵). Trois points concernant le changement à la fois dans la formation des SCPD et dans les traitements cités peuvent être soulignés :

1. Affirmer que 90 % des patients atteints de la maladie d'Alzheimer souffrent de SCPD revient à dire que des millions de personnes ont besoin d'un traitement. Ce qui n'est pas mentionné toutefois, c'est que certains de ces symptômes sont de courte durée et ne représentent pas le syndrome en soi.
2. La nouvelle définition des SCPD et de ses médicaments repose sur des concepts flous tels : la qualité de vie, la fonctionnalité ou les activités de la vie quotidienne. Ce que l'on mesure et considère présentement comme une amélioration n'est pas nécessairement un symptôme ni un complexe de symptômes, mais un comportement général qui peut être la résultante d'un effet placebo, comme certains auteurs l'on soulevé.
3. Les SCPD signifient qu'un nombre de symptômes hétérogènes sont rassemblés pour former un syndrome. Ils sont hétérogènes de nature et nécessitent différents types de traitements, mais sont aussi hétérogènes dans leur origine. Par exemple, la souffrance liée à une diminution des capacités fonctionnelles ou à un environnement inadéquat peut devenir indifférenciable d'une dépression.

Nous terminerons en citant McShane et Gormley (2002), qui nous mettent en garde contre le fait que « les médicaments sont largement et souvent utilisés à l'excès pour maîtriser les SCPD. L'effet placebo est élevé dans les recherches expérimentales. Cela pourrait expliquer l'attention accrue des candidats et la tendance naturelle des SCPD à se résorber »

15. Ballard et Cream (2005) écrivent que les résultats des études portant sur les traitements des SCPD sont pratiquement impossibles à interpréter parce que les groupes étudiés présentaient des symptômes psychologiques ou comportementaux qui avaient une étiologie différente (p. 6).

(McShane et Gormley, 2002, p. 241). Si les SCPD sont de plus en plus perçus comme faisant partie de la démence – quoique ça reste à voir – ce qui a été résolu continuera, du moins en théorie, d'être traité.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMS, William B. *et al.* (dir.). (2000-2004). <www.merck.com/mrkshared/mm_geriatrics/sec5/ch40.jsp>, consulté en décembre 2004.
- ABRAMS, William B. *et al.* (dir.). (1995). *The Merck Manual of Geriatrics*, 2^e éd., Whitehouse Station (N.J.), Merck.
- ALZHEIMER, Alois (1907). Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. *Allg. Z. f. Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, vol. 64, p. 146-148.
- BALLARD, C. et J. CREAM (2005). « Drugs Used to Relieve Behavioral Symptoms in People with Dementia or an Unacceptable Chemical Cosh? », *International Psychogeriatrics*, vol. 17, n° 1, argument, p. 4-12; discussion, p. 22-29.
- BALLARD C., L.M. MARGALLO, E. JUSZCZAK, S. DOUGLAS, A. SWANN, A. THOMAS, J. O'BRIEN, A. EVERATT, S. SADLER, C. MADDISON, L. LEE, C. BANNISTER, R. ELVISH et R. JACOBY (2005). « Quetiapine and Rivastigmine and Cognitive Decline in Alzheimer's Disease: Randomised Double Blind Placebo Controlled Trial », *British Medical Journal Online*, février.
- BALLENGER, Jesse F. (2006). « The Biomedical Deconstruction of Senility and the Persistent Stigmatization of Old Age in the United States », dans A. Leibing et L. Cohen (dir.), *Thinking about Senility: Culture, Loss, and the Anthropology of Senility*, New York, Rutgers University Press.
- BERRIOS, G.E. (1996). « Cognitive Impairment, » dans G.E. Berrios (dir.), *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 173-207.
- BERRIOS, G.E. (1990). « Memory and the Cognitive Paradigm of Dementia during the 19th Century: A Conceptual History », dans R.M. Murray et T.H. Turner (dir.), *Lectures on the History of Psychiatry: The Squibb Series*, London, Gaskell, p. 194-211.
- BERRIOS, G.E. (1989). « Non-cognitive Symptoms and the Diagnosis of Dementia, Historical and Clinical Aspects », *British Journal of Psychiatry*, vol. 154 (suppl. 4), p. 11-16.
- BERRIOS, G.E. (1986). « Presbyophrenia: The Rise and Fall of a Concept », *Psychological Medicine*, vol. 16, p. 267-275.
- BRACK, Hildegard (2002). « A Person-centered Approach to Dementia Care », dans A. Leibing et L. Scheinkman (dir.), *The Diversity of Alzheimer's Disease: Different Approaches and Contexts*, Rio de Janeiro, CUCA-IPUB, p. 211-230.
- BUTLER, Judith (1993). *Bodies That Matter: On the Discursive Limits of « Sex »*, New York, Routledge.

- COHEN, L. (2006). « Thinking about Dementia », dans A. Leibling et L. Cohen (dir.), *Rethinking Dementia: Culture, Loss, and the Anthropology of Senility*, New York, Rutgers University Press.
- COHEN-MANSFIELD, J. et J. MINTZER (2005). « Time for Change: The Role of Non-pharmacological Interventions in Treating Behavior Problems in Nursing Home Residents with Dementia », *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, vol. 19, n° 1, p. 37-40.
- EKELIN, A. et P. ELOVAARA (2001). « Discourses and Cracks: A Case Study of Information Technology and Writing Women in a Regional Context », dans P. Elovaara (dir.), *Heterogeneous Hybrids: Information Technology in Texts and Practices*, Malmö, Blekinge Institute of Technology, p. 17-36.
- ETTEMA, Teake P., R.M. DRÖES, J. de LANGE, M.E. OOMS, G.J. MELLEBERGH et M.J. RIBBE (2005). « The Concept of Quality of Life in Dementia in the Different Stages of the Disease », *International Psychogeriatrics*, vol. 17, n° 3, p. 353-370.
- FINKEL, Sanford I. (1996). « New Focus on Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia », *International Psychogeriatrics*, vol. 8 (suppl. 3), p. 215-218.
- FORBES, D.A., S. PEACOCK et D. MORGAN (2005). « Nonpharmacological Management of Agitated Behaviours Associated with Dementia », *Geriatrics Aging*, vol. 8, n° 4, p. 26-30.
- FÖRSTL, H. (2005). « Uncommon Causes of Dementia: An Historical Account », *International Psychogeriatrics*, vol. 17 (suppl. 1), p. S3-15.
- FOX, P. (1989). « From Senility to Alzheimer's Disease: The Rise of the Alzheimer's Disease Movement », *Milbank Quarterly*, vol. 67, n° 1, p. 58-102.
- GAUTHIER, Serge (2005). « Drugs for Alzheimer's Disease and Related Dementias », *British Medical Journal*, n° 330, p. 857-858.
- GRADY, Denise (2004). « Alzheimer's Steals More than Memory », *The New York Times*, 2 novembre (via Internet).
- GUBRIUM, J.F. (1986). *Oldtimers and Alheimers: The Descriptive Organization of Senility*, Greenwich, Jai Press.
- HACKING, Ian (1999). *The Social Construction of What?*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press.
- HACKING, Ian (1995). *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*, Princeton, Princeton University Press.
- Harvard Mental Health Letter* (2004). « Alzheimer's Drugs: Are They Worth It? », novembre, <www.health.harvard.edu>.
- HAUPT, M. (1999). « Der Verlauf von Verhaltensstörungen und ihre psychosoziale Behandlung bei Demenzkranken », *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 32, n° 3, p. 159-166.
- HEDGECOE, Adam M. (2004). *The Politics of Personalised Medicine: Pharmacogenetics in the Clinic*, Cambridge, Cambridge University Press.

- HOLFORD, N.H. et K.E. PEACE (1992). « Results and Validation of a Population Pharmacodynamic Model for Cognitive Effects in Alzheimer Patients Treated with Tacrine », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 89, n° 23, p. 11471-11475.
- IPA (INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION) (2002). *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), Educational Pack*, Skokie (Ill.), IPA.
- IPA (INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION) (2000). « Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): A Clinical and Research Update », *International Psychogeriatrics*, vol. 12 (suppl. 1).
- IPA (INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION) (1996a). « Behavioral Approaches to the Treatment of Alzheimer's Disease: Research Strategies », *International Psychogeriatrics*, vol. 8 (suppl. 1).
- IPA (INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION) (1996b). « Research Methodologic Issues in Evaluating Behavioral Disturbances of Dementia », *International Psychogeriatrics*, vol. 8 (suppl. 2).
- IPA (INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION) (1996c). « Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia: Implications for Research and Treatment ». *International Psychogeriatrics*, vol. 8 (suppl. 3).
- JACKSON, Jim (2005). « Dementia Disaster: Alzheimer Scotland Publications On-Line », <www.alzscot.org/media/demdisaster.html>, consulté en mars 2005.
- JÜRGS, Michael (1999). *Alzheimer, Spurensuche im Niemandsland*, Munich, List.
- KITWOOD, Tom (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*, Buckingham, Open University Press.
- KURZ, Alexander (2003). « Altern in Würde », <www.altern-in-wuerde.de/web/aiw_inhalte/de/sonderpressediensalzheimer-demenzaprill2003.htm>.
- KURZ, Alexander (1998). « "BPSSD": Verhaltensstörungen bei Demenz, ein neues diagnostisches und therapeutisches Konzept », *Nervenarzt*, vol. 69, n° 3, p. 269-273.
- KURZ, A., M. FARLOW, P. QUARG et R. SPIEGEL (2004). « Disease Stage in Alzheimer Disease and Treatment Effect of Rivastigmine », *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, vol. 18, n° 3, p. 123-128.
- LEIBING, Annette (sous presse). « From the Periphery to the Center: Treating Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia », dans J. Ballenger et al. (dir.), *Do We Have a Pill for That? Interdisciplinary Perspectives on the Development, Use and Evaluation of Drugs in the Treatment of Dementia*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- LEIBING, Annette (2005). Prendre soin: de l'Alzheimer, de la *personne* et des politiques de bonté, *Cahiers de recherche sociologique*, n°s 41-42, p. 147-168.
- LENZER, Jeanne (2005). « FDA Warns about Using Antipsychotic Drugs for Dementia », *British Medical Journal*, vol. 330, p. 922 (23 avril).

- LIEBERMAN, J.A., T.S. STROUP, J.P. MCEVOY, M.S. SWARTZ, R.A. ROSENHECK, D.O. PERKINS, R.S.E. KEEFE, S.M. DAVIS, C.E. DAVIS, B.D. LEBOWITZ, J. SEVERE et J.K. HSIAO (2005). « Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia », *New England Journal of Medicine*, vol. 353, p. 1209-1223.
- MAURER, Konrad et Ulrike MAURER (1998). *Alzheimer, das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit*, Munich, Piper.
- MCSHANE, John R. et Niall GORMLEY (2002). « Assessment and Management of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) », dans J.R.M. Copeland, D. Blazer et M.T. Abou-Saleh (dir.), *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*, 2^e éd, Londres, Wiley.
- NICE (2005). *NICE Appraisal of Alzheimer's Drugs*, <www.nice.org.uk/page.aspx?o=248137>, consulté en mars 2005.
- POLLEN, D.A. (1996). *Hannah's Heirs : The Quest for Genetic Origins of Alzheimer's Disease*, Oxford, Oxford University Press.
- PETERSEN, Andrea (2004). « New Treatments for Alzheimer's Symptoms: To Curb Aggression, Paranoia in Dementia Patients, Doctors Turn to Schizophrenia Drugs », *Wall Street Journal*, 26 août (via Internet).
- POTKIN, S.G. (2002). « The ABC of Alzheimer's Disease: ADL and Improving Day-to-day Functioning of Patients », *International Psychogeriatrics*, vol. 14 (suppl. 1), p. 7-26.
- REISBERG, Barry, Isabel MONTEIRO, Istvan BOKSAY *et al.* (2000). « Do Many of the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Constitute a Distinct Clinical Syndrome? Current Evidence Using the BEHAVE-AD », *International Psychogeriatrics*, vol. 12 (suppl. 1), p. 155-164.
- ROYALL, D.R. (2005). « The Emperor Has No Clothes: Dementia Treatment on the Eve of the Aging Era », *Journal of American Geriatric Society*, vol. 53, n° 1, p. 163-164.
- Senior Journal* (2004). « Alzheimer's Disease Drug Revenues Headed to \$2.4 Billion in 2006 », via Internet, consulté en octobre 2004.
- SHORTER, Edward (1994). *Moderne Leiden, zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten*, trad. Kurt Neff [original: *From Paralysis to Fatigue* (1992)], New York et Francfort, The Free Press et Rowohlt.
- SPALLETTA, Gianfranco, Francesca BALDINETTI, Ivana BUCCIONE, Lucia FADDA, Roberta PERRI, Silvia SCALMANA, Laura SERRA et Carlo CALTAGIRONE (2004). « Cognition and Behaviour are Independent and Heterogeneous Dimensions in Alzheimer's Disease », *Journal of Neurology*, vol. 251, n° 6, p. 688-695.
- TRINH, N.H., J. HOBLYN, S. MOHANTYET et K. YAFFE (2003). « Efficacy of Cholinesterase Inhibitors in the Treatment of Neuropsychiatric Symptoms and Functional Impairment in Alzheimer Disease: A Meta-analysis », *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, n° 2, p. 210-216.
- VOLGER, B.W. (1991). « Alternatives in the Treatment of Memory Loss in Patients with Alzheimer's Disease », *Clinical Pharmacy*, vol. 10, n° 6, p. 447-456.

9

ENTRE LE PSY ET L'ASSISTANTE SOCIALE **Où mène la prescription d'antidépresseurs en médecine générale quand la souffrance se fait sociale ?**

Claudie Haxaire

*Université de Bretagne occidentale et Centre de recherche psychotropes,
Santé mentale, Société (CESAMES)*

Philippe Genest

Centre hospitalier universitaire de l'Université de Bretagne occidentale

Pierre Bodénez

Centre hospitalier universitaire de l'Université de Bretagne occidentale

Carole Numbissi-Nana

Université de Bretagne occidentale

Philippe Bail

Université de Bretagne occidentale

Tant l'approche de l'anthropologie du médicament (Van der Geest *et al.*, 1996) que les approches constructivistes sur les mêmes objets (Cohen *et al.*, 2001) prennent en compte le fait que le médicament est, pour les acteurs qui le manipulent, bien plus qu'un produit issu de la recherche biologique. Si les normes de bon usage évoluent au rythme de l'évolution des sciences médicales et de la découverte de nouvelles molécules, la pharmacopée

faisant système, ce que Dagognet (1964) en son temps avait bien analysé, les auteurs cités montrent que le système médicament est lui-même soumis aux influences et aux évolutions qui traversent l'ensemble de la société. Les médicaments psychotropes plus que d'autres en sont un bon exemple. Ils constituent pour les consommateurs une catégorie particulière, celle des remèdes « pour les nerfs », c'est-à-dire de ce qui, en France, vaut le langage de la détresse (Haxaire, 2005). La « dépression », modalité d'expression de l'individualité contemporaine (Ehrenberg, 1998), est devenue l'étiquette générique de détresses que les individus et leur entourage ne contiennent plus. Au-delà se dessinent actuellement les contours d'une nouvelle entité, la souffrance psychique (SP), entendue psychosociale (Lazarus *et al.*, 1995), dont serait potentiellement porteuse une bonne part des consultations de médecine générale. En effet, le couple souffrance psychique / santé mentale, qui, selon Ehrenberg (2004), symbolise les bouleversements qu'a connus la psychiatrie depuis les années 1970, c'est-à-dire l'élargissement tant des questions qu'elle traite que des acteurs impliqués, ne peut que trouver une expression spécifique dans l'exercice des médecins de première intention que sont les généralistes. En Bretagne, où se sont déroulées les études faisant l'objet de cet article, l'importance des dépenses de santé en médecine générale fait de la souffrance psychique un problème de santé publique du fait des caractéristiques propres de cette région (suicidalité, alcoolisme, chômage dans certains secteurs, etc.).

En France, la croissance annuelle des ventes d'antidépresseurs en général a tendance à croître. Depuis les années 1990 nous assistons à la généralisation de l'usage des nouveaux antidépresseurs (IRS) dont les indications deviennent de plus en plus larges. Après avoir été préconisés pour les troubles anxiodépresseurs, ils sont désormais recommandés pour les anxiétés sociales caractérisées, les phobies sociales, les anxiétés généralisées... Ils participent à l'augmentation de la fréquence des prescriptions au long cours (Le Moigne *et al.*, 2005). La banalisation des antidépresseurs de nouvelle génération fait écho à la montée de la souffrance psychique comme entité justifiant la médicalisation de problèmes sociaux que prennent en charge les médecins généralistes. Ces problèmes sont, pour ces médecins, référés à la nébuleuse de ceux qu'ils nomment patients « psy », pour « psychiatriques », alors que ces derniers ne relèvent pas nécessairement, loin s'en faut, d'une prise en charge spécialisée de ce type. Il est bien difficile de déterminer si l'étiquette « psy » se trouve induite par les outils thérapeutiques à disposition ou était préalable à leur

généralisation. Mais force est de constater que l'usage que les généralistes font de certains médicaments psychotropes se décale des normes de la médecine basée sur les preuves. D'autres indications s'élaborent donc, non sans « raisons », dans le contexte actuel de l'exercice de la médecine générale. Ce sont ces raisons pratiques (Darre, 1999) que nous allons tenter de décrire, car les généralistes se saisissent des outils que sont les médicaments au même titre que d'autres prescriptions (arrêts de travail) pour soutenir un soin approprié, essentiellement basé sur l'écoute.

1. ÉTAT DES LIEUX

La France est l'un des pays dont les habitants consomment le plus de médicaments; parmi ceux-ci, les statistiques (Balsan et Chambaretaud, 2002) montrent que les psychotropes sont la classe la plus prescrite après les hypotenseurs et qu'ils représentent 13 % du volume des prescriptions et 7,5 % des dépenses de santé. La consommation de psychotropes des Français est de 2 à 3 fois supérieure à celle des autres Européens, quelle que soit la classe pharmacologique considérée¹. Les antidépresseurs – au 4^e rang des classes pharmaceutiques (en chiffre d'affaires) sur le marché des médicaments – ont un poids considérable en France (3,8 % en 2001). Leur vente a tendance à s'accélérer, avec une croissance annuelle qui passe de 8,9 % en 1999 à 12,2 % en 2001.

Lecadet *et al.* (2003a, b) ont effectué une analyse par sondage des prescriptions de 6 classes thérapeutiques (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques, sels de lithium et médicaments utilisés dans le traitement de la dépendance alcoolique) remboursées aux assurés sociaux des 128 Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de France métropolitaine². Ces données peuvent être comparées à celles de l'étude de Cogneau *et al.* (2003) travaillant sur un échantillon national d'ordonnances représentatif des médecins généralistes. Il a été possible de situer la Bretagne où s'est déroulée l'enquête dont nous parlerons (Finistère,

-
1. Tendance évolutive forte : le nombre d'unités de vente a augmenté de 7 % entre 1991 et 1997.
 2. Au 31 décembre 1999 : 41,5 millions de bénéficiaires, soit 71 % de la population française. Variables étudiées : taux annuel brut et taux annuel standardisé pour, d'une part, les personnes ayant eu au moins un remboursement de la classe thérapeutique étudiée et, d'autre part, les personnes ayant eu au moins quatre remboursements pour une même classe thérapeutique.

Côtes-d'Armor et Morbihan) au regard de la moyenne nationale³. Il s'agit de calculs sur prescription et non sur consommation qui donnent un reflet de la pratique des médecins, entendu majoritairement médecins libéraux, ou de la pratique ambulatoire de la médecine hospitalière, et ne prennent pas en compte la pratique hospitalière. C'est a priori le reflet « de la perception qu'ont les médecins des états morbides de leurs patients ». Ces études montrent que les anxiolytiques restent au premier rang des psychotropes vendus, mais que les antidépresseurs devancent les hypnotiques. Ceci correspond à la progression des IRS. Dans l'étude de la CPAM (comme dans celle d'Olié *et al.*, 2002), 64,6 % des personnes sous antidépresseurs ont bénéficié du remboursement d'au moins un IRS. Cependant, le taux de consommateurs d'antidépresseurs mesuré (9,7 %) est bien supérieur au taux de prévalence de la dépression, estimé en France à 4,7 % (Lecomte, 1996). Au moins 20 % des sujets sous antidépresseurs ne présenteraient pas de troubles psychiatriques caractérisés (Rouillon *et al.*, 1996; Olié *et al.*, 2002), tandis qu'une part des troubles dépressifs et anxieux ne seraient pas identifiés et traités de façon adéquate (Le Pape et Lecomte, 1999)⁴.

Il apparaît que le taux de remboursement de médicaments psychotropes est, en Bretagne, supérieur à la moyenne nationale. Toutes les classes thérapeutiques sauf les antidépresseurs ont un taux de remboursement supérieur à la moyenne nationale. Il est remarquable que, dans ce contexte, les prescriptions d'AD soient égales à la moyenne nationale, mais aussi que la Bretagne apparaisse au 14^e rang des remboursements régionaux, ce qui indique que ces produits sont relativement peu prescrits

3. Avec la répartition donnée dans le tableau ci-après.

Les pourcentages bruts annuels régionaux de consommateurs de psychotropes en 2000, selon la classe thérapeutique, sont les suivants :

Remb. Bretagne (Lecadet <i>et al.</i>)	/ Remb. E. France (<i>idem</i>)		Prescr. MG (Cogneau <i>et al.</i>)
Psychotropes	25,8 % (10 ^e rang)	>	24,5 % = 24,4 %
Anxiolytiques	18,4 % (11 ^e rang)	>	17,4 % < 18,5 %
Hypnotiques	10,6 % (3 ^e rang)	>	8,8 % > 7,8 %
Antidépresseurs	9,7 % (14^e rang)	=	9,7 % >> 6,5 %
Neuroleptiques	3,2 % (8 ^e rang)	>	2,7 % = 2,7 %
Sevrage alcool	0,63 % (2 ^e rang)	>	0,5 %
Lithium	0,22 % (1 ^{er} rang)	>	0,1 %

4. En outre, les antidépresseurs ne sont pas consommés au mieux de leur efficacité. L'étude de la CPAM permettait d'approcher la différence entre consommateurs réguliers et occasionnels à partir du nombre de remboursements. Elle fait apparaître que les remboursements uniques, qui devraient être la règle pour les anxiolytiques et les hypnotiques selon les références médicales opposables, ne concernent que 2 personnes sur 5 ; 40 % ont eu 4 remboursements et plus durant l'année. A contrario, alors que les AD sont des traitements de fond, il est noté 29 % de remboursements uniques.

au regard des autres⁵. Selon d'autres sources, la Bretagne se distingue avec une consommation en anxiolytiques, hypnotiques et antidépresseurs de 15 % au-dessus de la moyenne nationale.

L'étude de la Caisse primaire d'assurance-maladie (*op. cit.*) montre que ce sont les consommateurs d'anxiolytiques et d'hypnotiques qui ont le plus faible suivi par les psychiatres libéraux (9,5 % et 10,6 %). Le taux de suivi est de 17 % pour les antidépresseurs (33 % en 1996 dans l'étude d'Olié *et al.*, 2002). « Dans au moins 90 % des cas, un suivi par un médecin généraliste était retrouvé. » On peut s'interroger sur les motifs de ces prescriptions et sur les demandes induites par cette offre de soins.

2. DONNÉES SUR LES MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE / À SA SPÉCIFICITÉ

Les médecins généralistes, exerçant une médecine de première intention (Gallais et Alby, 2002), reçoivent la plus grande part des patients dits « psychiatriques ». En effet, l'on sait depuis la première enquête disponible en France sur les troubles psychologiques en médecine générale, réalisée par l'INSERM sur les années 1974-1975, que 74 % de ces troubles mentaux et psychosociaux (problèmes d'adaptation familiale, sociale et professionnelle) sont vus par des médecins généralistes; ces chiffres avoisineraient désormais les 80 %. Les dernières données de l'INSEE montrent qu'avant les maladies cardiovasculaires, les troubles mentaux constituent désormais la première cause de morbidité et de recours au médecin généraliste pour les personnes de 25 à 64 ans⁶.

La prévalence de certains troubles dans la clientèle des médecins généralistes a été évaluée par ailleurs. Celle des troubles anxiodépressifs est estimée à 24 % des consultations de médecine générale et celle des syndromes anxieux, à 20 % (Cogneau *et al.*, 2003). Quant à la prévalence des états dépressifs en médecine générale, elle est estimée en France, selon les études, à 15 % (Le Pape et Lecomte, 1999), 21 % ou encore 20 % (Gazel,

5. Le rang qu'occupe cette région du point de vue de la prescription de médicaments du sevrage alcoolique est cohérent avec ce que l'on connaît de la morbidité alcoolique notamment. C'est également la région où le nombre de suicidants jeunes est le plus élevé.

6. L'étude la plus connue est celle qui a été effectuée par l'IMS-France et analysée par une équipe du CREDES sous la direction de F. Aguzzoli (1994). Elle donne la fréquence des différents chapitres de la pathologie selon la classification internationale des maladies (CIM-10). Elle montre que dans la pratique des généralistes, 71 % des actes concernent les maladies du système nerveux et 64 %, des actes les troubles mentaux et du sommeil.

cité dans Cogneau *et al.*, 2003). Ces études confirment la place non négligeable de « l'épidémiologie du mal-être », selon la formule de l'INSEE, dans l'activité quotidienne du médecin généraliste. Mais les motifs de consultation évoqués par les patients sont mal connus, la plupart des études ne distinguant pas les motifs de recours rapportés par les patients des diagnostics posés par des médecins généralistes⁷.

L'épidémiologie des troubles psychiques pose une double difficulté (Gallais et Alby, 2002) : celle de la « définition du cas » et celle de la nature de la maladie mentale. Par ailleurs, malgré son importance relative, la pathologie d'origine psychique reste mal qualifiée et quantifiée. Les données dont nous disposons concernent un trouble précis comme la dépression, les attaques de panique, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), pathologies identifiables selon les critères des manuels diagnostiques. Or la pratique généraliste a pour spécificité d'être le plus souvent confrontée à ce que Balint qualifie de « maladie non organisée », c'est-à-dire à des signes isolés, à des associations de symptômes, plutôt qu'à des maladies caractérisées. Il est significatif qu'en quatrième position dans l'étude de l'INSEE (2003) nous trouvions des « troubles mal définis ». Nous y reviendrons. Pour une bonne part, ces troubles plus diffus pourraient relever de ce qu'il est convenu d'appeler « souffrance psychique », entendu « psychosociale ».

La mission de prendre en charge la souffrance psychique a en effet été confiée aux généralistes par recommandation ministérielle⁸, mais elle découlait de la spécificité que la médecine générale revendique et définit. Elle se veut en effet une « spécialité clinique orientée vers les soins primaires⁹ » (WONCA), impliquant « une prise en charge globale de l'individu, un soin personnalisé, primaire et continu », ses fonctions spécifiques étant le premier recours, la prise en charge globale, la continuité

7. L'étude de la SFMG (2003), qui recense les résultats de consultations, permet de combler cette lacune.

8. Les acteurs de soins primaires (médecins généralistes, infirmiers) ainsi que les pharmaciens doivent intégrer dans leur exercice la question de souffrance psychique au même titre que celle de la douleur physique (circulaire DGS/SQ2/DH/98/586 du 24 septembre 1998 sur la lutte contre la douleur qui inclut la « dimension douloureuse psychologique des patients »).

9. D'après la définition du CNGE de 1991, « la médecine générale est une spécialité médicale au cours de laquelle le médecin organise seul des soins centrés sur l'individu sans être limité par l'âge de cet individu, ni par les pathologies présentées par ce dernier ; il s'agit d'une prise en charge globale de l'individu, un soin personnalisé, primaire et continu ». Selon la WONCA Europe, « la médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve, sa pratique. C'est aussi une spécialité clinique orientée vers les soins primaires ».

et le suivi, la coordination des soins et le rôle de santé publique. Les MG, de par leur fonction mais aussi de par la peur qu'ont les patients de tout ce qui est « psy », se retrouvent premier recours pour les troubles liés au mal-être¹⁰, et ce d'autant plus que, gérant à chaque consultation différents problèmes, ils sont à même d'en diagnostiquer les manifestations somatiques. Du fait de la pénurie de psychiatres hospitaliers et du manque de communication avec les spécialistes libéraux, ces diagnostics leur échappent souvent. La médecine générale développe une approche centrée sur le patient, une prise en charge globale et une capacité de suivi au long cours qui l'oriente pratiquement vers l'accueil de la souffrance psychosociale. De fait, les généralistes se donnant pour tâche de prendre en charge la souffrance biopsychosociale approchent la maladie dans sa dimension de syndrome de signification et d'expérience (Good, 1998), au risque de se laisser décentrer du modèle biomédical. Ils prennent en compte toute l'histoire thérapeutique, connaissant en général le patient¹¹. Ils ont légitimité non seulement à prescrire des médicaments, mais aussi à intervenir au niveau social en reconnaissant l'incapacité de travail (AT) ou à remplir un rôle social (placement). La question de la souffrance psychique se situe à l'articulation du sanitaire et du social (Elghosi, 1995). Il serait dans la mission des généralistes d'établir la coordination entre les différents acteurs sociaux, mais ils connaissent très peu les structures médicosociales de proximité et ont peu de relation avec les travailleurs sociaux.

3. LES ANTIDÉPRESSEURS DANS LE CONTEXTE DES PSYCHOTROPES : ENQUÊTES QUALITATIVES SUR LA PRATIQUE DES MG EN MATIÈRE DE GESTION DES PSYCHOTROPES ET DES DÉPENDANCES (EN BRETAGNE OCCIDENTALE)

Nous avons précédemment travaillé sur la prescription des AD à l'occasion d'une enquête financée par la MILDT, sur la pratique des médecins généralistes de Bretagne occidentale au regard de la gestion des différentes

10. Le recours au « psy », singulièrement au psychiatre, équivaut encore trop souvent, dans l'esprit des personnes, à l'entrée dans la folie qui fait peur (Roelandt *et al.*, 2003). De plus les délais d'attente sont très longs, trois mois. Les effectifs bretons de psychiatres sont par exemple passés de 387 en 1990 à 178 en 1998. La Bretagne présente de plus un sous-effectif en médecins psychiatres (17,1 pour 100 000 habitants) par rapport à la moyenne nationale (19,8 pour 100 000 habitants) (source : SROS en santé mentale, 2001-2005).

11. Selon Gallais (1994), 84,6 % des séances concernent des patients suivis régulièrement par le médecin généraliste consulté.

dépendances auxquelles leurs patients pouvaient être soumis. Ces dépendances incluaient celles aux médicaments psychotropes et la prise en charge des dépendances aux opiacés par les traitements de substitution (Haxaire *et al.*, 2003b)¹².

Il est remarquable que, pour les médecins généralistes, les médicaments psychotropes semblent constituer une catégorie spécifique, distincte tant des autres médicaments que des autres psychotropes. Ces spécialités semblent devoir être plus contrôlées et leurs usages plus cadrés ; du moins est-ce la perspective que nous révèle l'analyse sémiotique. En parlant des consultations dans le contexte de l'enquête¹³, le médecin restitue la perspective qui était la sienne dans l'interaction singulière avec son patient, résultant des négociations entre les visées du patient et ses contraintes médicales. Nous avons pu montrer que le malade détourne l'usage des spécialités selon ses objectifs propres (Haxaire, 2002 ; Haxaire, Terrien, Bodénez et Richard, à paraître) ; c'est ce à quoi le généraliste réagit.

L'analyse de discours, appliquée à l'ensemble des comptes rendus de consultations à l'occasion desquelles des médicaments psychotropes avaient été prescrits, valide la pertinence d'un regroupement par « traitements » (Haxaire, Terrien, Bodénez et Richard, sous presse). Les généralistes n'appréhendent pas de la même façon les différents traitements, ce que révèlent certains indices discursifs¹⁴. Ainsi, les hypnotiques et anxiolytiques prescrits seuls sont renvoyés au patient dans des phrases du type

-
12. Cette enquête qualitative a porté sur une semaine de pratique de dix médecins choisis parmi les maîtres de stages et les membres d'un réseau ville-hôpital de mise en place de traitements de substitution, de façon d'être assurée d'une réactualisation suffisante des connaissances par ces généralistes, ce dont nous leur avons fait crédit. Selon les principes de l'ethnométhodologie (Fornel *et al.*, 2001), nous leur avons fait produire un compte rendu de leurs pratiques de consultation au regard des dépendances éventuelles concernant les patients d'une journée de consultation en présence de fiches extraites des dossiers de ces patients, jouant comme traces de ces pratiques. Cette journée était tirée au hasard lors de l'entretien parmi la semaine de pratique, dont nous avons analysé la teneur du point de vue de la clientèle, des motifs de consultation, des diagnostics et prescriptions. L'entretien était mené par l'ethnologue ayant une première formation de pharmacien, donc partageant en partie les compétences de ses interlocuteurs. Les données chiffrées ont été analysées et les entretiens soumis à une analyse thématique complétée d'une analyse de discours.
13. Les 10 généralistes de l'étude ont, durant les 46 jours de pratique, effectué 968 consultations (moyenne de 21 c/j – max 37/ min 6 ; ont été examinées systématiquement 206 consultations correspondant au jour tiré au hasard pour chaque médecin, ainsi que 104 consultations le reste de la semaine). Le ratio H/F correspond à un peu plus de la moitié de femmes dont un peu plus du quart sont retraitées. Environ 20 % des consultations se sont conclues par un traitement psychotrope. Notre échantillon comporte plus de prescriptions de neuroleptiques que la moyenne régionale, mais moins de prescriptions d'antidépresseurs.
14. Ce que nous avons vérifié systématiquement en recherchant toutes les occurrences des termes avec le logiciel Lexico (SYLED-CLA2T Université Sorbonne Nouvelle-Paris 3).

« *il prend son petit X* ». Les traitements neuroleptiques non initiés par le généraliste, renouvellement d'une prescription psychiatrique, sont, de même mais différemment, non assumés. Patients comme médicaments sont mis à distance : « *c'est une dame qui a, X, Y, Z* ». Seuls les traitements antidépresseurs apparaissent comme les traitements du généraliste ; le diagnostic est posé dans des termes qui relèvent du registre médical¹⁵ et justifié, le résultat du traitement est évalué. Le généraliste revendique la responsabilité de ce traitement : « *je l'ai mis sous P* ». Dès lors, plusieurs catégories de médicaments psychotropes apparaissent pour le médecin : les « médicaments du malade » (son psychotrope), essentiellement anxiolytiques et hypnotiques ; les « médicaments du médecin », qui se divisent en deux : les médicaments d'un médecin spécialiste, autre que lui, le psychiatre, et les siens propres, pour lesquels il a une démarche diagnostique étayée. Il essaie de prescrire un véritable traitement « *sous antidépresseur* » (il emploie bien entendu la même formule lorsqu'il parle de traitement neuroleptique initié par lui : « *sous Tercian®* » par exemple). Les AD sont donc les véritables « outils » des médecins généralistes.

Mais cet outil, qui semble maîtrisé, ou en tout cas que les médecins se sont approprié, comment en définissent-ils les indications ?

Il était apparu par ailleurs¹⁶ que la prescription de médicaments psychotropes, tout comme la gestion, la régulation, la prévention, le traitement des dépendances aux psychotropes de consommation courante, étaient associés, pour les médecins généralistes de l'enquête, au versant « psy » de leur pratique. Dans la grande catégorie de ces problèmes « psy », qui préoccupent les généralistes, une bonne part est qualifiée de « dépression » ou donne lieu à un traitement AD.

Nous avons alors analysé l'ensemble des consultations du corpus se référant à la « dépression » ou à son traitement (Haxaire *et al.*, 2003a). Dans les commentaires de consultations que nous avons recueillis, il est très peu fait mention de recherche de symptômes. Lorsque l'insomnie ou d'autres symptômes sont évoqués comme tels, c'est souvent au titre de confirmation ou, dirions-nous, de rationalisation. Ces éléments apparaissent à l'appui

15. Même si, nous allons le voir, les symptômes cardinaux sont très peu mentionnés.

16. Un développement non prévu de l'enquête nous a amenés à demander à tous les généralistes de commenter, de façon libre, les consultations de patients vus les autres jours de la semaine de pratique que celui tiré au hasard. À l'analyse, il s'avère que les « dépressions » et les problèmes « psychiatriques » constituent, pour une bonne part, la raison de s'arrêter sur une consultation (alors que la consigne était de parler des « dépendances »).

d'un sentiment issu de la perception du vécu du patient et de la connaissance, par bribes, de son histoire. Plus encore, lorsque même les « signes cardinaux de la dépression » sont énumérés à l'appui d'un diagnostic, ceux-ci ne sont pas formulés selon la terminologie médicale spécialisée, comme pour les autres affections, mais dans les termes mêmes du patient. Le plus souvent, ce discours en miroir de celui du consultant manifeste que nous sommes dans une adhérence parfois fusionnelle, au mieux empathique, et non dans la mise à distance du diagnostic symptomatique.

Cependant toute tristesse n'est pas bonne à traiter et ne donne pas toujours lieu à la prescription d'antidépresseurs. En revanche, ces derniers sont prescrits lors de la prise en charge de troubles « psychosomatiques » en tant que manifestations d'une souffrance non dicible que le médecin cherche à comprendre. Que la prescription réduise le trouble ou que sa suspension le ravive, et le diagnostic est confirmé. Donc la prescription d'antidépresseurs ne se fait pas toujours sur un diagnostic avéré de dépression, mais ce diagnostic et le traitement subséquent sont le plus fréquemment posés par les MG en présence de troubles qui renvoient au « psy », une catégorie qui apparaît plus floue encore. Pour le médecin comme pour son patient, la maladie « dépression » est un « syndrome de signification et d'expérience » (Good, 1998) qu'ils cherchent à « cerner » ensemble pour la contenir. L'antidépresseur semble utilisé par ces généralistes comme outil pour libérer une parole qui donne sens au symptôme. C'est ainsi, nous semble-t-il, qu'il convient de comprendre le terme de « raison » employé. Plus que de s'en tenir à une « causalité linéaire » (Dardennes, 1999), il pourrait s'agir, pour le médecin, de retrouver du sens, une intelligibilité, fictive peut-être, mais opératoire, qui lui donne la capacité d'initier et de soutenir la démarche de soin de son patient. Ce sont les « raisons », le contexte familial, social, voire politique, qu'ils restituent dans les entretiens, plus que la symptomatologie de la dépression. Reflet de la proximité recherchée avec leurs patients, leurs discours déploient de fait les manifestations de la souffrance sociale, telle que ces derniers la présentent.

Si la prescription d'antidépresseurs, plus encore que le diagnostic de dépression, relevait de « raisons » qui débordent le médical et touchent à la souffrance psychique, c'est à définir cette entité et à explorer les conséquences de son surgissement en médecine générale qu'il nous fallait travailler.

4. SOUFFRANCE PSYCHIQUE / DÉPRESSION ET NOUVELLES MODALITÉS D'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Nous avons proposé¹⁷ de mener une enquête sur les « représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes (du Finistère, des Côtes-d'Armor et d'Ille-et-Vilaine) » (Haxaire *et al.*, 2005). Nous travaillons donc sur le savoir pratique que les médecins généralistes ont nécessairement dû élaborer dans la mesure où rien ne leur a été enseigné à ce propos lors de leur formation initiale. Ils ont peu d'enseignement de psychiatrie et, quand bien même en auraient-ils plus, les « problèmes de santé mentale » qu'ils ont à prendre en charge débordent largement le cadre de la psychiatrie.

Nous avons procédé en plusieurs étapes qui correspondent à différentes situations d'interlocutions de plus en plus formellement liées au contexte institutionnel¹⁸. L'ethnologue a recueilli six comptes rendus d'une journée de consultation par des généralistes d'exercices variés, ce qui situe la question de la SP dans l'ensemble des pratiques en médecine générale. Puis l'ethnologue et le médecin généraliste (P. Bail) ont organisé des groupes de discussion (*focus groups*) sur les formes de SP actuelles auprès de quatre associations locales de formation médicale continue. Dans cette posture réflexive, ils nous ont commenté les difficultés que pose cette médicalisation de la souffrance sociale. Une interne en médecine générale a analysé sa propre reconnaissance de la SP en consultation et a confronté son diagnostic à celui de ses deux maîtres de stage¹⁹ lors des entretiens de supervision. Ces entretiens de supervision nous donnent plus précisément les modalités de reconnaissance de la SP et les critères qui la différencient de la dépression pour les généralistes seniors interrogés. Enfin, une interne en psychiatrie (Bouakkaz-Loubriat, 2003) a analysé tous les 202 courriers envoyés aux urgences psychiatriques du CHU pendant deux mois, posant les limites de la pratique des MG. Ces discussions ou entretiens sont enregistrés et transcrits, et le *verbatim* analysé après anonymisation. L'analyse porte sur le contenu, ce qui est dit, et nous procédons à une analyse de discours.

17. En réponse à l'appel d'offres 2002 CNRS / INSERM / MIRE, « Santé mentale : modèles et représentations. Politiques publiques, institutions et pratiques professionnelles ».

18. Devant l'ethnologue seul, dans le regard de ses pairs, face à un interne apprenant avec un maître de stage, dans l'écrit adressé au spécialiste.

19. Soit 68 consultations retenues / 81 sélectionnées chez un médecin coordonnateur (55 ans, 26 ans d'installation en zone rurale, en secteur 1) et un médecin complémentaire (47 ans, 15 ans d'installation dans un centre-ville). Le stage a permis d'assister à environ 1 100 consultations et visites en 13 semaines; 47 ont été retenues chez le premier médecin et 21 chez le second.

Si les antidépresseurs semblaient bien les « médicaments des généralistes », leurs outils face aux troubles mentaux, l'étiquette diagnostique qu'ils manient le plus volontiers, si l'on en croit les 202 courriers analysés, est bien « dépression », sous la forme « état dépressif » (25 fois) ou « syndrome dépressif » (32 fois). Sous ces formes, la dépression est le diagnostic le plus souvent retrouvé (107 des 175 courriers analysés faisant état d'un diagnostic), mais moins dans son acception de maladie justifiant de la demande de soins (49 lettres) que dans sa valeur syndromique et comme conséquence – ou comorbidité – d'une situation – ou d'une pathologie – qui la justifierait (58 lettres). Une fois évoquée la dépression, on constate qu'elle est le plus souvent liée à l'alcool et aux troubles des conduites qu'il génère ou au suicide et aux risques qu'il fait encourir au sujet concerné. La « dépression » se situe au centre d'un spectre qui va de la présence d'un diagnostic académique reconnu et justifiant une prise en charge spécialisée à l'absence de diagnostic clair nécessitant d'enrichir l'argumentaire par des éléments extracliniques, comportementaux ou environnementaux. En effet, une part non négligeable des courriers décrit des situations, des comportements, sans diagnostic. Le point de bascule entre ces deux démarches, l'une clairement médicale, l'autre plus floue (médicosociale ou franchement sociale?) semblant se situer *quelque part* au sein de ce diagnostic très fréquent de dépression. Cependant, la « souffrance psychique » n'apparaît pas comme catégorie dans ces courriers.

Le terme « souffrance psychique » n'apparaît pas plus dans les comptes rendus de pratique des six généralistes, ce qui laisse entendre que ce label ne leur est pas familier; replacés dans le contexte de la pratique, ils ne l'envisagent pas. Ils affirment les diagnostics de « dépression » (47/111 mentions d'une déclinaison de « depr- », « dépressif » : 14 mentions) plus souvent que dans les courriers (seuls six « état dépressif »).

Le concept « souffrance psychique » n'est utilisée qu'en réponse aux questions des enquêteurs, soit dans les entretiens de supervision et dans les groupes de discussion, quand le dispositif d'enquête induisait une posture réflexive centrée sur ce sujet. Il est intéressant de suivre le raisonnement des deux maîtres de stage à propos des éventuels diagnostics de dépression /souffrance psychique. Sur les 68 consultations analysées après validation par les généralistes, il se confirme que les médecins n'utilisent pas le modèle inférenciel classique (DSM IV, CIM 10) pour diagnostiquer la dépression. Ce diagnostic est très rarement fondé sur une clinique, même succincte. Il semble que la dépression n'ait pas besoin d'être recherchée; elle existe, elle s'affiche, elle se voit (« *je ne l'ai jamais vu déprimée* »). La dépression apparaît comme un phénomène qui a une explication évidente (« *je crois qu'il déprime complètement devant la situation – le vieillissement* »), ponctuelle (« *ce n'est pas pour ça qu'elle est déprimée* »), peut-être

unique (un décès ou un deuil), qui a un début et une fin (« période où il a été très déprimé », « avant elle était dépressive suite au décès de son mari »). Le terme est peu employé malgré des symptômes souvent présents ou évocateurs, cela au profit du vocabulaire du patient : « craquer », « déprime ». Dans ces entretiens où il était question de reconnaître les manifestations de la SP, la « dépression » se justifie néanmoins par un signe, mais le diagnostic suffit ; il n'est pas nécessaire de renvoyer à l'histoire du patient, sinon par bribes. Ces commentaires de consultations contrastent avec ceux où seule la souffrance psychique est manifeste. La SP s'identifie également au ressenti, au perçu chez des patients que les médecins connaissent bien. Ils ne peuvent se prononcer lors des premières consultations. Ils éliminent une cause organique, leur premier souci, mais recherchent les « raisons » qui peuvent justifier cette souffrance dont ils informent la stagiaire, soit une succession d'événements de vie, soit des situations considérées comme catastrophiques, difficiles, extraordinaires, souvent en lien avec des pertes. L'écoute apparaît comme la première réponse du généraliste, suivie par la prescription de psychotropes (43 : 63 %) et les arrêts de travail (12 : 17,6 %). Le recours aux psychiatres est inférieur au recours aux somaticiens spécialistes (10 : 14,7 % contre 12 : 17,6 %). En effet, le premier souci des généralistes est de ne pas laisser passer une affection organique (3 fois seulement ils ont fait appel aux assistants sociaux et 2 fois aux médecins du travail).

Il est remarquable que face à leurs pairs, dans les groupes de discussion, les MG s'attachent au contraire à décliner suffisamment de clinique de la dépression pour justifier leur diagnostic aux yeux de leurs confrères. Pour certains, néanmoins, la dépression est bien le summum de la SP, n'établissant pas en cela de solution de continuité bien claire entre les deux concepts. Le terme SP n'étant pas encore passé dans le vocabulaire des médecins et a fortiori dans celui des patients, cet état est ressenti et traduit dans certaines situations « bizarres, décalées », souvent alors que le patient est venu avec des souffrances physiques en apparence. La SP est sans étiquette, floue, correspondant au mot « stress », banalisé peut-être ? Il faut faire appel au breton, avec un mot qui lie physique et psychique. Serait-ce alors « angoisse », le terme de communication ? Ils cherchent les « raisons » de cette souffrance dans les événements de vie, le contexte, comme nous l'avons noté précédemment. La « dépression » dans ce corpus est affirmée au vu d'une clinique succincte et face au risque suicidaire. « Déprime » est un terme des patients repris par les médecins comme générique ou comme terme provisoire en attente de diagnostic, sinon il recouvre la souffrance se déclinant d'ailleurs sur le même mode : « *il déprime parce que...* ». Entre cette entité floue et la maniacodépression clairement

référé aux psychiatres, où se situent les indications des AD, d'ailleurs présentées comme de plus en plus larges? Quel rôle jouent ces médicaments dans la reconnaissance et la prise en charge ou en compte de ces troubles?

5. PRESCRIPTION D'ANTIDÉPRESSEURS DANS LES COMPTES RENDUS DE PRATIQUE ET LES ENTRETIENS DE SUPERVISION

Nous allons centrer l'analyse qui suit sur la prescription des AD, telle que nous pouvons l'appréhender dans les deux corpus rendant compte directement des pratiques (comptes rendus de pratiques, entretiens de supervision : courriers exclus).

Les comptes rendus de pratique montrent que la prescription de médicaments psychotropes est très variable selon les médecins. Au-delà du hasard tenant à la journée choisie pour l'étude, jouent la posture spécifique de chaque médecin et le type de recours qu'il privilégie dans la consultation et les collaborations extérieures qu'il mobilise. Les habitudes de prescriptions d'AD vont d'un emploi massif à un refus complet d'assumer des prescriptions, toujours le fait d'un autre médecin. Ces variations se comprennent lorsqu'on sait que nous avons des MG très divers dans leurs lieux de pratique et leur exercice, mais surtout dans les formations complémentaires qu'ils ont tous suivies²⁰.

Le médecin le plus prescripteur de notre échantillon [3] ne manifeste aucun état d'âme, parfaitement en conformité avec les recommandations des conférences de consensus. Louant les progrès de la psychiatrie biologique, il passe beaucoup de temps à écouter et conseiller ses patients sans se référer à la psychothérapie, ayant toujours récusé Freud. Il nous a parlé de la population permanente essentiellement retraitée (ou préretraités licenciés) de la petite station balnéaire où il exerce, mais aussi des patients psychiatriques (dépressifs essentiellement) qu'il attire, plus que ses confrères. Il a tendance à substituer les AD aux BZD ou aux hypnotiques, donne des AD pour les troubles fonctionnels, mais également comme renouvellement de traitements psychiatriques. Il prescrit cependant parfois à défaut de solution existentielle ou sociale.

Mais y'a une situation d'fait, il faut essayer de, de traiter (301, F, retraitée).

20. Ce qui renvoie au biais de notre recrutement : ont accepté de répondre les médecins déjà intéressés par la question d'une médecine disons plus holiste.

et je lui ai proposé à plusieurs reprises : « Bon ben maintenant ça va un peu mieux, est-ce que vous voulez arrêter ? », mais elle a eu des problèmes de chômage euh, des r'prises de travail, de chômage, elle a été exploitée dans l'endroit où elle ... et puis c'est tout, tout l'travail saisonnier et c'était la fin d'la saison, et ils balançaient une fois terminé. Donc euh, coup dur genre comme ça. Donc, pour l'instant, elle a toujours son Déroxat®. On verra. Elle va arriver à maintenir hein, bon j'la laisse faire (316, F, chômage).

Des prescriptions d'AD sans diagnostic, justifiées par les seules histoires, portent sur les événements de vie, fin de vie et deuil du mari, cancer du conjoint et problème de travail, deuil dans un contexte de chômage et d'histoires familiales, fin de vie et procès dans la famille, chômage et alcoolisme du conjoint.

Le refus d'assumer ces prescriptions est particulièrement marqué chez un médecin [1] pratiquant la relation d'aide et la programmation neurolinguistique, exerçant dans la banlieue industrielle et résidentielle d'une petite ville, dont la clientèle comporte autant d'hommes que de femmes, pour bonne part actifs. Ses patients sous AD ont vu leur traitement initié par d'autres médecins, par exemple lors d'un accident cardiaque survenu dans le sud de la France ; le ton ironique laisse entendre le peu d'accord du médecin :

Et donc elle est venue me voir euh [soupir] ben parce qu'elle est pas bien, et que y'a aussi, pour renouveler son Prozac® en fait, parce que c'est pas moi qui l'ai euh. Bon pfff (114, F).

Ce médecin donne l'antidépresseur par défaut, car c'est la discussion qui importe.

Une mise à distance des prescriptions d'AD se retrouve pour d'autres raisons, chez un médecin [5] exerçant dans un quartier aisé d'une technopole mais recevant une clientèle âgée essentiellement féminine. Il pratique une médecine douce et accepte d'autres recours de la part de ses patients. Les traitements AD prennent place dans un contexte de renouvellement de traitements psychiatriques ou de traitements de pathologies lourdes chez ces personnes âgées. Privilégiant l'écoute et le soutien, il n'insiste pas à prescrire des AD aux patients déprimés ou hypocondriaques qui les refusent, particulièrement lorsqu'il reconnaît le support social apporté par leur Église.

Pour les autres médecins, au contraire, se posent les limites dans la relation d'aide. Ils travaillent avec un réseau de psychiatres et de psychologues, à qui ils envoient leurs patients.

Pour l'un d'eux [2] les prescriptions d'AD sont peu investies. Il gère les surconsommations de psychotropes des anxiodépressives chroniques qui ne voient plus leur psychiatre. Lui aussi questionne les traitements mis en place par ses prédécesseurs et, dans l'exemple qui suit, laisse sa patiente gérer pratiquement son traitement, considérant que sa compliance vaut son diagnostic.

Ça se passe pas trop mal, mais euh, y'a que, y'a que l'Effexor® qui la sauve, parce que maintenant elle est un peu attachée à c'médicament, alors du coup c'est un peu elle qui décide de l'arrêter. ... c'est une anxiodépressive. S'il fallait mettre un diagnostic, j'dirais ça. Euh, c'est un peu une négociation entre elle et moi [...] bon on les revoit après, pour autre chose. «J'ai pas pris vot' médicament», à la limite ils avaient raison, puisqu'ils en ont pas eu besoin, ils sont encore là, ils vont très bien même» (219, F, 66 ans, blanchisseuse).

Bien que sa clientèle se plaigne d'insomnies et de dépressions à la suite de reconversions aux 3/8 qu'il négocie avec la médecine du travail, ses prescriptions d'AD soutiennent les personnes affectées plus par des événements de vie : un adolescent qui se drogue, un changement d'affectation dans le travail, une rupture amoureuse. Il dit ne pas se précipiter pour donner des AD lors des crises qui se résolvent souvent en quelques jours avec des anxiolytiques.

De même, un de ces médecins [6] en lien avec les pédopsychiatres, ayant une clientèle de classe moyenne et de petits salariés, composée d'une majorité de femmes, prescrit peu ces traitements. Il était question de « secrets de famille » et de contextes sociaux et psychiatriques lourds dans la journée commentée. Il prescrit les AD dans des cas particulièrement difficiles, comme si c'était la seule réponse, qu'il pressent insuffisante, devant la gravité des problèmes (devant une maladie grave [cancer] pour passer la phase difficile, en réponse aux problèmes de vie [mari incestueux et manque de ressources] et aux difficultés sociales).

enfin bon c'est vrai qu'on voit toute une population quand même euh... qui est en difficulté, qui est isolée ... qui, qui a des difficultés sociales, professionnelles, qui ont du mal à s'insérer euh... Voilà. Oui ben le, Déroxat® encore que je lui ai prescrit comme euh (624, F, 28 ans, sans emploi).

Un dernier de ces médecins [4], ayant 30 ans de pratique dans un quartier ouvrier ancien d'une grande ville, s'est quant à lui formé à la psychiatrie en suivant la formation continue et en travaillant avec les psychiatres du CHU. Il prescrit des AD de son propre chef sur un diagnostic de dépression argumenté, pour des attaques de panique, mais se trouve aussi à renouveler ces traitements lors de dépressions chroniques qui relèvent des « maladies psychiatriques ». Le plus souvent, la nature de sa

clientèle fait que son traitement intervient après les autotraitements que sont diverses toxicomanies, dont l'alcool et les hypnotiques à doses élevées. Pour lui également, les AD se prescrivent comme substitut de décisions familiales, comme soutien dans le deuil, en fin de vie. Il se retrouve à gérer des patients accros à des doses monstrueuses, des somatisations, des rectocolites, et à suivre des problèmes psychiatriques.

Il apparaît donc que, quelle que soit la posture du médecin à l'égard des « psy » ou de la psychiatrie biologique, une part au moins des AD prescrits l'est sans diagnostic avéré et vaut comme dernier recours dans un contexte événementiel ou social sans issue.

Dans les entretiens de supervision, la prescription de psychotropes est la réponse à plus de la moitié des cas de souffrance identifiée, mais les AD n'en sont qu'une partie et ne correspondent pas nécessairement au diagnostic de dépression avérée.

Ayant pour recours privilégié l'écoute, le premier généraliste (plus âgé, exerçant en région rurale) évalue une situation au regard du soutien, de l'aide que reçoit le patient, et, lorsqu'ils font défaut, n'hésite pas à s'y substituer.

Elle ne veut pas disons accéder dans le sens d'une thérapie médicamenteuse.

[...] *Alors quelles sont les autres alternatives ? Et bien, je crois que c'est l'écoute (2 bis, F).*

Ainsi, la souffrance, reconnue, de patients non-demandeurs de médicaments n'appelle pas de prescription lorsque le médecin sait qu'ils « équilibrent » de diverses façons.

Il ne veut pas gérer sa souffrance par des médicaments, il le fait par sa vie relationnelle et professionnelle (1, H, 75 ans).

Il en est de même lorsque leur seule demande porte sur des hypnotiques ou des anxiolytiques : il prescrit alors le médicament symptomatique réclamé.

Bon elle me demande son Stilnox® régulièrement, ce n'est pas tout à fait logique, hein. Mais je pense qu'elle en a besoin... On lui a proposé, bon ben écoutez il faudrait des antidépresseurs à un certain moment, peut-être qu'il faudra des anxiolytiques, non, elle est obtuse (36, F, 82 ans).

Les AD apparaissent alors comme l'ultime recours dans les situations où l'écoute est vaine, car ce praticien de l'ancienne génération préfère encore donner des anxiolytiques lorsqu'il sent ses patients encore toniques. Il s'ensuit que les antidépresseurs sont prescrits lorsque le praticien pressent un risque suicidaire ou dans des situations sans issue comme un cancer généralisé de l'ovaire en phase terminale, douloureux.

Et on l'a mis sous antidépresseurs, sous anxiolytiques, mais je pense que ça... moi, c'est mon avis de... de médecin de terrain depuis 26 ans, je pense que quand ces ... quand ces moments-là arrivent, on est bien au-delà de toute ressource thérapeutique (34, Mme T, 52 ans, J6, Dr1).

Le médecin plus jeune, exerçant en ville, se retrouve peut-être plus souvent devant des situations où la souffrance se fait sociale et s'insurge devant cette médicalisation.

Alors c'est typiquement le genre de chose, je ne vais pas lui donner des médicaments qui ne se règle pas par des médicaments. Je ne sais pas, je ne comprends pas pourquoi elle vient me parler à moi. ... Alors là je n'ai même pas de solution avec des médicaments. Maintenant, satisfaisant peut-être simplement le besoin de parler, c'est tout ce que j'ai fait, je l'écoute. (F, 17 ans).

En ce qui concerne les hypnotiques, il peut refuser les prescriptions, considérant que le problème « n'est pas médical », ou céder sciemment « pour soulager ». Dans ce registre, il prescrit des AD en désespoir de cause, à défaut de solution existentielle :

C'est pas les médicaments qui régleront tout. J'ai eu sa fille au téléphone..., la remplaçante a été appelée, elle a changé l'antidépresseur, mais en fait on est revenu au premier, parce que à mon avis ça changera rien, on aura beau mettre tous les médicaments du monde, le problème n'est pas médicamenteux (20, Mme P, 79 ans).

... et pour éviter les AT.

Ce n'est pas de la grande souffrance psy, là aussi elle est très encadrée, elle a un mari est gentil, elle n'a pas trop d'emmerdes dans la vie. Et je la mets sous Prozac® parce que sinon elle est sans arrêt dans la plainte et dans la plainte, ça veut dire aussi dans l'impossibilité de travailler. Et j'en ai marre de mettre des arrêts de travail simplement parce que les gens y pensent que, ils sont... (73, F, 44 ans).

Ainsi, ces deux médecins, quoique dans une perspective très différente, utilisent les antidépresseurs en désespoir de cause, l'un devant des problèmes « bien au-delà de toute ressource thérapeutique », l'autre pour faire taire des plaintes dont il sait pourtant que le remède ne relève pas de la médecine. En l'absence de clinique de la dépression, le recours aux médicaments, anxiolytiques ou antidépresseurs, pour une souffrance perçue semble dépendre du rapport entre gravité de la souffrance estimée par le contexte et évaluation du soutien social.

6. PRESCRIPTIONS ET CONTEXTES

Voyons comment, dans les groupes de discussion, les MG explicitent ces pratiques.

Tous constatent les reconfigurations de la pathologie sous l'effet des IRS, l'émergence en particulier de « phobies sociales » qu'ils ne diagnostiquaient pas auparavant. Bien que certains revendiquent l'usage des BZD pour leur action rapide face à un événement, ils se montrent attentifs aux recommandations, substituant les AD aux BZD, mais évoquent la nécessité de disposer des outils médicamenteux face à la souffrance de leur public, tout en mobilisant d'autres ressources, en particulier la « phyto ».

R: Le patient qui, qui vient nous consulter, parce qu'il a quelques petits troubles du sommeil, une anxiété légère ou des petits problèmes, on va pas leur donner d'an, de benzo ou de, ou d'antidépresseurs à la première consultation. On va essayer de discuter, on va lui donner un médicament anodin euh, style phyto, et puis euh ben on voit au fil des semaines comment que ça évolue. Est-ce que ça évolue euh, est-ce que y'a vraiment une déprime là-dessous ? On sait pas, parce que quand vous donnez des antidépresseurs la première fois que vous voyez les, les patients ? (Focus 2 : zone rurale).

Ces recours peuvent s'avérer insuffisants, la thérapeutique ou l'inefficacité de la thérapeutique jouant comme outils de diagnostic. Le suivi du traitement antidépresseur par le patient attesterait de son bien-fondé, donc du diagnostic de dépression.

J'me dis « Bon ben finalement l'antidépresseur euh au bout d'un mois, s'ils sont, si ils continuent à le prendre, bon ben c'est qu'ils en avaient... besoin » (Focus 2 : zone rurale).

Les effets secondaires arrêteraient les patients... qui n'ont pas des « dépressions majeures » mais qui sont en « souffrance psychique ».

Les médecins avouent prescrire sous la pression sociale pour remettre rapidement les patients dans le circuit : traiter précocement et rapidement (dans les deuils en particulier).

Y: parce qu'on leur demande d'être efficaces immédiatement ... Et ça c'est l problème du point de, des symptômes dépressifs, dont on parlait tout à l'heure, est-ce que c'est une maladie ou est-ce que c'est un symptôme ? La, la question qu'on se pose, et on a pas la réponse hein!, ben quelques fois on est amené à traiter précocement, parce que on est pris dans ce, sur ce tapis roulant, où les gens doivent rentrer justement... ils doivent rapidement réintégrer le travail, ré, être efficaces en famille et cætera, donc ils nous demandent rapidement quelque chose d'efficace... et nous on nous a inculqué, effectivement, que les médicaments sont efficaces, donc on les utilise (Focus 4 : zone urbaine).

L'efficacité de cette réponse a son côté pervers. Ainsi la prescription d'antidépresseurs semble le recours du médecin qui ne connaît pas le patient face au moindre événement sortant des normes familières. Ce fut le cas d'une prescription de Prozac® à l'occasion d'une dispute conjugale rapportée par une patiente à un médecin étranger, qui n'avait pas de possibilité d'évaluer la gravité de l'événement, pas d'écoute, selon le médecin traitant commentant cette prescription, que la patiente a refusée. L'antidépresseur apparaît également comme la réponse rapide, standard, devant l'échec de toute prise en charge somatique (douleur, etc.), mais en restant dans le non-dit, l'alternative étant la parole.

Ainsi les commentaires des médecins devant leurs pairs confirment-ils, tout en les explicitant, les remarques tirées de l'un ou l'autre des comptes rendus de pratiques, tout comme des entretiens de supervision : les AD peuvent apparaître comme des outils de dernier recours.

Disposer de cet outil modifie nécessairement les pratiques qui doivent être restituées dans le contexte des difficultés liées à la prise en charge de la souffrance en général, contexte qui nous est donné par les médecins eux-mêmes, lorsque nous les laissons se parler entre pairs.

L'entité « dépression » apparaît comme le paradigme de la souffrance psychique, mais, nous l'avons vu, l'une et l'autre demandent que se soit nouée une relation médecin-malade pour être identifiées. Dans le même temps, cette intimité de la relation et cet accès tant aux confidences qu'à la plainte somatique rendent difficile le diagnostic, ce qui conduit à la médicalisation, voire à la psychiatrisation de problèmes sociaux. Car souffrance ne signifie pas toujours dépression, bien entendu, et certains des signes cardinaux de la dépression, dont l'insomnie et l'asthénie, peuvent valoir comme expression d'un mal-être qui demande à se confier.

Y: Alors l'asthénie, on sait que, l'asthénie c'est euh pfff majoritairement euh psychogène, j'veux dire hein, dans, dans 80 à 90 % des cas euh, l'asthénie n'est pas d'origine euh physique mais bien psychique. Et c'est euh très souvent, bon ben on va r'tomber sur la dépression et cætera mais, dépression !, symptômes dépressifs, une maladie dépressive. Et alors à c'moment-là, prise en charge réellement euh bon, et nous on est euh entre les deux, mais on est l'confident pour l'instant euh, chez nous on peut déverser un peu ses difficultés, et on a l'impression de plus en plus qu'on est euh... le seul réceptacle de cette difficulté.

J: La première prise en charge, c'est l'écoute.

B: Quelle réponse apporter...

J: On est le ré, on le réceptacle euh des, des plaintes.

P: ... ils viennent déverser.

J'ai l'impression qui y'a que nous qui sommes là à écouter ben justement la souffrance des gens (J, F4).

Ils se trouvent devant des patients qui ont besoin d'exprimer une souffrance, de se raconter, et ILS SONT LÀ. Ils se ressentent comme un réceptacle dans lequel le malade déverse son malheur. On comprend alors l'importance de la restitution des événements de vie dans les entretiens. Les MG en perçoivent intuitivement le sens, mais les analysent peu, ou avec les outils de la psychologie du sens commun. Recueillir cette souffrance et ne savoir qu'en faire leur fait sentir le cruel besoin de méthodes ou de techniques.

Sans jouer le rôle de l'assistante sociale (ce qu'il fait parfois néanmoins), le généraliste assume le rôle de coordonnateur des prises en charge, ce qui pose problème.

B: Et je me suis fait engueuler par les services sociaux, parce que c'était que la première, que, que je n'avais pas signalé ça la première fois. Je dis : « Attendez », moi, j'essaie de, j'essaie d'abord de, de tempérer, de discuter avec les gens, je vais pas signaler tout le monde, parce que dans ce cas-là, je signale euh... (F2).

En zone rurale, le médecin est souvent en situation de gérer des situations de violence, de se substituer à d'autres acteurs sociaux. Après le suicide violent d'un adolescent, par exemple, un généraliste fut mobilisé et commente :

J: Cette nuit-là, moi, c'était euh, « Vous allez voir untel euh, ça va pas du tout, et il faut faire quelque chose pour untel, vous allez voir untel... » En fait, j'ai navigué euh... Les pompiers, les, les gendarmes, les... Ah! J'ai passé un moment euh vraiment euh. Et heureusement bon après euh, j'ai reconstruit un peu l'histoire. Des gens que je connaissais pas ... Ben pfff, ouais tu navigues à vue, quoi (F1).

Le médecin, ici, renoue, retisse l'histoire brutalement interrompue, redonne le sens qui permettra aux acteurs sociaux de retrouver une place pour contenir cette douleur. Ailleurs on le voit donner des conseils éducatifs, traiter le deuil, substituer du social, de la famille.

Désarmés en tant que thérapeutes, les médecins généralistes n'en sont pas moins mis en situation, socialement de prendre en charge la longue litanie des problèmes sociaux générateurs de souffrance dont ils nous parlent (qui vont des problèmes de couple, de parentalité, des déceptions sentimentales à la gestion du traumatisme du groupe après le suicide d'un membre, du deuil de l'animal aux difficultés professionnelles). Le médecin ne sait plus alors si ce sont des problèmes ou des symptômes qu'il traite, mais il traite une souffrance que le groupe a ainsi médicalisée.

7. CONCLUSION

Ces études montrent que les généralistes usent des antidépresseurs comme d'outils pour répondre aux situations impossibles, aux souffrances tant physiques qu'événementielles. Leur usage est loin d'être toujours appuyé sur une clinique de la dépression. Les antidépresseurs sont une arme dont on dit aux généralistes, discours scientifique à l'appui, qu'elle agit de la dépression « subsyndromique » à l'anxiété sociale ou généralisée en passant par la classique mélancolie et assurant de prévenir les rechutes... ce qui étend leurs indications à tout un ensemble de troubles qui recouvrent une souffrance de plus en plus sociale. Cause ou conséquence, les patients viennent de plus en plus dans les cabinets des praticiens avec des manifestations de cette souffrance psychosociale, dont la médecine générale, se voulant biopsychosociale, favorise l'expression. Se trouvant alors substitué d'un soutien social qui semble faire défaut ou qui se retire devant le supposé professionnel de la souffrance qu'il est, le médecin généraliste ne peut, sur ce registre, mobiliser d'autres ressources que celles que mobiliserait l'entourage du patient, d'où la proximité fréquente de son discours avec le discours profane. « Réceptacles » de paroles de souffrance, naviguant à vue face aux situations de crise sociale, les médecins généralistes occupent tour à tour la place d'autres professionnels (« psy » ou intervenants sociaux) plus formés à certaines dimensions de cette souffrance psychosociale. La coordination avec ces professionnels semble se faire difficilement, tant du fait d'une pénurie de professionnels que du fait des préférences personnelles du côté du médecin ou du patient. Dans sa pratique quotidienne, le médecin occupe la position qui est pour lui la plus « confortable ». Il reste, quelles que soient ses références et ses pratiques, conscient de l'intrication de la demande qui lui est adressée au social et à l'histoire singulière de ses patients. Il y réagit sur un spectre qui va de la pratique psychothérapeutique assumée (PNL, relaxation, relation d'aide) à la prescription « antalgique » de l'antidépresseur ou de l'anxiolytique. Ce médecin prescripteur n'est pas dupe, il sait l'insuffisance de sa prescription sur la complexité de la souffrance rencontrée mais « on » (patient, entourage, confrères, société) lui intime d'agir, de produire un acte thérapeutique. Il se plaint de n'être pas assez formé, mais ne sait pas trop à quoi il faudrait le former puisqu'il évoque (presque jamais explicitement d'ailleurs) cette souffrance psychique, entité sans clinique, sans traitement, à la limite de ses compétences et de son savoir. À travers sa pratique il se constitue un savoir qui lui est propre, peu académique, centré sur l'action et conscient de l'intrication du trouble qu'il est enjoint de traiter aux histoires de vie de chacun. Tout se passe comme si, démuni devant la souffrance, le médecin retrouvait une place de professionnel à travers la prescription par laquelle la dépression, plainte du patient, devenait la maladie du médecin. En d'autres termes, il nous a semblé que le médecin

généraliste, en ces lieux où la clinique est floue, voire absente, avait une pratique qui redevenait médicale du fait de la prescription plutôt qu'à travers son « art de clinicien ». De cela, pourtant, le médecin n'est pas dupe, il sait son insuffisance, en souffre et réclame d'autres savoirs pour conduire à bien sa mission.

BIBLIOGRAPHIE

- AGUZZOLI, F., P. LE FUR et C. SERMET (1994). *Clientèle et motifs de recours en médecine libérale*, Paris, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, 1008 p.
- AÏACH, P., I. AÏACHI et A. COLVEZ (1983). « Motifs de consultation et diagnostics médicaux en matière de troubles mentaux : analyse de leur correspondances, approches critiques sur le plan épidémiologique », *Psychologie médicale*, vol. 15, n° 4, p. 545-555.
- AÏACH, P. et D. CEBE (1986). « Diagnostic et gestion du trouble psychiatrique en médecine générale », *Synapse*, n° 23, p. 23-41.
- BALSAN, D. et S. CHAMBARETAUD (2002). « Les dépenses de médicaments remboursables entre 1998 et 2001 », Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. *Etudes et résultats*, n° 1666 (<www.sante.gouv.fr>).
- BOUAKKAZ-LOUBRIAT, C. (2003). *Représentations de la souffrance psychique par les médecins généralistes*, thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Brest.
- COGNEAU, J., F. LARD et L. CHARBONNEL (2003). « Prescription de psychotropes et prévalence des états anxieux et (ou) dépressifs en médecine générale », *Revue du praticien*, vol. 17, n° 625, p. 1185.
- COHEN, P., M. MCCUBBIN, J. COLLIN et G. PÉRODEAU (2001). « Medication as Social Phenomena », *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, vol. 25, n° 4, p. 441-469.
- DAGOGNET, F. (1964). *La raison et le remède*, Paris, Presses universitaires de France.
- DARDENNES, R. (1999). « Système de soins, accès aux filières de soins, filières de soins », *Dépression et santé publique : données et réflexions*, Paris, Masson, p. 27-43.
- DARRE, J.P., (1999). *La production de connaissance pour l'action : arguments contre le racisme de l'intelligence*, Paris, Maison des sciences de l'homme.
- ELGHOSI, B. (1995). *Médecin généraliste, acteur sanitaire et social*, Paris, Créteil solidarité.
- EHRENBERG, A. (2004). « Les changements de la relation normal-pathologique : à propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, mai, p. 133-156.

- EHRENBERG, A. (1998). *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- FORNEL, M. de, A. OGIEN et L. QUERE (dir.) (2001). *L'ethnométhodologie : une sociologie radicale*. Paris, La découverte.
- GALLAIS, J.L. (1994). « Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales », *Rapport FISP-RNSP, Recherches du médecin généraliste SFMG*, n° 45, p. 1-104.
- GALLAIS, J.L. et M.L. ALBY (2002). « Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale », *Encyclopédie médecine Chir, psychiatrie*, n° 37-956-A-20.
- GOOD, B. (1998). *Comment faire de l'anthropologie médicale : médecine, rationalité et vécu*, Paris, Synthelabo.
- HAXAIRE C. (2002). « Calmer les nerfs : automédication, observance et dépendance aux médicaments psychotropes », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 1, p. 63-88.
- HAXAIRE, C. (1999). « Points de vue et pratiques familiales en matière de médicaments psychotropes : comparaison zone rurale (Orne et Mayenne) et banlieue parisienne (Val-de-Marne) », note de synthèse du projet sur le même thème, *Cahiers de recherche de la MIRE (Santé, protection sociale, social*, n° 6, p. 3-12.
- HAXAIRE C., K. TERRIEN, P. BODÉNEZ et E. RICHARD (à paraître). « From the Doctor's Psychotropic Medication to the Patient's Remedies; Or, Subversion of Medicalisation », *Medical Anthropology at Home* 3, Pérouse, 24-27 septembre, *Rivista della Società italiana di antropologia medica*.
- HAXAIRE C., C. LOCQUET, E. RICHARD et P. BODÉNEZ (sous presse). « Enfin bon, elle va bien, mais elle prend son petit Imovane le soir : appréhension et gestion des dépendances médicamenteuses par les généralistes (Bretagne occidentale) », *Anthropologie du médicament*, AMADES/Karthala.
- HAXAIRE C., E. RICHARD, C. DUMITRU-LAHAYE, P. GENEST, P. BODÉNEZ, P. BAIL, C. BOUAKKAZ-LOUBRIAT, C. NOUMBISSI-NAVA et M. WALTER (2005). *Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes (du Finistère, des Côtes-d'Armor et d'Ille-et-Vilaine)*, Rapport INSERM-MIRE-DREES, Convention 22/2.
- HAXAIRE, C., P. BODÉNEZ et P. BAIL (2003a). « Prescription of Antidepressant Medication in General Practice : Total Social Reality? », dans J.M. Comelles et E. van Dongen, « Themes in Medical Anthropology : Medical Anthropology at Home Contributes to Health Studies », *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, n°s 13-14, p. 363-381.
- HAXAIRE, C., P. BODÉNEZ, E. RICHARD et K. TERRIEN, avec la collaboration de P. BAIL, C. LOCQUET et M. NOAILLY (2003b). *Gestion différencielle des dépendances par les médecins généralistes (zones urbaines et rurales de Bretagne occidentale)*, rapport MILDT / INSERM / CNRS, proj. 99D04.
- LAZARUS, A., H. STROHL, M. ARENE et O. QUEROUIL (dir.) (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, rapport du groupe de travail « Ville, Santé mentale, Précarité et Exclusion sociale », Paris, DIV, DIRMI.

- LECADET, J., P. VIDAL, B. BARIS, N. VALLIER, P. FENDER, H. ALLEMAND et le groupe Medipath (2003a). « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales », *Revue médicale de l'assurance maladie*, vol. 34, n° 2, p. 75-84.
- LECADET, J., P. VIDAL, B. BARIS, N. VALLIER, P. FENDER, H. ALLEMAND et le groupe Medipath (2003b). « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. II. Données et comparaisons régionales », *Revue médicale de l'assurance maladie*, vol. 34, n° 4, p. 233-248.
- LECOMTE, T. (1996). « Les nouveaux champs de la dépression », *Encéphale*, n° 22, p. 33-38.
- LE MOIGNE, P. *et al.* (2005). *L'usage au long cours des antidépresseurs*, rapport, Bureau de la Santé mentale, DGS, 225 p.
- LE PAPE, A. et T. LECOMTE (1999). *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997*, Paris, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, n° 225.
- OLIÉ, J.P., F. ELOMARI, C. SPADONE et J.P. LÉPINE (2002). « Résultats d'une enquête sur l'usage des antidépresseurs en population générale française », *Encéphale*, n° 28, p. 411-417.
- POUCHAIN, D., C. ATTALI, J. de BUHLER, G. CLÉMENT, B. GARY, J. MALINA *et al.* (1996). *Médecine générale, concepts et pratiques*, Paris, Masson Synthelabo.
- ROELANDT, J.L., A. CARIA, M. ANGUIS, J. BENOIST, B. BRYDEN et L. DEFROMONT (2003). « La santé mentale en population générale. Image et réalité : résultats de la première phase d'enquête 1998-2000 », *L'information psychiatrique*, vol. 79, n° 10, p. 867-876.
- ROUILLON, F., C. BLACHIER, J.P. DREYFUS, M. BOUHASSIRA et M.P. ALLICAR (1996). « Étude pharmaco-épidémiologique de la consommation des antidépresseurs en population générale », *Encéphale*, n° 22, p. 39-48.
- SFMG (2003), « Arrêt de travail : les pathologies psychiatriques arrivent en tête », *Panorama du médecin*, septembre, n° 4904.
- VAN DER GEEST, S., S. WHYTE *et al.* (1996). « The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach », *Annual Review of Anthropology*, n° 25, p. 153-178.

10

**MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES
ET PLACEMENT DES JEUNES
EN CENTRES DE RÉADAPTATION**

Denis Lafortune
Université de Montréal

Depuis plus de 30 ans, l'essor de la génétique, l'émergence des neurosciences et la parution des dernières versions du *Diagnostic and Statistical Manual*, les DSM III et IV, ont profondément modifié les conceptions et pratiques en santé mentale, et ce, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des milieux médicaux (Ehrenberg et Lovell, 2001 ; Kirk et Kuchins, 1992). Tel que le mentionne le National Institute of Mental Health : « Le DSM a délimité le domaine de la classification psychiatrique et, par conséquent, contrôlé le discours sur la maladie mentale, structuré les axes de recherche et établi les paramètres de connaissance, y compris de compréhension théorique, de la maladie mentale ». Moncrieff et Crawford (2001) voient dans cette évolution un changement radical des cadres de référence : « une orientation de plus en plus biologique depuis quelques décennies » (p. 350).

Durant la même période de 30 ans, au Québec du moins, la santé mentale des enfants et adolescents placés en centres de réadaptation, de même que les défis qu'elle pose aux intervenants ont été des problématiques régulièrement discutées. Déjà le rapport Batshaw (Ministère des Affaires sociales du Québec, 1975) soulignait l'insuffisance, dans les centres jeunesse, des mesures d'encadrement clinique pour les jeunes manifestant des troubles de comportements et des problèmes de santé mentale. Trente

ans plus tard, ce constat gardait toute son actualité, peu de mesures concrètes ayant été apportées afin de faciliter les interventions. Le rapport Batshaw, le rapport Harvey II (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991), le rapport Corriveau (2000) et le Rapport clientèle jeunesse multiproblématique (Comité ministériel sur l'imputabilité et le partage des responsabilités, 2003) sont allés dans le sens des conclusions plus récentes du rapport Lacour (Lacour *et al.*, 2004), qui affirmait : « L'une des difficultés récurrentes du réseau touche particulièrement les centres jeunesse qui doivent assumer la réadaptation spécialisée de plusieurs centaines de jeunes éprouvant, outre des problèmes de comportement ou de maltraitance, de sérieux problèmes de santé mentale sans avoir accès aux ressources, aux programmes ou à l'encadrement appropriés » (p. 19). Tous les praticiens et gestionnaires ont donc insisté pour que les centres jeunesse « puissent disposer de l'expertise nécessaire (notamment en vue d'adapter leur infrastructure et de former adéquatement leur personnel clinique) et qu'ils puissent compter sur un encadrement médical et psychiatrique garanti » (Lacour *et al.*, 2004, p. 19).

La situation est d'autant plus complexe que le placement est souvent un moyen d'accéder à des services sociaux et de santé pour des jeunes qui présentent simultanément des besoins de protection, des problèmes d'adaptation et des troubles mentaux. En effet, d'aucuns interprètent la hausse continue des signalements en protection de la jeunesse comme témoignant d'un mode indirect d'accès aux services de santé mentale du réseau (Conseil de la santé et du bien-être, 2001). Autrement dit, il est souvent suggéré que les Directions de la protection de la jeunesse [DPJ] sont obligées de jouer un rôle de suppléance à certains services pédopsychiatriques spécialisés.

Dans cette introduction, il faut aussi rappeler que les tableaux cliniques présentés par les jeunes placés en centres jeunesse ont souvent été qualifiés de « mixtes, complexes ou multiproblématiques ». Dans la mesure où ils combinent des symptômes somatiques, affectifs, cognitifs et comportementaux, ils soulèvent d'importants enjeux au plan de l'évaluation (diagnostics différentiels), de l'explication (facteurs étiologiques invoqués) et de la prise en charge (modalités de traitement et responsabilités professionnelles). Plusieurs intervenants, médicaux et psychosociaux, risquent donc d'être impliqués.

Enfin, durant ces trois décennies, les ordonnances de médicaments psychotropes faites aux jeunes ont été en progression constante dans tous les types d'environnement clinique, incluant les milieux institutionnels. Globalement, la prévalence des prescriptions auprès des jeunes a triplé tous les 10 ans (Zito *et al.*, 2000 ; Zito *et al.*, 2003). Certes, on peut présumer

que cet accroissement s'explique d'abord par le développement de médicaments plus efficaces et mieux tolérés. Mais il n'en demeure pas moins que de nombreuses autres questions peuvent être posées : l'accroissement incessant provient-il d'une meilleure connaissance de la prévalence des « troubles mentaux » chez les jeunes ? Ou d'une transformation des pratiques en fonction des nouveaux cadres de référence théoriques (plus biologiques) ? Jusqu'à quel point les jeunes placés par la Direction de la protection de la jeunesse sont-ils plus susceptibles que les autres de consommer des médicaments psychotropes ? Que deviennent les interventions psychoéducatives/psychosociales lorsque le jeune est sous médication ? Quels rôles sont appelés à jouer les médecins et les infirmières lorsqu'ils interviennent dans des établissements qui ne sont pas des milieux médicaux traditionnels ? Enfin, comment les jeunes eux-mêmes se représentent-ils les médicaments qu'ils consomment lorsque la prescription s'insère dans une intervention psychoéducatrice en *contexte d'autorité* ? Autant de dimensions que nous tenterons d'aborder dans les lignes qui suivent.

1. PLACEMENT DES JEUNES ET DIAGNOSTICS DE TROUBLES MENTAUX : QUELQUES REPÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Aux États-Unis, depuis environ dix ans, l'ampleur de l'utilisation de services liés à la santé mentale par les jeunes placés (*foster children*) est bien établie (Cocozza, 1992 ; Hazen *et al.*, 2004 ; Harman *et al.*, 2000 ; National Mental Health Association, 2004). Après avoir rappelé à quel point les jeunes placés ont souvent connu des expériences personnelles de négligence, d'abus, de séparation d'avec leurs parents biologiques et de placements nombreux, les études américaines estiment qu'entre 67 % et 87 % des jeunes en besoin de protection ou *child welfare* ont reçu des services liés à des problèmes de santé mentale (c.-à-d. l'entretien diagnostique ou la *prescription de médicaments*) et que de 39 % à 80 % d'entre eux ont reçu, à proprement parler, des diagnostics de troubles mentaux (Farmer *et al.*, 2001 ; Landsverk et Garland, 1999 ; Leslie *et al.*, 2000). Shin (2005) indique que les diagnostics les plus fréquemment attribués sont, en ordre décroissant : le trouble des conduites (ci-après TC ; 40 %), le trouble dépressif (32 %), le trouble d'adaptation (32 %), le trouble anxieux (19 %) et le déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (ci-après TDA/H ; 13 %). Dans les milieux pour jeunes contrevenants (*juvenile justice*), de 50 % à 60 % des adolescents répondent positivement aux critères d'au moins un trouble mental (Garland *et al.*, 2001 ; Otto *et al.*, 1992). Il faut toutefois préciser que parmi ces « troubles mentaux » on trouve plus de

comportements perturbateurs (TDA/H, trouble oppositionnel et TC) et de troubles liés à l'alcool et aux drogues illicites que de syndromes intériorisés, tels que les troubles anxieux ou les épisodes dépressifs.

Au Québec, chaque année, environ 25 000 jeunes font l'objet d'une mesure de placement. Combien d'entre eux reçoivent ou ont déjà reçu un diagnostic de trouble mental? Il est à toute fin pratique impossible de le savoir. En effet, aucune étude épidémiologique de grande envergure n'a encore permis au Québec d'analyser la santé mentale des jeunes placés en centres jeunesse. Sous cet angle, le travail le plus convaincant reste somme toute celui de Pauzé *et al.* (2000), réalisé avec l'entrevue structurée DISC-2.25 (Shaffer *et al.*, 1991) et la Child Behavior Checklist ou CBCL (Achenbach, 1991) dans quatre régions du Québec. Ses résultats laissent supposer que les jeunes présentent de sérieuses difficultés : des troubles intériorisés (10 % des sujets), au moins une tentative de suicide au cours de la vie (près de 20 %) ou des troubles extériorisés (35 % à 45 %). Dans l'*État de situation des services psychiatriques et/ou neurologiques de la clientèle hébergée au CJM-IU* (Ladouceur et Leclaire, 2003), des données ont été recueillies auprès des intervenants au moyen d'un questionnaire structuré les invitant à analyser le dossier clinique des jeunes. Sur un total de 701 adolescents placés, 28 % des garçons et 36 % des filles ont au moins un diagnostic psychiatrique ou neurologique inscrit au dossier. Hormis les TC, les principaux diagnostics inscrits étaient : troubles de l'attachement, TDA/H, troubles sévères liés à une substance, troubles de l'humeur, syndrome de Gilles de la Tourette, troubles anxieux (incluant l'état de stress post-traumatique) et déficience légère.

À notre connaissance, les autres recherches québécoises menées sur la question des troubles mentaux des jeunes placés en centres jeunesse ne l'abordent qu'indirectement, « par la bande ». Ainsi, Pronovost et Leclerc (1998), ainsi que Chagnon (1998), indiquent que le taux de tentative de suicide est de quatre à dix fois plus élevé chez les jeunes connus des centres jeunesse que chez les autres. Selon ces études, entre 33 et 39 % des jeunes en centres jeunesse ont fait au moins une tentative de suicide. Par ailleurs, selon Laventure, Pauzé et Déry, la quasi-totalité des adolescents des centres jeunesse ont déjà consommé de l'alcool ou des drogues. La moitié de ces jeunes présentent une consommation « à risque de devenir problématique » et un jeune sur quatre a déjà une consommation problématique avérée. Parmi ceux-ci, très peu sont préoccupés par leur consommation et réceptifs à recevoir de l'aide pour la diminuer. Bref, au plan psychopathologique, les études québécoises indiquent qu'environ un jeune placé sur trois présente des signes sérieux de trouble mental et une même proportion de jeunes présente des risques suicidaires ou une consommation problématique d'alcool ou de drogues. Les résultats obtenus

restent toutefois bien discrets quant aux questions relatives à la comorbidité et au niveau de fonctionnement global des jeunes (p. ex. l'axe V du DSM). Du point de vue des pratiques, il serait important d'en arriver à établir un portrait fiable de l'historique des problèmes de santé mentale chez les jeunes et à décrire/observer rigoureusement les symptômes. Or il n'existe pas actuellement dans les centres jeunesse d'outils cliniques uniformes, ni de procédure systématique assurant une telle évaluation. Cette situation a pour conséquence de limiter la capacité à *i*) connaître avec exactitude les besoins des jeunes en ce domaine, *ii*) planifier les actions nécessaires et *iii*) en évaluer les effets.

2. TRANSFORMATION DES PRATIQUES EN CENTRES JEUNESSE

En 1998, le Conseil québécois d'agrément a confié différents types de missions et de mandats à chacun des centres jeunesse du Québec. Parmi ceux-ci figure : la réduction de l'incidence de l'abandon, de la négligence, des abus physiques et sexuels, *des troubles de comportement*, de la délinquance, de l'itinérance, *des suicides et tentatives de suicide, des problèmes de santé mentale*, du virus du sida et des maladies transmissibles sexuellement (italique ajouté). Les récentes transformations des services sociaux et de santé, notamment la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et la mise en œuvre du Plan d'action sur la santé mentale 2005-2008, remettent à l'avant-scène l'intervention des centres jeunesse dans le domaine de la santé mentale. Si cette orientation n'est pas nouvelle en soi, elle est davantage appuyée. Selon l'Association des centres jeunesse du Québec, il est clair que les services dispensés par les centres jeunesse sont spécialisés et qu'ils devraient être identifiés comme des services de deuxième ligne. De plus, l'*Étude des besoins prioritaires en matière de programmes chez les adolescents au centre jeunesse de Montréal* (Gaudet et Chagnon, 2003), menée auprès de 70 intervenants et gestionnaires, montre qu'une grande majorité d'entre eux se disent très préoccupés des problèmes de santé mentale présentés par les jeunes. Ils mentionnent l'importance de mieux définir ce qu'on peut considérer comme un « trouble de santé mentale » dans cet environnement clinique et de documenter la prévalence de ces troubles. Les répondants s'interrogent sur la hausse de diagnostics psychiatriques et de médications de psychotropes observée chez les jeunes : pour certains, cette hausse témoigne de la plus grande détresse qu'affichent les jeunes, alors que pour d'autres cette situation est surtout associée à une plus grande sensibilité (ou intolérance) des intervenants et des parents qui les pousserait à référer les jeunes en psychiatrie plus rapidement, surtout pour ce qui est des problèmes de comportement. Quoi qu'il

en soit, il semble que les diagnostics de troubles mentaux s'établissent plus « facilement » qu'auparavant. Les intervenants rapportent aussi qu'ils disposent de très peu d'outils cliniques efficaces pour intervenir auprès de ces jeunes et constatent que, la plupart du temps, la seule intervention spécifique envisagée est la prescription de médicaments psychotropes.

3. JEUNES, PLACEMENTS ET RECOURS AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Sous l'angle épidémiologique, la situation américaine est souvent mieux documentée que les contextes canadien ou québécois. De manière générale, aux États-Unis, la première indication de psychopharmacothérapie chez les enfants et les adolescents est un diagnostic de comportement perturbateur (TDAH, trouble oppositionnel ou TC; Martin *et al.*, 2003). Les jeunes médicamentés comptent plus de garçons (70 %) et sont plus vieux que les non-médicamentés. Parmi les jeunes de la population générale, les symptômes dépressifs et comportements suicidaires favorisent, eux aussi, la prescription de nombreux médicaments, soit des antidépresseurs dits « SRS » tels que le Paxil® ou le Celexa® par exemple (AACAP, 2001). Or, un débat se tient depuis deux ans quant à savoir si les ISRS représentent toujours un traitement sécuritaire, vu les risques de passage à l'acte qu'ils induisent parfois (Jureidini *et al.*, 2004). Finalement, il est à noter que l'accroissement des prescriptions de rispéridone (ou Risperdal®) pour contenir l'hyperactivité et l'agressivité des jeunes est très marqué dans les milieux institutionnels.

De nouvelles tendances sont toutefois observées, à savoir : un recours de plus en plus précoce, une hausse des taux de polyprescription, des pratiques de plus en plus fondées sur des symptômes cibles (Collin *et al.*, 2005). Il est maintenant reconnu que l'âge moyen des jeunes consommateurs tend à diminuer en Amérique du Nord. Zito et ses collaborateurs ont été parmi les premiers à évoquer une augmentation « dramatique » (2000, p. 1069) des ordonnances faites aux enfants d'âge préscolaire (Gupta, 2000; Miller, 2000). Par ailleurs, selon Wilens *et al.* (1999) la polyprescription de médicaments psychotropes (p. ex. des antidépresseurs et des psychostimulants) est en pleine « émergence ». Dans les revues savantes et guides de pratique, cette stratégie, qui est souvent motivée par la notion de comorbidité, ne fait toutefois pas l'unanimité. Finalement, selon Connor (2002), deux logiques se sont progressivement mises en place quant au recours aux médicaments psychotropes : à l'approche traditionnelle fondée sur le diagnostic principal ou *primary illness approach*

s'est ajoutée une approche par symptômes (*target symptoms*). Cette deuxième stratégie cible des symptômes spécifiques – par exemple, l'agression et les problèmes de sommeil – peu importe le diagnostic psychiatrique principal. Selon Jensen *et al.* (1999), ce paradigme rend compte de 80 % des prescriptions faites aux jeunes.

Selon Martin *et al.* (2003), le fait d'être placé dans une ressource de l'État (*state custody*) est le facteur le plus fortement associé à la prise de médicaments psychotropes. Aux États-Unis, cinq autres équipes de recherche se sont intéressées aux milieux de la réadaptation, les prévalences de prescription obtenues variant entre 30 % (DosReis *et al.*, 2001) et 76 %. Dans tous ces milieux, les psychostimulants (Ritalin®, Dexedrine®, Concerta®), les antidépresseurs (Paxil®, Luvox®, Celexa®) et les antipsychotiques de nouvelle génération (Risperdal® et Seroquel®) sont les molécules les plus souvent prescrites.

Jusqu'à tout récemment, aucune des questions précédentes relatives à la psychopharmacologie n'avait été abordée à grande échelle dans les centres jeunesse du Québec. En deux ans, notre équipe a d'abord cerné l'ampleur du phénomène : de 19,8 % à 42 % des jeunes de 6 à 18 ans hébergés dans les centres jeunesse reçoivent une médication psychotrope (Lafortune *et al.*, 2004; Lafortune *et al.*, soumis). Des différences régionales peuvent être observées, les régions éloignées affichant des taux plus élevés que les grands centres urbains. Nos travaux montrent aussi que les médicaments psychotropes sont plus utilisés dans certains types de ressources, à savoir les unités d'encadrement intensif, les services spécialisés en déficience intellectuelle et les foyers de groupes pour les enfants de 6 à 12 ans. Finalement, des analyses préliminaires de la banque de données ont été effectuées par Desjardins. À partir des résultats d'un sous-échantillon de 103 adolescents au CBCL, Desjardins révèle qu'entre les jeunes médicalisés et non médicalisés, on peut relever une différence significative au niveau de l'importance des problèmes de la pensée ($z = -2,91$, $p = 0,004$) et du déficit d'attention ($z = -2,82$, $p = 0,005$), les jeunes médicalisés présentant davantage de symptômes.

Bref, les premières études de Lafortune *et al.* (2004; soumis; en préparation) ont permis d'identifier les régions géographiques et le type de ressources d'hébergement où l'on retrouve le plus de jeunes sous médication psychotrope : les unités d'encadrement intensifs, les foyers spécialisés et les foyers de groupe pour 6 à 12 ans. Mais elles ne permettent d'analyser le recours à ces molécules qu'à la lumière des résultats obtenus aux diverses échelles du CBCL d'Achenbach (alors utilisé comme *proxy* pour évaluer les troubles mentaux). Qu'elles soient américaines ou québécoises, nous ne disposons que de très peu de données permettant de

mettre les paramètres d'utilisation des médicaments psychotropes en rapport avec les troubles mentaux diagnostiqués ou avec le niveau de fonctionnement global des jeunes placés.

4. DÉBATS ET CONTROVERSES ENTOURANT LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Partout en Amérique du Nord, les intervenants psychosociaux sont de plus en plus invités à conceptualiser les problématiques cliniques qu'ils rencontrent en y intégrant une dimension biologique (Bentley et Walsh, 1996; Moses, 2003; Pincus *et al.*, 1999). Ainsi, le clinicien habitué à se représenter les difficultés du jeune comme une réaction à des stressseurs environnementaux (p. ex. la négligence ou le mode de vie inapproprié des parents) est maintenant amené à identifier les symptômes pouvant répondre à un médicament psychotrope. Si le jeune répond bien au traitement pharmacologique, celui-ci sera habituellement mis en place pour une longue période. Parfois, il deviendra même le seul et unique traitement durable (Joseph, 1997). Ainsi, l'imposant état des connaissances de plus de 450 pages intitulé *Mental Health: A Report of the Surgeon General* mentionne qu'auprès des jeunes, les psychothérapies sont devenues un traitement de deuxième intention. « Les psychothérapies sont des solutions qui prennent une importance particulière pour les jeunes qui sont incapables de tolérer une médication ou ceux dont les parents préfèrent ne pas y recourir. Elles sont aussi importantes pour les conditions pour lesquelles aucune médication n'est d'une efficacité bien démontrée » (p. 140).

Cette hausse importante des prescriptions de médicaments psychotropes ne s'est pas faite sans heurts dans les milieux de pratique. De manière générale, au cours des années 1970 et 1980, plusieurs intervenants psychosociaux étaient résistants au « modèle médical », qui était alors considéré comme une approche trop individuelle, « décontextualisée » et imposant à la personne consultante un « rôle de patient » (Davidson et Jamison, 1983; Matorin et De Chillo, 1984). Aujourd'hui, si de nombreux représentants du monde biomédical affirment que les traitements pharmacologiques suscitent de grands espoirs, qu'ils diminueront à la longue la stigmatisation des jeunes et amélioreront leur qualité de vie (Greenhill *et al.*, 1996), certains n'en craignent pas moins que la « biologisation » des pratiques cliniques esquive un certain nombre d'enjeux sociaux importants: pauvreté, discrimination raciale, éclatement des familles et insertion socioprofessionnelle des jeunes (Breggin et Cohen 1999; Tesh, 1988; Lupton, 1995). D'autres considèrent que les « troubles mentaux » sont

surdiagnostiqués, un point de vue illustré par ce titre tiré du *New York Times*: « *Apparently childhood is now in itself a psychiatric disorder* » (Kahn, 2000). Depuis cinq ans, un nombre sans cesse croissant d'auteurs de toute formation s'inquiètent de l'écart important qui se creuse entre la pratique et l'état des connaissances nécessaires à une prescription avertie (Hirtz et Fitzsimmons, 2002; Jensen, 2000; Sparks, 2002). Ainsi, Gadow (1997) écrit : « probablement que le changement le plus prévisible dans les modalités d'usage des médicaments, au fil des ans, est la célébrité momentanée de nouveaux produits, souvent adoptés en l'absence complète d'études bien contrôlées indiquant leur sécurité et leur efficacité auprès des jeunes » (p. 230). Nombreux sont ceux, enfin, qui spéculent sur la possibilité que l'utilisation des molécules psychotropes soit fortement soutenue par l'industrie pharmaceutique (Als-Nielsen *et al.*, 2003; Bekelman *et al.*, 2003), par des groupes d'instituteurs ayant du mal à gérer leurs classes et par des associations de parents épuisés (Armstrong, 1993).

L'orientation théorique des intervenants aurait à voir avec la perception des médicaments psychotropes. Johnson *et al.* (1998) ont étudié le point de vue des travailleurs sociaux et observé que les cliniciens adhérant à une approche cognitivo-behaviorale ou une orientation neuropsychologique ont une attitude beaucoup plus positive envers les médicaments psychotropes que leurs collègues d'orientation psychodynamique/psychanalytique ou systémique. De Chillo (1993; De Chillo *et al.*, 1994) ajoute que les tenants d'une approche biologique sont, étonnamment, plus portés à collaborer avec les parents que ceux qui se réfèrent davantage à des explications psychologiques ou sociales. En effet, à l'explication biologique sont souvent opposés la recherche des dysfonctionnements familiaux, l'adoption d'attitudes « paternalistes » par les cliniciens, voire des blâmes plus ou moins explicites des parents. L'orientation théorique des intervenants semble donc façonner non seulement les attitudes envers la médication psychotrope, mais aussi la façon d'approcher la famille.

5. PERCEPTIONS ET ATTENTES DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

De plus en plus répandus, les médicaments psychotropes prescrits aux jeunes n'en font pas moins l'objet d'importants débats. Or, nous ne connaissons que très peu les attentes, perceptions et rôles des intervenants impliqués auprès du jeune lorsqu'il y a recours à ces molécules en centre de réadaptation. S'intéressant au travail multidisciplinaire, Biadi-Imhof (1998) a étudié les attentes spécifiques formulées par différentes catégories de professionnels (psychiatres, psychologues, infirmières, etc.) en

matière de médicaments psychotropes. Elle conclut que les différentes professions ne se représentent pas le médicament de la même façon. Par exemple, pour le médecin prescripteur, chaque classe de molécules a ses indications principales et secondaires. Les signes et symptômes posent alors la question du « potentiel de réponse pharmacologique » (Walkup, 1995). Advenant qu'une médication soit proposée, l'évolution du cas soulève aussi des questions relatives au dosage et à ses modifications, aux interventions psychosociales concomitantes, aux substitutions ou ajouts de molécules, aux interactions entre les médicaments et au soulagement des effets secondaires indésirables (Rush et Prien, 1995).

Pour les intervenants psychosociaux, les médicaments se présentent sous un angle bien différent. En effet, la grande prévalence des traitements pharmacologiques est souvent une réalité dont ils ne prennent conscience qu'au moment d'intégrer le marché du travail, leur formation universitaire n'abordant que très peu ces questions (Bentley et Reeves, 1992). Ainsi, selon Johnson *et al.* (1990), ces intervenants auraient tout avantage à « connaître la terminologie médicale et avoir suffisamment de connaissances médicales pour compiler les données pertinentes, poser les bonnes questions, être convaincants au moment de demander une réévaluation et pouvoir évaluer si le médecin ou le psychiatre traitant paraît évasif, non averti (*uninformed*), voire négligent » (p. 112). Au Québec, la majorité des éducateurs en centre de réadaptation disent éprouver un malaise au moment d'accompagner les jeunes qui consomment des médicaments psychotropes. Ils considèrent ne pas avoir suffisamment de connaissances en matière de psychopharmacologie et, de ce fait, ils consultent régulièrement les infirmières de leur établissement (Bouchard et Lafortune, soumis). Il est vrai qu'ils ont potentiellement accès à un volume imposant d'informations, largement attribuable aux médias et à l'Internet (Jadad et Gagliardi, 1998 ; Tatsioni *et al.*, 2003). Nous ne savons pas toutefois si ces informations sont effectivement consultées, ni ce qui en est retenu. De plus, nous ignorons quel est leur effet sur les attentes, attitudes et rôles. S'il est possible que ces informations rendent les intervenants plus réceptifs aux médicaments, elles pourraient aussi les amener à être plus critiques. Si elles peuvent faciliter le travail multidisciplinaire, elles peuvent tout autant contribuer à une « attrition » du rôle du médecin, désormais comme un simple prescripteur ou comme un « intermédiaire obligé ». Il s'agit là de questions encore inexplorées dans ce milieu de pratique.

Les deux seules études disponibles s'intéressant à la perspective des intervenants jeunesse (*youth workers*) révèlent qu'ils sont passablement divisés sur la nécessité, l'efficacité et la sécurité des médicaments psychotropes (Johnson *et al.*, 1998 ; Moses, 2003). Au Québec, une majorité d'éducateurs

espèrent que la prise de médicaments psychotropes contribuera à rendre les jeunes plus disponibles à leur action éducative ou thérapeutique (Bouchard et Lafortune, soumis). Ils s'attendent, par exemple, à ce que les adolescents inattentifs soient en mesure de se concentrer davantage, que les jeunes explosifs puissent mieux contenir leur impulsivité, que les jeunes angoissés puissent considérer l'adversité avec plus de calme et que tous puissent mieux fonctionner dans leur vie quotidienne. En bout de ligne, les intervenants espèrent qu'en apaisant les symptômes associés aux troubles mentaux, le traitement pharmacologique permettra aux jeunes de prendre part à des activités éducatives d'une autre nature, requérant réflexion et efforts soutenus. Cependant, tout en entretenant ces attentes positives, nombreux sont les intervenants qui craignent que la médication ne soit devenue qu'un instrument de gestion du comportement ou de gestions des risques.

6. RÔLES DES MÉDECINS PRESCRIPTEURS ET DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

Dans le suivi d'un jeune sous médication, nombreux sont les rôles à jouer : *i)* recommander certaines catégories de médicaments ou certains dosages ; *ii)* encourager le jeune à adhérer au traitement (Baestiens, 1992, 1995) ; *iii)* recueillir et transmettre à ses collègues des informations quant aux besoins et progrès du jeune ou *iv)* quant à son histoire psychosociale ; *v)* se faire le représentant des souhaits du jeune et de sa famille ; *vi)* informer le jeune et sa famille des risques et avantages rattachés aux médicaments psychotropes (Moses, 2003). Via l'analyse des rôles, sont ici introduites les notions d'identité, de champ de compétences, d'actes et de responsabilités professionnelles. Selon le NIMH, il importe d'étudier ces questions puisque le contexte « réel » dans lequel est utilisé un médicament psychotrope a probablement un impact sur son efficacité, son innocuité, de même que sur l'observance de jeune.

De fait, dans les centres jeunesse, le médecin prescripteur est généralement un consultant *occasionnel et extérieur* (dans 80 % des cas, Lafortune *et al.*, 2004). Le contexte de la prescription est donc souvent modulé par la demande des intervenants ou des proches. Si la requête est faite par les éducateurs, elle risque d'être en lien avec des contextes spécifiques tels que les cas difficiles, l'escalade, l'impasse ou l'absence d'autres stratégies de soins. Si la prescription a débuté avant le placement, le demandeur risque plutôt d'être l'un des proches. Dans ce rôle de consultant, le prescripteur a probablement à se familiariser avec les stratégies d'intervention propres à un environnement qui n'est pas un milieu médical

traditionnel. À notre connaissance, toutefois, aucune étude n'a encore été menée auprès des médecins généralistes et spécialistes qui interviennent auprès des jeunes placés. Quant aux intervenants psychosociaux, si l'on se fie aux travaux de Berg et Wallace (1987), ils risquent d'être enclins à choisir l'un de ces rôles : « assistant du médecin », « consultant-collaborateur du médecin »... ou plutôt « avocat du patient » (voir aussi Bentley *et al.*, 1990 ; Bentley et Walsh, 1996 ; Gerhart et Brooks, 1983 ; Mizrahi et Abramson, 2000 ; Moses, 2003). Le premier de ces rôles est assumé par les intervenants qui ne remettent pratiquement jamais en question les décisions du médecin et qui tâchent plutôt d'aider le jeune à être observant. Le rôle de consultant-collaborateur est revêtu par les intervenants qui réussissent à établir une relation active, synergique, caractérisée par la confiance et la répartition des tâches. Quant au troisième rôle, celui d'avocat, il est endossé par ceux qui se consacrent essentiellement à la défense des droits et des intérêts des jeunes, ici considérés comme étant en position de vulnérabilité. Il consiste généralement à faire des représentations (*advocacy*) auprès des médecins, vus comme des intervenants en position d'autorité. En centre de réadaptation, ces trois rôles peuvent très bien éclairer les propos de la plupart des éducateurs.

Par ailleurs, dans ces centres, l'accompagnement au quotidien des jeunes sous médication pose des difficultés, parmi lesquelles figure au premier rang le sentiment d'impuissance des intervenants psychosociaux. Le groupe de travail coordonné par Chagnon et Laframboise (2005) a tenté de recenser, avec très peu de succès, les activités, programmes ou projets qui, au Centre jeunesse de Montréal, viseraient spécifiquement la santé mentale des jeunes et de leurs parents. Pourtant, il est inévitable que les jeunes placés et prenant une médication vivent des situations de crise et d'impasse. De telles crises surviendront habituellement dans des contextes de tension, d'épuisement des intervenants et lors de périodes plus critiques où les ressources sont moins accessibles, telles les périodes de vacances, les congés ou les fins de semaine (Gaudet et Chagnon, 2003). Cette situation risque fort de conduire à une surutilisation des salles d'urgence pédopsychiatrique. Enfin, selon Chagnon et Laframboise (2005), plusieurs irritants minent la qualité des stratégies de partenariat entre les intervenants en centres jeunesse et ceux des milieux hospitaliers, notamment des désaccords : *i*) quant à la définition de ce qu'est une urgence pédopsychiatrique, *ii*) quant aux critères utilisés pour déterminer les modalités d'accès rapide aux services, *iii*) quant aux attentes non comblées des intervenants dans les deux réseaux et *iv*) quant aux défaillances dans la transmission d'informations entre les équipes ou établissements.

Par rapport à l'étude des perceptions, attentes et rôles, soulignons que la plupart des enquêtes réalisées jusqu'ici ont interrogé les opinions *générales* des intervenants plutôt que de les inviter à ancrer leurs réponses *dans un cas précis*. Or ce type d'étude (*practice-based research*), mis de l'avant par Zarin *et al.* (1997) pour cerner les pratiques des psychiatres, paraît aussi nécessaire auprès des intervenants psychosociaux. Il serait aussi capital de s'intéresser aux répercussions de la médication psychotrope sur l'organisation des services et des stratégies de partenariat (p. ex. les besoins de formation continue, le développement d'instruments cliniques communs, l'accès en temps opportun à des services de qualité, la liaison et la coordination des services et la gestion des situations d'urgence).

7. VALEUR SYMBOLIQUE DU MÉDICAMENT ET ENJEUX DU DÉVELOPPEMENT À L'ADOLESCENCE

De manière générale, les écrits en sociologie de la santé et en anthropologie médicale témoignent amplement du rôle symbolique du médicament dans le cadre de la relation entre patients et médecins. Les significations attachées à l'acte d'ingérer un médicament dépassent de beaucoup les propriétés proprement pharmaceutiques attribuées aux substances, tel qu'en témoigne par exemple l'effet placebo (Greene *et al.*, 2001). Selon Van der Geest *et al.* (1996), dans le cadre de la relation thérapeutique, le médicament assume une fonction métaphorique. En effet, par sa matérialité, il devient un objet concret de soulagement ou encore la preuve tangible d'un état de maladie. Mais il assume également une fonction métonymique lorsqu'il est perçu comme incorporant en lui-même l'expertise du médecin et sa capacité de soigner. De ce fait, le « médicament comme objet » peut être dissocié de l'expertise du prescripteur, résumer celle-ci et exister de façon autonome. Bradley (2003) reprend à sa façon quelques-unes de ces questions sous l'angle du « triangle thérapeutique » qui s'installe lorsqu'un médecin et un intervenant psychosocial prennent conjointement en charge le patient. Elle écrit : « ces relations triangulaires sont influencées par les croyances relatives à la maladie et au traitement, les conditions historiques et culturelles entourant la pratique, les théories et valeurs professionnelles et les réactions transférentielles/contre-transférentielles » (p. 47).

Quelques auteurs se sont intéressés à la valeur symbolique des médicaments psychotropes pour les jeunes (p. ex. Masi *et al.*, 1996; Sleator *et al.*, 1982; Whalen et Henker, 1991) et aux interactions entre leur consommation et certains enjeux du développement de l'enfance ou de l'adolescence (Boice, 1998; Rappaport et Chubinsky, 2000; Schowalter, 1989). Ainsi, même s'ils reconnaissent qu'elle les aide, la plupart des jeunes

n'aiment pas prendre de médication psychotrope. Bowen *et al.* (1991) regroupent 58 jeunes prenant des psychostimulants et observent que, même si 89 % des participants reconnaissent que la médication est utile, 40 % d'entre eux expriment des sentiments de stigmatisation et de grandes inquiétudes par rapport aux effets du médicament à long terme. Frankenberger (2001) obtient des résultats analogues après avoir interrogé 651 étudiants prenant des psychostimulants : 50 % d'entre eux souhaiteraient interrompre leur traitement. Selon Scott, Lore et Owen (1992), les adolescents psychiatisés adhèrent fortement à l'idée que « *les gens devraient résoudre leurs problèmes par eux-mêmes* ».

Dans le cadre de nos travaux, afin de mieux comprendre de quelle manière les adolescents placés en centre jeunesse se représentent la médication psychotrope et de cerner la place qu'elle prend dans les relations thérapeutiques triangulaires (*cf.* Bradley, 2003), 50 adolescents ont été rencontrés dans le cadre d'un entretien semi-dirigé. Quatre enjeux du développement psychologique ont alors été isolés, à savoir : *i*) la nécessité de contenir les excitations, l'intensité des émotions et l'impulsivité ; *ii*) les préoccupations relatives à l'autonomie et à la volonté ; *iii*) le réaménagement de la relation avec les adultes, notamment sous l'angle des rapports d'autorité ; *iv*) enfin, l'oscillation entre des désirs de différenciation et d'intégration sociale. La grande majorité des répondants ont admis que la médication les calme et apaise leurs impulsions agressives, parfois même sexuelles (« *Parce que j'étais trop excité* » ; « *Pour m'aider à me calmer* » ; « *Pour mes sautes d'humeur* »). Par rapport aux enjeux d'autonomie et de dépendance, une majorité de jeunes placés attribuent aux médicaments psychotropes une fonction « orthopédique ». En effet, les métaphores de béquilles, lunettes et autres appareils correcteurs suggèrent une perception ambivalente du médicament, tantôt perçu comme un soutien, tantôt comme une menace à l'autonomie. Plusieurs des participants ont dit d'ailleurs faire des sevrages pour mettre se mettre à l'épreuve (« *Je n'veux plus prendre de médicaments parce que je veux voler de mes propres ailes* »). Le recours aux médicaments psychotropes soulève aussi de vifs enjeux relatifs à l'autorité, à l'affirmation de ses droits à l'autodétermination et à la négociation des règles. Il s'agit alors de définir ce qu'est l'autorité du médecin et des intervenants, l'exercice du contrôle coercitif risquant à tout moment de mener à une escalade : « *Je les jette dans le lavabo (rives)* » ; « *Non je me battais pareil, y'a aucun médicament qui va faire effet sur moi, sérieusement* » ; « *Si jamais je suis fâché je vais les jeter à la poubelle* ». Enfin, dès 1972, Erikson a souligné l'importance, pour les adolescents, de se situer entre un désir de différenciation et un désir d'intégration sociale, le tout impliquant des enjeux narcissiques, de fierté ou de honte d'assumer ses différences. Les entretiens montrent bien que les jeunes des centres jeunesse sont partagés, les molécules étant parfois, pour eux, des vecteurs d'intégration sociale

(« Avant, j'étais toujours sorti de classe, pis j'étais toujours suspendu » ; « Puis je trouve que ça me fait du bien en même temps de pas toujours énerver les autres »), parfois au contraire une stigmatisation embarrassante (« T'sais c'est pas le fun : t'es dans un restaurant pis là faut que tu prennes tes pilules devant tout le monde »).

8. CONCLUSION

Que ce soit en matière de troubles du comportement, d'hyperactivité, de risques suicidaires ou de consommation problématique de substances, la plupart des lignes directrices pour professionnels (*clinical guidelines*) insistent sur la nécessité de mettre en place une approche concertée, impliquant la famille, ainsi que les milieux scolaires, médicaux et sociaux. Dans presque tous ces cas, le médicament psychotrope est présenté comme un outil parmi d'autres, devant faire partie d'une prise en charge dite « multimodale et multidisciplinaire ». Malheureusement, à la lumière des travaux que nous avons recensés et personnellement réalisés, il faut bien reconnaître qu'il est plus difficile de mettre en place ces liens de collaboration et de partenariat que de les recommander. En effet, s'il est admis que le méthylphénidate est un médicament controversé, il nous faut maintenant envisager la possibilité que les antidépresseurs de type IRSR, de même que les antipsychotiques atypiques tels que la rispéridone, risquent aussi de déclencher les passions dans la population et les milieux professionnels.

Au Québec, dans les centres de réadaptation pour jeunes faisant l'objet d'un placement, le débat sur la place des médicaments psychotropes est bien présent. Des divergences de point de vue peuvent apparaître à différents niveaux : la définition même de ce qu'est un « problème de santé mentale », la distinction entre ce qu'est un « problème de santé mentale » et un « problème relevant de la pédopsychiatrie », des interrogations par rapport à la validité des diagnostics posés (tendance aux surdiagnostics ? aux sous-diagnostics ? à des diagnostics temporairement « à la mode » ?), des débats portant sur l'explication ou l'étiologie des tableaux cliniques, ainsi que sur l'orientation des « meilleures pratiques » et des « pratiques réelles ».

Pour poursuivre la réflexion sur ces questions controversées, nous privilégions un cadre conceptuel qui soit à la fois systémique et heuristique. Par « systémique », il faut entendre la nécessité d'étudier les médicaments psychotropes en tenant compte des diverses options possibles, des coûts et des ressources disponibles, des valeurs des patients et des valeurs sociales. Au Québec, depuis quelques années, le paradigme de l'usage

rationnel du médicament (le bon médicament, à la bonne dose, au bon patient) tend d'ailleurs à être remplacé par celui de l'usage optimal. Ce paradigme est d'analyser, notamment, les questions relatives aux rôles des intervenants et à l'organisation des services. Par « heuristique », il faut comprendre que les questions du jugement professionnel et de la décision clinique sont complexes, tout décideur étant appelé à faire des choix dans un contexte de rationalité et d'incertitude relatives. L'heuristique désigne justement l'étude des processus cognitifs du clinicien : ses raisonnements, ses jugements et ses décisions. De ce point de vue, pour les médecins prescripteurs, les premiers facteurs associés au recours à la médication peuvent être posés en termes de connaissances scientifiques. Toutefois, les notions de champ de compétences et d'identité professionnelle doivent aussi être considérées, tout comme il faut envisager que le recours aux médicaments psychotropes soulève des enjeux déontologiques relatifs à la gestion des risques. Les intervenants psychosociaux, de leur côté, sont invités à conceptualiser les problématiques cliniques en y intégrant une dimension biologique et à identifier les symptômes pouvant répondre à un médicament psychotrope. Dans le suivi d'un jeune sous médication, ils risquent d'être enclins à choisir l'un de ces rôles : « assistant du médecin », « consultant-collaborateur du médecin », ou plutôt « avocat du patient », qui tous évoquent des enjeux d'expertise et d'autorité.

L'approfondissement de la réflexion sur la place des médicaments psychotropes dans la prise en charge des jeunes placés nécessite enfin de nouvelles avenues de recherches. L'angle d'approche que nous privilégions est double : 1) une démarche diachronique (à travers des analyses documentaires) visant à examiner l'évolution, depuis le début des années 1980, des nosographies et des indications pour lesquelles les médicaments psychotropes sont prescrits aux jeunes placés ; 2) une approche synchronique (à travers des entretiens ou *focus groups* de cliniciens) visant à cerner les facteurs professionnels et sociaux qui modulent la relation thérapeutique. Ces deux volets se complètent l'un l'autre : l'analyse documentaire systématique permet de cerner ce qui est publié/ diffusé, tandis que l'analyse du discours permet de saisir comment ces informations sont disponibles, intégrées à d'autres, ajustées en fonctions de facteurs professionnels et sociaux, puis mises en application dans des contextes de pratique réelle.

BIBLIOGRAPHIE

- AACAP (2001). «Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n° 40, p. 7-21.
- ACHENBACH, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, University of Vermont, Department of Psychiatry.
- ALS-NIELSEN, B., W. CHEN, C. GLUUD et L.L. KJAERGARD (2003). «Association of Funding and Conclusions in Randomized Drug Trials: A Reflection of Treatment Effect or Adverse Events?», *Journal of the American Medical Association*, vol. 290, n° 7, p. 921-928.
- ARMSTRONG, L. (1993). *And They Call It Help: The Psychiatric Policing of America's Children*, Boston, Addison Wesley.
- BASTIAENS, L. (1995). «Compliance with Pharmacotherapy in Adolescents: Effects of Patients' and Parents' Knowledge and Attitudes toward Treatment», *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 5, n° 1, p. 39-48.
- BASTIAENS, L. (1992). «Knowledge, Expectations and Attitudes of Hospitalized Children and Adolescents in Psychopharmacological Treatment», *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, n° 3, p. 157-171.
- BEKELMAN, J.E., A.B. YAN LI et C.P. GROSS (2003). «Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research: A Systematic Review», *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, n° 4, p. 454-465.
- BENTLEY, K. et J. REEVES (1992). «Integrating Psychopharmacology into Social Work Curriculum: Suggested Content and Resources», *Journal of Teaching in Social Work*, vol. 6, n° 2, p. 41-58.
- BENTLEY, K., M.K. ROSENSON et J.M. ZITO (1990). «Promoting Medication Compliance: Strategies for Working with Families of Mentally Ill People», *Social Work*, vol. 35, n° 3, p. 274-277.
- BENTLEY, K. et J. WALSH (1996). *The Social Worker and Psychotropic Medication*, New York, Brooks/Cole.
- BERG, W.E. et M. WALLACE (1987). «Effect of Treatment Setting on Social Workers' Knowledge of Psychotropic Drugs», *Health and Social Work*, vol. 12, n° 2, p. 144-152.
- BIADI-IMHOF, A. (1998). «Le médicament psychotrope et les attentes des soignants», *PRISME*, vol. 8, n° 1, p. 238-251.
- BOICE, M.M. (1998). «Chronic Illness in Adolescence», *Adolescence*, vol. 33, n° 132, p. 927-939.
- BOUCHARD, R. et D. LAFORTUNE (soumis). «La psychopharmacologie et l'observance du traitement dans les centres de réadaptation, telles que perçues par les éducateurs».
- BOWEN, J., T. FENTON et L. RAPPAPORT (1991). «Stimulant Medication and Attention Deficit-Hyperactivity Disorder», *American Journal of Diseases of Children*, vol. 145, n° 3, p. 291-295.

- BRADLEY, S.S. (2003). « The Psychology of the Psychopharmacology Triangle: The Client, the Clinicians and the Medication », *Social Work in Mental Health*, vol. 1, n° 4, p. 29-50.
- BREGGIN, P.R. et D. COHEN (1999). *Your Drug May Be Your Problem*, Reading (Mass.), Perseus.
- CHAGNON, F. (1998). « Trois modèles pour une réflexion sur la relation entre le suicide et la violence chez les jeunes en centres jeunesse », *Défi Jeunesse*, vol. 4, n° 4, p. 27-35.
- CHAGNON, F. et J. LAFRAMBOISE (2005). *État de la situation sur la santé mentale des adolescents de 12-17 ans au Centre jeunesse M-IU*. Montréal, Centre jeunesse de Montréal/Institut universitaire.
- COCOZZA, J. (1992). *Responding to the Mental Health Needs of Youth in the Juvenile Justice System*, Seattle, The National Coalition for the Mentally Ill in the Criminal Justice System.
- COLLIN, J., H. DOUCET, D. LAFORTUNE, L. MONNAIS, M. OTERO, M.E. BLANC et M. PROULX (2005). *Le médicament comme objet social et culturel: recension des écrits et propositions sur les perspectives et les objets de travail à prioriser*, Conseil de la santé et du bien-être, Québec, Gouvernement du Québec, 85 p.
- COMITÉ MINISTÉRIEL SUR L'IMPUTABILITÉ ET LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS POUR LA CLIENTÈLE JEUNESSE MULTIPROBLÉMATIQUE (2003). *Rapport intérimaire*, Québec.
- CONNOR, D.F. (2002). *Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Research and Treatment*, New York, Guilford.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (2001). *Quel temps pour les jeunes? La participation sociale des jeunes*, avis, Québec, Gouvernement du Québec.
- CORRIVEAU, P. (2000). *L'accès aux services internes en centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation des cinq régions du grand Montréal*, Québec, MSSS.
- CROMER, B. et K. TARNOWSKI (1998). « Non-compliance in Adolescents: A Review », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 10, n° 4, p. 207-215.
- DAVIDSON, M. et P. JAMISON (1983). « The Clinical Social Worker and Current Psychiatric Drugs: Some Introductory Principles », *Clinical Social Work Journal*, vol. 11, n° 2, p. 139-150.
- DE CHILLO, N. (1993). « Collaboration Between Social Workers and Families of Patients with Mental Illness », *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, p. 104-115.
- DE CHILLO, N., P. KOREN et K. SCHULTZE (1994). « From Paternalism to Partnership: Family and Professional Collaboration in Children's Mental Health », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 64, n° 4, p. 564-576.
- DOSREIS, S., J.M. ZITO, D.J. SAFER et K.L. SOEKEN (2001). « Mental Health Services for Youths in Foster Care and Disabled Youths », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 7, p. 1094-1099.
- EHRENBERG, A. et A.M. LOVELL (2001). *La maladie mentale en mutation: psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob.

- ERIKSON, E. (1972). *Adolescence et crise: la quête d'identité*, Paris, Flammarion.
- FARMER, E.M., B.J. BURN, M.V. CHAPMAN, S.D. PHILLIPS, A. ANGOLD et E.J. COSTELLO (2001). « Use of Mental Health Services by Youth in Contact with Social Services », *Social Service Review*, décembre, p. 605-624.
- FRANKENBERGER, W. (2001). « Use of Stimulant Medication for Treatment of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: A Survey of Middle and High School Students's Attitudes », *Psychology in the Schools*, vol. 38, n° 6, p. 569-584.
- GADOW, K.D. (1997). « An Overview of Three Decades of Research in Pediatric Psychopharmacology », *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 7, n° 4, p. 219-236.
- GARLAND, A.F., R.L. HOUGH, K.M. MCCABE, M. YEH, P.A. WOOD et G.A. AARONS. (2001). « Prevalence of Psychiatric Disorders in Youths across Five Sectors of Care », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 40, p. 409-418.
- GAUDET, J. et F. CHAGNON (2003). *Étude des besoins prioritaires en matière de programmes chez les adolescents au Centre jeunesse M-IU*, Montréal, Centre jeunesse de Montréal.
- GERHART, U. et A. BROOKS (1983). « The Social Worker and Antipsychotic Medications », *Social Work*, p. 454-460.
- GREENE, P.J., P.M. WAYNE, C.E. KERR, W.A. WEIGER, E. JACOBSON, P. GOLDMAN et T.J. KAPTCHUK (2001). « The Powerful Placebo: Doubting the Doubters », *Advances in Mind-Body Medicine*, vol. 17, n° 4, p. 298-307.
- GREENHILL, L.L., H.B. ABIKOFF, E. ARNOLD, D.P. CANTWELL, K. CONNERS, G. ELLIOTT *et al.*, (1996). « Medication Treatment Strategies in the MAT Study: Relevance to Clinicians and Researchers », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, n° 10, p. 1304-1313.
- GUPTA, V.B. (2000). « The Escalating Use of Psychotropic Medications to Treat Behavior Problems in Preschoolers », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 2, n° 5, p. 391.
- HARMAN, J.S., G.E. CHILDS et K.J. KELLEHER (2000). « Mental Health Care Utilization and Expenditures by Children in Foster Care », *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 154, p. 1114-1117.
- HAZEN, A.L., R.L. HOUGH, J.A. LANDSVERK et P.A. WOOD (2004). « Use of Mental Health Services by Youths in Public Sectors of Care », *Mental Health Services Research*, vol. 6, n° 4, p. 213-226.
- HIRTZ, D.G. et L.G. FITZSIMMONS (2002). « Regulatory and Ethical Issues in the Conduct of Clinical Research Involving Children », *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 14, p. 669-675.
- JADAD, A.R. et A. GAGLIARDI (1998). « Rating Health Information on the Internet: Navigating to Knowledge or to Babel? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 279, n° 8, p. 611-614.
- JENSEN, P.S. (2000). « Ethical and Pragmatic Issues in the Use of Psychotropic Agents in Young Children », *Child and Adolescent Psychopharmacology News*, vol. 5, n° 2, p. 7-11.

- JENSEN, P.S., V.S. BHATARA, B. VITIELLO, K. HOAGWOOD, M. FEIL et L.B. BURKE (1999). « Psychoactive Medication Prescribing Practices for U.S. Children : Gaps between Research and Clinical Practice », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 38, n° 5, p. 557-565.
- JOHNSON, H.C., E.F. RENAUD, D.T. SCHMIDT et E.J. STANEK (1998). « Social Workers' Views of Parents of Children with Mental and Emotional Disabilities », *Families in Society*, vol. 79, n° 2, p. 173-187.
- JOHNSON, H., S. ATKINS, S. BATTLE, L. HERNANDEZ-ARATA, M. HESSELBROCK, M. LIBASSI et M. PARISH (1990). « Strengthening the "Bio" in the Biopsychosocial Paradigm », *Journal of Social Work Education*, vol. 26, n° 2, p. 109-113.
- JOSEPH, S. (1997). *Symptom-focused Psychiatric Drug Therapy for Managed Care*, Binghamton (N.Y.), Haworth Medical Press.
- JUREIDINI, J.N., C.J. DOECKE, P.R. MANSFIELD, M.M. HABY, D.B. MENKES et A.L. TONKIN (2004). « Efficacy and Safety of Antidepressants for Children and Adolescents », *British Medical Journal*, vol. 328, p. 879-883.
- KAHN, J. (2000). « Apparently, Childhood is Now in Itself a Psychiatric Disorder », *New York Times*, 23 février, p. A-14.
- KIRK, S. et H. KUTCHINS (1992). *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York, Walter de Gruyter.
- LACOUR, M. et al. (2004). *De la complicité à la coresponsabilité: rapport du comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille*, rapport soumis à la sous-ministre adjointe à la Direction générale des services sociaux.
- LADOUCEUR, C. et J. LECLAIRE (2003). *État de situation des services psychiatriques et/ou neurologiques de la clientèle hébergée au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire*, Direction des services professionnels et de la recherche.
- LAFORTUNE, D., J. COLLIN et C. LAURIER (en préparation). « Geographic Variation in the Prevalence of Psychotropic Medication Use among Foster Youth ».
- LAFORTUNE, D., C. LAURIER et J. COLLIN (soumis). « Prevalence and Patterns of Psychotropic Medication in Youths Residing in Rehabilitation Centers in Montreal ».
- LAFORTUNE, D., C. LAURIER et F. GAGNON (2004). « Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments chez les sujets placés en Centre jeunesse », *Revue de psychoéducation et d'orientation*, vol. 33, n° 1, p. 157-176.
- LANDSVERK, J. et A. GARLAND (1999). « Foster Care and Pathways to Mental Health Services », dans P. Curtis et D.E. Grady (dir.), *The Foster Care Crisis: Translating Research into Practice and Policy*, Lincoln, The University of Nebraska Press, p. 193-210.
- LESLIE, L.K., J. LANDSVERK, R. EZZET-LOFSTROM, J.M. TSCHANN, D.J. SLYMEN et A.F. GARLAND (2000). « Children in Foster Care: Factors Influencing Out-patient Mental Health Service Use », *Child Abuse and Neglect*, vol. 24, n° 4, p. 465-476.

- LEXCHIN, J., L.A. BERO, B. DJULBEGOVIC et J. CLARK (2003). « Pharmaceutical Industry Sponsorship and Research Outcome and Quality: Systematic Review », *British Medical Journal*, vol. 326, p. 1167-1170.
- LUPTON, D. (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*, Thousand Oaks, Sage.
- MARTIN, A., T. VAN HOOF, D. STUBBE, T. SHERWIN et L. SCAHILL (2003). « Multiple Psychotropic Pharmacotherapy among Child and Adolescent Enrollees in Connecticut Medicaid Managed Care », *Psychiatric Services*, vol. 54, n° 1, p. 72-77.
- MASI, G., M. MARCHESCHI et L. LUCCHERINO (1996). « Psychotropic Medication in Adolescence: Psychodynamic and Clinical Considerations », *Adolescence*, vol. 31, n° 124, p. 925-933.
- MATORIN, S. et N. DECHILLO (1984). « Psychopharmacology: Guidelines for Social Workers », *Social Casework*, vol. 65, n° 10, p. 579-589.
- MILLER, J.L. (2000). « Psychotropic Drug Use Rising among Preschoolers », *American Journal of Health-system Pharmacy*, vol. 57, n° 8, p. 732-735.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *La protection sur mesure: un projet collectif (Rapport Harvey II)*, Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES DU QUÉBEC (1975). *Rapport du Comité d'étude sur la réadaptation des enfants et adolescents placés en centre d'accueil*, Québec, Ministère des Affaires sociales du Québec.
- MIZRAHI, T. et J. ABRAMSON (2000). « Collaboration between Social Workers and Physicians: Perspectives on a Shared Case », *Social Work in Health Care*, vol. 31, n° 3, p. 1-24.
- MONCRIEFF, J. et M.J. CRAWFORD (2001). « British Psychiatry in the 20th Century: Observations from a Psychiatric Journal », *Social Science and Medicine*, vol. 53, p. 349-356.
- MOSES, T. (2003). *Social Workers' Perspectives on Medicalized Treatment of Youth*, thèse de doctorat non publiée, Los Angeles, University of California.
- NATIONAL MENTAL HEALTH ASSOCIATION (2004). *Mental Health Treatment for Youth in the Juvenile Justice System: A Compendium of Promising Practices*, Alexandria (Virg.), VA, National Mental Health Association.
- OTTO, R., J. GREENSTEIN, M. JOHNSON et R. FRIEDMAN (1992). « Prevalence of Mental Disorders among Youth in the Juvenile Justice System », dans J. Cocozza (dir.), *Responding to the Mental Health Needs of Youth in the Juvenile Justice System*, Seattle, The National Coalition for the Mentally Ill in the Criminal Justice System, p. 7-48.
- PAUZÉ, R. et al. (2000). *Les soins aux jeunes en difficulté – Volet 1: Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des premiers mois*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales des enfants.

- PINCUS, H.A., D.A. ZARIN, T.L. TANIELIAN, J.L. JOHNSON, J.C. WEST, A.R. PETTIT, S.C. MARCUS, R.C. KESSLER et J.S. MCINTYRE (1999). «Psychiatric Patients and Treatments in 1997: Findings from the American Psychiatric Practice Research Network», *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, n° 5, p. 441-449.
- PRONOVOST, J. et D. LECLERC (1998). *Le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en centres jeunesse: rapport final*, Montréal, Association des centres jeunesse du Québec.
- RAPPAPORT, N. et P. CHUBINSKY (2000). «The Meaning of Psychotropic Medications for Children, Adolescents and Their Families», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 39, n° 9, p. 1198-1200.
- RUSH, J. et R.F. PRIEN (1995). «From Scientific Knowledge to the Clinical Practice of Psychopharmacology: Can the Gap Be Bridged?», *Psychopharmacology Bulletin*, vol. 31, n° 1, p. 7-20.
- SCHOWALTER, J. (1989). «Psychodynamics and Medication», *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 28, n° 5, p. 681-684.
- SCOTT, C., C. LORE et R. OWEN (1992). «Increasing Medication Compliance and Peer Support among Psychiatrically Diagnosed Students», *Journal of School Health*, vol. 61, n° 2, p. 478-480.
- SHAFFER, D., P. FISCHER, J. PIACENTINI, M. SCHWAB-STONE et J. WICKS (1991). *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.25) – Child Version – Parent Version*, New York, Division of Child and Adolescent Psychiatry, New York State Psychiatric Institute.
- SHIN, S.H. (2005). «Need for and Actual Use of Mental Health Service by Adolescents in the Child Welfare System», *Children and Youth Services Review*, vol. 27, p. 1071-1083.
- SIMEON, J.G., D.M. WIGGINS et E. WILLIAMS (1995). «World Wide Use of Psychotropic Drugs in Child and Adolescent Psychiatric Disorders», *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, vol. 19, p. 455-465.
- SLEATOR, E., R. ULLMAN et A. VON NEUMANN (1982). «How Do Hyperactive Children Feel about Taking Stimulants and Will They Tell Their Doctor?», *Clinical Pediatrics*, vol. 21, p. 474-479.
- SPARKS, J.A. (2002). «Taking a Stand: An Adolescent Girl's Resistance to Medication», *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 28, n° 1, p. 27-38.
- TATSIONI, A., E. GERASI, E. CHARITIDOU, N. SIMOU, V. MAVREAS et P.A. IOANNIDIS (2003). «Important Drug Safety Information on the Internet», *Drug Safety*, vol. 26, n° 7, p. 519-527.
- TESH, S. (1988). *Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy*, Piscataway (N.J.), Rutgers University Press.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville (Md.), Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health.
- VAN DER GEEST, S., S. WHYTE et A. HARDON (1996). «The Anthropology of Pharmaceuticals: A Bibliographical Approach», *American Review of Anthropology*, vol. 25, p. 153-178.

- VITIELLO, B. et K. HOAGWOOD (1997). « Pediatric Pharmacoepidemiology: Clinical Applications and Research Priorities in Children's Mental Health », *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 7, n° 4, p. 287-290.
- WHALEN, C. et B. HENKER (1991). « Social Impact of Stimulant Treatment for Hyperactive Children », *Journal of Disabilities*, vol. 4, n° 4, p. 231-241.
- WALKUP, J.T. (1995). « Clinical Decision Making in Child and Adolescent Psychopharmacology », *Child and Adolescent Clinics of North America*, vol. 4, n° 2, p. 23-40.
- WILENS, T.E., T.J. SPENCER, J.M. SWANSON, D.F. CONNOR et D. CANTWELL (1999). « Combining Methylphenidate and Clonidine: A Clinically Sound Medication Option », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 38, n° 5, p. 614-619.
- ZARIN, D., A. PINCUS, J. WEST et J. MCINTYRE (1997). « Practice-based Research in Psychiatry », *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, n° 9, p. 1199-1208.
- ZITO, J.M., D.J. SAFER, S. DOSREIS, J.F. GARDNER, L. MAGDER, K. SOEKEN, M. BOLES, F. LYNCH et M.A. RIDDLE (2003). « Psychotropic Practice Patterns for Youth: A 10-year Perspective », *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, vol. 157, n° 1, p. 17-25.
- ZITO, J.M., D.J. SAFER, S. DOSREIS, J.F. GARDNER, M. BOLES et F. LYNCH (2000). « Trends in the Prescribing of Psychotropic Medications to Preschoolers », *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, n° 8, p. 1059-1069.

11

**DES RATIONALITÉS PROFANES
À LA COMPRÉHENSION
DU MÉSUSAGE DES MÉDICAMENTS
ANTIHYPERTENSEURS**

Michelle Proulx
Université de Montréal

L'inobservance médicamenteuse a sans doute été le facteur le plus souvent invoqué pour expliquer la difficulté à normaliser l'hypertension artérielle (Oliveria *et al.*, 2002). Cet aspect de l'inobservance médicamenteuse présente assurément un intérêt pour les cliniciens et les chercheurs, d'autant plus que l'hypertension artérielle (HTA) est désormais reconnue comme un problème de santé répandu à l'échelle mondiale, occupant le troisième rang comme facteur responsable d'une forte proportion des décès, après la malnutrition et le tabagisme (Campbell *et al.*, 1999). L'inobservance médicamenteuse a elle-même été largement documentée dans les sciences médicales depuis quarante ans, sans toutefois que les études n'aient produit des résultats pleinement satisfaisants (Donnovan et Blake, 1992).

Les études qui se destinent aux personnes hypertendues ont été pour l'essentiel de type quantitatif et mettent en lumière de multiples facteurs associés à l'inobservance aux médicaments antihypertenseurs. On y compte les caractéristiques sociodémographiques, la spécificité de l'HTA (nature asymptomatique de la maladie), les contraintes du médicament (effets secondaires, inefficacité à stabiliser la pression artérielle), les dimensions cliniques (qualités relationnelles et de communication) et le

soutien des proches (Allen, 1998; Caro *et al.*, 1997; Chockalingam *et al.*, 1998; Freis, 1999; Garrity, 1981; Haynes, 1979; Kruse et Weber, 1990; McClellan *et al.*, 1988; Vaur *et al.*, 1999). Ces études présentent cependant certaines limites en ce que leurs résultats, d'une étude à l'autre, ne rendent compte généralement que de quelques facteurs d'influence à la fois.

Certaines approches de recherche, issues cette fois de l'anthropologie ou de la sociologie, ont été éclairantes à cet égard. Les études anthropologiques se préoccupent des significations que les individus attribuent aux symptômes et à la maladie et la manière dont ces significations (p. ex. les représentations et les perceptions des individus) se traduisent en action. Quatre d'entre elles ont cherché précisément à explorer l'inobservance médicamenteuse chez des « hypertendus » et présentent des modèles étiologiques similaires de l'HTA: un modèle *psychosocial* (Massé, 1995) qui définit l'HTA comme une maladie causée par les nerfs, un stress intense au cours de périodes de la vie, un stress relié au travail ou une accumulation de stress de la vie normale; et un modèle physique/héréditaire qui associe l'HTA à un problème causé par une mauvaise alimentation (sel, surpoids, consommation d'alcool, etc.) et par des facteurs héréditaires (Blumhagen, 1980; Greenfield *et al.*, 1988; Heurtin-Roberts et Reisen, 1992; Morgan et Watkins, 1988). Ces études présentent toutefois des résultats contradictoires sur le lien entre l'un ou l'autre de ces modèles et l'inobservance médicamenteuse. D'autres études sociologiques tendent pour leur part à considérer le contexte social dans lequel évolue l'individu pour expliquer la prise irrégulière du médicament et explorent le sens qui est donné au médicament dans la vie quotidienne de l'individu. La prise irrégulière du médicament sera ainsi conceptualisée comme un choix raisonné, selon l'évaluation que fait l'individu des bénéfices (diminution des symptômes, promesse de guérison ou de soulagement à long terme) et des inconvénients qu'il associe à la prise du médicament (effets secondaires, inefficacité). L'inobservance médicamenteuse sera aussi représentée comme une stratégie à laquelle recourent les individus pour *tester* l'efficacité du médicament (Arluke, 1980) ou encore comme un processus d'autorégulation, soit comme un ensemble de moyens dont se dotent les individus pour composer avec leur maladie (Conrad, 1985; Donovan et Blake, 1992). Aucune de ces études ne se destine cependant à des personnes hypertendues.

Or, bien qu'intéressantes, l'ensemble de ces études qualitatives ne rendent pas véritablement compte de la cohérence qui anime la prise irrégulière du médicament. Notre étude a cherché précisément à faire émerger cette cohérence à travers l'exploration fine des rationalités sous-jacentes à la prise irrégulière du médicament antihypertenseur chez des patients hypertendus. Nous n'entendions pas ici une approche rationnelle

de la réalité, supposant, par exemple, que les individus sont des acteurs *rationnels* en mesure d'agir, de façon stratégique ou organisée sur la base d'informations cohérentes, univoques ou ordonnées qu'ils détiennent. Nous souhaitons plutôt rendre compte de grands ensembles cohérents du point de vue des personnes hypertendues elles-mêmes, autour des questions de sens et d'actions thérapeutiques, dans le contexte où se vit l'expérience médicamenteuse (Hunt et Mattingly, 1998). Dans ce chapitre, nous livrons d'abord les résultats de l'étude exploratoire et discutons ensuite de la portée de ses résultats pour aider à nuancer le concept d'inobservance aux traitements, tel qu'il a été traditionnellement défini. Nous ouvrons enfin certaines avenues de recherche qui paraissent prometteuses pour faire avancer l'état des connaissances autour de cet objet.

1. LES RATIONALITÉS SOUS-JACENTES À LA PRISE IRRÉGULIÈRE DU MÉDICAMENT ANTIHYPERTENSEUR

Notre étude fut conduite dans la région de Montréal et de Québec¹ au cours des années 1998 à 2000. L'échantillon fut construit progressivement, selon un processus itératif, soit en plusieurs vagues et selon une démarche constante de questionnement (Laperrière, 1997; Paillé, 1994). Le recrutement s'est effectué sur la base de trois variables stratégiques: l'âge, le sexe et le mode d'utilisation irrégulière du médicament antihypertenseur. Par notre démarche, nous avons en effet cherché à obtenir une certaine représentativité au niveau de l'âge et du sexe, et surtout la plus grande diversité possible d'expressions de la prise irrégulière du médicament antihypertenseur. C'est donc sur ces bases que nos choix d'échantillonnage se sont progressivement effectués. L'échantillon définitif compte 15 femmes et 12 hommes, âgés de 40 à 70 ans. Ces participants se sont prêtés à une entrevue en profondeur d'une durée approximative de 60 minutes, enregistrée et transcrite mot pour mot. Ils proviennent principalement de milieux semi-urbains et ruraux; quelques-uns vivent en milieu urbain. Ils ont des niveaux de formation et d'occupation variés.

Le corpus final a été soumis à deux phases d'analyses. Une analyse ciblée des récits individuels (analyse intra-cas) a d'abord été réalisée, suivie d'une phase intégrative des 27 récits individuels (analyse inter-cas)². Ces

1. L'étude a été financée par le Conseil des recherches médicales du Canada (CRM).

2. La méthodologie est décrite dans M. Proulx (2003). *Logiques de la prise irrégulière de médicaments antihypertenseurs et inobservance*, thèse doctorale en santé publique, Université de Montréal.

analyses ont peu à peu laissé voir que de multiples rationalités complémentaires et entrecroisées étaient à l'œuvre dans l'expérience des participants, faisant appel notamment à une certaine conception de la maladie/santé, du médicament en général et de l'antihypertenseur, et de la médecine formelle. L'analyse fine de ces rationalités a peu à peu laissé apparaître trois grands ensembles de significations qui transcendent les discours chez les 27 participants. Nous verrons plus loin le pouvoir explicatif de chacun de ces grands ensembles en liaison avec des types d'inobservance médicamenteuse.

1.1. LE STRESS D'EXISTENCE COMME DIMENSION EXPLICATIVE DE L'ÉTILOGIE DE L'HTA

Les participants – quels que soient l'âge et le sexe, le niveau de formation et le type d'occupation – font part du stress comme dimension explicative de l'étiologie de l'HTA. S'ils reconnaissent que le vieillissement, l'alimentation, le surpoids et les antécédents familiaux puissent participer à l'étiologie de la maladie, le stress est néanmoins le thème le plus récurrent dans les discours.

Plusieurs relatent des événements de leur vie qui ont participé ou participent à la genèse de l'HTA, ces événements n'étant jamais tout à fait isolés d'un contexte de vie générateur de stress. Les conditions de travail contraignantes, soit la compétitivité et la grande productivité au sein des entreprises, les fortes pressions exercées sur les travailleurs et les cadres intermédiaires, l'environnement social de travail parfois conflictuel, le bruit et le niveau de dangerosité du travail, les problèmes de conciliation entre les responsabilités du travail et celles de la vie privée, les conflits aigus, les pertes et les deuils au sein des familles elles-mêmes, constituent autant de facteurs de stress évoqués par les participants et liés à l'HTA. Certains environnements paraissent particulièrement propices au stress, notamment les industries, beaucoup trop axées sur le rendement et la productivité des travailleurs et des cadres intermédiaires. Des participants déplorent que les tâches impliquent des travaux lourds, un rythme de travail effréné et des décisions rapides à prendre. On compte aussi les secteurs des services à la clientèle, particulièrement les organismes publics ayant comme vocation le service à des clientèles dans le besoin ou en détresse, ou encore le milieu des affaires. Selon certains, ce dernier secteur est propice au stress en raison de la forte concurrence, des transactions ou négociations qui impliquent plus que jamais des sommes d'argent considérables. Ces situations génèrent des pressions incessantes et entraînent un degré élevé de précarité.

Je suis conseillère en placement... c'est pour desservir les chômeurs de 40 ans et plus. Et comme on est en grosse période, je dirais pas de récession quand même, mais il y a beaucoup de chômeurs et on a beaucoup d'ouvrage aussi... ça me rend nerveuse et j'ai des montées de pression... (entrevue 7).

Je remarque d'ailleurs, dans mon entourage, beaucoup de collègues font de l'HTA, en prennent [des médicaments]. Dans le milieu des affaires en général, c'est quand même des choses qui sont des signes. Quand vous entendez un gars qui a eu une crise cardiaque, bon c'est sûr, c'est pas drôle mais ça arrive, dans notre milieu, ça arrive... parce qu'on vit de la pression constante, un stress constant (entrevue 10).

Les répondants conçoivent que le stress – qu'ils associent à une certaine précarité sur le plan matériel, à des épreuves de la vie, à des environnements de travail et de vie privée contraignants, à des conflits aigus avec des proches, à des pertes (décès ou maladie d'un proche) – puisse porter atteinte à l'équilibre physique autant que psychique. Certains témoigneront de leur sensibilité au stress en montrant, de façon parfois imagée, la représentation de son impact à l'intérieur de l'organisme et ses conséquences sur le fonctionnement du cœur, du cerveau et des reins. D'autres considèrent que le stress peut affecter l'équilibre psychique en plaçant les individus dans des situations sans issue, avec l'impression de « se sentir coincés » ou de ne pas être véritablement *disponibles mentalement* pour accomplir les activités quotidiennes, que ce soit au travail ou dans la vie personnelle. Ce stress peut être ponctuel ou cumulatif. Dans le premier cas, il sera conceptualisé comme un état transitoire au cours de périodes de la vie. Dans le second cas, il sera représenté comme un état permanent ; l'HTA sera conceptualisée comme une maladie qui s'installe progressivement, à cause de l'accumulation de stress d'existence.

Or, si la forte majorité des participants font mention d'un stress (avec ou sans la présence d'autres facteurs tels l'alimentation, le surpoids, etc.), tous ne se sentent pas outillés de la même façon pour affronter la maladie. La conceptualisation du stress paraît en effet se décliner différemment en fonction des trajectoires personnelles et familiales des individus et influencer sur les sentiments de vulnérabilité ou de résistance à l'HTA. Cette conceptualisation peut être représentée autour de deux pôles.

À un pôle, la représentation de l'HTA s'inscrit dans une trajectoire personnelle ou familiale d'*adversité*. Une femme âgée de 59 ans considère que « *sa pression suit avec la vie* ». Elle pense souffrir d'hypertension artérielle depuis qu'elle vit des difficultés relationnelles aigües avec l'un de ses enfants, et ajoute qu'elle a toujours été malade ; cette femme a subi de nombreuses opérations depuis son jeune âge, a toujours ressenti une intense fatigue et se dit peu résistante à la maladie. Un interviewé relate

avec force détails les événements malheureux qui se sont succédé dans sa vie – pertes d’emplois, divorce, problèmes aigus avec ses enfants (délinquance, drogue, fugue). Il se remémore un moment particulièrement déchirant de sa vie où il a été entraîné dans des procédures judiciaires contre ses enfants. Il s’est alors senti déchiré, en grave conflit de valeurs. Cette situation aura provoqué un stress intense, sans compter qu’il éprouvait de grandes difficultés financières à l’époque. Le stress est ici cumulatif, faisant appel à l’idée d’une accumulation de difficultés depuis de longues années, auxquelles s’ajoute une histoire personnelle ou familiale de maladie. Les éléments des discours chez ces participants laissent ainsi entrevoir un très fort sentiment de vulnérabilité face à la maladie en général et à l’HTA en particulier.

Au pôle opposé, l’expérience du stress sera plutôt représentée comme une situation contingente ou fortuite dans la vie de l’individu. La conceptualisation du stress (avec ou sans la présence de l’alimentation, du surpoids, etc.) s’inscrit alors dans une trajectoire personnelle ou familiale de *santé* ayant peu ou jamais été traversée par la maladie. Des participants se considèrent ainsi en bonne santé et se disent de constitution résistante, tout comme leurs proches dans leur lignée. Ils soulignent qu’il n’est pas habituel pour eux et pour les membres de leur famille de consulter pour des soins de santé, ajoutant que leurs proches (généralement le père ou la mère) n’ont jamais eu à consulter pour un problème de santé au cours de leur vie. Certains évoqueront que leurs parents sont décédés à un âge avancé, sans jamais avoir été malades. Un interviewé se décrit comme un *homme du terroir*, endurci et habitué à effectuer des travaux lourds ; il se considère intraitable avec son corps et ne s’est jamais préoccupé de sa santé. Ces individus ne se sentent pas particulièrement vulnérables à la maladie, ni ne portent un véritable intérêt aux signaux que leur donne leur corps.

D’une manière différente, d’autres participants paraissent plutôt embrasser une approche optimiste de la vie et se disent peu inquiets de nature face à la maladie. Ils auront tendance à laisser aller les choses et à ne pas s’en faire avec la vie, considérant qu’il est inutile de s’inquiéter ou de réagir avant l’apparition de problèmes tangibles. Certains d’entre eux paraissent épouser une approche *holistique* de la santé, concevant que le *psychique* et le *physique* sont étroitement liés. Ils considèrent qu’ils ont les atouts nécessaires pour se guérir par la seule force de leur volonté, en cherchant à s’apaiser ou en se soignant à l’aide d’approches *naturelles* des soins (produits de santé naturels, gestion du stress).

1.2. LE RAPPORT À L'UNIVERS MÉDICAL : CONFIANCE, DOUTE ET RÉSISTANCE

Un second grand ensemble de significations permet de révéler la posture que paraissent adopter les participants à l'égard de ce que nous désignons l'*univers médical*. Cette posture se décline sur un continuum, réunissant à un extrême des individus qui se disent plutôt confiants à l'endroit de l'expertise médicale, des interventions thérapeutiques proposées ou de la médecine formelle (biomédecine) et à l'autre, des individus qui se disent particulièrement méfiants ou critiques.

À un pôle, on trouve ainsi des participants qui ont plutôt tendance à se conformer aux directives médicales reçues. Ces participants estiment que la médecine n'est pas de leur ressort et qu'ils n'ont pas les compétences nécessaires pour juger de la pertinence du traitement proposé. Ces interviewés considèrent qu'ils n'ont d'autre choix que de faire ce que leur médecin traitant leur recommande. Certains ajouteront qu'ils ne s'aviseraient pas de prendre une décision relativement à leur médicament anti-hypertenseur sans en avoir préalablement discuté avec leur médecin. Ils évoqueront alors les raisons suivantes : le médicament assure une protection face à un stress intense auquel certains se sentent constamment exposés ou face aux conséquences néfastes d'une HTA non contrôlée ; le médicament est un palliatif à la modification d'habitudes de vie (des individus ne se sentent pas prêts à modifier certaines de leurs habitudes de vie, ni en mesure de le faire) ; le médicament assure une certaine paix d'esprit et une qualité de vie (particulièrement chez les individus dont la pression artérielle est élevée et chez ceux qui associent des symptômes à l'HTA).

À l'autre pôle, on trouve des participants qui se disent plutôt méfiants et critiques à l'égard de l'*univers médical*. Ces participants se prononceront défavorablement sur l'information médicale reçue et la médecine formelle en général. Certains sont d'avis que les informations médicales sont beaucoup trop contradictoires, en plus d'être provisoires. D'autres pensent qu'en raison de l'évolution accélérée des connaissances, ce qui est valable aujourd'hui peut très bien ne plus l'être demain. Un participant ajoute que la médecine est beaucoup moins avancée qu'il ne le croyait et ne paraît pas suffisamment au point. Il estime que la médecine en est une de consommation, fortement orientée vers la prescription médicamenteuse, et qu'il faut être prudent. En somme, ces participants se méfient des conséquences de la prise d'un médicament quel qu'il soit, qui leur paraissent encore mal définies et documentées.

De façon intéressante enfin, des participants paraissent épouser une posture médiane se situant, semble-t-il, à mi-chemin entre la voie de la conformité et celle de la méfiance. Ainsi, ces interviewés ne témoignent pas d'une confiance aveugle, ni de leur entière approbation à l'endroit de la médecine. Ils reconnaissent à la fois les propriétés négatives et positives du médicament. Par contre, ils s'expriment fortement à propos de l'intervention thérapeutique elle-même, s'interrogeant sur le diagnostic posé ou sur l'utilité et la pertinence du traitement médicamenteux prescrit alors qu'ils souffrent d'effets secondaires incommodants ou que leur pression artérielle n'est pas stabilisée. Certains paraissent aussi s'interroger sur la valeur de l'expertise du médecin traitant et sur leur propre choix et décision, soit sur le meilleur comportement à adopter pour se soigner.

1.3. LA CONCEPTUALISATION DU RISQUE SUBJECTIF INCARNÉ PAR L'HTA OU LE MÉDICAMENT

Le risque subjectif, parfois incarné par l'hypertension artérielle et parfois par le médicament se situe également au centre des discours chez les participants. Plusieurs associent clairement un risque à l'HTA. La conceptualisation du risque prend alors une forme abstraite et se fonde sur des lectures ou des discussions avec le professionnel de la santé ou avec l'entourage. Certains qualifieront l'HTA de mal sournois, pouvant apparaître soudainement sans que l'individu ait eu préalablement des signes annonçant la maladie. Mais cette évaluation profane du risque associé à l'HTA se fera le plus souvent à partir soit de l'observation d'expériences chez les proches, soit de l'expérience personnelle du participant. Les conséquences de l'HTA non contrôlée sont en effet bien réelles dans l'esprit de plusieurs, qui ont été témoins des conséquences graves de l'HTA non contrôlée chez leurs proches (un des deux parents, frères, oncles). D'autres ont observé ces mêmes conséquences dans leur entourage (voisins). La plupart du temps, ces proches sont décédés, ont été victimes d'un accident cardiovasculaire (ACV) ou ont été paralysés des suites d'une HTA non contrôlée. Ces participants sont en mesure de constater que ces proches avaient cessé de prendre leur médicament, le prenaient de façon irrégulière ou y avaient substitué des produits naturels. D'autres interviewés sont particulièrement conscients de leur propre risque, qu'ils associent au fait que leur pression artérielle était ou se maintient à des niveaux élevés. Certains d'entre eux ont été hospitalisés en raison d'une pression artérielle trop élevée ou font part de niveaux de pression artérielle particulièrement élevés au moment de l'annonce du diagnostic. Des interviewés dépeignent ainsi les moments d'angoisse qu'ils ont vécus au moment où ils ont été hospitalisés à cause du niveau anormalement élevé de leur pression artérielle.

Chez d'autres participants, par contre, le risque sera plutôt incarné par le médicament lui-même. Ces participants se disent particulièrement rébarbatifs à l'idée de prendre un médicament quel qu'il soit. Ils n'aiment pas l'idée d'ingérer un produit chimique sur une base quotidienne et de surcroît à vie et considèrent qu'il y a un risque, à long terme, de causer du tort à l'organisme. Certains se disent nettement anti-médicament, l'associant à une certaine servitude. D'autres craignent l'effet toxique du médicament et préfèrent ou ont tendance à se tourner vers les approches naturelles de soins. Le médicament est ici conceptualisé comme un produit synthétique, en contraste avec certaines thérapies alternatives qui leur paraissent beaucoup plus naturelles. De la même manière que précédemment, l'estimation que ces individus se font de leur risque se fonde le plus souvent sur l'expérience des proches ou de l'entourage de même que sur leur propre expérience médicamenteuse. Un interviewé se base sur sa propre expérience et celle de sa mère dans l'estimation qu'il se fait du risque à prendre un médicament. À son avis, les médicaments qu'il a déjà pris pour soigner son problème de cholestérol lui ont causé des dommages inattendus à ses reins. Une autre interviewée pense pour sa part que « moins l'individu prend de médicaments et mieux il se porte » ; elle évoque alors l'expérience de sa voisine, qui se soumet quotidiennement à un rituel de médicaments depuis de nombreuses années et dont la santé continue de se détériorer.

Plusieurs participants se disent également inquiets à l'idée de prendre un médicament quel qu'il soit, d'autant plus que l'impact du médicament à l'intérieur de l'organisme n'est pas bien connu. Un interviewé pense que la médecine n'est pas suffisamment au point pour qu'on prenne à la légère la consommation d'un médicament quel qu'il soit. Un autre considère le médicament comme du « poison ». Il pense qu'il n'est pas dans la nature humaine de consommer un produit chimique à long terme, ajoutant que la prise du médicament devrait être momentanée et non pas s'étaler sur une longue période. D'autres interviewés pensent que le médicament devrait idéalement apporter des résultats définitifs et concrets, que sa fonction devrait être de traiter un problème de santé, à court terme. Certains trouvent contraignant de prendre un médicament, l'associant à une forme d'esclavage ou, encore, on associe l'idée de prendre un médicament à une expérience de laboratoire ; une femme dira à ce sujet que son corps n'est pas un site d'expérimentation. Enfin, la persistance d'effets secondaires avec les années paraît également accentuer les inquiétudes chez d'autres. Une interviewée prend un médicament antihypertenseur depuis 27 ans et se dit particulièrement hypothéquée par sa médication. Cette participante a toujours souffert d'effets secondaires

au médicament et a dû fréquemment changer de médicament. Elle déplore en plus que les médicaments antihypertenseurs ne parviennent pas à stabiliser sa pression artérielle et pense que le médicament lui cause plus de problèmes que la maladie elle-même.

Je suis tannée de prendre ça, je sais pas, t'sais je lis beaucoup les affaires de médecins, les produits naturels, pis y disent que les médicaments pour l'hypertension, c'est pas bon, ça magane tes reins, pis ça me fait peur. Je pense que ça a toujours été de ce côté-là que ça me fait peur, pour les reins, parce qu'y disent que ceux qui ont des dialyses c'est parce qu'ils ont pris des médicaments pour la pression pis la pilule pour l'eau... (entrevue 4).

Les médicaments, c'est... j'en prends pratiquement pas. Je déteste prendre des médicaments, ça fait que... Parce que c'est les, moi j'appelle ça de la cochonnerie. Je me suis chicané avec les médecins pour ça. Y m'ont donné, justement quand j'ai fait mon burn-out, y m'avaient prescrit... quelque chose, comment... [?]... en t'es cas, des médicaments, pis je les ai pas pris. Je les avais jetés dans la poubelle, pis: je les prends pas tes... tes médicaments (entrevue 25).

De façon isolée, le risque sera incarné par le professionnel de la santé, en l'occurrence le médecin traitant. En plus de craindre les médicaments, une femme peu éduquée et dont la situation financière est particulièrement précaire a toujours eu *peur* des médecins et n'a jamais réussi à développer une relation de confiance avec eux. Elle mentionne qu'elle a changé à plusieurs reprises de médecin traitant depuis dix ans et se sent extrêmement méfiante, en plus de se sentir déstabilisée émotivement lors d'une consultation.

2. LE POUVOIR EXPLICATIF DES GRANDS ENSEMBLES EN RELATION AVEC L'INOBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE

Tous les participants font état, à un moment ou un autre de leur récit, d'un stress d'existence, de la posture qu'ils adoptent par rapport à l'univers médical et d'une évaluation profane du risque associé à la maladie ou au médicament. De façon très claire, cependant, les analyses ont montré le pouvoir explicatif de l'un ou l'autre de ces grands ensembles de significations en lien avec un type d'observance médicamenteuse.

2.1. UN STRESS D'EXISTENCE COMME DIMENSION EXPLICATIVE DE L'INOBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE OCCASIONNELLE

Plusieurs des participants interrogés (14 sur 27, hommes et femmes âgés de 40 à 66 ans) se sont dits généralement assidus dans la prise de leur médicament antihypertenseur depuis qu'ils ont commencé à le prendre. Ce n'est qu'occasionnellement ou de façon exceptionnelle que ces participants ont dit omettre ou reporter la prise de leur médicament. L'oubli est le motif le plus souvent mentionné pour expliquer l'omission occasionnelle du médicament. Il se produit généralement dans un moment d'inattention, alors que le participant est soumis à un stress ou à une certaine agitation dans sa vie quotidienne, lorsqu'il est beaucoup trop pressé par le temps, sur les lieux du travail ou dans sa vie personnelle. D'autres participants mentionnent plutôt le changement dans la routine quotidienne, lequel se produit le plus souvent la fin de semaine, moment où les habitudes journalières sont bouleversées. Cet oubli paraît alors prendre la forme d'une trêve face à une discipline à laquelle certains participants paraissent s'astreindre quotidiennement. L'oubli ou la distraction paraissent également être en lien avec une surcharge de travail ou une fatigue importante. D'autres participants, généralement assidus, auront pour leur part retardé volontairement de deux semaines ou de trois mois la prise de leur médicament antihypertenseur pour des motifs financiers. C'est parce qu'ils n'avaient pas d'autre choix au plan financier que ces individus ont décidé de reporter pendant un certain temps le renouvellement de leur prescription.

Notons que le médicament antihypertenseur représente pour ces participants une stratégie efficace et peu incommode de prise en charge de l'HTA. Ces participants prennent volontiers le médicament, soit parce qu'ils ont confiance en leur médecin traitant, soit qu'ils se sentent protégés par le médicament ou simplement pour des considérations pratiques (certains n'ont pas le temps de modifier certaines de leurs habitudes de vie). Le médicament offre également une protection face à un environnement hostile (stress).

2.2. LE DOUTE ET L'INOBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE TRANSITOIRE

D'autres participants font état, en plus d'oublier ou de reporter occasionnellement la prise de leur médicament, d'une prise irrégulière du médicament antihypertenseur que nous qualifierons d'*erratique* à un moment ou à un autre de l'épisode de soins. S'il est difficile alors d'apprécier à quel moment et à quelle durée ces participants se réfèrent, tous font état d'un ajustement face à la prise de leur médicament antihypertenseur à travers le temps. Ces participants se diront d'ailleurs assidus dans la prise

du médicament au moment de l'entrevue. On y compte sept individus, dont trois femmes et quatre hommes, âgés de 45 à 70 ans. Or, de façon très claire, ces participants paraissent avoir été dans le doute, généralement lorsqu'ils ont commencé à prendre leur médicament antihypertenseur. Il ressort ainsi que la prise du médicament est apparue incongrue chez certains, alors qu'ils se sentaient bien et que leur pression artérielle était stabilisée. D'autres ont délibérément omis des doses successives du médicament pour en tester l'efficacité, alors que le médicament ne parvenait pas à stabiliser leur pression artérielle. Également, des interviewés ont cessé temporairement de prendre le médicament en raison d'effets secondaires spectaculaires (chute de pression). Il semble ainsi que ces participants se soient interrogés sur la légitimité du diagnostic posé et du médicament prescrit. Notons ici que la plupart d'entre eux ne se sentaient pas alors particulièrement vulnérables à la maladie, compte tenu de leur trajectoire de santé personnelle et familiale.

2.3. LE RISQUE SUBJECTIF ET L'INOBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE PERSISTANTE

Certains participants ont plutôt témoigné d'une prise irrégulière *persistante* de leur médicament antihypertenseur depuis qu'ils ont commencé à le prendre. Ce sont sept participants sur 27, dont trois femmes et quatre hommes, âgés de 45 à 68 ans. Bien que l'on ne puisse présumer de leurs comportements d'utilisation futurs, ces participants témoignent d'une prise irrégulière persistante – en plus d'omettre *occasionnellement* des doses de leur médicament par oubli ou par distraction. Ces participants préciseront qu'il leur arrive d'omettre des doses successives du médicament, trois à quatre fois par semaine, de cesser temporairement de le prendre pendant un ou quelques mois, de reporter la prise du médicament pendant quelques semaines, ou encore de prendre partiellement le médicament (prise d'un comprimé par jour plutôt que deux ou prise d'un médicament plutôt que deux). Or, le risque subjectif se situe clairement au cœur de la trame explicative chez ces participants. Ce risque est incarné par le médicament (toxicité, esclavage, atteintes d'organes) et la biomédecine (nature incertaine de l'information médicale, médecine de consommation). À cela s'ajoutent les expériences médicamenteuses difficiles personnelles, l'observation d'expériences chez les proches et l'entourage immédiat de même que les expériences relationnelles et de traitements malheureuses vécues avec un ou des médecins (difficultés au plan relationnel, erreurs médicales). Ces difficultés viennent en quelque sorte accentuer la méfiance à l'endroit du médicament ou de l'intervention thérapeutique.

Notons ici que ces participants ne se sentent pas vulnérables à l'HTA et à la maladie en général. Certains conçoivent même qu'ils peuvent se passer du médicament, alors qu'un stress d'existence permet beaucoup plus, selon eux, d'expliquer la cause de leur maladie (HTA). Certains ont ainsi cessé de prendre leur médicament, en essayant de relaxer, en s'éloignant des sources de stress, ou encore en recourant à des produits de santé naturels (p. ex. les comprimés d'ail). Enfin, l'autonomie paraît être une valeur fondamentale chez ces participants, ce qui sous-entend une certaine indépendance par rapport à l'univers médical ainsi qu'au pouvoir et à l'autorité qui lui sont associés.

3. L'INOBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE REVISITÉE

La contribution originale de l'étude est d'avoir mis en lumière trois grands ensembles de significations en relation avec des types d'observance médicamenteuse. Nous avons vu ainsi qu'un stress d'existence – se déclinant dans une trajectoire d'adversité ou d'invulnérabilité –, la posture adoptée par le participant à l'égard de l'univers médical, de même que la conceptualisation du risque incarné par le médicament et la médecine formelle (biomédecine), constituent de grands ensembles de significations auxquels il a été possible de lier des types d'observance médicamenteuse. En cela, l'étude permet d'apporter certaines nuances à la façon dont est généralement définie l'observance médicamenteuse.

Il faut voir ici que les sciences médicales ont traditionnellement défini l'observance aux traitements comme le degré avec lequel le patient se conforme au plan de traitement établi par le soignant. Cette définition suppose que l'individu a la responsabilité entière du comportement face aux directives médicales reçues, les recommandations du professionnel constituant la norme de référence (Chockalingam *et al.*, 1998; Conrad, 1988; Heurtin-Roberts et Reisen, 1990; Trostle, 1988). Le patient est généralement considéré fautif (Arluke, 1980; Donovan et Blake, 1992) et on lui confère l'intention de contester l'autorité médicale (Trostle, 1988). Notre étude montre bien, au contraire, que la prise irrégulière du médicament antihypertenseur n'est que de façon isolée l'expression d'une opposition ferme face aux directives médicales reçues. Elle est plutôt déterminée, chez plusieurs participants, par certaines circonstances de la vie (stress d'existence) ou réalités matérielles et sociales (contraintes financières), ou encore paraît répondre à une phase initiale d'ajustement à l'HTA et au médicament (incertitude quant à l'existence de la maladie et à l'efficacité du médicament). Cela étant, dès l'instant où l'on admet que des individus n'omettent occasionnellement de prendre leur médicament

antihypertenseur que pour des motifs financiers ou simplement par oubli et distraction, l'on peut dès lors interroger le fait que ces mêmes individus sont considérés inobservants à leurs traitements. Ajoutons que les études ont traditionnellement adopté une vision dichotomique de l'inobservance aux traitements, situant les individus dans la catégorie *inobservants* ou *observants* (McElnay *et al.*, 1997). Il paraît difficile, sur la base de ces mesures dichotomiques, de se faire une idée précise de l'intensité de l'inobservance.

La contribution de l'étude est précisément de montrer qu'il existe des distinctions fondamentales sur le plan de l'expérience entre les utilisateurs du médicament antihypertenseur, même lorsque ces utilisateurs évoquent des modes apparentés d'utilisation irrégulière du médicament (omission de doses successives, cessation temporaire). L'étude permet d'ailleurs de bien décrire cette expérience en montrant à quel point un stress d'existence (trépidance de la vie, contraintes financières, surcharge de travail et fatigue) a une incidence sur les conduites médicamenteuses. On a vu que l'oubli, la distraction et l'impossibilité de défrayer les coûts de la prescription médicamenteuse ont été les motifs évoqués par les participants pour expliquer l'omission occasionnelle, le report exceptionnel ou la cessation temporaire de la prise du médicament antihypertenseur (Balazovjeh et Hnilica, 1993; Morris et Schultz, 1993). Or, à notre connaissance, seuls Coons *et al.* (1994) évoquent la portée d'un stress psychologique sur l'inobservance médicamenteuse chez des personnes âgées; les chercheurs sont cependant peu explicites sur le sujet. L'étude permet d'élargir la perspective et d'inscrire la prise du médicament dans le contexte immédiat et ambiant dans lequel évolue l'individu; elle rejoint en cela certains travaux en sociologie (Conrad, 1985; Donovan et Blake, 1992).

Mais plus intéressant encore, l'étude montre bien que le doute et le risque subjectif se situent au centre de l'argumentaire chez les participants pour expliquer la prise irrégulière du médicament antihypertenseur de façon transitoire et persistante. L'on a vu que des participants ont été dans le doute, initialement ou à un moment précis de l'épisode de soins, en réaction, semble-t-il, à l'intervention thérapeutique proposée. Or, ce doute n'est certainement pas sans lien avec la condition clinique particulière qui est induite par l'HTA – soit une condition longuement asymptomatique, dont la prise en charge s'inscrit dans un processus d'anticipation de graves problèmes de santé à plus ou moins long terme. La situation clinique incertaine associée à l'HTA, de concert avec certaines contraintes imposées par le médicament lui-même, paraissent avoir en quelque sorte semé le doute dans l'esprit de certains participants et, par le fait même, provoqué une réaction à l'intervention thérapeutique proposée. Ces participants

paraissent en fait avoir cherché à gommer le doute (ou l'incertitude), en omettant des doses successives du médicament ou en cessant temporairement de le prendre (Arluke, 1980).

Le médicament occupe une fonction symbolique au sein des sociétés industrielles avancées. D'un côté, il assure un certain confort moral, calmant les angoisses, procurant une sécurité; de l'autre, il représente un potentiel de risque (Collin, 2001; Van der Geest et Whyte, 2003). L'étude laisse bien voir ici que le risque subjectif incarné par le médicament lui-même permet, pour une bonne part, d'expliquer la prise irrégulière *persistante* du médicament antihypertenseur chez d'autres participants. Certains d'entre eux se sont dits nettement anti-médicaments, craignant les effets néfastes à long terme de la prise d'un médicament, quel qu'il soit, et donc sa toxicité. Ils ont dit préférer se tourner vers des approches naturelles (produits naturels) pour se soigner (Aballea, 1987; Britten, 1994; Morgan et Watkins, 1988). S'y ajoutent un certain scepticisme à l'endroit de l'information médicale reçue et le cumul d'expériences médicamenteuses difficiles, personnelles ou parmi les proches. Ces aspects paraissent avoir accentué les inquiétudes et la méfiance à l'endroit de la prise du médicament (Hunt et Emslie, 2001).

Or, ces appréhensions ne paraissent pas sans lien avec une constellation d'idées et de croyances qui sont elles-mêmes portées par nos sociétés contemporaines, alors que l'on assiste à une certaine intensification des préoccupations à l'égard des risques, qu'ils soient sociaux, technologiques ou de santé (Peretti-Watel, 2003). Cet aspect a été largement débattu dans le cadre de travaux sociologiques et anthropologiques (Beck, 1992; Giddens, 1991; Le Breton, 1991), les chercheurs soulignant le *virage culturel* amorcé au cours du XX^e siècle au sein des sociétés très industrialisées (Beck, 1992; Giddens, 1992). Ces sociétés dites *sociétés du risque* seraient aujourd'hui conscientes du fait qu'en même temps qu'elles contribuent au développement des progrès scientifiques et technologiques qui sont par ailleurs immenses, elles participent à la création et de la diffusion des menaces et des risques qui sont générés par ces mêmes progrès. Elles auraient par le fait même l'obligation incessante de se repenser elles-mêmes et seraient plus qu'avant confrontées à elles-mêmes dans leur manière de réguler les risques (Peretti-Watel, 2003). Dans ce contexte, il est clair que le risque se situe plus que jamais au centre du raisonnement critique chez l'individu contemporain (Pellissier-Fall, 2003). Certains chercheurs ont d'ailleurs associé à l'idée d'un phénomène contagieux l'augmentation imposante d'études cliniques et épidémiologiques qui ont été réalisées au cours des dernières décennies, précisément autour de l'objet du risque en santé. Ils se sont alors interrogés sur les répercussions de ces discours, notamment sur ce qu'ils impriment dans la conscience individuelle et collective (Skolbekken, 1995) et ont mis

au jour l'existence d'un contrepoids aux discours sur le risque en santé, par les populations civiles elles-mêmes (Lupton, 1995 ; Proulx *et al.*, 2004). Ce contexte permet sans doute d'expliquer le scepticisme et le désir de se distancier de l'expertise médicale et de la biomédecine dont ont témoigné certains participants à l'étude, tout comme leur persistance dans la prise irrégulière du médicament antihypertenseur.

4. CONCLUSION

Le stress d'existence – qui renvoie ici au contexte de vie et aux conditions matérielles dans lesquelles évolue l'individu –, le doute et le risque subjectif se présentent comme des construits extrêmement porteurs pour faire progresser l'état des connaissances dans le champ d'étude sur l'usage des médicaments. Ces trois dimensions prennent sans nul doute de l'importance, à l'heure où le développement des connaissances en santé nous projette de plus en plus dans un univers de soins abstrait – comme l'indique par exemple la progression fulgurante des travaux dans le champ de la médecine prédictive – et à l'heure où le grand public exprime plus que jamais son scepticisme à l'égard de la science médicale et de l'expertise professionnelle. Ainsi, il semble que l'on aurait tout à gagner à développer des études qui exploreraient plus avant le pouvoir explicatif des dimensions d'incertitude ou de doute, de risque et de contextes sur la conduite médicamenteuse dans différentes situations cliniques (maladie aiguë, médecine prédictive). Ce type d'analyse permettrait de recadrer la question du mésusage du médicament dans la perspective du rapport entre l'individu et son environnement immédiat et dans celle, plus large, de la vie en société.

BIBLIOGRAPHIE

- ABALLEA, F. (1987). *Le besoin de santé, les déterminants sociaux de la consommation*, Paris, Presses universitaires de France.
- ALLEN, H. (1998). « Promoting Compliance with Antihypertensive Medication », *British Journal of Nursing*, vol. 7, n° 20, p. 1252-1258.
- AJZEN, I. (1985). « From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behaviour », dans J. Kuhl *et al.* (dir.), *Action-Control: From Cognition to Behaviour*, Heidelberg, Springer-Verlag.
- ARLUKE, A. (1980). « Judging Drugs: Patients' Conceptions of Therapeutic Efficacy in the Treatment of Arthritis », *Human Organization*, vol. 39, n° 1, p. 84-88.

- BALAZOVJECH, I. et P. HNILICA (1993). « Compliance with Antihypertensive Treatment in Consultation Rooms for Hypertensive Patients », *Journal of Human Hypertension*, vol. 7, p. 581-583.
- BLUMHAGEN, D. (1980). « Hyper-tension : A Folk Illness with a Medical Name », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 4, p. 197-227.
- BRITTEN, N. (1994). « Patients' Ideas about Medicines: A Qualitative Study in a General Practice Population », *British Journal of General Practice*, vol. 44, p. 465-468.
- CAMPBELL, N.R.C. *et al.* (1999). « Lifestyle Changes to Prevent and Control Hypertension: Do They Work? A Summary of the Canadian Consensus Conference », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 9, p. 1341-1343.
- CARO, J.J. *et al.* (1997). « Compliance as a Function of Initial Choice of Anti-hypertensive Drug », *American Journal of Hypertension*, vol. 10, p. 141A.
- CHOCKALINGAM, A *et al.* (1998). « Adherence to Management of High Blood Pressure: Recommendations of the Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 89, n° 5, p. 15-17.
- CONRAD, P. (1985). « The Meaning of Medications: Another Look at Compliance », *Social Science and Medicine*, vol. 20, n° 1, p. 29-37.
- COONS, S.J. *et al.* (1994). « Predictors of Medication Noncompliance in a Sample of Older Adults », *Clinical Therapeutics*, vol. 16, p. 110-117.
- DEGOULET, P. *et al.* (1983). « Factors Predictive of Attendance at Clinic and Blood Pressure Control in Hypertensive Patients », *British Medical Journal*, vol. 287, p. 88-93.
- DONNOVAN, J.L. et D.R. BLAKE (1992). « Patient Non-compliance: Deviance or Reasoned Decision-making? », *Social Science and Medicine*, vol. 34, n° 5, p. 507-513.
- FELDMAN, R. *et al.* (1998). « Adherence to Pharmacologic Management of Hypertension », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 89 (suppl. 1), p. 16-18.
- FISHMAN, T. (1995). « The 90-second Intervention: A Patient Compliance Mediated Technique to Improve and Control Hypertension », *Public Health Reports*, vol. 110, n° 2, p. 173-177.
- FREIS, E.D. (1999). « Improving Treatment Effectiveness in Hypertension », *Archives of Internal Medicine*, vol. 159, p. 2517-2521.
- GARRITY, T.F. (1981). « Medical Compliance and the Clinician-Patient Relationship: Review », *Social Science and Medicine*, vol. 15E, p. 215-222.
- GREENFIELD, S.F., J. BORKAN et Y. YODFAT (1988). « Health Beliefs and Hypertension: A Case-control Study in a Moroccan Jewish Community in Israel », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 11, p. 79-95.
- HAYNES, R.B. (1979). « Determinants of Compliance: The Disease and the Mechanics of Treatment », dans R.B. Haynes, D.W. Taylor et D.L. Sackett, *Compliance in Health Care*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, p. 49-62.

- HEURTIN-ROBERTS, S. et E. REISEN (1992). « The Relation of Culturally Influenced Lay Models of Hypertension to Compliance with Treatment », *American Journal of Hypertension*, vol. 5, p. 787-792.
- HUNT, K. et C. EMSLIE (2001). « Commentary: The Prevention Paradox in Lay Epidemiology – Rose Revisited », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, p. 442-446.
- HUNT, L.M et C. MATTINGLY (1998). « Introduction: Diverse Rationalities and Multiple Realities in Illness and Healing », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 12, n° 3, p. 267-273.
- KJELLGREN, K.I., J. AHLNER et R. SÄLJÖ (1995). « Taking Antihypertensive Medication: Controlling or Co-operating with Patients? », *International Journal of Cardiology*, vol. 47, p. 257-268.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press.
- KRUSE, W. et E. WEBER (1990). « Dynamics of Drug Regimen Compliance: Its Assessment by Microprocessor-based Technology », *European Journal of Clinical Pharmacy*, vol. 38, p. 561-565.
- LUPTON, D. (1995). *The Imperative of Health: Public Health and Regulated Body*, Thousands Oaks, Sage.
- MASSÉ, R. (1995). *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et la promotion de la santé*, Montréal, Paris et Casablanca, Gaëtan Morin.
- MCCLELLAN, W.M. *et al.* (1988). « Continuity of Care in Hypertension », *Archives of Internal Medicine*, vol. 148, p. 525-528.
- MCÉLNAY, J.C. *et al.* (1997). « Self-reported Medication Non-compliance in the Elderly », *Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 53, p. 171-178.
- MORGAN, T.O. *et al.* (1986). « Compliance and the Elderly Hypertensive », *Drugs*, vol. 31 (suppl. 4), p. 174-183.
- MORGAN, M. et C.J. WATKINS (1988). « Managing Hypertension: Beliefs and Responses to Medication among Cultural Groups », *Sociology of Health and Illness*, vol. 10, p. 561-577.
- MORRIS, S.L. et R.M. SCHULTZ (1993). « Medication Compliance: The Patients's Perspective », *Clinical Therapeutics*, vol. 15, n° 3, p. 593-606.
- NORMAN, T.O. *et al.* (1985). « Beliefs, Social Normative Influences, and Compliance with Antihypertensive Medication », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 1, n° 3, p. 10-17.
- OLIVERIA, S.A. *et al.* (2002). « Physician-related Barriers to the Effective Management of Uncontrolled Hypertension », *American Medical Association*, vol. 162, p. 413-420.
- PELLISSIER-FALL, A. (2003). *Médecine, médicalisation et anticipation de la maladie*, thèse doctorale en sociologie, Université de Caen/Basse-Normandie.
- PERETTI-WATEL, P. (2003). *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin.

- PROULX, M. *et al.* (2004). «La construction du risque chez des hypertendus considérés inobservants à leurs médicaments antihypertenseurs», *Frontières*, vol. 16, n° 1, p. 51-56.
- SKOLBEKKEN, J.R. (1995). «The Risk Epidemic in Medical Journals», *Social Science and Medicine*, vol. 40, n° 3, p. 291-305.
- TROSTLE, J.A. (1988). «Medical Compliance as an Ideology», *Social Science and Medicine*, vol. 27, n° 12, p. 1299-1308.
- VAN DER GEEST, S et S.R. WHYTE (2003). «Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments», *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, p. 97-118.
- VAUR, L. *et al.* (1999). «Use of Electronic Pill Boxes to Assess Risk of Poor Treatment Compliance: Results of a Large-scale Trial», *American Journal of Hypertension*, vol. 12 (4 Pt 1), p. 374-380.
- WILLIAMS, S.J. et M. CALNAN (1996). «The Limits of Medicalization? Modern Medicine and the Lay Populace in Late Modernity», *Social Science and Medicine*, vol. 42, n° 12, p. 1609-1620.

12

**TRANSMISSION ET CIRCULATION
DES SAVOIRS SUR
LES MÉDICAMENTS DANS
LA RELATION MÉDECIN/MALADE****Sylvie Fainzang***Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
et Centre de recherche Médecine, Science, Santé et Société (CERMES)*

La présence des termes « transmission » et « circulation » dans le titre de ce chapitre n'est pas fortuite. Elle tient à la différence qu'il convient de faire entre ces deux notions, tout particulièrement en raison des effets attendus de la première et inattendus de la seconde, dans le contexte de la relation médecin/malade. Au regard du savoir, la relation entre médecin et malade est inégale et asymétrique ; l'un sait, l'autre non. Le médecin détient un savoir, concernant notamment la nature des médicaments et les modalités de leur utilisation, savoir qu'il transmet en partie aux malades en vue de leur faire adopter les bonnes conduites en matière d'usage médicamenteux.

Mais le savoir ainsi transmis rencontre (et parfois s'y heurte) un autre savoir, celui des malades. L'usage qui est fait ici du mot « savoir » ne préjuge bien évidemment pas de son bien-fondé ou non. Il part du postulat que le savoir est une forme de connaissance en partie acquise par le raisonnement et l'expérience, et en partie résultant de représentations, individuelles ou collectives, liées à un contexte social donné. Un savoir d'autant plus important à prendre en compte qu'il est apte à fonder un certain nombre de

pratiques sociales. Or ce savoir est en partie échangé ; il circule et une part de ce savoir retourne au médecin. Si cette forme de savoir, notamment sur les médicaments, peut être remise en cause par la suite, ou bien par l'autre protagoniste de la relation médicale, ceci est vrai tant pour le savoir des profanes que pour celui des professionnels de la santé¹.

1. MÉDICAMENTS, CULTURES ET SOCIÉTÉ

On a montré dans une précédente recherche (Fainzang, 2001) que les conduites des malades à l'égard des médicaments étaient sous-tendues par la référence à des valeurs qui circulent à l'intérieur des groupes culturels auxquels ils se rattachent et que le savoir même qu'ils ont sur les médicaments est construit par des logiques culturelles et symboliques qui lui donnent forme. Cette étude avait entre autres pour objectif de comprendre les logiques qui organisent les comportements des patients dans le domaine de la consommation médicamenteuse, autrement dit, d'une part, de repérer les constantes dans les pratiques de consommation et plus généralement dans les usages qui sont faits des médicaments (leur usage ne se réduisant pas nécessairement à leur consommation), et d'autre part, d'identifier les mécanismes qui sous-tendent la diversité culturelle des conduites étudiées. En examinant le rapport aux médicaments, aux ordonnances et aux médecins chez des malades de différentes origines culturelles religieuses (catholique, protestante, juive et musulmane), on a montré que les comportements des individus à l'égard des médicaments n'étaient pas exclusivement construits par leur appartenance sociale, leur âge, leur sexe, ou encore leur capital scolaire, mais qu'ils portaient également l'empreinte de leur culture d'origine. Des valeurs et des représentations circulent ainsi à l'intérieur de ces groupes et imprègnent les individus au point de « construire » en partie leurs conduites. On a ainsi montré le lien existant entre les représentations qu'ils partagent à l'intérieur d'un groupe et leurs attitudes à l'égard par exemple des psychotropes, de l'automédication, de la douleur, toutes attitudes qui mettent en jeu des valeurs qui dépassent le seul cadre médical, telles que la soumission, l'indépendance, les représentations du corps et de la personne, etc. L'étude a montré toutefois que cette empreinte culturelle trouve ses

1. Il convient de préciser que, bien qu'il s'agisse ici essentiellement des malades, le savoir des médecins dépend également d'une information et que cette information est parfois biaisée, notamment lorsqu'elle est transmise par l'industrie pharmaceutique, qui maximise parfois l'efficacité d'un médicament et en minimise les effets indésirables. Ce savoir doit bien sûr faire aussi l'objet d'une interrogation (*Prescrire*, 1999 ; 2005 ; Collier et Iheanacho, 2002 ; Lejeune, 2002).

formes non seulement dans les systèmes de pensée auxquels ces groupes se rattachent ou les doctrines sur lesquelles ils s'appuient, mais aussi dans leur histoire collective. Il convient donc d'intégrer le poids de l'histoire sur l'empreinte que laissent les cultures religieuses sur les conduites individuelles et sur les valeurs où s'enracinent les représentations et les savoirs acquis, de génération en génération, par les patients.

2. LES MÉDICAMENTS DANS LA RELATION MÉDECIN/MALADE

On évoquera ici un certain nombre de phénomènes plus directement en lien avec les modalités de transmission des savoirs relatifs aux médicaments et avec les effets de leur circulation. Au détour de cette évocation, on verra que la circulation des savoirs peut produire autre chose que ce qui est attendu de leur transmission.

Par-delà les différences que l'on peut observer parmi les malades en raison du fondement culturel de certaines de leurs pratiques et des valeurs sur lesquelles elles s'appuient, on trouve diverses logiques à l'œuvre dans les comportements des patients, structurées par les représentations et les connaissances que les sujets développent et acquièrent progressivement sur les médicaments. Pour contribuer à apporter une réponse à la difficile question que posent nos sociétés modernes, à savoir pourquoi les gens consomment tant de médicaments, ou pourquoi ils les consomment mal, ou bien au contraire pourquoi ils refusent de les consommer lorsqu'il le faut, on se propose de pointer quelques aspects susceptibles d'expliquer ces conduites, et de montrer la place qu'occupe la circulation des savoirs sur ce plan. On verra à cet égard que nombreux sont les comportements qui, tout en faisant obstacle à ce que les professionnels de santé appellent le bon usage des médicaments, sont en réalité le résultat d'un savoir que les patients ont acquis (ou croient avoir acquis), le plus souvent à l'intérieur de la relation médecin/malade, ou par le biais d'une information plus générale que les institutions sociales se chargent de diffuser.

Bien entendu, le savoir que les patients détiennent ne leur vient pas que de la relation médecin/malade ; il provient également des médias, qui se font parfois l'écho de l'industrie pharmaceutique. Bien que la publicité directe au consommateur pour les médicaments obtenus sur prescription soit à ce jour interdite en France, une information est transmise aux patients par la voie de la presse, d'articles de vulgarisation et d'articles sur Internet (qui a constitué une révolution dans l'information des individus), que les patients ont d'ailleurs peine à trier et à critiquer, dans la mesure où ils n'ont pas les outils pour sélectionner l'information reçue ni ses

sources. Les craintes qu'inspirent aujourd'hui certaines molécules (Celebrex, Vioxx), consécutives au dévoilement des risques induits par leur consommation, risques parfois objectivés par des essais mais dont les résultats ont été dissimulés, sont à la mesure de l'engouement dont elles ont pu faire l'objet, à la suite, précisément, de la forte publicité dont elles ont bénéficié, qui a conduit les médecins à les prescrire de façon prioritaire ou les patients à les réclamer à leur médecin. L'information diffusée par les médias n'est pas sans effet, par conséquent, sur les comportements des malades. Mais ces effets peuvent être contraires à ceux qu'on recherche. Ainsi, par exemple, il est intéressant de remarquer l'effet paradoxal que produisit, sur une femme, un article de journal dont le propos était d'attirer l'attention des lecteurs sur le caractère dangereux de certaines plantes². « Même les tisanes les plus anodines doivent être maniées avec précaution », disait l'article. Cette patiente, qui ne recourait jamais à la phytothérapie, peu convaincue qu'elle était de son efficacité, une fois alertée sur les effets nocifs des plantes, en déduisit qu'elles devaient donc nécessairement avoir un effet également bénéfique à l'instar des médicaments et décida, convaincue dès lors de leur efficacité, de se soigner désormais par les plantes.

3. LE SAVOIR DIAGNOSTIQUE ET LE RECOURS AUX MÉDICAMENTS

Mais revenons-en à la relation médecin/malade, où se joue une bonne partie des comportements vis-à-vis des médicaments.

Le rapport que les malades entretiennent avec les médicaments se caractérise souvent par une réinterprétation de l'ordonnance, tout particulièrement au niveau de l'adéquation de la prescription avec le mal pour lequel ils ont consulté : ainsi, certains patients refusent de suivre un traitement s'il leur paraît non cohérent avec l'interprétation qu'ils ont de leur maladie, lorsque cette interprétation n'est pas conforme au diagnostic de leur médecin. Le savoir que les patients détiennent n'est jamais exclusivement technique. Il comporte une dimension étiologique qui en fait un savoir sur la cause et sur le sens de la maladie. Bien qu'il s'agisse là d'un savoir souvent non partagé, né des représentations du malade, il interfère de manière cruciale avec les autres motivations qui fondent les comportements des patients dans la mesure où il induit des recours thérapeutiques et des usages médicamenteux donnés.

2. « Quand les herbes médicinales sont un poison : la roulette russe des plantes chinoises », *Le Nouvel Observateur*, n° 1999, 27 février 2003.

On en donnera deux exemples issus de recherches antérieures portant sur les modèles d'interprétation de la maladie (Fainzang, 2000).

Le premier est le cas d'une adolescente souffrant de douleurs à l'oreille, qu'elle impute aux coups et aux gifles qu'elle reçoit de son père, avec qui les relations sont tendues. Ayant consulté un médecin qui diagnostique une otite, elle se voit remettre un traitement antibiotique. Mais ce traitement, la jeune fille ne le prendra pas. Pourquoi? Parce que cette prescription contrevient à ce qu'elle sait (ou croit savoir) de son mal, d'une part, et de ce pour quoi les antibiotiques sont normalement prescrits, d'autre part. Prendre ce traitement signifierait pour cette jeune fille cautionner le diagnostic du médecin et, du même coup, invalider sa propre interprétation de l'origine de sa maladie.

Le deuxième exemple est celui d'une dame, puéricultrice, atteinte d'un cancer du poumon, qui se voit prescrire une chimiothérapie par le médecin du service hospitalier qu'elle a consulté. Mais cette chimiothérapie ne sera pas suivie, parce que pour cette femme, ce type de traitement est conçu pour soigner habituellement les cancers du poumon, c'est-à-dire ceux qui sont habituellement engendrés, dit-elle, par la consommation de tabac. Or, elle n'a jamais fumé. En ce qui la concerne, elle est convaincue que son cancer est le résultat de l'action malveillante à son égard de sa belle-mère, qu'elle accuse de lui envoyer des ions négatifs qui la rendent malade. Son cancer ne peut donc, selon elle, être soigné de la même manière que les cancers du poumon ordinaires. D'une autre nature, il appelle, pense-t-elle, une autre thérapie.

Dans ces deux cas, c'est le savoir diagnostique (tel qu'il a été élaboré par le patient) qui est à la fois révélateur d'un savoir sur le médicament (à travers le lien établi entre le médicament et ce sur quoi il est supposé agir), mais aussi sur ce qui a produit le mal et entraîné l'apparition du symptôme. L'interprétation du mal peut donc induire un recours thérapeutique ou un usage médicamenteux donné.

4. UN SAVOIR DISSIMULÉ

Le savoir transmis par le médecin reste parfois partiel, non seulement parce que les médecins sont peu enclins à consacrer du temps à la transmission de l'information, mais parce que cette information leur paraît parfois préjudiciable à la santé de leurs patients. C'est ainsi que certains médecins prescrivent à leurs malades des médicaments en dissimulant, voire en niant leurs possibles effets secondaires, craignant que cette information ne soit un obstacle au choix du patient de se laisser soigner

(Fainzang, 2002). Ne pas transmettre cette information est une attitude d'autant plus facile que le patient, précisément, est privé de ce savoir. Ne pas lui dire, par exemple, que le méthotrexate, anti-inflammatoire et anti-cancéreux, parfois prescrit à des malades atteints de polyarthrite rhumatoïde pour ses vertus anti-inflammatoires, comporte également des risques d'effets cancérogènes, entre dans le cadre d'une relation médecin/patient où l'un prive l'autre d'un savoir, identique à celle que favorise l'industrie pharmaceutique.

On a souligné à cet égard les liens entre l'information diffusée sur les notices pharmaceutiques et le savoir concédé aux patients. M. Akrich écrit à ce sujet : « Lorsque les indications de médicaments (antidépresseurs, antiépileptiques) sont délibérément omises, il est difficile de ne pas y voir (de la part des laboratoires pharmaceutiques) une restriction apportée aux droits du patient au nom d'une compétence que confère la position de spécialiste et de ce que l'on considère comme un amoindrissement de la personne traitée, du fait même de sa pathologie » (Akrich, 1995, p. 136), montrant très justement que la notice propose un modèle de relations entre les différents acteurs (médecin, pharmacien, patient).

Il n'est pas rare, par conséquent, que le médecin rechigne à informer le malade sur les risques du traitement pour ne pas donner prise à des conduites d'inobservance. Mais cette situation est l'expression d'un conflit de valeurs au sein de la société globale, qui rend les comportements des malades envers les médicaments en porte-à-faux avec ce qui est attendu du médecin.

5. DES CONSIGNES ANTAGONIQUES

En effet, les comportements à l'égard des médicaments ne sont pas liés exclusivement aux savoirs concernant ces substances. Ils sont indissociables des messages, parfois tacites, diffusés par la société tout entière sur ce que doit être le bon comportement d'un patient. On se heurte là à des logiques parfois antagoniques, qui sous-tendent à la fois l'usage des médicaments et l'attitude à l'endroit des médecins et de leurs prescriptions. Ainsi, les valeurs auxquelles les patients se conforment dans certains cas entrent en conflit avec d'autres, pourtant elles aussi diffusées par le système médical et la société globale. Le malade se retrouve alors pris en étau entre deux discours contraires, et donc au centre d'un *double-bind*. Ainsi par exemple, si l'observance est valorisée comme condition nécessaire à la réussite de la prise en charge médicale, elle se voit mise à mal par la référence à cette nouvelle valeur qu'est la participation du malade, impliquant son aptitude à se prendre en charge, à avoir les gestes qu'il

faut quand il faut à l'égard de son propre corps, bref, à s'autonomiser. Une valeur heurte donc l'autre et les attitudes adoptées pour s'aligner sur l'une viennent contrer l'autre. Car qui dit autonomie dit possibilité de gérer son traitement, de juger de sa pertinence et de prendre des décisions qui peuvent contrevenir aux prescriptions médicales, faisant dès lors du patient un malade potentiellement inobservant. En revanche, la dépossession de leur corps que l'on observe chez certains patients et la passivité qu'ils manifestent sont la marque d'une plus grande soumission au médecin. Si celle-ci est favorable à la bonne obéissance, notion en partie incluse dans celle d'observance, elle est en revanche néfaste à une observance de la prescription, lorsque celle-ci implique précisément une participation du malade. On est donc face à une situation paradoxale où le malade se construit une place dans la relation médicale qui le rend parfois en position de mieux participer mais de moins se soumettre, et parfois de mieux se soumettre mais de moins participer.

Si l'on examine le rapport que les patients entretiennent avec les doses prescrites, on s'aperçoit que le choix de les respecter ou non, de les augmenter ou de les réduire, se fonde sur l'intériorisation de normes de conduites apprises, transmises, par la socialisation des individus en général et l'éducation du patient en particulier : adapter et personnaliser les soins d'une part, augmenter les chances de guérir par l'augmentation de la substance curative d'autre part. La diminution des doses peut être liée au fait de reconnaître une relation entre soi et le produit – le patient désirant un traitement adapté à ce qu'il est (gros ou maigre, fort ou fragile, adulte ou enfant), mais aussi à son sexe ou à son identité (d'homme ou de femme). En revanche, augmenter les doses, c'est souvent se focaliser sur la vertu du médicament, indépendamment de l'individu qui le prend, de son cas particulier, de son identité, dans la perspective seule d'augmenter ses chances de guérir, dans une logique du cumul. On est là face à deux logiques distinctes, une logique du cumul et une logique de l'identité, qui fondent la gestion des doses chez les patients et qui, si elles ne font pas nécessairement écho aux logiques professionnelles, procèdent pourtant de la volonté de se conformer à un comportement jugé susceptible d'apporter la meilleure efficacité.

Une difficulté est en définitive que les conduites individuelles mises en cause dans le domaine de la santé ne font parfois que résulter de la volonté des patients de se conformer aux valeurs sociales et culturelles diffusées. Un autre exemple est celui de l'automédication et de l'autonomie qu'elle suppose, qui a un statut différent selon les malades et selon les médecins, amenant les uns à la dissimuler et les autres, au contraire, à la revendiquer (Fainzang, 2001). La valorisation de l'autonomie est une réalité sociale relativement récente, à l'échelle de l'histoire des liens entre

médecins et malades. L'autonomie a acquis ses lettres de noblesse lorsque le corps médical a pris conscience que la prise en charge du malade par lui-même était une condition nécessaire, sinon pour guérir, du moins pour prévenir l'aggravation de la maladie. La valorisation de l'autonomie transparaît notamment dans les consignes diffusées par les médecins à destination des malades atteints de maladies chroniques dans lesquelles la coopération du malade est essentielle. On en trouve ainsi la trace dans l'incitation qui est faite auprès du patient pour qu'il se prenne en charge, dans les services de maladies respiratoires par exemple, notamment lorsque les malades doivent mesurer leur souffle au moyen d'un *peak-flow* (appareil destiné à contrôler le débit expiratoire) en vue de réguler eux-mêmes leurs doses de médicament, en fonction du taux indiqué par le test.

Toutefois, si l'autonomie et la prise en charge sont des valeurs que le corps médical cherche aujourd'hui à promouvoir (en partie, d'ailleurs, à la suite de revendications de la part des malades et notamment des associations de malades), l'automédication qui en est une des conséquences est, pour sa part, généralement jugée comme déviante et, à ce titre, réprouvée.

Ce que l'on veut mettre en évidence ici, c'est que tant à l'intérieur de la relation médecin/malade qu'à travers l'ensemble des messages diffusés dans la société globale, certaines valeurs sont transmises, qui produisent des effets pervers, du moins contraires à ceux escomptés. Ainsi, par exemple, à l'époque où l'on valorise largement les conduites de prévention (avec le secret espoir, de la part des pouvoirs publics, de réduire surtout les dépenses de santé, en partie induites par la consommation pharmaceutique), de nombreux patients choisissent de stocker chez eux des médicaments pour « les avoir chez soi, proche de soi, au cas où... », afin de pouvoir rapidement faire face aux premiers symptômes, avant que ne se développe la maladie. Dans une acception dévoyée de la notion de prévention, l'achat de médicaments dans la perspective de son stockage, en l'absence même de besoin, est alors conçu par les sujets comme une pratique de prévention visant à empêcher l'aggravation du mal par un accès rapide au traitement.

Certains comportements dénoncés par le corps médical peuvent résulter d'un savoir acquis. Ainsi, lorsque des médicaments sont pris dans des situations différentes de celles pour lesquelles ils sont normalement prescrits (on parle alors de « détournement d'usage »), il faut reconnaître, indépendamment de tout jugement qui pourrait être porté d'un point de vue médical sur cette pratique, que ce détournement d'usage est en lui-même l'expression d'un savoir, acquis par l'expérience, sur l'effet que peut produire une substance donnée.

6. LES MESSAGES D'INFORMATION

Enfin, il convient de s'interroger sur les effets de la diffusion du savoir lorsqu'il y a transmission partielle de ce savoir ; on prendra ici l'exemple de la très forte et très problématique consommation d'antibiotiques en France, dont les conséquences ne sont pas qu'économiques, mais bien sûr également thérapeutiques (compte tenu des résistances que cette surconsommation entraîne et de la faible perspective de pouvoir trouver, dans un proche avenir, des molécules susceptibles de remplacer les antibiotiques actuels). La diffusion des savoirs sur les médicaments fait partie des préoccupations des professionnels de la santé et des pouvoirs publics, au point que s'est développée toute une branche de la santé publique axée sur ce qu'il est convenu d'appeler l'éducation du patient. La prise de conscience du problème posé par la surconsommation d'antibiotiques a poussé la Caisse nationale d'assurance maladie à réaliser un clip d'information à destination du grand public, dont le message explicite est qu'il ne faut pas consommer trop d'antibiotiques ni chercher à tout prix à s'en faire prescrire par son médecin. Toutefois, si l'on applique à la situation parfois créée par les campagnes d'éducation tout l'esprit critique dont les sciences sociales doivent savoir user, on se rend compte que le savoir transmis par le biais d'une information parcellaire peut entraîner la création de faux savoirs et avoir pour effet de favoriser des comportements contraires à ceux qui sont recherchés. On constate en effet que, pour se conformer à l'injonction de ce message, certains patients, forts de la conviction que cette surconsommation est préjudiciable et se disant parfaitement conscients du fait qu'il est dangereux de prendre trop d'antibiotiques, déclarent que d'ailleurs, lorsqu'ils en consomment, ils prennent soin, dès la disparition des symptômes, c'est-à-dire au bout de deux jours, d'arrêter le traitement...

Une autre difficulté réside dans la manière dont les malades entendent les propos des médecins et dans l'interprétation qu'ils en ont. On évoquera ici le cas des médicaments génériques dont les pouvoirs publics essaient d'assurer la promotion tant auprès des prescripteurs que des consommateurs. La méconnaissance par de nombreux patients du système des brevets les amène à déduire, logiquement croient-ils, qu'ils sont moins efficaces, car le produit le moins cher doit nécessairement être le produit le moins bon. C'est la transposition d'un savoir de la sphère économique des marchandises courantes à la sphère des brevets qui biaise l'image qu'ont les patients des génériques. Les campagnes d'information et les explications fournies par les médecins dans le cadre de leurs consultations médicales sur ce que sont les médicaments génériques ont conduit de nombreux patients à dire qu'ils savaient désormais ce qu'étaient les génériques, qu'ils les acceptaient volontiers, car ils savaient que c'était la même

chose que les médicaments auxquels ils étaient substitués. Cependant, sur ce sujet, deux faits observés lors des enquêtes méritent d'être soulignés : le premier est que des patients disent qu'ils prennent sans difficulté des médicaments génériques, mais que lorsque la douleur est trop forte, ils préfèrent retourner au « vrai », indiquant, à la fois par cette pratique et par l'usage même du mot « vrai », que la représentation qu'ils ont des génériques n'en fait pas des substances d'une efficacité égale à celle des princeps. Or il y a lieu de souligner à cet égard l'usage qui est fait par certains médecins du mot « vrai » médicament pour désigner les princeps, convaincus qu'ils répondent par là à la nécessité de se faire comprendre par des patients dénués de bagage culturel. Or ils se rendent complices, sinon en partie responsables, de l'image et de la mauvaise compréhension que les patients peuvent en avoir et qui résulte en partie de cet usage.

Le deuxième fait est le cas des patients qui se sont laissé dire par leur médecin que deux médicaments (un princeps et un générique) n'étaient jamais rigoureusement identiques, cette affirmation se fondant sur le fait que les excipients pouvaient différer. D'où certains patients infèrent que si la molécule est la même, le médicament, lui, ne l'est pas, et qu'il est normal que dans un cas, il puisse être moins efficace que dans l'autre.

Un autre aspect à noter en revanche est l'engouement de certains patients pour les génériques, précisément parce qu'on en parle beaucoup aujourd'hui et qu'ils les considèrent donc comme de nouveaux médicaments, voire comme des médicaments innovants, donc nécessairement supérieurs. En témoigne le cas de ce patient qui disait prendre très volontiers « *ces nouveaux médicaments aujourd'hui, je m'souviens plus comment on les appelle, les... génétiques* » !

7. LA DYNAMIQUE DES SAVOIRS

La réflexion sur la circulation des savoirs et des représentations qui les accompagnent ou les fondent ne peut faire l'économie d'une réflexion sur ce qui se joue aujourd'hui autour d'une des questions les plus controversées dans le domaine médicamenteux, en tout cas en France : l'homéopathie. Pour comprendre le mécanisme qui a conduit certains patients à se tourner progressivement vers l'homéopathie, il faut tenter de cerner comment celle-ci a acquis une relative légitimité. Les représentations de l'homéopathie chez les patients ne reposent certes pas sur un savoir académique, puisque aucune preuve de son efficacité n'a pu être trouvée par l'Académie, mais sur une image, image dont l'homéopathie bénéficie auprès de certains professionnels de santé, à son tour façonnée par la

pression des patients. Nombreux sont les médecins qui aujourd'hui admettent le recours à l'homéopathie comme recours thérapeutique possible, alors qu'ils y étaient très majoritairement hostiles auparavant, et qui fondent leur point de vue sur les témoignages de leurs patients. Or on s'aperçoit que les médecins qui reçoivent les témoignages de patients convaincus de l'efficacité de ces médicaments se font parfois eux-mêmes les colporteurs de ces témoignages auprès d'autres patients, tout en leur disant qu'ils n'y croient pas trop. On peut parler ici davantage de circulation que de transmission puisqu'elle se fait dans les deux sens, s'enrichissant au passage d'éléments qui, historiquement, l'ont permise.

En outre, les patients tirent des leçons de certains faits dont les conséquences échappent parfois à ceux qui les produisent : ainsi le remboursement par les pouvoirs publics d'une partie de ces médicaments a mis dans les esprits l'idée que c'était une preuve de leur efficacité. Leur déremboursement n'altère pas cette image ; il s'inscrit simplement, aux yeux des usagers, dans le champ des mesures d'économie également entreprises par le gouvernement à l'égard des médicaments allopathiques. Un point est à signaler à cet égard : l'homéopathie a acquis sa légitimité aux yeux de certains patients à partir du moment où elle a été envisagée comme un recours alternatif à celui qu'offre la biomédecine, dont les professionnels de la santé s'accordent pour penser qu'elle induit une trop grande consommation médicamenteuse, un avis dont se font d'ailleurs l'écho les messages d'éducation pour la santé, eux-mêmes relais des politiques publiques. Un nouveau savoir s'est donc fait jour, selon lequel il est nocif de consommer trop de médicaments chimiques, favorisant dès lors le recours à une médecine qui, paradoxalement, est décriée par de nombreux médecins.

8. DES SAVOIRS RÉINTERPRÉTÉS

Les conduites profanes condamnées par les professionnels de la santé s'avèrent donc être souvent en réalité le résultat inattendu de l'assimilation, par les patients, des discours et des savoirs transmis par le milieu médical. Il en va ainsi notamment de la mauvaise observance qui résulte en partie de l'intériorisation de modèles médicaux. En effet, un des aspects à souligner à propos des conduites d'inobservance est la difficulté, pour les malades, d'admettre l'existence de maladies asymptomatiques. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles l'observance est parfois difficilement réalisable dans le cas de certaines affections chroniques (comme par exemple l'hypertension), dans la mesure où, bien souvent, le malade ne se considère pas malade s'il ne perçoit pas le symptôme et ne voit pas l'intérêt de suivre un traitement pour soigner une maladie

dont il ne perçoit pas, précisément, les symptômes. La place accordée aux symptômes fonde tout à la fois l'observance et le jugement porté sur l'efficacité d'un traitement, puisque les traitements sont souvent arrêtés trop tôt, dès l'arrêt des symptômes. On pourrait se contenter de commenter cet état de fait en disant que le savoir sur le médicament est aussi défaillant que celui sur la maladie. Pourtant, que se passe-t-il ici ? Le malade effectue un repérage des symptômes comme outil de lecture du mal et de l'opportunité des médicaments. Une telle attitude lui a été enseignée à travers l'expérience de l'examen clinique auquel sa socialisation en tant que malade l'a habitué (*cf.* Foucault, 1963). La clinique vise au repérage des symptômes. La conduite du patient résulte donc d'un savoir sur le sens même de la clinique, à travers laquelle il a appris que la lecture d'un symptôme renseigne sur l'existence du mal. Le rôle du symptôme, qui joue comme indicateur privilégié et dont la recherche préside à l'examen clinique en vue de l'élaboration du diagnostic, prend ici, par son absence, une signification iatrogène puisque les conclusions qu'en tire le patient peuvent entraver le suivi du traitement.

9. CONCLUSION

La relation médecin/malade est aujourd'hui grandement modifiée par la technicisation. Dans certaines consultations, le regard du médecin est davantage porté sur l'écran d'un ordinateur ou sur les produits de l'imagerie médicale que sur le corps du malade. Le fait que l'examen clinique est en recul par rapport à d'autres moyens d'investigation n'est pas totalement sans conséquence sur le malade ; en effet, le patient participe au savoir fourni par l'examen clinique ; le malade sait où il a mal, le médecin ne le sait pas ; il sait et exprime sa douleur et délivre ainsi une information au médecin qui l'ausculte. L'expression de la douleur est précisément ce par quoi le malade transmet au médecin une part de ce savoir. Le savoir de l'expérience s'oppose ici au savoir de la science. Mais le savoir essentiel reste aux mains du médecin, ne serait-ce que parce que le savoir de l'expérience est insuffisant à gérer et à résoudre le problème que celle-ci peut contenir et que seul le savoir de la science peut y parvenir. C'est le malade qui a besoin du savoir du médecin et non l'inverse.

Notre propos n'a pas été ici seulement de souligner le caractère partiel ou défectueux de la transmission du savoir médical ; il est, dans une perspective de sciences sociales, de mettre en évidence l'existence de faisceaux complexes de savoirs, résultat de l'interaction entre divers systèmes de pensée, et qui se combinent pour donner naissance aux pratiques sociales relatives aux médicaments. Celles-ci ne sont pas dénuées

de logiques, mais ces logiques sont le résultat d'une recombinaison, d'une combinaison d'éléments qui empruntent pour partie au discours médical, et pour partie à des logiques culturelles ou symboliques, présente dans des proportions variables dans la population globale. Les savoirs autour des médicaments sont des produits de cette recombinaison.

Au contraire de la transmission du savoir (qui suppose de le faire connaître, de le communiquer de façon unilatérale), sa circulation implique un échange, un mouvement circulaire entre les protagonistes, aux termes duquel les savoirs sur le médicament deviennent un composé, résultant d'une élaboration plurielle, dont les auteurs ne sont pas les seuls producteurs, mais aussi les usagers. Comprendre comment se construisent ces savoirs est donc indispensable pour l'étude des conduites de prescription comme de consommation.

BIBLIOGRAPHIE

- *** (2005). « Le Réseau d'observation de la visite médicale », *Prescrire*, vol. 25, n° 259, p. 191, <www.prescrire.org>.
- *** (1999). « Visite médicale : le bilan accablant du Réseau d'observation de la revue *Prescrire* », *Prescrire*, vol. 19, n° 193, p. 226-231.
- AKRICH, M. (1995). « Petite anthropologie du médicament », *Techniques et cultures*, n°s 25-26, p. 129-157.
- COLLIER, J. et I. IHEANACHO (2002). « The Pharmaceutical Industry as an Informant », *The Lancet*, vol. 360, n° 9343, p. 1405-1409.
- FAINZANG, S. (2002). « Lying, Secrecy and Power within the Doctor-patient Relationship », *Anthropology and Medicine*, vol. 9, n° 2 (n° spécial : « Towards a Medical Anthropology of Lying »), p. 117-133.
- FAINZANG, S. (2001). *Médicaments et société : le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, Presses universitaires de France.
- FAINZANG, S. (2000). *Of Malady and Misery : An Africanist Perspective of Illness in Europe*, Amsterdam, Het Spinhuis (coll. « Health, Culture and Society »).
- FOUCAULT, M. (1963). *Naissance de la clinique : archéologie du regard médical*, Paris, Presses universitaires de France.
- GRUIER, F. (2003). « Quand les herbes médicinales sont un poison : la roulette russe des plantes chinoises », *Le Nouvel Observateur*, n° 1999.
- LEJEUNE, S. (2002). « Information médicale : l'inquiétante mainmise de l'industrie », *Medhermes*, <www.medhermes.com>.

Philippe Bail est médecin généraliste et directeur du Département de médecine générale de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de Brest. Ses domaines de recherche sont la pédagogie médicale et les sciences de l'éducation, les soins palliatifs en soins primaires ainsi que la souffrance psychique en soins primaires.

Pierre Bodénez est psychiatre, praticien hospitalier et chef de service au Service Alcool-Toxiques, CHU Brest.

Brigitte Chamak est chercheure à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et au Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société (CESAMES). Elle s'intéresse aux pratiques de prise en charge en psychiatrie. Sa recherche, qui vise à analyser les transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge par une approche socioethnographique, s'inscrit dans l'un des axes développés par l'unité en sciences sociales dirigée par Alain Ehrenberg.

Rémi Coignard-Friedman est étudiant au doctorat en sociologie à l'Université du Québec à Montréal et membre de l'Équipe de recherche sur le médicament comme objet social (MEOS). Sa thèse porte sur la normativité individuelle contemporaine. Il poursuit ses réflexions sur la normativité contemporaine et en particulier sur la notion de soi à travers la question de l'introduction des médicaments dans le traitement de la maladie d'Alzheimer, en collaboration avec Annette Leibing.

Johanne Collin, historienne et sociologue, est professeure au secteur Médicament et santé des populations de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal. Elle est responsable de l'équipe de recherche sur le médicament comme objet social (MEOS), qui fait partie du Groupe de

recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP). Elle est également chercheure-boursière au Fonds québécois de recherche sur la société. Sa programmation de recherche porte sur la sociologie du médicament. Elle a dirigé plusieurs recherches financées en lien avec les logiques sociales et culturelles (professionnelles et profanes) de la prescription et de la consommation des médicaments et la sociologie des pratiques médicales et les groupes professionnels du domaine de la santé (médecins, infirmières, pharmaciens, etc.), et est auteure ou coauteure de plusieurs ouvrages sur le sujet dont *Changement d'ordonnance* (1995) et « La mort, les médicaments, les poisons, les remèdes » (*Frontières*, 2003).

Henri Dorvil est travailleur social et docteur en sociologie. Ancien clinicien des hôpitaux et des cliniques externes psychiatriques, il donne les cours Déviance et marginalités sociales, Aspects éthiques du travail social et Santé et inégalités sociales à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal. Il est membre régulier du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP-FAS) de l'Université de Montréal et chercheur associé de l'Axe de psychiatrie sociale du Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Ses travaux de recherche portent sur la stigmatisation associée aux troubles mentaux, particulièrement dans les domaines du logement, de l'emploi et des médias de masse.

Alain Ehrenberg, sociologue, est directeur de recherche au CNRS et directeur du Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société (CESAMES, CNRS, INSERM, Université Paris 5). Il s'intéresse particulièrement aux malaises individuels dans la société moderne par rapport à la nécessité de performance et de l'injonction de l'autonomie. Il est l'auteur de *Le culte de la performance* (1991), *L'individu incertain* (1995) et *La fatigue d'être soi* (1998).

Sylvie Fainzang est anthropologue, directrice de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et membre du Centre de recherche Médecine, Sciences, Santé et Société (CERMES). Elle est l'auteure de plusieurs ouvrages, parmi lesquels *Médicaments et société: le patient, le médecin et l'ordonnance* (2001) et *La relation médecins-malades: information et mensonge* (2006). Elle travaille actuellement sur l'information dans le cadre de la relation médecin/malade.

Philippe Genest est psychiatre et praticien hospitalier à l'Unité d'accueil des urgences, CHU de Brest et CR 49.

Claudie Haxaire est ethnologue et maître de conférence au Département de sciences humaines et sociales de la Faculté de médecine de Brest et chercheure au Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société (CESAMES). Elle s'intéresse aux thérapeutiques en santé mentale et

notamment aux psychotropes sur deux terrains : l'un exotique et rural chez les Gourou de Côte-d'Ivoire, et l'autre domestique en Bretagne occidentale et en Basse-Normandie.

Denis Lafortune est professeur adjoint à l'École de criminologie de l'Université de Montréal et membre de l'équipe de recherche sur le médicament comme objet social (MEOS). Il est aussi associé au Centre international de criminologie comparée (centre FCAR). Ses intérêts de recherche s'articulent autour des interventions cliniques auprès des délinquants, de la prescription de psychotropes, du recours aux mesures privatives de liberté et de la prédiction de la récidive chez les adolescents.

Annette Leibing est anthropologue de la santé. Entre 1995 et 2000, elle était professeure en santé mentale à l'Université fédérale de Rio de Janeiro. En 2006, elle est devenue professeure à la Faculté de sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est chercheure au sein de l'équipe de recherche sur le médicament comme objet social (MEOS) et dans le groupe Vieillessement et exclusion sociale (VIES). Ses intérêts de recherche tournent autour du vieillissement, des maladies associées au vieillissement comme la maladie d'Alzheimer, de la santé mentale et des médicaments. Son plus récent livre s'intitule *Thinking about Dementia: Culture, Loss, and the Anthropology of Senility* (avec Lawrence Cohen, 2006).

Philippe Le Moigne est sociologue et chargé de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Il est chercheur au Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société – CESAMES, laboratoire de l'INSERM (U611), du CNRS (8136) et de l'Université Paris 5 René-Descartes. Ses travaux ont porté conjointement sur les mineurs multi-récidivistes et sur la prescription et la consommation des médicaments psychotropes. Le programme de recherche de Philippe Le Moigne s'applique aujourd'hui plus largement à la genèse, aux formes et au statut social des catégories de la psychopathologie et de la santé mentale.

Laurence Monnais, historienne, est spécialiste de l'histoire de la médecine et des pratiques de santé en Asie de l'Est et du Sud-Est. Elle est professeure au Département d'histoire et au Centre d'études de l'Asie de l'Est (CETASE) de l'Université de Montréal. Chercheure au sein de l'équipe sur le médicament comme objet social (MEOS) et chercheure-boursière des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), elle travaille actuellement sur la consommation de médicaments des Vietnamiens, dans une perspective diachronique, à la fois historique (dans le Viêt-nam colonial) et anthropologique (au Canada, en contexte actuel d'immigration). Elle est l'auteure de *Médecine et colonisation. L'aventure indochinoise, 1860-1939* (1999).

Carole Noumbissi-Nana est interne en médecine générale à la Faculté de médecine de Brest I.

Marcelo Otero est professeur au Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal, chercheur-boursier au Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et directeur adjoint des *Cahiers de recherche sociologique*. Il est également chercheur à l'équipe de recherche sur le médicament comme objet social (MEOS), au CRI (Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale) et à l'ISS (Institut Santé et Société de l'Université du Québec à Montréal). Sa programmation de recherche actuelle porte, entre autres, sur les nouveaux problèmes de santé mentale et les nouvelles thérapeutiques mentales comme analyseurs des formes normales et pathologiques de l'individualité contemporaine. Il a publié notamment *Les règles de l'individualité contemporaine* en 2003 et « Nouveau malaise dans la civilisation » dans les *Cahiers de recherche sociologique* en 2005.

Michelle Proulx a complété une formation doctorale au programme de santé publique de l'Université de Montréal et est stagiaire post-doctorale sous la direction de la Pr^e Johanne Collin, de la Faculté de pharmacie. Elle est membre du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) et de l'équipe de recherche sur le médicament comme objet social (MEOS). Ses intérêts de recherche se dessinent principalement autour de deux grands axes : la problématique de l'usage des médicaments pharmacologiques et alternatifs (p. ex. les produits de santé naturels) du point de vue des populations elles-mêmes ; et celle du risque subjectif du point de vue des profanes et des différents acteurs en santé.

Lilian Scheinkman, M.D., Ph.D., est psychiatre. Elle est chercheure au Département de psychiatrie de l'Université fédérale de Rio de Janeiro et au Département de psychiatrie de l'Université de Miami. Sa spécialité est l'étude de la distinction entre la démence et le vieillissement considéré normal.

Pierre-Luc St-Hilaire est étudiant au doctorat en sociologie à l'Université du Québec à Montréal et membre de l'équipe de recherche sur le médicament comme objet social (MEOS). Sa thèse tente de mieux saisir la hausse du recours à l'antidépresseur dans les sociétés contemporaines.

Le projet Solidarité jeunesse

Dynamiques partenariales
et insertion des jeunes en difficulté
*Martin Goyette, Céline Bellot et
Jean Panet-Raymond*
2006, ISBN 2-7605-1443-9, 212 pages

La pratique de l'intervention de groupe

Perceptions, stratégies et enjeux
Ginette Berteau
2006, ISBN 2-7605-1442-0, 252 pages

**Repenser la qualité des services en santé
mentale dans la communauté**

Changer de perspective
*Lourdes Rodriguez, Linda Bourgeois,
Yves Landry et al.*
2006, ISBN 2-7605-1348-3, 336 pages

L'intervention sociale en cas de catastrophe

*Sous la direction de
Danielle Maltais et Marie-Andrée Rheault*
2005, ISBN 2-7605-1387-4, 418 pages

Trajectoires de déviance juvénile

Les éclairages de la recherche qualitative
N. Brunelle et M.-M. Cousineau
2005, ISBN 2-7605-1372-6, 232 pages

Revenu minimum garanti

Comparaison internationale, analyses et débats
Lionel-Henri Groulx
2005, ISBN 2-7605-1365-3, 378 pages

Amour, violence et adolescence

Mylène Fernet
2005, ISBN 2-7605-1347-5, 268 pages

Réclusion et Internet

Jean-François Pelletier
2005, ISBN 2-7605-1259-2, 172 pages

Au-delà du système pénal

L'intégration sociale et professionnelle
des groupes judiciairisés et marginalisés
Sous la direction de Jean Poupart
2004, ISBN 2-7605-1307-6, 294 pages

L'imaginaire urbain et les jeunes

La ville comme espace d'expériences
identitaires et créatrices
*Sous la direction de
Pierre-W. Boudreault et Michel Parazzelli*
2004, ISBN 2-7605-1293-2, 388 pages

Parents d'ailleurs, enfants d'ici

Dynamique d'adaptation du rôle parental
chez les immigrants
Louise Bérubé
2004, ISBN 2-7605-1263-0, 276 pages

Citoyenneté et pauvreté

Politiques, pratiques et stratégies d'insertion
en emploi et de lutte contre la pauvreté
Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann
2004, ISBN 2-7605-1261-4, 330 pages

**Éthique, travail social
et action communautaire**

Henri Lamoureux
2003, ISBN 2-7605-1245-2, 266 pages

Travailler dans le communautaire

*Jean-Pierre Deslauriers,
avec la collaboration de Renaud Paquet*
2003, ISBN 2-7605-1230-4, 160 pages

Violence parentale et violence conjugale

Des réalités plurielles, multidimensionnelles
et interreliées
Claire Chamberland
2003, ISBN 2-7605-1216-9, 410 pages

Le virage ambulatoire

Défis et enjeux
*Sous la direction de Guilhème Pérodeau
et Denyse Côté*
2002, ISBN 2-7605-1195-2, 216 pages

Priver ou privatiser la vieillesse?

Entre le domicile à tout prix
et le placement à aucun prix
Michèle Charpentier
2002, ISBN 2-7605-1171-5, 226 pages

**Huit clés pour la prévention
du suicide chez les jeunes**

Marlène Falardeau
2002, ISBN 2-7605-1177-4, 202 pages

La rue attractive

Parcours et pratiques identitaires
des jeunes de la rue
Michel Parazzelli
2002, ISBN 2-7605-1158-8, 382 pages

Le jardin d'ombres

La poétique et la politique
de la rééducation sociale
Michel Desjardins
2002, ISBN 2-7605-1157-X, 260 pages

Problèmes sociaux

• Tome 1 – Théories et méthodologies
*Sous la direction de
Henri Dorvil et Robert Mayer*
2001, ISBN 2-7605-1126-X, 622 pages

Problèmes sociaux

• Tome 2 – Études de cas
et interventions sociales
*Sous la direction de
Henri Dorvil et Robert Mayer*
2001, ISBN 2-7605-1127-8, 700 pages