

Médicament psychotrope : quelques mythes à détruire

Johanne Collin

Numéro 41-42, 2005

Nouveau malaise dans la civilisation : regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1002462ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1002462ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département de sociologie - Université du Québec à Montréal

ISSN

0831-1048 (imprimé)

1923-5771 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Collin, J. (2005). Médicament psychotrope : quelques mythes à détruire. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 115–134. <https://doi.org/10.7202/1002462ar>

Résumé de l'article

Comprendre l'augmentation de la consommation de médicaments psychotropes dans nos sociétés occidentales, voilà la question à laquelle tente de répondre cet article. Pour ce faire, plutôt que d'appréhender cette question d'une façon somme toute assez classique, celle du déplacement de la frontière entre le normal et le pathologique, il s'agit de l'aborder à partir d'une analyse des dispositifs ou processus qui mettent désormais au centre de nos vies le médicament comme objet. Le « succès » des médicaments psychotropes nous semble, d'un certain point de vue, pouvoir être appréhendé en tant qu'épiphénomène par rapport au succès du médicament en général. Après avoir déconstruit certains postulats ou « mythes » sur lesquels se fondent trop souvent les études sur le recours au médicament psychotrope, je m'efforcerai donc d'exposer différents niveaux d'explication du « succès » du médicament dans nos sociétés occidentales contemporaines à travers l'identification d'une triple « obsession » : celle du corps, de la santé et du risque.

Médicament psychotrope: quelques mythes à détruire

Johanne COLLIN

Introduction

Comprendre l'augmentation de la consommation de médicaments psychotropes dans nos sociétés occidentales, voilà la question à laquelle tente de répondre cet article. Pour ce faire, plutôt que d'appréhender cette question d'une façon somme toute assez classique, celle du déplacement de la frontière entre le normal et le pathologique, il s'agit plutôt de l'aborder à partir d'une analyse des dispositifs ou processus qui mettent désormais au centre de nos vies le médicament comme objet. Et cela, en déconstruisant d'emblée deux postulats sur lesquels se fondent généralement les études: le premier consiste à appréhender le recours aux médicaments psychotropes comme corollaire des problèmes de santé mentale, avérés ou perçus comme tels. Il faut plutôt, à cet égard, considérer la relative autonomie du recours par rapport à la prévalence des problèmes de santé mentale. Le second postulat est à l'effet que les médicaments psychotropes sont, par nature, fondamentalement différents des autres catégories de médicaments et que l'analyse de leur recours relève forcément d'autres mécanismes et facteurs que celle des médicaments «pour le corps». Si tant est que chaque «molécule» mérite d'être appréhendée et étudiée comme un objet complexe et spécifique, leur recours relève globalement des mêmes dispositifs socio-culturels, économiques et politiques. Le «succès» des médicaments psychotropes nous semble, d'un certain point de vue, pouvoir être appréhendé en tant qu'épiphénomène par rapport au succès du médicament en général. Après avoir déconstruit ces deux postulats, je m'efforcerai donc d'exposer différents niveaux d'explication du «succès» du médicament dans nos sociétés occidentales contemporaines.

1. Le recours aux médicaments psychotropes

La consommation de psychotropes dans nos sociétés occidentales est un phénomène en expansion, et ce, tout particulièrement au sein de différents groupes. À titre d'exemple, chez les personnes âgées, la consommation de benzodiazépines (sommifères et tranquillisants mineurs) représente de 20% à 30% de la population non institutionnalisée au Québec¹. Chez les enfants et les jeunes, ce sont les stimulants, neuroleptiques et autres psychotropes dont la prescription est en hausse. En progression constante en clinique pédiatrique, dans les écoles et surtout en milieu institutionnel, la prescription serait de 35% dans les Centres jeunesse québécois². Enfin, chez les adultes en «panne de fonctionnement», ce sont les antidépresseurs qui sont à l'honneur: hausse de la consommation importante ici, où le diagnostic de dépression se situe au deuxième rang des motifs de consultation³, mais plus encore en France où la prescription d'antidépresseurs a doublé entre 1995 et 2000⁴.

Chez les jeunes, on constate l'apparition d'une nouvelle catégorie nosologique, celle des troubles de conduite dans le DSM, ciblant l'impulsivité, l'agressivité et les troubles de comportements. La recherche est largement orientée vers l'établissement des bases neurophysiologiques, ce qui à ce jour conduit au constat de la fragilité des fondements empiriques sur lesquels repose la prescription. Dans ce cas, l'intensité de la pression institutionnelle (dans les écoles, comme dans les Centres Jeunesse) exercée par différents acteurs constitue assurément l'un des facteurs conduisant à la prescription. En ce qui concerne les «adultes», on constate l'hétérogénéité des symptômes associés au syndrome dépressif, et l'ambiguïté diagnostique à laquelle elle conduit. Malgré ce flou, l'efficacité de la molécule serait en partie porteuse d'un élargissement que l'on constate au registre de son utilisation. Quant aux personnes âgées, la question de

-
1. J. Collin et J. Ankri, «La problématique de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées en France et au Québec», *Gérontologie et société*, n° 107, 2003, p. 149-165.
 2. D. Lafortune, C. Laurier et F. Gagnon, «Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en Centre Jeunesse», *Revue de psychoéducation et d'orientation*, vol. 34, n° 1, 2004, p. 157-176.
 3. Intercontinental Marketing Services Health (IMS-2003) www.imshealthcanada.com/htmlfr/3_2.htm.
 4. P. Le Moigne et al., *La dépendance aux médicaments psychotropes. Approches, données, expériences*, Rapport de recherche de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), Paris, CESAMES, 2004.

leur recours aux benzodiazépines en particulier a, de loin, été la plus étudiée jusqu'ici. Et ce, notamment parce que cette consommation constituait une préoccupation importante de santé publique, la consommation de psychotropes étant susceptible d'entraîner des risques d'événements indésirables, de troubles cognitifs, de chutes, etc.⁵.

L'augmentation de ce recours suscite évidemment plus de questions que de réponses. Parmi celles-ci, quelques-unes se posent en dyades. Assiste-t-on à un accroissement des problèmes de santé mentale? Ou bien plutôt à un meilleur repérage de ceux-ci à travers la mise au point d'outils diagnostiques plus efficaces? (ou les deux?). Est-on devant le développement d'une sensibilité clinique (notamment de la part des médecins généralistes qui demeurent les principaux prescripteurs) plus attentive aux dimensions psychologiques? Ou bien devant les effets d'une pression accrue à la prescription? Enfin, et peut-être surtout, n'assisterait-on pas à un abaissement du seuil de tolérance, dans nos sociétés occidentales, face aux dysfonctionnements sociaux et à la souffrance psychique?

La thèse que je veux développer dans cet article est la suivante: le recours extensif aux médicaments psychotropes relève au moins autant des processus qui mettent le médicament au centre de notre existence que de ceux qui mettent la santé mentale au centre de nos préoccupations collectives. En fait, le psychotrope constitue en quelque sorte un révélateur de notre rapport au médicament, actualisant une version exacerbée et paroxystique du rôle de cet artefact dans la vie des modernes que nous sommes. Pour soutenir mon propos, je commencerai par déconstruire un certain nombre de postulats (ou de mythes) qui alimentent et sous-tendent la recherche sur le recours aux médicaments psychotropes dans les prochaines sections de cet article.

2. Médicaments psychotropes et problèmes de santé mentale: même combat?

Le premier mythe consiste à appréhender la consommation de psychotropes comme traceur de la prévalence de problèmes de santé mentale avérés ou perçus comme tels. Il existe, dans les faits, une relative auto-

5. D. Cohen et J. Collin, *Les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants: recension et analyse des écrits. Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie: orientations et stratégie*, Groupe de travail sur la prévention des toxicomanies, Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec, 2000, 145 pages.

nomie entre ces deux phénomènes. Celle-ci est particulièrement mise en évidence lorsqu'on considère le groupe des personnes de plus de 60 ans, chez qui le phénomène du recours est important et suffisamment ancien pour mettre de l'avant une consommation au long cours.

L'association entre la santé mentale et la consommation de médicaments psychotropes a fait l'objet de plusieurs études⁶. Le plus souvent, les études scrutant les facteurs associés à la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées partent du postulat de problèmes psychologiques préexistants. On invoque la diminution du bien-être psychologique, voire l'apparition d'une détresse se manifestant par l'anxiété, l'insomnie, etc. Ces changements seraient généralement liés à un événement déclencheur (perte du conjoint ou d'un proche, perte de la maîtrise des événements familiaux ou extérieurs, crainte des cambriolages, des agressions, etc.⁷). D'autres facteurs ont par ailleurs également été associés au phénomène. Les consommateurs de psychotropes seraient, plus souvent que les non-consommateurs, atteints de problèmes de santé physique⁸. En outre, plusieurs auteurs ont suggéré un lien entre l'isolement, le manque de support social et la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées⁹. Les consommateurs de psychotropes auraient tendance à éprouver un sentiment d'isolement¹⁰ et d'insatisfaction vis-à-vis du soutien social qui leur est offert¹¹. À l'inverse, la qualité des relations qu'entretient la personne âgée avec ses proches, en influant sur son bien-être psychologique, serait un prédicteur de la non-utilisation de médicaments psy-

-
6. J. Ankri, J. Collin, G. Pérodeau et B. Beaufiles, «Médicaments psychotropes et sujets âgés. Une problématique commune France-Québec», *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 1, 2002, p. 35-62.
 7. D. Dupré-Lévêque, «Les effets "tertiaires" du médicament psychotrope. Bilan d'une recherche anthropologique menée en milieu rural dans le Sud-Ouest de la France auprès de consommateurs âgés», *Santé Mentale au Québec*, vol. 22, n° 1, 1997, p. 5-15.
 8. S. Weyerer et H. Dilling, «Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics and use of psychotropic drugs in the community: Results from the upper Bavarian Field Study», *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 44, 1991, p. 303-311.
 9. B. L. Mishara et W. A. McKim, «*Drogues et vieillissement*», Chicoutimi, Gaëtan Morin, 1989.
 10. T. M. Gustafsson, D. G. L. Isacson, M. Thorslund et D. Sörbom, «Factors associated with psychotropic drug use among the elderly living at home», *The Journal of Applied Gerontology*, vol. 15, n° 2, 1966, p. 238-254.
 11. S. B. Eve, H. J. Friedsam, «Use of tranquilizers and sleeping pills among older Texans», *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 13, n° 2, 1981, p. 165-173.

chotropes¹². Certains chercheurs avancent même que la satisfaction dans la vie conférerait aux personnes âgées une protection contre l'usage des psychotropes¹³.

Cependant, si le lien entre santé mentale et psychotropes était d'emblée, jusqu'à récemment, tenu pour acquis, il est de plus de plus remis en question. Il faut voir que plusieurs des études établissant ce lien comportent des limites relativement importantes, comme le fait, par exemple, d'englober dans une même catégorie benzodiazépines, antidépresseurs et neuroleptiques ou autres types de psychotropes destinés à soigner les problèmes de démence¹⁴. Par ailleurs, des études récentes ont fait le constat de la consommation de médicaments psychotropes au long cours chez des personnes âgées ne présentant pas de problèmes d'anxiété ou de dépression¹⁵. En outre, des études ont montré qu'entre 42% et 75% des patients âgés ayant reçu une prescription de psychotropes ne présentaient pas d'évidences de morbidité psychiatrique ou d'indication médicale fondée¹⁶. La prescription de psychotropes en dehors de tout diagnostic psychiatrique spécifique serait plus fréquente chez les sujets âgés que chez les adultes jeunes¹⁷.

Si le sens et la force de la relation entre santé mentale et psychotropes sont difficiles à établir, c'est qu'il faut envisager la relative autonomie de ces deux phénomènes. Cette non-correspondance témoigne des pratiques de prescription des médecins. Elle relève ainsi, en partie du moins, des motifs qui sous-tendent la décision de prescrire et, ce faisant, de la dynamique d'interaction qui se déroule dans le cabinet du médecin pres-

-
12. J. Allard, D. Allaire, G. Leclerc et S.-P. Langlois, «The influence of family and social relationships on the consumption of psychotropic drugs by the elderly», *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 20, 1995, p. 193-204.
 13. D. Larose, «Les habitudes de consommation de psychotropes chez les personnes âgées», *Santé mentale au Québec*, vol. 21, n° 1, 1996, p. 291-296.
 14. M. T. Gustaffson *et al.*, *op. cit.*; J. Allard *et al.*, *op. cit.*
 15. P. Voyer, «La relation entre la santé mentale et la consommation de psychotropes chez les aînés vivant dans la communauté», Thèse de doctorat, Faculté de nursing, Université de Montréal, 2000 (Pérodeau).
 16. R. R. Aparasu, J. R. Mort et S. Sitzman, «Psychotropic prescribing for the elderly in office-based practice», *Clinical Therapy*, vol. 20, n° 3, 1998, p. 603-616; R. M. Tamblyn «Medication use in seniors : challenges and solutions», *Thérapie*, vol. 51, n° 3, 1996, p. 269-282.
 17. D. B. Larson, J. S. Lyon, A. A. Hohmann, R. S. Beardsley et J. Hidalgo, «Psychotropics Prescribed to the US Elderly in the Early and Mid 1980s: Prescribing Pattern of Primary Care Practitioners, Psychiatrists and Other Physicians», *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 6, 1991, p. 63-70.

cripteur¹⁸. Des études ont démontré l'influence des caractéristiques socio-démographiques, des connaissances et les facteurs d'ordre structurel associés aux contextes de travail des médecins dans les pratiques de prescriptions. Mais il faut voir également qu'une prescription, jugée inadéquate en regard des critères pharmacologiques établis, peut très bien être soutenue, du point de vue du médecin, par une rationalité qui déroge aux normes scientifiques et dites objectives imposées par les experts ou par la communauté médicale. Des études ont bien montré à quel point la pression de la demande, l'inconfort à refuser de prescrire, le désir de conserver une relation de confiance, l'incertitude face au diagnostic, représentent autant d'éléments qui permettent d'expliquer des pratiques de prescriptions jugées inadéquates du point de vue des normes cliniques¹⁹.

Si le cas du recours aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées est, de loin, celui qui, à ce jour, a été le plus étudié sous tous ses angles et à travers différents regards en sciences sociales, on ne saurait pour autant le considérer comme un cas «à part». La problématique de la prescription de psychotropes aux enfants et aux adolescents en Centres Jeunesse en témoigne déjà. On parle en effet littéralement d'une explosion du nombre d'ordonnances depuis le début des années 1990 en Amérique du Nord. Le cas des antidépresseurs, depuis, la mise en marché des ISRS, en constitue également un indice troublant. Ce qui se passe dans le cabinet du médecin s'avère, à cet égard, un des éléments clés d'une autre compréhension du phénomène. Les motifs de prescription et les logiques de recours sont des dimensions incontournables à partir desquelles se profile manifestement là aussi une certaine autonomie entre prescription de psychotropes et diagnostics de santé mentale. Ainsi, les diagnostics qui viennent justifier ou légitimer la prescription, les contingences de pratique qui obligent à un rythme rapide et à des durées de consultation très courtes, les demandes précises et insistantes des patients pour la prescription de tel ou tel médicament dont les mérites ont été vantés par la publicité directe

-
18. J. Collin, N. Damestoy et R. Lalande, «La construction d'une rationalité: les médecins face à la prescription de médicaments psychotropes aux personnes âgées», *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n° 2, 1999, p. 31-53.
19. V. Chinburapa, L. N. Larson et M. Brucks, «Physician Prescribing Decisions: the Effects of Situational Involvement and Task Complexity on Information Acquisition and Decision Making», *Social Science & Medicine*, vol. 36, n° 11, 1993, p. 1473-1482; R. Schwartz, S. Soumerai and J. Avorn, «Physician Motivations for Nonscientific Drug Prescription», *Social Science & Medicine* vol. 28, n° 6, 1989, p. 577-582; C. Bradley, «Uncomfortable Prescribing Decisions: A Critical Incident Study», *British Medical Journal*, vol. 304, 1992, p. 294-296.

sur les médicaments d'ordonnance, les échantillons distribués gratuitement aux médecins, sont autant de grains de sable dans les rouages de cette mécanique présumée infaillible du jugement clinique et de la prescription optimale.

3. Le médicament psychotrope: un phénomène à part?

Le deuxième postulat est celui qui appréhende le médicament psychotrope comme faisant partie d'une catégorie à part par rapport aux autres médicaments, comme si les médicaments de l'âme relevaient d'une autre «chimie» que les molécules destinées à traiter de «vraies pathologies», celles dont l'ancrage est physiologique et repérable au niveau de la géographie corporelle de l'individu. En fait, les psychotropes s'inscrivent dans des rapports sociaux entre profanes et experts, entre soignants et soignés, qui sont du même ordre que ceux qui caractérisent les autres catégories ou classes de médicament. Tout juste peut-on penser qu'ils agissent comme «intensificateurs» de ces rapports, comme s'ils permettaient de durcir le trait.

Le premier argument qui vient à l'esprit pour justifier le statut «différent» du médicament psychotrope est celui de l'ambiguïté des repères diagnostiques. De fait, l'incertitude et l'ambiguïté diagnostique font partie intégrante de la problématique liée à l'établissement du jugement clinique en santé mentale. Un exemple parmi tant d'autres est celui du TDAH (Trouble de déficit d'attention avec/sans hyperactivité). D'une part, les critères diagnostiques pour ce trouble diffèrent selon que l'on se réfère à l'une ou l'autre des deux plus importantes classifications psychiatriques, soit le DSM-IV et la CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'OMS). D'autre part, les comportements des enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH ne se distinguent de ceux des autres enfants que par la fréquence et l'intensité²⁰.

Toutefois, l'ambiguïté diagnostique et la part d'incertitude dans le jugement clinique sont monnaie courante par rapport à de multiples problèmes de santé «physiques». C'est ce dont témoignent par exemple la surprescription d'antibiotiques aux enfants d'âge préscolaire, ou encore la prescription d'anxiolytiques aux personnes âgées souffrant d'hypertension. Dans le premier cas, la difficulté à distinguer, sur le plan clinique, une otite

20. J. Collin, M. Otero, D. Lafortune, L. Monnais, H. Doucet, M. Proulx et M. E. Blanc, «État des lieux et recommandations au Ministre de la santé sur les enjeux liés à la recherche sociale concernant le médicament», Québec, CSBE, 2005, p. 33.

d'origine virale d'une infection bactérienne, accroît la propension à prescrire des antibiotiques, alors qu'ils ne sont recommandés que dans le traitement des infections bactériennes²¹. Certaines études évaluent qu'il y aurait de 40% à 80% de surdiagnostics dans les cas d'otites moyennes aiguës, ce qui signifie que plus de la moitié des prescriptions d'antibiotiques seraient inutiles dans ce contexte²². La difficulté d'accès aux tests diagnostiques (tympa-nocentèse) au moment de la consultation ainsi que le manque de consensus sur les critères de diagnostic seraient en cause. Mais il faut également invoquer le contexte de l'interaction entre médecins et parents. Dans nombre de cas, le diagnostic posé viendrait tout simplement légitimer la prescription d'antibiotiques puisque l'un des principaux facteurs prédictifs de la prescription d'agents antimicrobiens s'avère la perception des médecins face aux attentes des parents²³. Un même contexte d'incertitude est fréquent lorsqu'il est question des personnes âgées. Évoquant l'anxiété de leurs patients, les médecins avancent qu'elle peut se manifester de différentes façons. Elle peut se traduire par des symptômes physiques spécifiques, ou encore amplifier les manifestations d'une pathologie déjà connue chez le patient. Entre crise d'angine et crise d'angoisse, il devient difficile de départager les causes des conséquences²⁴.

Dans les deux cas, le contexte d'incertitude clinique donne un poids considérable aux facteurs relationnels et socio-environnementaux dans la décision de prescrire. Une ambiguïté diagnostique fondée *de facto* sur la non-accessibilité immédiate à des tests diagnostiques caractérise nombre de problèmes de santé physiques et soutient ou nourrit un recours extensif au médicament (psychotrope ou non).

Par ailleurs, nous sommes d'autant moins justifiés d'appréhender les médicaments psychotropes comme une catégorie à part, qu'ils font l'objet des mêmes transactions et s'inscrivent dans des déplacements de frontières qui les définissent tantôt comme agents thérapeutiques pour des problèmes

21. A. Boccazzi, P. Careddu, «Acute otitis media in pediatrics: are there rational issues for empiric therapy?» *Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 16 n° 3, p. S65-S69.

22. E. L. Wang, T. R. Einarson, J. D. Kellner, J. M. Conly, «Antibiotic prescribing for Canadian Preschool Children: evidence of overprescribing for viral respiratory infections», *Clinical infectious diseases*, 29, p. 155-160.

23. R. Mangione-Smith, A. McGlynn, M. Elliot, P. Krogstad, R. Brook, «The relationship between parental expectation and pediatrician antimicrobial prescribing behavior», *Pediatrics*, vol. 103, n° 4, avril 1999, p. 711-718.

24. J. Collin, N. Damestoy et R. Lalande, «La construction d'une rationalité: les médecins face à la prescription de médicaments psychotropes aux personnes âgées», *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n° 2, 1999, p. 31-53.

physiques et tantôt comme modificateurs d'humeurs. Les considérer, dès lors, comme des médicaments d'un genre particulier revient à reconduire cette séparation corps/esprit si chère aux modernes.

Ainsi, la catégorie des «stimulants» dans l'enquête de Santé-Québec recouvre, pour les participants à l'enquête, de multiples significations. Dans cette rubrique sont consignés, selon l'entendement de chacun, vitamines, produits naturels énergisants et méthilphénidate (prescrit pour le traitement du TDAH). Du point de vue des profanes également, les anti-hypertenseurs sont souvent perçus comme des antidépresseurs, parce qu'ils soignent la «pression»²⁵.

Cette «transgression» des frontières entre «médicaments de l'âme» et médicaments pour le corps n'est cependant pas l'apanage des seuls profanes. Le fonctionnement même de l'industrie pharmaceutique, à travers le développement de la recherche et les dispositifs d'approbation et de mise en marché, témoigne de ce brouillage des territoires «du corps» et de l'«esprit». Ainsi le bubropion, un antidépresseur, existe sur le marché canadien sous deux noms de marque différents, Zyban Rx (pour lutter contre le tabagisme) et Wellbutrin Rx (contre la dépression). La même molécule est donc destinée à agir sur deux registres forts différents, c'est-à-dire vaincre la dépendance physique induite par les agents toxico-manogènes de la cigarette, et enrayer la «panne de fonctionnement» qui caractérise la dépression. La clonidine, un antihypertenseur, est utilisé largement en combinaison avec des psychotropes dans les cas du syndrome Gilles de la Tourette. La classe des antidépresseurs tricycliques (et notamment l'amtryptiline) est désormais utilisée essentiellement pour traiter des douleurs neurologiques sévères plutôt que pour la dépression. Au chapitre des médicaments de vente libre, on note des situations similaires. Ainsi, la même molécule, un antihistaminique, est commercialisée sous deux noms de marque différents Benadryl et Dormex, le premier étant vendu comme antihistaminique et le second comme somnifère. On pourrait ainsi multiplier les exemples de ces «transfuges» qui jalonnent l'histoire du médicament, inhérents aux aléas de la recherche scientifique et aux impératifs de l'expansion commerciale et industrielle.

Ces frontières entre médicaments pour le corps et pour l'âme ne sont, du reste, pas les seules à s'avérer perméables et mouvantes. Il en est de même de celles qui distinguent les médicaments de vente libre et les médicaments d'ordonnance ou encore les médicaments des alicaments (ou

25. J. Collin, «Médicaments psychotropes et personnes âgées: une socialisation de la consommation», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 2, p. 75-99.

nutraceutiques); autant de mouvance qui confirment qu'à travers le prisme du médicament, le mental et le physique s'inscrivent dans les mêmes logiques et se modulent, autant l'un que l'autre (et l'un par l'autre), en fonction de la norme d'autonomie, de santé et d'apparence qui caractérise nos sociétés occidentales.

4. Une triple obsession: le corps, le risque, la santé

Le médicament psychotrope s'inscrit en effet dans un registre plus vaste, celui de la quête de la «santé parfaite» et du développement depuis quelques décennies, d'une idéologie sanitariste, où santé physique et mentale sont partie intégrante d'une même matrice reposant de plus en plus sur le médicament (psychotrope ou non). Le succès des psychotropes dans nos sociétés occidentales s'expliquerait en bonne partie par l'extrême popularité des médicaments à travers toute une série de processus qui mettent de l'avant la centralité de notre rapport au corps et à l'apparence tout autant qu'au risque et à la santé.

Le corps

La modernité avancée engage un rapport au temps et au corps particulier. Tout se passe comme s'il y avait déplacement des dispositifs de régulation des institutions productrices de normes concernant notamment les valeurs morales telles la famille, l'Église, etc. vers d'autres institutions centrées sur la santé, le corps, l'apparence, la productivité, la consommation, bref une matérialité porteuse de certitudes dans une société où les repères se sont multipliés et où le tracé des frontières et des limites n'est plus très clair. Depuis quelques décennies, les modes d'action de la politique et des institutions feraient en effet de plus en plus appel à la responsabilité individuelle, les normes de conduite en société exerçant en ce sens de fortes pressions sur l'individu pour qu'il se prenne en charge²⁶. Il se serait donc produit un report sur l'individu des responsabilités auparavant assumées, ou à tout le moins médiatisées, par les institutions, les cadres communautaires et les mouvements collectifs.

Cette reconfiguration des liens collectifs et l'individualisation qui caractérise la modernité contemporaine s'accompagneraient dès lors d'un brouillage des frontières entre sphère publique et sphère privée. Plus glo-

26. A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 1998.

blement, le passage d'une société disciplinaire, où les normes sociales étaient clairement établies et soutenues par les institutions (l'Église, l'État-providence, la Famille traditionnelle), à une société apparemment plus permissive où les mécanismes disciplinaires, de normalisation et de standardisation des besoins se sont modifiés, serait en cause, avec comme conséquence le relâchement de la pression disciplinaire et la multiplication apparente des possibles au niveau des situations de vie et des modalités du vivre-ensemble. Dans ce contexte, «Majorer son autonomie individuelle, accroître son potentiel de développement personnel, améliorer son apparence physique: toutes ces nouvelles normes poussent à accentuer les contrôles que l'individu doit exercer sur lui-même pour avoir une vie sociale, professionnelle, affective²⁷.» Constituerait un trait particulier de nos sociétés occidentales contemporaines le fait d'avoir logé le «noyau de l'individu» à l'intérieur de lui-même, suscitant, en d'autres termes, l'hypervalorisation de l'individu, de son potentiel sans limite, l'exacerbation et la mise en exergue de ses attentes et de ses échecs. Il y aurait en quelque sorte déplacement des «transcendances verticales ayant caractérisé nos sociétés modernes à travers la référence à la religion ou encore à la Nation vers des transcendances horizontales correspondant désormais aux valeurs promues par l'individu lui-même²⁸».

Cette nouvelle socialité aurait entre autres pour effet de faire en sorte que les individus s'inscrivent dans des interactions ponctuelles plutôt que dans des rôles sociaux ancrés sur une temporalité longue. D'où la mise en scène du corps comme marqueur de notre identité²⁹.

Ce corps-identité et ce corps-repère dont les contours sont bien réels se doit d'être maîtrisé, contrôlé. Il constitue l'un des terrains de l'exercice d'une rationalité qui porte la modernité à travers le rêve cartésien d'une maîtrise de soi et de son rapport au monde³⁰. L'exacerbation de ce désir de contrôle (de soi et de l'environnement) chez les contemporains n'est cependant pas sans rapport avec les développements scientifiques et les espoirs qu'ils ont fait naître depuis un siècle, en termes d'amélioration globale des conditions de vie dans les sociétés industrielles avancées ainsi que de gains enregistrés au niveau des indicateurs classiques de l'état de santé des populations. Avec ces espoirs vient cependant une capacité

27. A. Ehrenberg, «Dépassement permanent» dans A. Ehrenberg et P. Mignon, *Drogues, politique et société*, Paris, Ed. Descartes, p. 63.

28. L. Ferry, *L'Homme-Dieu ou le sens de la vie?*, Paris, Grasset, 1996.

29. D. Le Breton, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 1990.

30. R. Massé, *Éthique et santé publique*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003.

d'anticipation collective, qui attise les doutes, les craintes, et confère une place centrale au concept de risque dans nos sociétés.

Le risque

Comme le souligne Peretti-Watel en retraçant l'étymologie du terme «risque», celui-ci désigne «un danger sans cause, un dommage sans faute, qui pourtant devient prévisible et calculable³¹». À l'origine, le terme aurait été employé pour désigner l'écueil qui guette les navires, pour ensuite être généralisé à toute menace susceptible d'atteindre les marchandises ainsi transportées; l'accident représentant, dans ce contexte, un mal non intentionnel. D'abord étroitement lié au monde des assurances maritimes, le succès de ce qui s'avère, à compter du XIX^e siècle, une nouvelle conception du danger, serait également inséparable de l'application du calcul probabiliste au développement de la statistique publique.

Cette notion de risque qui prend au XX^e siècle, et notamment depuis quelques décennies, l'ampleur d'une véritable obsession, induirait une nouvelle conception du lien causal: celui de risque comme danger sans intention, sans auteur, sans volonté spécifique de nuire à un individu ou à une population. À chaque risque est associé un ensemble de facteurs de risque. Ériger un danger en risque implique l'éclatement de cette notion de causalité, vers la multiplication des causes ainsi que la convergence ou le cumul des facteurs. On peut y voir un recul interprétatif dans la mesure où le sens du lien entre le facteur et le risque qu'il soulève ne requiert pas forcément une interprétation. Du moment où le lien statistique existe, la causalité existe. Ce qui procure un terrain fertile au développement des expertises liées à l'identification et à la maîtrise des facteurs de risque.

Peretti-Watel³² souligne avec justesse que la préoccupation du risque dans nos sociétés occidentales relève de la transformation de notre rapport à celui-ci, bien davantage que de la multiplication effective des dangers³³. La notion de risque est en effet indissociable de notre perspective temporelle et de notre capacité d'anticipation. Notre capacité de se projeter dans l'avenir serait socialement différenciée et dépendrait en quelque sorte de ce que l'on a à perdre. On serait plus enclin à se préoccuper de l'avenir lorsqu'on possède une sécurité matérielle et un confort nous donnant

31. P. Peretti-Watel, *La société du risque*, Paris, La Découverte, 2001, p. 6.

32. P. Peretti-Watel, *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin, 2003.

33. Ce qui n'est pas la position de tous les auteurs qui se sont penchés sur cette question. Voir U. Beck, A. Giddens, D. Le Breton.

l'assurance d'être partie prenante d'un futur relativement éloigné. La précarité, n'offrant que peu de possibilités de projection dans l'avenir, serait en contre-partie moins porteuse d'inquiétudes face à des menaces de tout ordre. Le vieil adage du «rien à perdre» s'avérerait ici plausible.

L'obsession du risque, et en particulier du risque sanitaire, s'expliquerait donc en partie par la même logique. Selon tous les indicateurs majeurs de l'état de santé des populations (taux de mortalité, taux de mortalité infantile, espérance de vie, espérance de vie en santé, taux de morbidité des maladies infectieuses, etc.), nos sociétés occidentales ont marqué des gains considérables au cours du XX^e siècle. Cette sécurité sanitaire n'a cependant pas eu pour conséquence de faire taire les craintes face à la maladie. Tout au contraire, nous sommes plus inquiets, préoccupés, craintifs et obsédés par les risques qui menacent notre santé et par la perspective de la mort, bien que celle-ci soit généralement beaucoup plus longue à venir et plus «douce».

La santé

Mais cette anticipation du risque témoigne également de la transformation du regard médical à compter du début du XIX^e siècle³⁴. Cette quête collective et individuelle de la «santé parfaite» dans nos sociétés contemporaines prend en effet racines dans l'extension du regard médical, à travers l'émergence d'une nouvelle médecine fondée sur la «surveillance» des «populations» «normales». Cette triple utilisation de guillemets appelle des éclaircissements par rapport à chacune de ces notions. Celle de «surveillance» implique déjà en filigrane l'idée d'une définition moderne de la prévention. Surveiller et scruter implique de prévoir et d'anticiper. Le deuxième concept, celui de «populations», accompagne le développement de la pensée populationnelle dont nous avons plus haut mentionné les origines. Le regard médical, non seulement s'élargit pour englober les populations plutôt que les individus, mais il sort également de l'enceinte de l'hôpital pour se porter sur la place publique. Hygiénisme et sanitarisme vont de pair. Dans la même foulée, il vise désormais les populations «normales» dans le sens de «non-malades», non atteintes de morbidités particulières. À travers cette triple transformation, cette extension et ce déploiement s'actualise une mutation plus fondamentale

34. D. Armstrong, «Public Health Spaces and the Fabrication of Identity», *Sociology*, vol. 27, n° 3, août 1993, p. 393-410.

encore: celle de la conceptualisation du normal comme pathologique en devenir; de l'individu comme patient potentiel.

Selon Armstrong, l'émergence d'une nouvelle médecine fondée sur la surveillance des populations normales s'opère en parallèle avec le développement de la médecine d'hôpital. Cette nouvelle médecine de surveillance implique une reconfiguration profonde de l'espace de maladie, une redéfinition de la relation entre symptômes, signes cliniques et pathologie. Celle-ci quitte le corps pour habiter un autre espace. Selon Armstrong, c'est d'abord l'enfance au début du XX^e siècle qui est mise sous surveillance; l'enfance impliquant un ensemble de stades de développement devant faire l'objet d'une surveillance médicale pour s'assurer que tout «se passe bien». Cette préoccupation, pour le devenir de la société à travers le développement de l'enfant, se reflète aussi dans une prise en charge médicale de la grossesse, de plus en plus axée sur la désignation du fœtus comme entité distincte de la mère. La préoccupation envers le développement du cerveau et de la psyché de l'enfant (Freud) soutient également cette tendance.

La médecine de surveillance requiert donc un changement de focale pour englober l'ensemble de la population dans sa lunette, dans son champ de vision. C'est pourquoi l'une des dimensions fondamentales et condition d'existence de celle-ci consiste à définir une nouvelle problématique: celle du normal comme précaire et comme pathologique en devenir. L'anormalité est évidemment établie en référence à la normalité, celle-ci pouvant être captée à travers les statistiques de population. Ces dernières fournissent ainsi les repères de la normalité, à partir desquels sont tracés les contours de la norme (ex. de la courbe de croissance des bébés). Les enquêtes de santé qui se multiplient après la Deuxième Guerre mondiale soutiennent également — et alimentent — ce mouvement. La santé est un état d'équilibre précaire susceptible d'être brisé à tout moment par les menaces qui planent sur les individus. Or ces menaces, l'épidémiologie se charge de les débusquer en identifiant risques et facteurs de risques. À travers l'influence de la statistique et des enquêtes de population, il y aurait dès lors substitution d'un regard clinique fondé sur la dichotomie entre santé et maladie, par un regard épidémiologique fondé sur une distribution de variables continues. Les individus se situeraient désormais sur un continuum allant du positif au négatif, de la moyenne à la marge. Ils seraient considérés comme plus ou moins en santé, plus ou moins «à risque» et donc, toujours susceptibles de basculer dans la maladie.

Il faut voir ainsi que si l'obsession du risque, tout comme celle du corps, est largement partagée par l'ensemble de la société, celle de la santé émane d'abord des institutions médicales, de l'État et de la santé publique. De là, une responsabilisation de soi, de son corps et une «micro-éthique de la honte» intériorisée de ne pas être «sain, énergique et productif»³⁵, qui reconduit ainsi les impératifs de contrôle du corps et de l'apparence en même temps qu'elle attise la sensibilité aux risques face à la santé.

5. Le médicament et la reconfiguration de la notion de prévention

Dans nos sociétés où la focalisation sur le corps, l'obsession du risque et la quête d'une santé parfaite constituent les paramètres du vivre-ensemble, le médicament occupe une place centrale. La conjugaison de ces trois «obsessions» débouche sur une forte demande sociale, qui relève plutôt du désir que d'une rationalité froide et instrumentale. Le médicament représente le rempart contre la mort, l'assurance d'une certaine prise, d'un contrôle sur la douleur, sur les émotions et sur la maladie. Il cristallise les promesses de la science pour freiner le vieillissement³⁶, agir sur ses conséquences, mais aussi pour améliorer l'apparence (maigrir, développer sa musculature, freiner la chute des cheveux, etc.). Il recèle la promesse d'arriver rapidement et efficacement, souvent sans efforts et à moindres coûts, à un état de bien-être, de confort, de performance, d'efficacité et d'équilibre.

Il faut dire que le médicament comme objet technologique préside, en fait, à une certaine reconfiguration de la notion de prévention, en rendant

35. R. Massé, *Éthique et santé publique*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2003.

36. Comme le note C. Lasch: «La technologie moderne a permis tant de percées extraordinaires qu'il nous est difficile aujourd'hui d'imaginer l'existence de limites à l'ingénuité humaine. Le secret de la vie lui-même est à notre portée, nous disent ceux qui prédisent une révolution dans le domaine génétique — ce qui permettrait alors de rester indéfiniment en vie ou en tout cas de prolonger la durée de la vie d'une façon jusqu'alors inimaginable. Triompher du vieillissement et de la mort, nous annonçons, scellera bientôt définitivement la capacité de maîtrise de son environnement que sera celle de l'humanité. La tendance qui favorise la longévité met en jeu les possibilités utopiques de la technologie dans leurs formes les plus pures. Au milieu des années 1970, Albert Rosenfeld, le plus éminent défenseur de cette tendance, a prédit que la plupart des grands mystères du processus de vieillissement seraient résolus dès la troisième décennie du XXI^e siècle. Auguste Kinzel, ancien président du Salk Institute, a annoncé en 1967: "Nous allons complètement résoudre le problème du vieillissement, de sorte que seuls les accidents seront une cause de mort"», C. Lasch, *La culture du narcissisme*, Paris, Éditions Climats, 2000, p. 301.

possible l'accroissement de l'indistinction entre confort et santé. Depuis 1947, la définition officielle de la santé (OMS) est passée de «l'absence de maladie» à la notion de «bien-être physique et mental». Dans ce contexte, le médicament devient un outil dont le recours est justifié, tant par l'absence de la maladie, que par son apparition. Le discours sur la prévention, largement repris par l'industrie pharmaceutique, s'appuie désormais, et de plus en plus, sur la notion de risque et sur l'évaluation précise qu'en procure l'épidémiologie. Le risque d'accident vasculaire-cérébral chez les hypertendus, celui d'ostéoporose chez les femmes ménopausées, de dysfonctions érectiles chez les consommateurs d'antidépresseurs, conduisent à l'extension du recours «préventif» au médicament et au développement de la médecine préventive et prédictive.

Il en est de même pour les problèmes de santé mentale: la notion de risque est également au cœur d'une rhétorique de justification d'une consommation «à vie» de médicaments psychotropes: risques de rechutes chez les déprimés qui justifierait par exemple la consommation chronique d'antidépresseurs — médicaments à l'origine conçus pour traitements ponctuels et à court terme. Il en est de même pour les benzodiazépines abondamment prescrits aux personnes âgées. Bien que les indications thérapeutiques stipulent une utilisation qui ne doit pas dépasser quatre à six semaines, leur recours à long terme est préconisé pour cette «pathologie émergente» que l'on nomme *late life anxiety disorders*. À travers cette reconfiguration de la notion de prévention se perçoit aussi l'exacerbation d'un rapport au temps et à l'espace. Le médicament, par son action, se situe très bien entre le fugitif et l'éternel, l'éphémère et l'essentiel. Il recèle la promesse d'arriver rapidement et efficacement, souvent sans efforts et à moindres coûts, à un état de bien-être, de confort, de performance, d'efficacité et d'équilibre. Dans le rapport à l'espace, le médicament «préventif» se substitue également à l'effort, à l'action, à l'instrument-corps; plus concrètement aux saines habitudes de vie, etc. Le médicament psychotrope, quant à lui, se substitue à la psychothérapie ou à toute autre démarche engageant une action ou une mobilisation d'acteurs sur le long terme.

6. Médicament comme vecteur d'acculturation des masses à l'idéologie sanitariste

S'il est possible d'envisager, à l'instar de R. Massé, la santé publique comme entreprise d'acculturation des masses à une nouvelle culture

sanitaire, on pourrait envisager le rôle du médicament comme vecteur de «sanitarisation», *i.e.* d'acculturation des masses à l'idéologie sanitariste, mais ce, à travers une sorte de «perversion» de la visée première du projet de prévention de la santé publique. Des études sur le médicament au XIX^e siècle ont mis en évidence le rôle joué par le médicament comme vecteur de «médicalisation», le terme désignant ici le processus menant à la mise en place de moyens d'encadrement sanitaire des populations, l'instauration de mesures et éventuellement de structures de santé publique, ainsi que le développement des professions de la santé³⁷. 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 au XIX^e siècle. Après des décennies d'efforts concertés de l'État et de la profession médicale pour vaincre les résistances populaires face à une médecine savante et scientifique, c'est finalement à travers le médicament que commenceront à pénétrer dans les mœurs les nouvelles normes d'hygiène et pratiques sanitaires préconisées par la médecine officielle. Il s'agit néanmoins d'une «perversion» ou d'une subversion, dans la mesure où c'est bien davantage le médicament que les transformations des habitudes de vie qui rende le projet médical acceptable aux yeux des profanes.

Le médicament comme vecteur d'acculturation à l'idéologie sanitariste est largement porté par l'expansion de l'industrie pharmaceutique depuis un demi-siècle, à travers les promesses que recèlent les développements scientifiques pour modifier, transformer — génétiquement ou non — le corps, les apparences, les réactions corporelles et les comportements dans un contexte où ces dimensions sont si précisément en phase avec la modernité avancée. Le premier dispositif d'acculturation est bien celui de développement d'une thérapeutique préventive et prédictive visant à réintroduire au quotidien le médicament pour prévenir plutôt que pour guérir. Le second dispositif réside dans le pouvoir accordé aux tiers payeurs (État, plans d'assurance publics et privés, etc.) dans la définition de ce qui peut être considéré comme pathologique et donc remboursable. Le troisième dispositif tient à toutes les modalités à partir desquelles s'établit une mobilisation des profanes (notamment par le biais des groupes de patients) en faveur d'un accès direct à la thérapeutique à travers le déploiement du consumérisme. Là aussi, l'industrie est présente, dans la mesure où les alliances avec les groupes de patients notamment autour de la publicité

37. O. Faure, *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1993.

directe sur les médicaments d'ordonnance sont particulièrement nombreuses.

Conclusion

Dans la *Dynamique de l'Occident*³⁸, Élias proposait une analyse des formes et fonctions de la pudeur, cette propension à dissimuler aux regards d'autrui sa propre intimité, qu'elle soit physique (le corps et les organes sexuels) ou morale (les sentiments personnels). À travers cette lecture de l'évolution du monde occidental, un constat: celui d'une euphémisation des manifestations corporelles et d'un accroissement de la capacité de distanciation envers les émotions.

Le médicament, à l'heure actuelle, semble largement jouer ce rôle, c'est-à-dire permettre de dissimuler les maladies: autrefois mortelles, spectaculaires et collectives, elles sont désormais chroniques, souvent peu visibles et permettant à l'individu de vaquer à ses occupations. Mais plus encore, il soutient et alimente cette forte tension vers la standardisation de l'apparence et des émotions qui caractérise nos sociétés modernes avancées. À cet égard, le psychotrope s'inscrit dans le même cadre que les autres médicaments et participe des mêmes dynamiques.

Le recours aux médicaments psychotropes est partie prenante de la «quête de la santé parfaite» à laquelle participent, par des discours de plus en plus convergents, une foule d'acteurs de l'industrie pharmaceutique, de la santé publique, des professions dont les champs d'expertise bénéficient ou se fondent sur le médicament, etc. Cette quête de la santé parfaite conduit et relève d'un surinvestissement du corps comme objet d'identité à travers la déstructuration/reconfiguration des liens sociaux. La norme d'autonomie et la norme d'apparence relèveraient d'une même logique et présideraient à la reconfiguration de la notion de prévention, selon un impératif de fonctionnement et de conformité (au niveau de l'apparence), bref de contrôle de soi: tant physique que psychique. Le bien paraître serait en phase avec le bien mourir, le bien réagir, le bien accepter et le bien souffrir. Avoir peur, être angoissé, nerveux ou timide relèverait d'un manque de contrôle sur soi comme celui d'être obèse, d'être fumeur ou de se ronger les ongles.

Johanne COLLIN
Université de Montréal

38. N. Élias, *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, 1975.

Résumé

Comprendre l'augmentation de la consommation de médicaments psychotropes dans nos sociétés occidentales, voilà la question à laquelle tente de répondre cet article. Pour ce faire, plutôt que d'appréhender cette question d'une façon somme toute assez classique, celle du déplacement de la frontière entre le normal et le pathologique, il s'agit de l'aborder à partir d'une analyse des dispositifs ou processus qui mettent désormais au centre de nos vies le médicament comme objet. Le «succès» des médicaments psychotropes nous semble, d'un certain point de vue, pouvoir être appréhendé en tant qu'épiphénomène par rapport au succès du médicament en général. Après avoir déconstruit certains postulats ou «mythes» sur lesquels se fondent trop souvent les études sur le recours au médicament psychotrope, je m'efforcerai donc d'exposer différents niveaux d'explication du «succès» du médicament dans nos sociétés occidentales contemporaines à travers l'identification d'une triple «obsession»: celle du corps, de la santé et du risque.

Mots clés: psychotropes, médicaments, risque, modernité, santé mentale

Abstract

This article will attempt to explain why the consumption of psychotropic medications is increasing in Western societies. To do so, rather than trying to gain insight into this question in the usual, somewhat classic manner (i.e., by questioning the boundaries between the normal and the pathological), we will instead approach it by analyzing some of the mechanisms that today put medication at the centre of our daily lives. In this article, I argue that the «success» of psychotropic medications can be seen as an epiphenomenon of the success of medications in general. After deconstructing some of the postulates or «myths» on which studies of psychotropic medication use are too often based, I will offer explanations at several levels for the «success» of medications in contemporary Western societies by identifying the threefold «obsession» that has arisen around body, health, and risk.

Key words: psychotropics, medications, risk, modernity, mental health

Resumen

Entender el aumento del consumo de medicamentos psicotrópicos en nuestras sociedades occidentales, he aquí la cuestión a la cual intenta responder éste artículo. Es por ello que antes de aprehender ésta cuestión de una manera comúnmente clásica, la del desplazamiento de la frontera entre lo normal y el patológico, trataré de abordarla partiendo de un análisis de los dispositivos o procesos que ponen el medicamento como objeto, justamente en el centro de nuestras vidas. Desde un determinado punto de vista, el «éxito» de los medicamentos psicotrópicos nos parece poder comprenderse como epifenómeno con relación al éxito en general de los medicamentos. Después de deconstruir ciertos postulados o «mitos» en los cuales se basan a menudo los estudios sobre el recurso al medicamento psicotrópico, me esforzaré pues en exponer distintos niveles de explicación del «éxito» del medicamento en nuestras sociedades occidentales contemporáneas a través de la identificación de una triple «obsesión»: la del cuerpo, la salud y el riesgo.

Palabras clave: psicotrópicos, medicamentos, riesgo, modernidad, salud mental