

Note

« Note critique sur les "nouveaux" médicaments de l'esprit / Commentary on the "New" Mind Drugs »

Louise Nadeau

Sociologie et sociétés, vol. 28, n° 2, 1996, p. 35-38.

Pour citer cette note, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/001526ar>

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca

Note critique sur les « nouveaux » médicaments de l'esprit



LOUISE NADEAU

David Cohen met de l'avant plusieurs idées sur les « nouveaux » médicaments de l'esprit. On peut notamment retenir que ces produits sont non seulement inefficaces, mais comportent des effets secondaires délétères substantiels et qu'il y a une collusion entre les trusts pharmaceutiques et les médecins. Au terme de la lecture, il se dégage l'idée générale d'une conspiration entre les trusts pharmaceutiques et les psychiatres, conspiration dont on tente de démonter la mécanique.

La principale difficulté que j'ai rencontrée dans ce manuscrit fut d'en arriver à faire la distinction entre deux propos inextricablement mêlés. On trouve, d'une part, le propos du scientifique qui s'appuie sur des données objectives pour signaler : la surévaluation des effets thérapeutiques de antidépresseurs, tel le Prozac ; la surconsommation de médicaments psychotropes prescrits ; les profits, justement qualifiés de démesurés, des trusts pharmaceutiques ; la tendance actuelle à favoriser une médicalisation de la détresse psychologique ; la prolifération des diagnostics dans les manuels de l'Association psychiatrique américaine (American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1994) ; d'autre part, les propos du pamphlétaire qui dénonce la collusion entre les trusts pharmaceutiques et les médecins psychiatres, collusion qui trouve sa manifestation exemplaire dans les manuels diagnostiques de l'Association psychiatrique américaine. Comme le texte est bien écrit, le passage de l'un à l'autre des discours est impossible à distinguer. Cependant, le produit fini peut être qualifié de manichéen, dans la mesure où la réalité présentée est réduite à deux entités contraires : les trusts pharmaceutiques et les psychiatres se seraient alliés contre ceux qui les consultent pour détresse psychologique.

UN MANQUE DE DONNÉES PROBANTES

La première partie du texte est consacrée à la mise en marché du Prozac. On fait état de 11 millions de personnes à qui on a prescrit ce produit. Ce sont les seules données fournies pour soutenir toute cette première partie. Quelle est la population de référence ? Le Canada ? les États-Unis ? Comment ces données ont-elles été obtenues ? Sont-elles, comme trop souvent dans ce texte, colligées à partir d'articles publiés dans les journaux, même si ceux-ci se veulent « rigoureux », comme *Le Monde*, ou le chercheur lui-même a-t-il examiné les données de consommation et les rapports financiers des trusts pharmaceutiques ? On ignore quelle est la

provenance des données sur lesquelles se fonde l'argumentation de cet article. De fait, il n'y a pas de données alors que cette documentation des faits devrait constituer la première partie du texte. Par exemple, pour le Québec ou le Canada, on ignore la part, dans le marché total des médicaments, des produits affectant le système nerveux central ; la part qu'occupent respectivement les tranquillisants mineurs (tel le Valium, le Serax, l'Ativan) et les antidépresseurs ; la part du Prozac par rapport aux autres antidépresseurs ; la proportion prescrite par les omnipraticiens et par les psychiatres ; la distribution selon le groupe d'âges, le sexe, le niveau socio-économique ; la proportion de ce qui est prescrit par rapport à ce qui est réellement consommé ; la durée moyenne d'une ordonnance ; le mode de calcul du nombre de prescriptions selon que l'on tient compte ou non de l'identité des patients, des renouvellements d'ordonnance ou des deux. Quelles sont donc les statistiques ? Force est de constater qu'elles sont inexistantes dans cet article. En bref, le texte fournit des opinions, mais il est difficile de saisir l'ampleur réelle du phénomène, ou sa nouveauté. Et ce n'est pas parce qu'un journaliste américain de l'hebdomadaire *Newsweek* affirme que le Prozac est comme un Kleenex que le lecteur d'une revue scientifique est tenu de la croire.

L'article affirme également que la consommation de psychotropes s'est banalisée. Cette « banalisation » n'est pas nouvelle, et l'introduction, très bien faite, y fait allusion. Vouloir « aller mieux » n'est vraisemblablement pas un phénomène nouveau : l'usage des « poisons » de l'esprit ou la quête d'ivresses sacrées remontent à des temps immémoriaux. Au XIX^e siècle, la surconsommation d'opiacés, principalement sous la forme de sirops, fut un phénomène de société, bien que les sources soient vagues sur la véritable prévalence du phénomène. Quant à la surconsommation d'alcool, produit qui fut considéré comme la « Bonne Créature de Dieu » jusqu'au milieu du XIX^e siècle en raison de ses nombreuses propriétés médicinales, elle a atteint des proportions épidémiques en Angleterre au XVIII^e siècle et toutes les données concordent pour signaler qu'hommes, femmes et enfants buvaient beaucoup plus qu'aujourd'hui à la fin du XVIII^e et au début du XIX^e siècle en Amérique du Nord. Si le phénomène de la prise de substances psychoactives n'est pas nouveau — et il ne l'est pas — alors, qu'en est-il de la conspiration, définie comme un phénomène nouveau ?

Par ailleurs, la démonstration de l'importance que les trusts pharmaceutiques accordent à la publicité apparaît convaincante. Cependant, les sources ne sont pas suffisamment appuyées bien qu'elles soient au centre de l'argumentation. À titre d'exemple, on ne précise pas quels laboratoires ont investi 200 millions de dollars. Ces chiffres sont connus et le lecteur gagnerait à en être saisi. De même, il est exact que la part consacrée aux médicaments dans le budget des soins de santé est en augmentation et c'est l'un des plus grands soucis dans la réorganisation actuelle des soins de santé au Québec et au Canada. Mais là encore, on ne sait pas si les médicaments affectant le système nerveux central prennent ou non part la part du lion dans cette augmentation. De fait, tel ne semble pas être le cas : l'augmentation de la quantité de médicaments prescrits est principalement imputable aux personnes âgées et à un petit nombre de nouveaux médicaments qui traitent un petit nombre d'affections bien spécifiques (Angus, Auer, Cloutier et Albert, 1995 ; Santé Canada, 1996). L'argument de cet article est donc moins robuste. Quoiqu'il en soit, c'est une donnée que le lecteur devrait posséder.

Enfin, l'article cite des travaux publiés dans des revues psychiatriques avec comités de pairs. Tantôt ces sources sont jugées non fiables, parce que parties dans la conspiration. C'est le cas des études qui utilisent la méthode à double aveugle avec placebo, des évaluations faites par la Food and Drug Administration de même que de l'enquête sur la co-morbidité psychiatrique dans la population générale menée par Kessler et ses collègues et publiées dans les *Archives of Psychiatry*. Par ailleurs, d'autres travaux publiés dans ces mêmes revues — les travaux de Fédida, Freyman, Pickering et Stimson, Shear et coll., Strassman et coll. — sont au contraire définis comme crédibles et susceptibles de soutenir la thèse présentée. Comment le lecteur peut-il déterminer quand la conspiration se manifeste et quand, au contraire, il s'agit d'une donnée probante ? Dans ce jeu de chassé-croisé, il est difficile de distinguer quand les bons sont vraiment bons et les méchants, vraiment méchants.

LA CHARGE CONTRE LA PSYCHIATRE

La deuxième partie de l'article est notamment consacrée à la nosologie psychiatrique et au système de classification de l'Association psychiatrique américaine. Pour un professionnel de la santé, c'est la plus difficile. Cet article amalgame les neuroleptiques, ou tranquillisants majeurs, aux antidépresseurs sans faire la distinction entre les grandes psychoses, telle la schizophrénie, et les problèmes névrotiques, telles la dépression, l'anxiété et les phobies. L'auteur suggère également que la « personnalité » a disparu des manuels de l'Association psychiatrique américaine, alors que les troubles de la personnalité, dits troubles à l'Axe II, constituent une partie essentielle de la nosologie psychiatrique et un objet d'étude omniprésent en psychologie et en psychiatrie. Comme les fondements de cette classification sont remis en question dans cet article, ce qui pourrait être considéré comme une erreur dans la classification des troubles mentaux n'a pas d'importance pour l'auteur. La suite devient un dialogue de sourds.

Pour ceux et celles qui, comme moi, estiment que la schizophrénie constitue une entité diagnostique et non une vue de l'esprit, que les tentatives de suicide chez les sujets déprimés sont un risque réel et bien documenté, que les personnalités antisociales sont plus susceptibles de commettre des délits (y compris des voies de faits graves) que les sujets qui ne présentent pas de tels troubles, alors cet article constitue un non-lieu, puisque ce qui est réalité clinique pour les uns est évacuée et définie comme le produit d'une conspiration par l'auteur. En outre, à quelques reprises, l'auteur semble regretter que les modèles psychanalytiques (au même titre que toutes les autres théories, d'ailleurs) aient été écartés des manuels de l'Association psychiatrique américaine. Cependant, il ne rapporte aucune étude évaluative sur l'efficacité des modèles analytiques dans le traitement de la dépression clinique ou des grandes psychoses. De fait, il serait difficile, voire impossible, de trouver de telles données pour soutenir empiriquement les effets bénéfiques de la psychanalyse pour ces troubles, comme il serait difficile de trouver des études étiologiques qui démontrent que les grandes psychoses sont uniquement liées à des problèmes de relations avec les parents. Mais le fait d'exprimer que cette exclusion est une erreur laisse entendre qu'il s'agit d'une autre manifestation de la conspiration. De fait, depuis 1980, les manuels de l'Association psychiatrique américaine sont athéoriques pour éviter ces partis pris arbitraires.

Certains psychiatres qui font de la clinique avec les grands psychotiques — je pense aux médecins des hôpitaux psychiatriques — estiment qu'il faudrait davantage investir dans la recherche en psychiatrie, de la même manière qu'on l'a fait pour la leucémie des enfants, et œuvrer à synthétiser des produits dont les effets secondaires ne soient plus aussi dommageables. Leur interprétation est tout autre que celle qu'on retrouve dans cet article : la stigmatisation qui entoure encore les grandes psychoses et la difficulté qu'ont ces malades à se constituer en lobby ont pour conséquence que l'avancée des travaux sur ce sujet ne constitue ni une priorité de recherche ni une priorité psychosociale. Il en résulte que la pharmacopée pour ces patients date souvent des années cinquante et constitue une véritable camisole de force chimique ; en outre, plusieurs médicaments actuellement prescrits sont extrêmement toxiques (le terme même de « neuroleptique » réfère à la capacité de ces molécules à produire des symptômes neurologiques, le parkinsonisme artificiel ou dyskinésie tardive). Certes, la consommation répétée de ces substances peut également aboutir à des troubles profonds. Mais, dans l'esprit de cet article, affirmer que les psychiatres peuvent se soucier de la toxicité des médicaments qu'ils prescrivent pour diminuer l'agitation ou les hallucinations de leurs patients relève de la même conspiration. L'idée que des chercheurs ou des prescripteurs puissent vouloir autre chose que le pouvoir ou l'argent est inexistante et ne semble pas avoir effleuré l'esprit de l'auteur. Les prescripteurs ont des privilèges énormes, on en convient, mais on peut hésiter à condamner leur éthique en bloc. On peut rappeler, comme l'affirmaient en substance Wing et ses collègues (1974, voir aussi Timsit-Berthier et Bragard-Ledent, 1980) au moment où s'est élaboré le projet d'un « nouveau » manuel de part et d'autre de l'Atlantique, qu'une classification standardisée des troubles mentaux permet aux professionnels de la santé de s'entendre sur la définition, la description et la classification de ces troubles. Il doit bien y avoir un point médian entre l'idée

que le corps médical inflige avec acharnement un traitement injuste et cruel aux patients qui les consultent pour détresse psychologique, pour certains troubles majeurs du comportement ou pour une angoisse désorganisée, et l'idée naïve et candide que tous les médecins ne sont animés que par les nobles principes de déontologie médicale énoncés dans le serment d'Hippocrate et qu'ils demeurent tout à fait étrangers à tout ce qui est honoraires et intérêts corporatistes.

Cela dit, il m'a semblé que David Cohen n'avait jamais entendu des patients dits schizophrènes hurler la nuit tant ils avaient peur de leurs hallucinations, qu'il n'avait jamais travaillé avec des préposés aux malades qui se sont fait blesser par des patients psychiatriques et qui demandent d'être protégés de la violence de ces malades, ou qu'il n'a jamais fait de la clinique avec des délinquants qui, en raison de troubles de la personnalité, ont commis des délits portant atteinte à la vie ou à la sécurité de leurs concitoyens. Toute cette idée de la conspiration évacue la réalité des « troubles mentaux » et passe sous silence la souffrance de leurs proches, mais aussi l'échec relatif de plusieurs interventions psychothérapeutiques ou communautaires, échec qui explique partiellement le bilan négatif des études sur l'effet des traitements pharmacologiques.

Quant au rejet de l'idée présentée dans cet article qu'il faille soigner des symptômes, le lecteur reste complètement désemparé : un clinicien peut choisir de s'intéresser à la cause des symptômes présentés, par un travail sur les conflits inconscients, par exemple, mais le but final reste une rémission des symptômes. Freud n'a pourtant pas dit autre chose dans ses *Cinq Psychanalyses*. On veut diminuer la souffrance de ces personnes ou diminuer leurs passages à l'acte qui portent atteinte à la santé et à la sécurité des autres, bien que la technique pour y parvenir puisse varier.

CONCLUSION

Cet article met fort correctement en évidence un ensemble de questions extrêmement importantes qui exigent effectivement qu'on leur accorde plus d'attention. Il est cependant difficile dans cet article de distinguer le pamphlet de la science, et la partie consacrée à la nosologie psychiatrique l'illustre bien. Que l'auteur veuille abattre les vaches sacrées que sont les médecins et les trusts pharmaceutiques ou défendre la cause des patients victimes de ces intérêts corporatistes, soit. Mais réduire la pratique clinique avec les patients qui consultent pour des problèmes de comportements ou de la détresse psychologique à deux entités contraires, le Bien et le Mal, la Victime et le Bourreau, me semble une opinion mal fondée.

Louise NADEAU
Département de psychologie
Université de Montréal
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal, Québec, Canada H3C 3J7

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980), *Diagnostic Statistical Manual, Third Edition-DSM-III*, Washington, Psychiatric American Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987), *Diagnostic Statistical Manual, Third Edition Revised-DSM-III-R*, Washington, Psychiatric American Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic Statistical Manual, Fourth Edition-DSM-IV*, Washington, Psychiatric American Association.
- ANGUS, D. E., AUER, L., CLOUTIER, J. E. ET ALBERT, T. (1995), *Pour un système de soins de santé viable au Canada : rapport de synthèse, projet de recherche économique des Universités d'Ottawa et de Queens*, Ottawa, Université d'Ottawa.
- SANTÉ CANADA (1996), *Dépenses nationales de santé au Canada 1975-1994. Rapport sommaire*, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services.
- TIMSIT-BERTHIER, M. et BRAGARD-LEDENT, A. (1980), avant-propos in J. K. Wing, J. B. Cooper et N. Sartorius, (dir.), *Guide pour un examen psychiatrique*, Liège, Pierre Margada, pp. 5-8.
- WING, J. K., COOPER, J. K. et SARTORIUS, N. (1974), *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*, Cambridge, Cambridge University Press.