

## Santé mentale au Québec

### « Drogues » et « médicaments » mis en contexte

David Cohen, Ph.D. et Guilhème Pérodeau, Ph.D.

---

Thérapie et patient borderline (1) et Médicaments psychotropes : aspects psychosociaux (2)  
Volume 22, numéro 1, printemps 1997

URI : [id.erudit.org/iderudit/502099ar](https://id.erudit.org/iderudit/502099ar)  
<https://doi.org/10.7202/502099ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

---

Éditeur(s)

Département de psychiatrie de l'Université de Montréal

ISSN 0383-6320 (imprimé)  
1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

---

Citer cet article

Cohen, D. & Pérodeau, G. (1997). « Drogues » et « médicaments » mis en contexte. *Santé mentale au Québec*, 22 (1), 143–148. <https://doi.org/10.7202/502099ar>

---

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1997

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 en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]

---



Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

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. [www.erudit.org](http://www.erudit.org)



## Éditorial

### « Drogues » et « médicaments » mis en contexte

---

David Cohen\*

Guilhème Pérodeau\*\*

**Q**u'y-a-t-il de commun entre le Prozac, l'alcool, le Valium, la cocaïne, le Ritalin, la nicotine, le café et la marijuana ? Tous sont des psychotropes et agissent sur le système nerveux central, modifiant l'humeur et la conscience. Quelle est la différence entre ces substances ? Si nous nous cantonnons aux effets physiologiques la réponse demeure simple : certains agissent en stimulant, d'autres en déprimant l'activité du système nerveux. Si nous élargissons notre perspective, au-delà du physiologique, la réponse se complexifie. Certains sont en vente libre, d'autres sont dispensés sur prescription médicale, d'autres sont carrément proscrits. Certains sont considérés dangereux peu importe la dose, d'autres deviennent médicinaux sous la houlette du médecin, toujours peu importe la dose. Parmi l'éventail des psychotropes, les chercheurs, les cliniciens, les décideurs et les membres du grand public ont longtemps fait la distinction entre deux grandes catégories de substances : d'un côté, les « drogues », de l'autre, « les médicaments ».

Cette distinction date d'environ un siècle. Elle est apparue en Occident suite à la démonisation de la morphine. D'abord considérée comme analgésique miraculeux, la morphine fut ensuite classifiée parmi les fléaux de l'humanité. À partir de ce moment, certains psychotropes devinrent des « drogues » : interdits ou désapprouvés, on ne se préoccupera plus d'en distinguer « l'usage » de « l'abus ». D'autres psychotropes devinrent des « médicaments » : approuvés par les pouvoirs publics et manipulés par des professions médicales en ascension, on les développera pour traiter des maladies.

---

\* David Cohen, Ph.D., professeur à l'École de service social et chercheur au Groupe de Recherche sur les Aspects Sociaux de la Santé et de la Prévention (GRASP), Université de Montréal.

\*\* Guilhème Pérodeau, Ph.D., professeure à l'Université du Québec à Hull, chercheure à l'Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec et dans l'Équipe de recherche en sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Tantôt ange, tantôt démon, ou les deux à la fois, le psychotrope évolue en fonction des attitudes populaires, des groupes de pression et des décisions politiques, économiques et sociales. La distinction entre « drogues illicites » et « médicaments » ne repose pas sur des réalités biologiques mais plutôt sur des réalités sociales, culturelles, juridiques et politiques. En d'autres termes, aucune caractéristique chimique ne peut distinguer entre un psychotrope appelé « drogue » et un autre appelé « médicament ». Pourtant, avec le temps, il y a eu une tendance au sein du grand public mais aussi dans une certaine mesure chez les professionnels de la santé, de tomber dans leur propre piège sémantique. La « drogue » et le « médicament » deviennent des entités matérielles distinctes avec du même coup, des propriétés pharmacologiques distinctes, le tout véhiculé par les jugements, préjugés et intérêts du moment (Stein, 1990). Comme toute distinction sémantique réifiée, puis solidifiée par le manque de sens critique et de conscience historique, la distinction entre drogues et médicaments peut s'envisager comme le résultat d'un processus classique « d'étiquetage » – où l'étiquette apposée sur un phénomène d'intérêt le décrit moins qu'elle ne le « crée ». Un balayage historique des conceptions passées et contemporaines aide à démystifier le processus.

À travers les époques, les psychotropes sont tour à tour louangés ou stigmatisés : d'abord, une acceptation enthousiaste ; ensuite, une méfiance plus ou moins fondée ; finalement, un rejet catégorique, parfois de pair avec une utilisation médicale contrôlée (Brisson, 1988). C'est ainsi que la « drogue » morphine, dont nous avons évoqué le parcours houleux plus haut, vient d'être pleinement réhabilitée comme « médicament » anti-douleur (Agence Nationale pour le Développement de l'Éducation Médicale [ANDEM], 1995). Le tabac, initialement apprécié pour ses propriétés médicinales, a été peu à peu décrié pour ses conséquences nocives sur la santé. En Amérique du Nord et bientôt dans tout l'Occident, le tabac entre dans ce qui sera certainement une longue phase de rejet total. Mais cette nouvelle stigmatisation s'accompagne d'un intérêt renouvelé pour les propriétés médicales du tabac ainsi que d'une médicalisation du tabagisme (Cohen, 1995). La nicotine transdermale est maintenant un « médicament », prescrit sur ordonnance médicale et investiguée comme traitement de désordres tel le syndrome Gilles de la Tourette, la maladie d'Alzheimer, le trouble déficitaire de l'attention (Connors et al., 1996).

Les stimulants amphétaminiques furent parmi les « médicaments » les plus prescrits par les généralistes en Occident durant les années 50 et 60. Leur utilisation hors-norme par des sous-cultures (jeunes errants,

motards, athlètes, etc.) dans quelques pays à la fin des années 60 fit en sorte qu'ils passèrent dans la catégorie de « drogues » et furent plus strictement contrôlés par les pouvoirs publics. Les temps ont certainement changé : entre 1.5 et 4 millions d'enfants consomment quotidiennement du Ritalin aujourd'hui en Amérique du Nord (Diller, 1996 ; Safer et al., 1996). On rediscute aussi des stimulants pour un usage autrefois désavoué : le traitement de la dépression (Emptage et Semla, 1996). Mais le parcours de ces substances continue : la Drug Enforcement Agency (DEA, 1995) aux États-Unis vient d'émettre un communiqué de presse accablant sur le détournement du Ritalin pour usage récréatif.

Autre exemple : les benzodiazépines (tranquillisants et somnifères) mis sur le marché pour remplacer les barbituriques (qui, eux, remplaçaient les opiacés), devaient selon les avis à l'époque ne présenter aucun risque de dépendance (Koumjian, 1981). Cette croyance s'est effondrée en à peu près une décennie. Les dangers de l'utilisation de longue durée – dépendance, chutes répétées, confusion mentale, sevrage pénible – se sont avérés particulièrement marquants chez les personnes âgées. Par ailleurs, la prescription de benzodiazépines constitue parfois une sorte d'approche « sparadrap » qui oblitère certains signaux potentiels de détresse psychologique, celle-ci pouvant ainsi devenir chronique (Zarifian, 1994). Même si le consensus scientifique (Conférence de consensus, 1995 ; Greenblatt et al., 1983) est très clair, recommandant une prescription très circonscrite dans le temps (deux semaines à un mois) et à certaines situations très spécifiques (crises d'anxiété aiguë, convulsions, etc.), la plupart des ordonnances se font par des médecins généralistes confrontés à des patients en proie à des difficultés d'ordre psychosocial face auxquelles la médecine a traditionnellement été impuissante. Pérodeau et Ostoj (1992) ont trouvé que des personnes âgées vivant à domicile, sans problèmes psychiatriques reconnus et nullement en situation de crise, consommaient des psychotropes « pour les nerfs » ou « pour dormir » depuis presque dix ans en moyenne. À en juger par les mesures adoptées par les pouvoirs publics de plusieurs pays pour dissuader le renouvellement des prescriptions, il est clair que les benzodiazépines ont commencé leur « descente aux enfers ». L'avenir de ces substances n'est pas glorieux, bien que leur rapidité d'action tranquillisante et le fait que de nombreuses personnes y soient habituées leur assurera encore une part importante du marché des psychotropes.

Les nouveaux antidépresseurs baptisés inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (ISRS), initialement louangés par usagers et prescripteurs, prennent rapidement la relève des benzodiazépines dans le premier réflexe de prescription d'un psychotrope par les médecins généralistes.

Le développement récent de cette classe de psychotropes (environ 6 nouveaux produits sur le marché en 6 ans) s'accompagne de son application fébrile à tous les problèmes de la clinique : il ne doit rester aucune catégorie de troubles psychiatriques pour lequel les ISRS n'ont pas déjà été prescrits. À lui seul, le Prozac aurait été prescrit à 21 millions d'individus dans 90 pays (Eli Lilly and Company, 1996). L'usage des antidépresseurs et des tranquillisants facilite l'acceptation d'idées réductionnistes sur les troubles traités, occultant le fait que l'anxiété, l'angoisse, la dépression sont, dans beaucoup de cas, circonstanciels et reflètent un vécu difficile.

L'objectif de ce numéro thématique sur les psychotropes est de s'attarder sur les dimensions sociales et politiques des médicaments psychotropes, c'est-à-dire, les psychotropes actuellement reconnus pour leur valeur thérapeutique. Leur rôle étant de soulager le malade, ces « médicaments » sont, comme par magie, dépouillés de toute connotation négative. Pourtant, certains médicaments sont tout aussi puissants et potentiellement dangereux que certaines drogues mises au ban de la société. La clef est donc, non pas dans la substance elle-même, mais dans la place que la société lui réserve à travers ses lois, règlements, pratiques et attitudes du moment. Nous voulons ici explorer le rôle joué par le médicament psychotrope dans la psyché collective (au sens figuré), l'organisation sociale et les décisions politiques. Cette analyse, absente ou occultée dans le discours médical, relève directement des sciences sociales.

Depuis les travaux classiques de Cooperstock (1971 ; Cooperstock & Parnell, 1982), les sciences sociales ont grandement enrichi notre compréhension du phénomène de l'utilisation de médicaments psychotropes, décrivant son interrelation profonde avec les sphères politique, économique et culturelle. On reconnaît également l'apport décisif des approches psychosociales à toute lecture critique du phénomène. Ainsi, parler de consommation d'un médicament psychotrope implique de réfléchir sur son histoire, sa prescription et sa promotion, les constructions et représentations sociales de ses effets sur le corps humain et le corps social. Parler d'utilisation de médicaments revient en fait à parler des processus sociaux qui influencent la santé.

En cette fin de siècle, la consommation de médicaments psychotropes peut être perçue comme un « problème » de société, dans la mesure où cette consommation sert, dans beaucoup de cas, de solution inadaptée (donc coûteuse et avec des effets pervers) aux problèmes d'anxiété, de mal de vivre et d'impuissance individuelle et collective (Zarifian, 1996). Accepter cette solution serait admettre qu'un malaise

de société se traite par le biais de stratégies individuelles de prises de produits approuvés qui permettent de mieux le tolérer. Il est encore plus important aujourd'hui de bien saisir les enjeux psychosociaux du phénomène puisque l'insertion sociale, plutôt que l'évasion, est fréquemment invoquée pour justifier la modification chimique de son for intérieur (Ehrenberg, 1995).

Il nous semblait donc important de laisser la parole à ceux et à celles qui tiennent un discours de type psychosocial sur les médicaments psychotropes. Ces voix sont rares et méritent d'être entendues au milieu de l'avalanche de recherche biomédicale axée sur la mise au point de nouvelles molécules, car elles placent le médicament psychotrope dans son contexte. La plupart des contributions psychosociales sont peu connues dans le monde francophone, une bonne partie des travaux dans ce domaine provenant de pays anglo-saxons et scandinaves. Quelques recueils et recensions récentes (Cohen, 1994 ; Gabe, 1991) en donnent de bons exemples.

Nous avons fait appel à des chercheurs du Québec et d'ailleurs, de différentes disciplines (sociologie, psychologie, travail social, médecine, pharmacie, épidémiologie) avec le seul mandat d'aborder la question sous un angle psychosocial. À cause des contraintes d'espace, plusieurs courants de recherche et d'analyse sont représentés mais la liste n'est certes pas exhaustive. Nous espérons que ces voix se feront entendre davantage, car, comme l'illustre l'actuelle controverse sur la publicité du tabac, la place légitime d'une substance psychotrope dans la société ne peut se réduire à la question de ses aspects médicaux ou ses propriétés biologiques. Nous espérons que la diversité des thèmes abordés et des approches méthodologiques employées dans ce numéro thématique, ainsi que les apports aux connaissances et les questions soulevées, feront clairement ressortir l'utilité – pour comprendre et agir sur un phénomène dont les implications nous échappent encore – des travaux de recherche sociale. Bonne lecture !

## RÉFÉRENCES

- ANDEM, 1995, *Recommandations pour la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire*, Paris, ANDEM.
- BRISSON, P., 1988, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Montréal, Gaëtan Morin.
- COHEN, D., 1994, *Production, promotion, prescription et consommation des médicaments psychotropes : inventaire des recherches en sciences humaines, 1988-1993*, Mission Interministérielle Recherche-Expérimentation, Ministère des Affaires sociales, France.

- COHEN, D., 1995, Le tabagisme : norme, déviance, maladie ou délit? Dans L. Bouchard, D. Cohen, eds., *Médicalisation et contrôle social*, Montréal, Cahiers scientifiques de l'ACFAS, no. 84.
- COHEN, D., 1996, Les « nouveaux » médicaments de l'esprit : marche avant vers le passé? *Sociologie et sociétés*, 26, 17-39.
- CONFÉRENCE DE CONSENSUS, 1995, *Sédatifs et hypnotiques : optimiser la prescription. Rapport de la conférence*, Paris, Fondation pour l'Avenir de la Recherche Médicale Appliquée.
- COOPERSTOCK, R., 1971, Sex differences in the use of mood-modifying drugs: an explanatory model, *Journal of Health and Social Behavior*, 12, 238-244.
- COOPERSTOCK, R., PARNELL, P., 1982, Research on psychotropic drug use: a review of findings and methods, *Social Science and Medicine*, 16, 1179-1196.
- CONNERS, C.K., LEVIN, E.D., SPARROW, E., et al., 1996, Nicotine and attention in adult attention deficit hyperactivity disorder, *Psychopharmacology Bulletin*, 32, 67-73.
- DEA, 1995, *Press release: Methylphenidate*, 21 octobre, Washington, D.C.
- DILLER, L., 1996, mars-avril, The run on Ritalin: attention-deficit disorder and stimulant treatment in the 1990s, *Hastings Center Report*, 26, 12-18.
- EHRENBERG, A., 1995, *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.
- ELI LILLY AND COMPANY, 1996, décembre, Publicité pour Prozac (fluoxetine hydrochloride), *American Journal of Psychiatry*.
- EMPTAGE, R.E., SEMLA, T.P., 1996, Depression in the medically ill elderly — a focus on methylphenidate, *Annals of Pharmacotherapy*, 30, 151-157.
- GABE, J., 1991, Ed., *Understanding Tranquilliser Use: Contributions From the Social Sciences*, Londres, Tavistock/Routledge.
- GREENBLATT, D.J., SHADER, R.I., ABERNETHY, D.R., 1983, Clinical use of benzodiazepines, *New England Journal of Medicine*, 309, 410-416.
- KOUMJIAN, K., 1981, The use of Valium as a form of social control, *Social Science and Medicine*, 15E, 245-249.
- PÉRODEAU, G., OSTOJ, M., 1992, *Adaptation au stress et utilisation de psychotropes par les personnes âgées*, Conseil québécois de la recherche sociale, Québec.
- SAFER, D., ZITO, J., FINE, E., 1996, Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s, *Pediatrics*, 98, 1084-1088.
- STEIN, M. 1990, In what systems do alcohol/chemical addictions make sense? Clinical ideologies and practices as cultural metaphors, *Social Science and Medicine*, 30, 987-1000.
- ZARIFIAN, E., 1994, *Des paradis plein la tête*. Paris, Odile Jacob.
- ZARIFIAN, E., 1996, *Le prix du bien-être. Psychotropes et société*, Paris, Odile Jacob.