Dépendre de soi. L'usage au long cours des médicaments psychotropes

Philippe Le Moigne

▶ **To cite this version:**

Philippe Le Moigne. Dépendre de soi. L'usage au long cours des médicaments psychotropes. Collin J., Otero M. et Monnais L. Le médicament au coeur de la socialité contemporaine, Québec, Presses Universitaires du Québec. 2006, pp.91-107, 2006. hal-03433637

HAL Id: hal-03433637
https://hal.science/hal-03433637

Submitted on 30 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Dépendre de Soi
L'usage au long cours des médicaments psychotropes

Philippe LE MOIGNE
Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société (CESAMES)
CNRS - INSERM - Université Paris-V René Descartes

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, 1998-b). 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'explications, 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, 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. Elle a trait à un bref compte rendu d'entretiens conduits auprès d'usagers chroniques et de leurs prescripteurs. Elle vise à montrer que, à durées égales de recours, 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 un 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 considère que ces patients mettent au premier plan l'organisation problématique de leur subjectivité (Ehrenberg, 1998-a).

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. Suite à 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'antipsychiatrie. Cette critique, qui a largement essaimée 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 :

- **La dépendance**. Une des données les plus récurrentes de la littérature psychiatrique sur l'usage des médicaments psychotropes peut être énoncée 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'enferrer 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 paroxetine en particulier (WHO, 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 antidépressives 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, 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).

- L'addiction : la distinction de la dépendance et de l'abus. Le *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders*, 3ème version, publié en 1980 (APA, 1980), reconnaît que le syndrome de dépendance peut s'appliquer à n'importe quelle substance dès lors que celle-ci peut être abusée ou que le consommateur ne parvient pas en 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 ou à l'issue du traitement 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 », les cas échéant, en « dépendance sans addiction ». Trois orientations se dessinent depuis.

- 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 récidive de la pathologie traitée en première intention. Cette question est traitée ailleurs, et 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.

- 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, l'emploi d'un placebo ou bien encore par 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).

- L'abus des produits comme disposition individuelle. Les manifestations d'abus sont liées par la littérature 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 co-morbidité 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. A 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 : elle 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 la même manière, 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 anti-pharmacologie

Deux cliniciens se sont employés à critiquer l'argument psychiatrique : Peter Breggin et Charles Medawar. Le caractère radical de leur position peut être énoncé ainsi :

- 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 sédative. De la même manière, 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 l'initiation 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 la même manière 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).

- 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 ? Il récuse ensuite l'hypothèse sérotoninergique de la dépression, et par conséquent, 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, il 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 récidive 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 les expériences très diversifiées du sevrage chez les patients, ni pourquoi en dépit même de cette expérience, un nombre conséquent de patients parviennent à mettre fin à leur usage. 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 bien 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.

- La médiation du sujet : l'hypothèse cognitiviste de Baillie

Andrews Baillie, psychologue australien, conteste le fait que la dépendance puisse être expliquée 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'alternative.

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. A 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, 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 anti-pharmacologique 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 d'une vingtaine d'années, 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-Philipps, 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 cardio-vasculaire en particulier (Le Moigne, 2000). Gabe, en Angleterre, a évoqué de son côté la possibilité selon laquelle les consommations chroniques pourraient être liées à un traitement de l'isolement social, des femmes en foyer de la classe ouvrière en particulier (Gabe et Thorogood, 1986).

Dans le domaine des représentations sociales, certaines études ont permis de montrer que l'auto-diagnostic 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 ; Bauman, 2001). De la même manière, il a été souvent établi que le consommateur est actif ou acteur de son usage. Ainsi, la

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

crainte de la dépendance pourrait être reconvertie, dans certains cas comme le montre Cecil Helman, en un phénomène résiduel au regard des bénéfices vécus dans l'auto-médication, à savoir en particulier le sentiment de maîtriser sa propre santé, voire d'accéder au bien-être. On aurait affaire ainsi dans certains cas à une consommation quasi-ostentatoire, ou disons à un choix ou à un mode de vie qui affirme sa légitimité (Helman, 1986). Dans une perspective plus relationnelle, le travail de Delphine Duprê-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 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 ; Le Moigne, 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 -

[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) égal à plus de 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, 5 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.

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 dû 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.

2.2. 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.

- 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 caractéristiques majeures. 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 elle peut être rapportée 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.

- 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 professionnnelles. 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 est tolérée également, 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 de la psychologie de la personnalité en particulier. Ces usagers au long cours se disent en effet porteur 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.

- 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 tout 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 récidive, sont néanmoins fréquentes. De la même manière, 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 dont il s'agit puisque ces patients, par leur caractère au moins pour partie dépressif, incarnent au plus près la cible visée par la thérapeutique.

CONCLUSION

Le point d’achoppement de la dépression

La dépression, ou ce qui est considéré comme telle par la littérature psychiatrique, 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, 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 suite, l’enfermement souvent inextricable du patient dans la thérapeutique.

De la même manière, la dépression paraît incarner une domination du moi, un défaut d'implication 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 propices à l'installation de la prescription et de la dépression. Etrange 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.

Références

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders*, Third Edition, Washington, APA.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders*, Third Edition Revisited, Washington, APA.

American Psychiatric Association (1990). *Benzodiazepine Dependence, Toxicity and Abuse*, Washington, APA.

Baillie, A.**,** (2001). *Manual for the Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ)***,** University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre, Australia.

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», *JAMA*, vol. 190, n°2, p. 124-131.

Cohen, D. (ed.) (1990), “Challenging the therapeutic state. Critical perspectives on psychiatry and mental health system”, *Journal of Mind and Behavior*, 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*, 17, p. 31-52.

Covi, L. *et al.* (1973). «Length of treatment with anxiolytic sedatives and responds to their suddent 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 Cohen, D. et G. Pérodeau, *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec*, 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. (1998-a), *La fatigue d’être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.

Ehrenberg, A. (1998-b) (ed.), *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*, Paris, Esprit.

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.

Gabe, J. et S. Lipshitz-Philipps (1984). «Tranquilisers as social control?», *Sociological Review*, vol. 36, p. 320-352.

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 Medecine*, 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, Ph. (2000). «Anxiolytiques, hypnotiques. Les données sociales du recours», *Revue Suisse de Sociologie*, vol. 26, p. 71-109.

Le Moigne Ph. (dir.) (2004). *La dépendance aux médicaments psychotropes. Approches, données, expériences*, Paris, CESAMES-MILDT.

Le Moigne Ph. (dir.) (2005). *L'usage au long cours des andidépresseurs. Enquête sociologique*, Paris, CESAMES-Direction Générale de la Santé.

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.

Rabinow, P. (2001), « Artifice et Lumières : de la sociobiologie à la biosocialité », dans Ehrenberg, A. 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 propanolog», *Lancet*, 7 mars 1981, p. 520-522.

World Health Organisation (1998). «Selective serotonin re-uptake inhibitors and withdrawal reactions», *Who Drug Information*, vol. 12, n°3, p. 136-138.