

Article

« Les "nouveaux" médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé? »

David Cohen

Sociologie et sociétés, vol. 28, n° 2, 1996, p. 17-33.

Pour citer la version numérique de cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/001138ar>

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/documentation/eruditPolitiqueUtilisation.pdf>

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

Les « nouveaux » médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé ?



DAVID COHEN

Dans presque toutes les sociétés humaines, à toutes les périodes de l'histoire, les gens ont recours à des substances psychotropes (capables de modifier l'humeur et la conscience) pour soulager leurs maux physiques et psychiques, mieux dormir et mieux travailler, être plus joyeux et observer les rites religieux (Meyers, 1985). Toujours utilisés par guérisseurs-prêtres-médecins, les psychotropes sont tantôt tolérés, tantôt promus et tantôt interdits par les pouvoirs publics.

Vers la fin du XIX^e siècle, suite à la démonisation de la morphine, dérivée de l'opium, les « drogues » sont distinguées des « médicaments psychotropes ». Les premières désigneront des substances interdites pour lesquelles la distinction entre l'« usage » et l'« abus » ne tiendra plus. Les seconds comprendront des produits approuvés qui seront, avec la montée de la médecine officielle, dispensés sous supervision médicale et, avec les progrès en pharmacologie, constamment améliorés, selon une logique de production industrielle vouée à l'amélioration de la santé (Chast, 1995 ; Ehrenberg, 1995). Rien, au plan chimique, ne distinguant « drogues » de « médicaments » — ces catégories reposant sur des normes socio-juridiques — le va-et-vient entre les deux catégories sémantiques sera continu et aléatoire.

Durant les années 1960 et 1970, on assiste à une consommation de masse de médicaments psychotropes et de drogues, donnant lieu à discours professionnels et médiatiques qui tout à la fois vantent et condamnent cette consommation. C'est l'époque où naît l'expression « culture de la drogue ». On décrit alors couramment la consommation illicite comme l'expression d'un sentiment de révolte chez une jeunesse désabusée mais conditionnée par les habitudes de consommation d'alcool, de tabac et de tranquillisants de ses aînés. Fait à noter, l'état psychique à altérer est celui qu'exigent les activités normales quotidiennes. Il s'agit d'abord de s'évader.

Dans les années 1990, la consommation de psychotropes a augmenté¹ : des millions de citoyens achètent des « anxiolytiques » et des « antidépresseurs » prescrits par leur médecin, dispensés par leur pharmacien et remboursés par leur assurance-santé. Comme le souligne Ehrenberg (1995), ils n'auraient auparavant songé à modifier artificiellement leur humeur qu'en

1. En France, le nombre annuel de médicaments psychotropes consommés *per capita* est passé de 1,03 en 1970, à 1,61 en 1980, à 2,11 en 1991, soit une augmentation de 105 % (Thérèse LECOMTE, 1994, tableau 16).

buvant à l'excès ou en s'évadant dans l'univers de « la drogue ». Mais « la drogue a été l'avant-garde maudite d'un processus largement banalisé » (p. 38). En effet, avec l'arrivée du Prozac (nom commercial de la fluoxétine) et sa consommation élevée², une « culture de la drogue licite » a émergé, titrait le *New York Times* (le 13 décembre 1993). La consommation de « médicaments » est encore présentée par les experts médicaux comme étant à l'antipode de celle de « drogues » : « la proportion de 11 % de consommateurs de psychotropes [en France] est-elle scandaleuse ? Il s'agit non pas de drogues, mais bien de médicaments autorisés » (Bourgeois, 1994, p. 9). Pourtant, à entendre usagers des nouveaux antidépresseurs (« Je suis libre d'être moi-même », « Je suis mieux que bien » ; Kramer, 1994), on croirait écouter des adeptes de produits illicites — avec une différence notable : il n'est plus question d'un état de conscience normal à altérer, mais à *atteindre*. L'objectif primordial de l'utilisation licite n'est pas l'évasion — c'est au contraire l'*insertion* (Ehrenberg, 1995). Faire partie du monde des gens performants et mieux « fonctionner », voilà apparemment le crédo de l'utilisateur d'aujourd'hui. En bref, à la recherche de « paradis artificiels » se succède la « psychopharmacologie cosmétique ».

Cette expression, proposée en 1993 par le psychiatre américain Peter Kramer dans son bestseller *Listening to Prozac* (édition française : *Le Bonheur sur ordonnance*, 1994), fait maintenant partie du langage populaire, du moins en Amérique du Nord (Farr, 1994 ; Rothman, 1994). Elle sert de repère dans la topographie changeante du champ des médicaments de l'esprit. « Psychopharmacologie » renvoie à l'utilisation d'une pharmacopée pour traiter les symptômes des troubles mentaux, mais aussi à l'édifice diagnostique et théorique construit pour justifier cette utilisation. Le mot renvoie aussi à l'industrie pharmaceutique, moteur principal de la recherche dans ce domaine. « Cosmétique » renvoie à la *parure* et dénote quelque chose d'inlassablement remplacé par de nouvelles modes mais toujours accessible.

La publicité faite autour de récits de consommateurs « transformés » par le produit semble faire dire à plusieurs, dans la presse spécialisée et populaire, que nous inaugurons une époque où des médicaments puissants mais inoffensifs nous permettront de façonner notre cerveau à volonté et modifier régulièrement nos personnalités³. Pourtant, quel que soit le scénario envisagé, sa réalisation repose invariablement sur une évaluation presque béatifique des accomplissements de la dernière révolution dans le domaine, celle qui nous a donné la pharmacopée psychiatrique actuelle. De notre point de vue, trois tendances principales caractérisent les changements intervenus : 1) la domestication de la folie via le contrôle à distance

2. Aucune agence gouvernementale ou organisme scientifique indépendant en Amérique du Nord n'accumule de telles données. Sans accès à des sources commerciales d'information (qui obtiennent leurs données d'un échantillon national représentatif de pharmacies), il est très difficile de chiffrer la consommation du Prozac ou de presque tout autre médicament. Prozac fut mis en marché aux États-Unis en janvier 1988. L'année suivante, selon le *New York Times* (17 juillet 1990), les ventes annuelles du produit atteignaient 350 millions de dollars, plus que le total dépensé chaque année dans ce pays pour tous les autres antidépresseurs (et le dixième des revenus annuels totaux de son fabricant, Eli Lilly). *Newsweek* (26 mars 1990) rapportait, citant présumément le fabricant, que 650 000 nouvelles ordonnances étaient rédigées chaque mois. Trois ans plus tard, le *New York Times* (13 décembre 1993) et *Newsweek* (7 février 1994) estimaient que plus de dix millions de personnes (dont six aux États-Unis) avaient s'étaient vu prescrire du Prozac et que les prescriptions se renouvelaient au rythme d'un million par mois. Le *Globe and Mail* rapportait (21 février 1994) que Prozac à lui seul avait généré 540 millions de dollars de vente pour un trimestre de 1994 ; *Le Monde* rapportait (28 juin 1995) le chiffre de deux milliards de dollars pour l'année, le tiers des ventes annuelles de son fabricant. En France, le Prozac fut mis en marché en 1989, année où sa part du marché des antidépresseurs atteint 2,4 % ; cette part était 42,5 % en 1994, un taux d'évolution annuel moyen de 113 % (PELC, 1995). En mai 1993, il était le médicament le plus fréquemment prescrit par les psychiatres de ce pays, selon la Caisse nationale d'assurance maladie (Échelon national de la sélection médicale [E.N.S.M.], 1996). En août 1996, Eli Lilly rapportait dans une annonce publicitaire de l'*American Journal of Psychiatry* que le Prozac a été prescrit à 21 millions de personnes dans 90 pays.

3. En fait, la psychopharmacologie cosmétique a une longue histoire en association avec les substances à profil stimulant, prescrites durant les années cinquante et soixante pour plusieurs troubles incluant la dépression et l'obésité (Peter BREGGIN et Ginger BREGGIN, 1994 ; H. PICKERING et Gerry STIMSON, 1994). Il y a plus d'un siècle, Freud lui-même, alors qu'il s'habitua à la cocaïne — qu'il consomma pendant cinq ans — écrivait passionnément qu'elle transformait sa personnalité pour le mieux, le rendait plus « normal », lui procurait une abondante réserve d'énergie pour le travail et ne comportait aucun effet indésirable (Robert BYCK, 1976).

du fou, 2) la pseudo-biologisation de la pensée et de la pratique psychiatriques, 3) l'augmentation phénoménale de l'incidence de la prise régulière de psychotropes. Notre tentative de comprendre le présent et d'interroger l'avenir des médicaments de l'esprit repose sur ces observations⁴.

En obligation de reconnaître les progrès spectaculaires de la biologie moléculaire ? Le développement de cette discipline est invoqué comme *coupure épistémologique* démarquant le début d'une ère de *design* rationnel de molécules (conçues sur ordinateur en fonction du type de récepteur neuronal sur lequel elles doivent se fixer), par opposition à l'aléatoire ayant présidé à la découverte des psychotropes précédents (voir Pignarre, 1995). La signification scientifique de ce raffinement substantiel n'est pourtant pas évidente : « Entre la richesse des effets psychiques d'une drogue et l'hypothèse selon laquelle elle perturbe les effets d'une classe de neurotransmetteurs, il y a un gouffre qu'aucune théorie contemporaine ne permet de franchir. » (Stengers, 1995, pp. 134-135.) Il reste les biotechnologies (qui consistent à maîtriser le fonctionnement d'une cellule ou d'un organisme vivant entier pour lui faire produire des substances diverses), auxquelles l'avenir des médicaments serait désormais lié (Tessier, 1991). Ici aussi, l'optimisme est prématuré : dans l'état actuel des connaissances sur l'origine des troubles psychiques, il est impossible de mettre au point un médicament psychiatrique qui ne soit pas que palliatif mais qui soit aussi curatif ; aucun des produits actuels issus des biotechnologies n'inclut de tels médicaments (Bouvenot, Eschwège et Schwartz, 1993, p. 22). L'invention ou la découverte de médicaments psychotropes repose donc nécessairement sur une méthode traditionnelle, le *screening* ou tri systématique entre molécules pour repérer leur éventuelle activité (bien entendu, avec la biologie moléculaire, les outils de screening se différencient et se complexifient et le stock de molécules imaginables est quasi infini). C'est l'une des raisons pour lesquelles, bien que plusieurs nouveaux psychotropes soient actuellement à l'étude et que la rumeur veuille qu'ils soient sur le point de modifier radicalement le traitement psychiatrique, la tendance reste nettement au recyclage de produits déjà sur le marché ou à l'introduction de copies d'un médicament vedette (Puech, 1996). Le psychopharmacologue du XXI^e siècle détiendra-t-il les clés de la modification à volonté du cerveau, ou sera-t-il plutôt, devant l'infinie complexité des neuromédiateurs et récepteurs cérébraux, comme l'astronome devant les étoiles ?

Même si la réponse à cette question est inconnue, l'impact du Prozac interpelle plusieurs observateurs. « Si l'on peut modifier les perceptions mentales sans danger pour soi et autrui », se demande Ehrenberg (1995), « nos sociétés seront-elles composées d'individus « normaux » et assistés en permanence par des produits psychiques ? » (p. 34). Pour Beistegui (1994), le Prozac remplace l'ancienne exigence philosophique, « Connais-toi toi-même », par une autre, issue d'un modèle technico-social et martelée au moyen d'un marketing incontournable, « Ne résiste pas à la plastique cérébrale ». Pour Fédida (1995), l'omnipotente psychopharmacologie évoque « l'angoisse d'une perte de l'identité psychique », en ce sens que le sujet « conserverait son apparence, alors qu'il serait dépossédé de ce qui le constitue en propre » (p. 95). Pour Rothman (1994), l'utilisation du Prozac nourrit une illusion typiquement américaine, « la possibilité de l'acte rédempteur unique, de la victoire sans lutte ni souffrance » (c'est nous qui

4. Nous traiterons très peu du médicament comme objet économique, même si certains auteurs sont d'avis que les aspects économiques de son développement et de sa diffusion dépassent de loin les aspects cliniques. Pour 15 pays post-industrialisés qui le vendent à 150 autres, le médicament représente en effet des enjeux stratégiques majeurs. Mais à part les sommes de plus en plus considérables nécessaires pour mener à bien les études cliniques, il faut tenir compte du fait que les nouveaux médicaments coûtent de plus en plus cher aux régimes privés et publics d'assurance, même quand ils n'apportent aucun gain thérapeutique, car ils sont toujours vendus à un prix plus élevé que les anciens et presque toujours prescrits davantage que ceux-ci. Par exemple, le Prozac, vingt-troisième médicament prescrit en France, occupait le troisième rang (équivalent à environ 611 millions de francs) des montants remboursés annuellement par la Caisse nationale d'assurance-maladie en 1993 (E.N.S.M., 1996). L'époque étant à une diminution des ressources publiques investies dans le domaine de la santé, les critères de rationalité économique deviennent partie prenante des choix de régimes d'assurance-santé (Anne GAUTHIER et Yvon BRUNELLE, 1995). Pour ces raisons, les considérations économiques servent de plus en plus — par le biais des évaluations micro-économiques (de type coût-bénéfice) — à justifier de l'utilisation du médicament *avant même* sa mise sur le marché (Gary ZARKIN et coll., 1995).

traduisons, p. 36), tandis que sa popularité présage le recours à des interventions médicales encore plus susceptibles à modifier l'humain : l'immunologie cosmétique (inaugurée par l'utilisation de l'hormone de croissance) et la « génétique cosmétique ».

D'un autre côté, selon Pignarre (1995), le médicament moderne est présenté comme le fruit ultime d'une « pharmacologie rationnelle », comme « médicament idéal, pure substance chimique aux indications cliniques allant de soi et naturelles ». Or, « ce médicament-là est introuvable. Il n'existe tout simplement pas » (p. 13). Le médicament que l'on consomme a une « vie sociale » longue et agitée. Il met dix ans en moyenne à être « constitué » comme médicament et à obtenir son autorisation de mise sur le marché, et seul un produit sur cinq parviendra au terme de ce parcours extrêmement ardu. Tout le processus coûte environ 230 millions de dollars au laboratoire pharmaceutique, qui doit justifier ce choix stratégique devant ses actionnaires dans un environnement de concurrence intense. Des années avant une *éventuelle* mise sur le marché, le laboratoire doit donc anticiper les besoins thérapeutiques futurs — et si nécessaire, contribuer à les créer afin que le médicament semble arriver à point pour les combler et qu'on en tire un profit respectable. Après avoir reçu un nom commercial, un emballage original, une notice d'emploi, un prix et un taux de remboursement qui varieront de pays en pays, le médicament fait donc l'objet d'un immense effort promotionnel direct et indirect auprès des médecins, pharmaciens, chercheurs et autres professionnels de la santé et, de plus en plus, auprès des consommateurs⁵. Les sommes dépensées pour ce marketing dépassent généralement celles investies dans la recherche et le développement du médicament (Lauzon, 1993). Le médicament appartient à une « classe » (neuroleptique, stimulant, antidépresseur, etc.) qui importe pour le médecin, le pharmacien, le patient, son entourage, mais qui reste illusoire puisque en réalité toutes les classes de psychotropes sont utilisées pour traiter toutes les catégories de troubles (Ross et Pam, 1995). Le médicament est prescrit par un médecin (le plus souvent généraliste) lors d'une consultation où des plaintes sont exprimées, des propos échangés, des examens réalisés et où ses indications peuvent se multiplier⁶. Une fois sur le marché, l'apparition d'effets indésirables non détectés précédemment peut transformer le médicament en un danger public (cf. le triazolam), tout comme la découverte de nouvelles propriétés peut élargir son champ d'utilisation (cf. la carbamazépine). Un produit peut être disponible dans un pays pendant vingt ans et n'attirer aucune attention particulière, mais dès son approbation dans un autre pays *pour les mêmes indications*, il devient un « nouveau médicament révolutionnaire » (cf. la clozapine). Un médicament peut se prescrire sur ordonnance pendant des années pour ensuite se trouver en vente libre, transformant du coup son prix, ses indications et la perception de ses risques et bénéfices (Hoy, 1994). En somme, la pharmacologie rationnelle peut à peine rendre compte du médicament moderne, « cas particulier dans la classe des 'objets chargés' à laquelle appartiennent les médicaments de toutes les époques et dans toutes les sociétés humaines » (Pignarre, 1995, pp. 19-20).

Pour complexifier davantage ce tableau, une dimension fondamentale du médicament l'enracine profondément dans l'univers de tous les « objets thérapeutiques » et de la suggestion, d'où la neuropharmacologie moderne espère pourtant l'avoir extirpé : l'effet placebo. En effet, « *il n'y a pas de médicament moderne, quelle que soit son origine, qui ne doive s'affronter à ce risque : celui de voir son effet démenti par le placebo* » (p. 35, c'est l'auteur qui souligne).

5. En 1994, les Laboratoires Wyeth-Ayerst ont lancé la venlafaxine (Effexor), le dernier-né des nouveaux antidépresseurs, à pleines pages dans de nombreux quotidiens aux États-Unis. En 1992, l'industrie pharmaceutique dans ce pays a dépensé plus de 200 millions en publicité directe auprès de consommateurs de produits (de toutes classes) disponibles sur ordonnance, une augmentation de 110 % depuis l'année précédente (Patricia WINTERS, 1993).

6. Une fois qu'un médicament reçoit l'autorisation de mise sur le marché pour une indication particulière, rien n'empêche sa prescription pour d'autres indications. Approuvé pour la dépression, la boulimie et les troubles obsessionnels-compulsifs, le Prozac a été ou est aujourd'hui prescrit pour les troubles affectifs saisonniers, l'anxiété généralisée, les phobies, le trouble panique, l'anorexie, le syndrome prémenstruel, la dépendance aux stimulants illicites et à l'alcool, divers problèmes de comportement chez les enfants et les adolescents (notamment l'agressivité et l'hyperactivité), la schizophrénie, la dépersonnalisation, l'obésité, le syndrome de fatigue chronique, l'arthrite, les migraines, la maladie d'Alzheimer et la neuropathie diabétique.

On peut même dire que la technique de l'essai en double-aveugle contre placebo permet l'accession d'une molécule au rang de « médicament ». Pourtant, l'effet placebo reste un mystère : impossible de le systématiser, de le répliquer, de distinguer ceux qui y répondent de ceux qui n'y répondent pas, etc. Comme une planète qui reste invisible mais dont la présence ne peut être mise en doute parce qu'elle modifie profondément la trajectoire d'étoiles voisines, l'effet placebo surgit régulièrement en laboratoire et en clinique⁷. En somme, le médicament moderne ultra-sophistiqué ne peut se détacher de son ombre, la suggestion thérapeutique (Nathan, 1995).

DE LA CAMISOLE CHIMIQUE AU BONHEUR SUR ORDONNANCE

Nul autre qu'un président des États-Unis, George Bush, consacra les années quatre-vingt « décennie du cerveau », saluant le massif effort de recherche en neurosciences entrepris depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale. La psychiatrie moderne, à quelques exceptions farouches mais fragiles près, semble se situer dans ce courant et en tirer tout espoir. C'est dans l'étude du cerveau, nous dit-on, que nous devrions un jour comprendre le pourquoi de la folie des humains (Andreasen, 1984 ; Constantin, 1993).

LES NEUROLEPTIQUES : EFFET FOUDROYANT SUR LE FOU ET SUR SON GARDIEN

La première révolution pharmacologique débute en 1952⁸ avec la découverte de la chlorpromazine, premier psychotrope baptisé « neuroleptique » — « qui saisit le nerf » —, à cause d'un effet foudroyant sur l'agitation maniaque des internés des asiles d'aliénés. Sans endormir le sujet, la chlorpromazine produit un état d'indifférence psychique qui progresse parfois jusqu'à la stupeur. Les asiles abritent alors plusieurs centaines ou milliers d'individus très souffrants ou dérangement qui peuvent y passer plusieurs années. Dans cette atmosphère surchauffée, l'effet unique du neuroleptique modifie radicalement l'organisation interne de l'institution et les relations entre le personnel traitant et les patients. En dix ans, les neuroleptiques remplacent les impaludations, les cures de sommeil, les traitements-choc insuliniques ou électriques et les lobotomies, interventions en vogue depuis la fin des années vingt mais qui ont peu changé la perception de la folie comme incurable ou de la psychiatrie comme parent lointain de la médecine. Contrairement aux autres spécialités médicales bien plus jeunes qu'elle, la psychiatrie ne peut montrer de progrès depuis la prise en charge médicalisée de la folie, plus d'un siècle auparavant⁹. Les neuroleptiques permettent au psychiatre de traiter une affection redoutable avec un comprimé et la psychiatrie « accède officiellement au titre de discipline médicale puisqu'elle possède enfin une pharmacopée bien à elle et que ses disciples

7. Comme exemple récent de la puissance attribuée à l'effet placebo, Katherine SHEAR et coll. (1995) rapportent une amélioration complète du « trouble panique » à la huitième semaine chez 57 % des sujets sur placebo contre 56 % sur médication.

8. Certains font remonter le début de la psychiatrie biologique moderne à 1931, année des premières études des effets tranquillisants de la *rauwolfia serpentina*, dont l'extrait, la réserpine, sera utilisé aux États-Unis en même temps que la chlorpromazine en France ; à 1943, année de la découverte du LSD ; ou à 1949, date du premier essai psychiatrique des sels de lithium. Le carbonate de lithium est mis en marché comme médicament psychiatrique pour la maniaque-dépression en 1971. Après deux décennies d'usage et d'acceptation enthousiaste qui ont vu une augmentation de 400 pour cent de la fréquence des diagnostics de maniaque-dépression (ou trouble bipolaire) en Amérique du Nord, la tendance est nettement aux résultats négatifs. Dans la dernière des études longitudinales sur les effets thérapeutiques du lithium, Michael GITLIN et collègues (1995) observent un taux de récurrence (le plus souvent multiple) de 73 % chez des sujets chez qui on a diagnostiqué un trouble bipolaire lors d'un suivi de quatre ans, malgré une prise quotidienne vérifiée de lithium. Pourtant, encore en 1987, l'éminent psychiatre Pierre DENIKER écrivait : « Le lithium reste pour le moment unique et irremplaçable dans sa catégorie. Heureusement les cas résistants sont assez exceptionnels » (p. 178). Les anticonvulsifs remplacent graduellement le lithium.

9. L'exception notable — l'unique contribution fondamentale de la psychiatrie biologique — est la découverte en 1906 que la paralysie générale, démence dont les victimes constituent jusqu'au tiers des internés des asiles d'aliénés avant 1918, était un effet tardif de la syphilis. La découverte d'une origine bactérienne à une affection fréquemment confondue avec la démence précoce (folie) et, plus tard, sa quasi-élimination grâce aux antibiotiques, ont renforcé la conviction que la plupart des aberrations comportementales cachent de subtiles causes physiques éventuellement détectables et traitables.

peuvent prescrire. [...] Pour être médicale, la psychiatrie avait besoin de médicaments » (Zarifian, 1995, p. 74).

On reconnaît dès 1954 que l'action tranquilisante des neuroleptiques s'accomplit au prix d'un parkinsonisme iatrogénique et d'autres troubles neurologiques que la plupart des chercheurs de l'époque estiment faire partie intégrale de l'action thérapeutique (Cohen, 1994b). On s'en préoccupe peu pour deux autres raisons. Premièrement, les médicaments permettent à plusieurs « incurables » de quitter l'asile, ce qui présente un avantage certain alors que la société se tourne vers des solutions non-institutionnelles aux problèmes des populations dépendantes. Deuxièmement, les traitements biologiques précédents possèdent des effets « secondaires » fréquemment débilissants : amnésie provoquée par l'électrochoc, apathie suite à la lobotomie (parfois étiquetée « euthanasie partielle » ; voir Constans, 1992). Les auteurs contemporains oublient régulièrement que c'est uniquement en comparaison de ces autres interventions (aujourd'hui considérées inhumaines ou, au mieux, « radicales¹⁰ »), que les neuroleptiques sont d'abord évalués, et ce, uniquement *au sein* de l'asile (Cohen, sous presse). La facilité d'administration et les gains indiscutables dans la gestion des internés l'emportent sur d'autres considérations, plus strictement médicales. Celles-ci ne reviennent préoccuper sérieusement les chercheurs et cliniciens que trente ans plus tard, quand la prévalence des dyskinésies tardives (syndrome de mouvements anormaux) des neuroleptiques se situe à 30 pour cent des patients psychiatriques chroniques aux États-Unis et quand les taux de succès mitigés des traitements neuroleptiques sont rapportés sans ambiguïté dans les revues professionnelles. Environ trente neuroleptiques seront mis en marché de 1954 à 1960, dont la majorité restent encore en usage.

Au début des années quatre-vingt-dix, une « nouvelle génération » d'antipsychotiques dits « atypiques » fait son apparition. C'est l'occasion pour plusieurs psychiatres de railler contre les neuroleptiques classiques — soudainement accusés ouvertement de ne pas être assez efficaces et de produire trop d'effets néfastes — et d'exprimer l'espoir que les nouveaux produits sauront remédier à toutes les failles antérieures¹¹. L'enthousiasme avec lequel les nouveaux produits sont accueillis donne lieu à des prédictions à l'effet que les revenus provenant du marché de ces médicaments connaîtront bientôt une hausse importante pour atteindre le chiffre annuel de deux milliards de dollars (Di Masi et Lasagna, 1995).

Toute recherche de nouveaux médicaments repose sur des modèles animaux (permettant de tester des molécules possiblement curatives) ou sur l'analyse des causes biologiques de l'affection. Après une trentaine d'années d'essais infructueux, il n'existe aucun modèle animal

10. L'insulinothérapie est reléguée aux oubliettes, mais l'électrochoc (ou sismothérapie) est presque complètement réhabilité. On estime que plus de 100 000 personnes par année sont traitées aux États-Unis. Ses défenseurs maintiennent que la procédure (sous sédation et curarisation et diverses formes d'impulsion électrique) est tout à fait sûre, ne laisse aucune séquelle pour le cerveau et se révèle indispensable comme premier ou dernier recours dans tous les troubles mentaux graves (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [A.P.A.], 1990). Quant à la psychochirurgie, ses formes initiales (lobotomie et leucotomie) impliquant la séparation au scalpel des connexions entre les lobes frontaux et le thalamus ne se pratiquent plus depuis vingt-cinq ans. Mais, selon un article optimiste du *Wall Street Journal* (1^{er} décembre 1994), une variante consistant à produire une petite lésion dans le système limbique au moyen d'électrodes se pratique au rythme de 15 à 20 opérations par année au Massachusetts General Hospital, notamment pour des « dépressions chroniques ».

11. Ces failles sont considérables : après quarante ans d'utilisation, il n'existe toujours pas de consensus sur les doses jugées minimalement efficaces ; il y a des difficultés persistantes à différencier les effets toxiques de la médication des effets du trouble original ; les recommandations officielles sur les modalités de prescriptions contrastent avec de grandes variations dans la pratique clinique ; le taux d'inefficacité dans la maîtrise de l'épisode psychotique aigu frôle 65 % dans plusieurs études récentes, tandis que le taux de récurrence lors du traitement de longue durée est d'environ 50 % (voir David COHEN, 1994a). Deux grandes métaanalyses des études du xx^e siècle portant sur le *outcome* dans la schizophrénie (James HEGARTY et collègues, 1994 ; Richard WARNER, 1994) en arrivent aux conclusions suivantes : 1) les gains thérapeutiques aujourd'hui ne diffèrent de ceux du début du siècle, avant l'introduction des neuroleptiques ; 2) les taux de récurrence ont nettement augmenté à partir des années quatre-vingt. Fait nouveau et notable qui illustre bien la nouvelle frustration quasi officielle envers les neuroleptiques, deux des quatre lettres à l'éditeur publiées en réaction à la recension de HEGARTY et coll. suggèrent que *les neuroleptiques eux-mêmes* sont la cause de ces résultats négatifs, en produisant des pathologies cérébrales de type Alzheimer chez les patients longuement médicamentés ou en empirant divers symptômes qu'ils sont censés soulager (voir *American Journal of Psychiatry*, novembre 1995, pp. 1692-1694).

du trouble psychique chez l'humain (Zarifian, 1994)¹². Côté étiologie, aucun déterminisme biologique n'a été démontré dans aucun trouble psychique. Ces simples faits sont pourtant méthodiquement relégués à l'arrière-plan, probablement par ce que Stengers (1995) appelle, dans un autre contexte, « le caractère éminemment technique de la description biomédicale » (p. 134). En effet, l'étude des effets des médicaments sur le cerveau stimule un développement phénoménal des techniques d'imagerie cérébrale : nous disposons maintenant d'images traduisant l'intensité du métabolisme de différentes régions du cerveau, lorsque le sujet médite sur une pensée particulière, par exemple. Depuis la fin des années soixante, les progrès de la biologie moléculaire permettent d'approfondir les connaissances sur les divers mécanismes de neurotransmission cérébrale. Celle-ci se révélant d'une infinie complexité, le nombre d'hypothèses biochimiques de la schizophrénie ne se compte plus et la demi-vie de chacune est d'au plus cinq ans.

En somme, la découverte des neuroleptiques marque la naissance de la psychiatrie biologique moderne et sa véritable accession au rang de discipline médicale. Elle donne un élan incalculable à la recherche et au développement technologique dans les neurosciences. Pourtant, la « grandeur et la limite » du médicament psychotrope est-elle justement « d'avoir permis d'ouvrir la voie sans montrer le chemin » (Zarifian, 1995, p. 76) ? Qu'en est-il, en fin de compte, de notre compréhension de la folie ? Force est de constater, avec Ginestet et Kapsembelis (1995), que malgré quarante ans de recherche intensive, « les psychoses gardent leur mystère ».

La psychiatrie a toujours véhiculé le double mandat de soins et de détention (Castel, cité dans Morin, 1995). Indéniablement, les neuroleptiques ont modifié le micro-contrôle du psychotique, qui s'opère désormais de l'intérieur de son corps, même si son gardien s'en est éloigné. Heinz Lehmann, le premier psychiatre à utiliser la chlorpromazine en Amérique du Nord, avance lui-même que les cliniciens utilisent les neuroleptiques pour bloquer précisément ce qu'il espérait que la chlorpromazine faciliterait : la communication et la compréhension entre patient et thérapeute (cité dans Collins, 1988, p. 187). Historiquement, la maîtrise du fou a d'abord consisté à maîtriser son corps, puisque dans le fou résidait une bête sauvage. Plus tard, avec les traitements-chocs, on dirige « l'assaut » plus spécifiquement vers le cerveau, mais leur administration requiert toujours un contact corporel entre fou et gardien. L'ingestion d'un médicament renforce le mandat de soins mais rend le contrôle plus efficace et implique encore moins de contact : des centaines de patients sont traités quotidiennement. Finalement, avec l'arrivée des neuroleptiques-retard au début des années soixante-dix, une seule injection intramusculaire aux quatre à six semaines suffit à maintenir le patient sous l'effet du médicament. La négligence du patient psychiatrique chronique qui a caractérisé la période de désinstitutionnalisation sauvage en Amérique du Nord coïncide avec l'acceptation des neuroleptiques-retard (justifiés principalement par le besoin d'assurer l'observance du traitement). Le prochain développement technologique sera probablement l'introduction d'un implant sous-cutané, permettant de dispenser au sujet les molécules voulues pendant des mois.

LES ANXIOLYTIQUES : L'OPIUM DES MASSES

Aux stimulants et divers tranquillisants préexistant aux neuroleptiques s'ajoutent, à la fin des années cinquante et au début des années soixante, les « antidépresseurs » — à l'origine, des médicaments anti-tuberculeux ou des modifications de molécules neuroleptiques — et les « tranquillisants mineurs » ou « anxiolytiques », repérés grâce à leur propriétés myorelaxantes. Parmi ce dernier groupe, les benzodiazépines, tranquillisants et somnifères à action rapide, sont propulsées de l'avant par une prescription agressive en médecine générale et connaissent un succès phénoménal : de 1965 à 1970, dans la plupart des pays occidentaux,

12. On utilise toujours des animaux pour trier de nouvelles molécules sur la base de propriétés associées, chez les substances connues, à des effets précis sur les animaux.

les ordonnances augmentent de plus de 100 pour cent, comparativement à environ 20 pour cent pour les autres classes de psychotropes (Lader, 1978).

Les efforts promotionnels de l'industrie pharmaceutique — qui commence à appliquer les techniques modernes du marketing de masse — semblent y être pour beaucoup (Smith, 1985). Le Valium (diazépam), introduit en 1963, fait bientôt l'objet de plus d'annonces publicitaires médicales que tout autre médicament et — conséquence directe, selon certains (Krupka et Vener, 1985) — se hisse au premier rang mondial de la pharmacopée. Cette popularité suscite des travaux sur la fonction de contrôle social remplie par le « complexe médico-industriel ». Les hypothèses avancées sont encore débattues aujourd'hui : les tranquillisants médicalisent les tracasseries (surtout féminines) de la vie quotidienne¹³, détournent l'attention des déterminants sociaux de la détresse psychologique et pacifient les groupes éventuellement porteurs de revendications sociales (Koumjian, 1981). Lader (1978) couronne les années soixante-dix comme « l'ère des benzodiazépines » et désigne ces médicaments « l'opium des masses ».

Le Valium est le premier médicament de synthèse et prescrit sur ordonnance à baliser les normes de la consommation licite de psychotropes, mais aussi, dans cette dynamique paradoxale propre aux psychotropes, à indiquer les dangers propres à ce type de consommation¹⁴. Un consensus émerge au sein de la profession médicale dans les années quatre-vingt, qui veut que les benzodiazépines comportent un risque non négligeable d'accoutumance lors d'un usage prolongé et de syndrome de sevrage suite à un arrêt brusque. Dans certains pays, ces inquiétudes font l'objet d'une attention frénétique des médias, qui s'emparent du débat et accusent les prescriptions abusives des médecins généralistes (Gabe et Bury, 1991). Les masses-médias occupent désormais un emplacement stratégique où divers conflits et controverses socio-sanitaires sont gérés. Les inquiétudes que suscitent les effets indésirables semblent stabiliser puis faire baisser légèrement les taux de consommation dans la plupart des pays occidentaux où, d'autre part, les pouvoirs publics adoptent diverses mesures visant à dissuader les médecins généralistes de prescrire des benzodiazépines.

Les benzodiazépines empruntent en partie ce que Bachman et Coppel (1989, p. 109), discutant des opiacés, appellent le « parcours de stigmatisation ». Ainsi, dans les années 1860, la morphine se révèle d'abord un analgésique inégalé, mais on l'accuse peu après de provoquer la « morphinomanie », synonyme de déchéance et d'asservissement. À la fin du siècle, la morphine est condamnée comme « premier fléau de l'humanité » (Chast, 1995, p. 112). Il est à noter que ces parcours ne sont pas toujours unidirectionnels. Ainsi, en 1995, en France, l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, dans un rapport sur le traitement de la douleur (A.N.D.E.M., 1995), invite les médecins généralistes de ce pays à prescrire la morphine sans complexes. La morphine est décrite comme « le roi des antidouleurs » et « un médicament comme un autre ». Le panel d'experts réunis par l'A.N.D.E.M. conclut que la morphine n'entraîne jamais de toxicomanie, qu'elle a peu d'effets indésirables et qu'il

13. Cette critique vise également les antidépresseurs. Dans un magazine populaire, Creg CRITSER (1993) a disséqué une publicité pour la sertraline (Zoloft), arrivée en 1993 sur le marché américain. La publicité contient une série d'illustrations d'une « super maman » : active au travail, en compagnie de son mari, jouant avec ses enfants, vaquant aux activités domestiques, sportive, prenant le temps de se détendre et de faire du bénévolat, etc. Critser note que ce portrait d'une vie féminine « parfaite » — qui nécessite l'accomplissement simultané de nombreuses tâches exigeantes — est irréaliste et que c'est là une des causes probables de la dépression chez les femmes modernes. En France, les femmes au chômage sont de très fortes consommatrices d'antidépresseurs, alors que les hommes dans cette situation ont plutôt tendance à consommer des tranquillisants (voir Catherine SERMET, 1995). La détresse psychologique engendrée par le chômage pourrait être différente selon le sexe, ou la réponse des médecins pourrait être différenciée selon le sexe.

14. Les stimulants amphétaminiques (Benzedrine, Dexedrine, etc.) peuvent aussi revendiquer ce titre. En 1967, six à huit pour cent (12 millions d'adultes) de la population américaine en consommaient sur ordonnance médicale (BALTER, cité dans BREGGIN et BREGGIN, 1994), avant qu'un usage illicite par les membres d'une sous-culture n'incite les autorités publiques à prendre au sérieux les avertissements — déjà très nombreux — sur le potentiel néfaste de ces substances. Fait révélateur de l'écart entre cette période et la nôtre, on reconnaissait que les stimulants étaient utilisés comme remédants non spécifiques et aucun discours médical crédible ne justifiait leur utilisation en parlant de déséquilibre biochimique préexistant chez les consommateurs (voir plus loin).

n'existe quasiment pas de limite supérieure aux doses quotidiennes. Cet aller-retour de la morphine entre panacée et panathogène en l'absence de nouvelles données sur sa pharmacologie, renforce la thèse constructiviste de Szasz (1982) sur l'indissociabilité des buts « socio-cérémoniaux » et des effets « pharmacologiques » des psychotropes.

La montée d'un débat sur les tranquillisants n'entraîne pas leur abandon. Les benzodiazépines restent encore, à cause de leur rapidité d'action et de leur marge de sécurité relative des médicaments très fréquemment prescrits — en France, ils occupent les deuxième et cinquième rang des médicaments les plus prescrits (E.N.S.M., 1996). Pourtant, l'augmentation des prescriptions des antidépresseurs — et, parmi eux, des antidépresseurs de style Prozac — suggère fortement que ces derniers commencent à remplacer les anxiolytiques dans le premier réflexe de prescription d'un psychotrope par les médecins généralistes¹⁵. Cette nouvelle mode n'aurait pu être possible sans l'avènement d'un système diagnostique psychiatrique particulier, le *DSM-III*, et sans l'influence inextricable de l'industrie pharmaceutique sur la recherche en psychiatrie.

LA VALSE DES MÉDICAMENTS ET DES DIAGNOSTICS

La psychiatrie possède dans les années soixante-dix une cinquantaine de médicaments mais aucun diagnostic valide au sens médical du terme. Cette situation persiste encore aujourd'hui, puisque « aucun examen clinique, radiologique, électrique ou biologique, ne peut mettre en évidence des stigmates objectifs » du trouble mental (Zarifian, 1995, p. 75 ; voir Ross et Pam, 1995). En restant dans le domaine du jugement subjectif, le diagnostic risque de gonfler les prétentions scientifiques de la psychiatrie.

Dès le début des années soixante-dix, la psychiatrie nord-américaine entreprend de développer des critères explicites pour poser divers diagnostics. Son aile « néo-krapelinienne », en progression, procède à une purge de l'aile psychodynamique et sociale afin de « remédicaliser » la discipline, ébranlée par la vague antipsychiatrique (Blashfield, 1980). On vise à faciliter la communication entre cliniciens mais surtout à améliorer la fiabilité du diagnostic (la capacité de deux observateurs à poser le même diagnostic vis-à-vis le même cas) afin d'améliorer sensiblement sa validité (la capacité d'un diagnostic à réellement mesurer ce qu'il entend mesurer, par exemple par la mise au point de tests biologiques « objectifs ») et démontrer une fois pour toutes le mythe du « mythe de la maladie mentale ». Ainsi naît en 1980 le *DSM-III*, manuel diagnostique de l'Association de psychiatrie américaine (A.P.A.). Il se démarque de ses prédécesseurs par l'inclusion de critères diagnostiques explicites pour chaque trouble ; par une approche « catégorique » (c'est-à-dire que chaque trouble est distinct et possède son étiologie spécifique) ; et, comparé au *DSM-II* sorti douze ans plus tôt, par l'apparition d'environ 80 nouveaux diagnostics (pour un total de 265 ; la troisième édition révisée, *DSM-III-R* paraît en 1987 et *DSM-IV* en 1994, avec plus de 300 diagnostics).

Selon les évaluations critiques du *DSM-III* (cf. Mirowsky et Ross, 1989 ; Kirk et Kutchins, 1992), l'amélioration de la fiabilité diagnostique est infime et les retombées véritables sont ailleurs : le manuel est adopté rapidement en psychiatrie et parmi les professions non-médicales en santé mentale, soulignant l'intégration financière, bureaucratique et institutionnelle de « l'industrie » de la santé mentale aux États-Unis dans les années quatre-vingt (Kutchins et Kirk, 1988). Plus important, en modifiant le *DSM* de sa propre initiative — conditionnée par

15. En France, selon le Rapport du Groupe de réflexion sur l'utilisation d'hypnotiques et tranquillisants (Marcel LEGRAIN, 1990, figures 4 et 6) et LECOMTE et PARIS (1994, tableaux 87, 89, 92 et 94), les deux se basant sur les données d'IMS, la consommation de tranquillisants (en unités galéniques par jour par 1000 habitants) a légèrement augmenté de 1982 à 1992, passant de 124 à 133 (+ 7 %), alors que celle d'antidépresseurs est passée de 38 à 54 (+ 42 %). Des données plus récentes, également d'IMS (PELC, 1995), confirment cette tendance : de 1985 à 1994, le taux de croissance annuel moyen des tranquillisants est de 1,3 % (augmentant jusqu'en 1987, baissant légèrement depuis), alors que celui des antidépresseurs est de 6 %, entièrement au profit des nouveaux antidépresseurs. Les médecins généralistes sont à l'origine de 70 % des ordonnances d'antidépresseurs (voir également Sandrine CHAUVARD, 1995). La France restant le pays avec le plus fort taux de consommation de tranquillisants au monde, il y a toutes les raisons de croire que ces tendances soient encore plus prononcées en Amérique du Nord.

d'interminables luttes contre les professions non-médicales pour des parts du marché des services de santé mentale — l'A.P.A. crée ainsi un lien profond et une dépendance avec les laboratoires pharmaceutiques. Les auteurs sont d'accord sur ce point : toute la question du diagnostic retient à peine l'attention quand la psychothérapie constitue le traitement type. Mais avec l'arrivée des médicaments psychiatriques, il faut penser en termes de diagnostics plus spécifiques, afin de prescrire comme ailleurs en médecine (Eisenberg, 1995 ; Klerman, 1988 ; Zarifian, 1994).

La chimiothérapie s'agence parfaitement avec l'approche nosographique du *DSM-III*. Selon Wortis et Stone (1992), l'impact de l'industrie pharmaceutique est d'exagérer la valeur du traitement chimique aux dépens d'autres modalités et de fixer l'attention sur les symptômes traitables par médicaments. Ces auteurs font allusion au fait qu'avec le *DSM-III*, un trouble psychique se compartimente en « symptômes cibles », chacun devenant une « entité clinique » dont il ne reste qu'à déterminer la pathophysiologie. Ceci s'enchevêtre avec la nouvelle capacité en neurobiologie de tracer le cheminement de molécules psychotropes jusqu'à l'atteinte de leurs récepteurs. Ainsi, les pharmacologues et neurobiologistes « formulent des hypothèses sur les causes d'une maladie et, une fois qu'ils ont mis au point une molécule, expliquent aux cliniciens les effets qu'ils doivent constater » (Zarifian, 1994, p. 88). La recherche psychiatrique quitte l'hôpital pour le laboratoire et le modèle de guérison devient plus médical et réductionniste : « une maladie et un médicament ; entre les deux, un neuromédiateur et un récepteur » (Ehrenberg, 1995, p. 143).

La catégorie « trouble panique » pourrait servir d'illustration concrète des changements. Selon Kramer (1994), ce n'est qu'après la promotion de l'imipramine (ancien « antidépresseur ») et l'alprazolam (nouvel « anxiolytique ») comme traitements spécifiques de l'anxiété soudaine et intense que l'on commence à nommer l'« attaque de panique » et que la psychiatrie doit « recréer ... l'anxiété en termes théoriques ». Jacobs (sous presse) va plus loin, suggérant que le laboratoire pharmaceutique Upjohn aurait guidé tout l'effort aboutissant à la création de la catégorie dans le *DSM-III* dans le seul but d'obtenir l'autorisation de mise en marché de l'alprazolam (Xanax) comme traitement spécifique... du trouble panique ! Jacobs s'étonne et se demande comment, du coup, un trouble « sans frontières distinctes » est conçu comme s'il « avait une existence réelle et comme si l'on disposait véritablement de données pertinentes, fiables et discriminantes sur sa pathophysiologie » (notre traduction, p. 14, c'est l'auteur qui souligne).

En arrière-plan, l'épidémiologie psychiatrique aux États-Unis révèle une augmentation quasi linéaire de la fréquence du trouble mental, notamment de la dépression. En 1984, dans les grandes enquêtes épidémiologiques utilisant les critères *DSM-III*, on estime un taux de prévalence à vie de ce problème de 6 pour cent (Regier et collègues, 1988). Dix ans plus tard, avec les critères *DSM-III-R* (Kessler et collègues, 1994), il passe à 17 pour cent (celui de tous les troubles mentaux est estimé à 48 %). Sans doute, en partie, la détresse psychologique augmente — notamment la dépression, qui serait liée à l'instabilité économique et politique (Cross-National Collaborative Group, 1992). Est-il pourtant possible de ne pas voir dans ces taux inflationnistes une pathologisation incessante de l'existential et une stratégie promotionnelle de l'industrie pharmaceutique ? Selon Krohe (1994), « la dépression est le dernier produit — et le plus prometteur — de l'industrie du bien-être », remplaçant, au travail, l'importance autrefois accordée à l'abus d'alcool et créant de nouvelles possibilités d'emplois pour conseillers et administrateurs. Un vaste filet de *hotlines* téléphoniques, groupes de soutien, conférences et séminaires pour cadres, dépistages gratuits et anonymes (comme la « Journée nationale du dépistage de la dépression », inaugurée en 1991 aux États-Unis), émissions de télévision « d'intérêt public » est « lancé pour attraper les deux Américains déprimés sur trois qui ne cherchent pas à se faire traiter — presque 7,5 millions de gens qui, dans leur misère, persistent à confondre la dépression traitable avec la vie » (Krohe, 1994, p. 24 ; c'est nous qui traduisons).

Ces campagnes de sensibilisation aux ravages causés par des maladies inadéquatement prises en charge malgré la disponibilité de médicaments efficaces renforcent la dernière tendance dans les soins de santé aux États-Unis, le *disease management*. Cela implique qu'un laboratoire pharmaceutique signe un contrat avec un organisme de *managed care* pour

« gérer », de manière plus rationnelle et moins coûteuse, la prévention, le diagnostic et le traitement d'une maladie au sein d'une population (Koberstein, 1995). Pour l'industrie pharmaceutique, cette approche n'offre que des avantages : le laboratoire fournit les médicaments, s'occupe de l'éducation permanente des médecins et des patients, évalue les bénéfices du programme et planifie l'allocation future de ressources. Les médicaments sont écoulés, les patients sont suivis, les primes d'assurances augmentent modérément — tout le monde est satisfait.

L'ÉGALITÉ DANS L'INFIRMITÉ

En élargissant son territoire, le pathologique se normalise : pourquoi chercher à le démarquer si on peut diagnostiquer chez la moitié de la population un trouble récurrent, défini en termes de variations subtiles du niveau d'un neurotransmetteur nécessaire au fonctionnement psychique *normal* ? Le but utopique de l'antipsychiatrie, soit abolir les frontières artificielles entre le normal et le pathologique, se trouve ainsi concrétisé de manière perverse. Dans ce vaste projet de nivellement moral, tous les individus sont égaux parce que diagnostiquables et traitables.

En visant le traitement de perturbations comportementales finement tranchées, en s'orientant vers des récepteurs de mieux en mieux ciblés, on peut cesser de penser en termes d'entités nosographiques traditionnelles toujours impossibles à valider selon les critères du modèle cellulaire de la maladie. L'augmentation du nombre de diagnostics et leur compartimentation multiplient les possibilités de constater, dans tout comportement dérangeant la personne ou son entourage, un « symptôme » appelant une intervention pharmacologique. Quand ceci se jumelle à l'idée que chaque symptôme cache un dérèglement biochimique mis en évidence par l'observation des effets neuronaux d'un médicament, la voie s'ouvre à la *validation de l'entité diagnostique par le simple traitement*. Par exemple, Wright (1994) indique qu'aux États-Unis, les experts voulant étendre le projet d'assurance-santé nationale au trouble mental affirment que « le simple fait que la pharmacologie donne des résultats est la preuve que les maladies mentales sont des maladies *bona fide*, diagnostiquables » ; et cet auteur, convaincu, enchaîne : « Mais si un traitement chimique réussi constitue le signe distinctif d'une maladie, pourquoi toutes les conditions traitées au moyen de psychopharmacologie cosmétique ne sont-elles pas considérées comme des maladies ? Et pourquoi ne *devraient-elles* pas l'être ? », (p. 25) ; c'est nous qui traduisons, c'est l'auteur qui souligne). Est traitement ce qui se prescrit pour soigner une maladie. Est maladie ce pour quoi il existe un traitement.

En somme, la preuve de la nécessité du médicament résiderait dans son utilisation et surtout son appréciation par le consommateur. Dans un autre contexte, Bruckner (1995) remarque que l'extraordinaire puissance du consumérisme est d'être irréfutable et de se suffire à lui-même. Dans ce cas, il libère le psychopharmacologue des contraintes habituelles pesant sur le chercheur sommé de justifier pourquoi un modèle scientifique est supérieur à un autre. Conforté par d'innombrables récits de guérison, de bien-être ou d'amélioration de qualité de vie (chaque résultat confondu à l'autre ; voir Ehrenberg, 1995), le clinicien peut se concentrer sur l'*utilisation* de médicaments contre la myriade de symptômes qui handicapent le citoyen dans son existence : la psychopharmacologie cosmétique. Mais comment alors distinguer la médecine du psychopharmacologue de celle du « charlatan » ? Pour la philosophe des sciences Stengers (1995), la conscience d'un seul et unique fait, découlant de la répudiation des traitements magnétiques de Mesmer à la fin du XVIII^e siècle, définit la médecine moderne : « *la guérison ne prouve rien* » (p. 121, c'est l'auteur qui souligne). Stengers ajoute le corrélat : « le but poursuivi par la médecine (guérir) ne suffit pas à faire la différence entre pratique rationnelle et pratique de charlatan ». Pourtant, en cette fin de siècle censée couronner le triomphe du médicament psychotrope, n'est-ce pas précisément le témoignage personnel, le récit d'amélioration ou de disparition de symptôme, le récit de personnalité transformée — en somme, « la guérison » —, qui serve d'argument-massue, d'ultime et indiscutable preuve de la justesse de l'approche psychopharmacologique ?

LA « DROGUE PARFAITE » : PROZAC, PLACEBO OU PROMOTION ?

Le Prozac est le premier « inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine » (ISRS)¹⁶. Il a été promu, dans les écrits professionnels et populaires, pour plusieurs raisons, dont la sélectivité d'action sur un neurotransmetteur, la sérotonine, l'absence virtuelle d'effets indésirables et, évidemment, l'impact sur la personnalité. Le tout combiné à produire l'impression d'une « efficacité mystique » (Fisher et Greenberg, 1995), même de « la drogue parfaite » (Ehrenberg, 1995). Nous disposons maintenant d'assez de recul et d'études pour réaliser que chacune de ces raisons s'effondre sous le regard le moins inquisiteur. La fluoxétine possède une forte affinité pour les récepteurs sérotoninergiques, mais en affecte également plusieurs autres, dont ceux des systèmes dopaminergiques et adrénergiques. La sérotonine elle-même constitue en fait le système de neurotransmission le plus répandu dans le cerveau, étendant des connexions dans toutes ses parties principales et dans la moelle épinière. Ainsi, en ciblant la sérotonine, le cerveau entier est affecté¹⁷. Quant aux effets indésirables, l'édition 1995 du *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* de l'Association pharmaceutique canadienne en énumère plus de 200, tandis que le manufacturier du Prozac indique que près de 15 % des patients lors des essais cliniques¹⁸ ont abandonné en raison de tels effets ; les principaux ressemblent à ceux des stimulants classiques : nervosité et agitation, nausées, insomnie, perte d'appétit et perte d'intérêt sexuel. La question des effets indésirables reste encore en suspens puisque en moyenne, la moitié de ces réactions ne sont identifiées qu'*après* la mise en marché d'un médicament (Gillman, Rall, Nies et Palmer, 1990). Nous ne connaissons par contre aucune étude sérieuse de l'effet sur la personnalité. Dans un long commentaire sur le best-seller de Peter Kramer, Nuland (1994) s'est penché spécifiquement sur la question et conclut : « Le taux le plus élevé que j'ai pu trouver est 10 %, et la plupart de mes sources disent que ce chiffre est bien trop généreux » (p. 8 ; c'est nous qui traduisons).

Il doit bien rester aux ISRS une « efficacité reconnue » ! Comment prétendre que celle-ci s'impose à coup de « récits et témoignages personnels », alors que le véritable « argument-massue » résiderait plutôt dans la démonstration reproductible d'un effet thérapeutique significatif ? Mais là aussi l'examen critique révèle l'écart habituel entre le discours et la réalité en plus de nous forcer à revenir à l'un de nos points de départ, l'insaisissable effet placebo. Premièrement, aucun antidépresseur (ISRS inclus) ne montre une efficacité thérapeutique supérieure à un autre (Song et coll., 1993). De plus, dans une recension de 15 méta-analyses

16. Ces produits comprennent actuellement, outre la fluoxétine, la sertraline (Zoloft), la paroxétine (Paxil), la fluvoxamine (Luvox) et la venlafaxine (Effexor). Leur particularité serait d'empêcher que des molécules de sérotonine se trouvant dans l'espace synaptique (entre deux neurones) soient réabsorbées par le neurone qui les a émises. Davantage de sérotonine serait disponible pour être absorbée par les neurones avoisinants, prolongeant ainsi son activité cérébrale. Un ralentissement de l'activité sérotoninergique serait associée, chez les primates, à une augmentation d'actes impulsifs, agressifs et anti sociaux. Une hypothèse propose que la dépression, même si elle ne fait pas partie de ce registre de comportements, est également due à un ralentissement de l'activité de la sérotonine. Il est intéressant de noter que malgré le discours liant spécifiquement sérotonine et dépression, diverses substances modifiant la neurotransmission de la sérotonine sont activement étudiées en vue de leur mise sur le marché comme traitements *neuroleptiques* et *anxiolytiques*. Comme l'indique le titre d'un article d'éducation permanente en pharmacie, la sérotonine est *The Neurotransmitter for the '90s* (Ronald BORNE, 1994).

17. Les premiers écrits sur le Prozac vantaient sa sélectivité d'action sur la sérotonine, à la différence des autres principaux antidépresseurs sur le marché, qui affectent au moins trois neurotransmetteurs connus. Pour se distinguer du Prozac, une publicité du dernier arrivé, Effexor, souligne un impact sur la sérotonine et un *autre* neurotransmetteur, prenant soin d'affirmer, en petites lettres et en bas de page, que « la signification clinique de ces données *in vitro* est inconnue » (annonce publicitaire d'Effexor, *American Journal of Psychiatry*, novembre 1995).

18. Le processus d'approbation menant à la mise en marché du Prozac a duré huit ans, mais les essais cliniques du produit n'ont duré que quatre à six semaines et révèlent, selon les documents obtenus par BREGGIN et BREGGIN (1994) au moyen des lois d'accès à l'information, l'incapacité des agences régulatrices à évaluer les études fournies par l'industrie. Ainsi, des 5 600 sujets ayant participé aux études cliniques sur l'efficacité de la fluoxétine aux États-Unis, seulement 286 ont complété les quatre à six semaines entières. Les sujets suicidaires et sérieusement déprimés ont été exclus et plusieurs ont reçu des tranquillisants pour contrer les effets stimulants de la fluoxétine. Des 14 études soumises par la compagnie Eli Lilly à l'agence régulatrice FDA, 10 n'ont pas été acceptées en raison de problèmes méthodologiques. L'autorisation de mise en marché repose sur quatre études : la fluoxétine se révèle égale au placebo dans une étude et légèrement supérieure au placebo mais moins efficace que l'ancien tricyclique de référence, l'imipramine, dans trois.

majeures (comprenant des centaines d'études sur les antidépresseurs), Fisher et Greenberg (1989) observent que *30 à 40 pour cent des études ne révèlent aucune différence significative entre le médicament et le placebo*. En tout, un tiers des patients ne s'améliorent pas sur antidépresseurs, un tiers s'améliorent sur placebo et un tiers additionnel montrent une réponse positive au médicament qu'ils n'auraient pas eue sur placebo. Mais même ces résultats peu reluisants seraient à réévaluer à la baisse si l'on resserrait les conditions régissant l'essai en double-aveugle avec placebo¹⁹. Un exemple, encore une fois tiré des travaux de Fisher et Greenberg (1993), illustre peut-être l'ampleur du problème. Ces chercheurs ont localisé 22 études dans lesquelles un nouvel antidépresseur est comparé en double-aveugle à un antidépresseur plus ancien et à un placebo : l'efficacité du nouveau produit (que le laboratoire espère mettre en marché) est donc d'intérêt central pour le chercheur tandis que celle de l'ancien est secondaire. Ainsi, si le dispositif double-aveugle est contaminé, le biais à rehausser l'efficacité de l'ancien produit serait moindre que lors de ses essais originaux : il apparaîtrait moins puissant dans les nouvelles études que dans les études antérieures, où il était alors d'intérêt central au chercheur. La méta-analyse confirme cette prédiction, montrant que les taux d'efficacité des anciens antidépresseurs varient *du quart à la moitié* de la taille moyenne des effets rapportés pour ces mêmes médicaments dans les études où ils étaient les seuls testés. Ces résultats nous suggèrent qu'un changement de motivation chez les chercheurs provoque une baisse du pouvoir thérapeutique d'un médicament — avec l'implication évidente que le devis actuel du dispositif double-aveugle est profondément vulnérable à la suggestion.

Jusqu'à quel point l'effet placebo et la suggestion sont-ils amplifiés quand tous les discours sur un médicament font l'écho de ses extraordinaires propriétés ? La réponse reste inconnue, mais l'histoire des « drogues » et « médicaments » démontre certainement la richesse de leurs effets sur les consommateurs tout autant que les experts et autorités chargés de les réglementer. Aucune découverte de la neurobiologie n'est nécessaire pour constater que chez les premiers, les psychotropes agissent puissamment — sans que l'individu souffre d'un « déséquilibre biochimique » sous-jacent ! À des doses suffisantes, tous les psychotropes communs — des neuroleptiques aux antidépresseurs, de la caféine à la nicotine, du cannabis à la cocaïne — affectent ceux qui en prennent. Mais il existe également des variations ordinaires dans la réaction d'un individu à une substance. Certains apprécient l'effet plus que d'autres et estiment que le produit particulier est bénéfique ; y a-t-il des raisons de croire qu'ils réagissent de manière unique ou singulière ? « Il ne faut pas de cerveau endommagé pour réagir aux drogues ; il faut simplement un cerveau » (Breggin et Breggin, 1994, p. 33 ; c'est nous qui traduisons.)

Il nous sera donc permis d'avancer, en conclusion, qu'au-delà des constantes que constituent d'une part, l'impact d'une substance chimique sur le cerveau humain et d'autre part, l'effet placebo (y compris la suggestion thérapeutique et les capacités d'auto-guérison), deux ingrédients seulement sont nécessaires pour qu'un médicament de l'esprit connaisse le succès : un effet psychotrope et une campagne de promotion. Précisons : l'effet psychotrope devrait refléter le plus possible l'idéal du vécu quotidien auquel aspire la masse des consommateurs du moment. Comme l'illustre le Prozac, dans le contexte socio-économique menaçant des années quatre-vingt-dix, l'effet à succès semble être une légère stimulation contribuant à aiguïser les capacités de compétition dont les citoyens occidentaux, « épuisés par le travail, effrayés par le chômage, angoissés par l'avenir [et] envoûtés par les médias » (Ramonet, 1995, p. 13) estiment avoir désespérément besoin (Ehrenberg, 1995 ; Rothman, 1994).

19. Par exemple, puisque l'utilisation d'un placebo « actif » plutôt qu'inerte a tendance à réduire la supériorité de la drogue « thérapeutique » dans les essais contrôlés, les chercheurs évitent systématiquement d'utiliser des placebos qui produisent des sensations physiques (telle l'atropine). Selon Colin ROSS et Alvin PAM (1995), « L'étude systématique de l'effet placebo et son augmentation par seulement un quart éliminerait la différence entre placebo et antidépresseurs dans le traitement de la dépression » (p. 113 ; c'est nous qui traduisons). On évite aussi dans les études de demander aux cliniciens, aux patients et à des observateurs de deviner qui reçoit le produit actif et qui le placebo (ce qui s'estime parfois sur la seule base des effets secondaires), de manière à maintenir l'illusion que l'investigation est réellement « aveugle ». De plus, un produit sous investigation est rarement comparé à une alternative sensée : des *soins appropriés* sans médicaments. Finalement, on ne se soucie aucunement de soustraire les sujets à l'étude à des conditions activement pathogéniques (environnementales).

Quant à la promotion du produit, elle doit être omniprésente et elle s'annonce, dans le contexte actuel, plus que jamais nécessaire. En effet, faute de « produits vedettes » rapportant des centaines de millions de dollars chaque année, les groupes pharmaceutiques de taille moyenne doivent grossir par croissance externe pour résister à la concurrence. C'est surtout ce qui explique les grandes manœuvres d'achats et de fusions auxquelles on assiste depuis peu dans l'industrie pharmaceutique. Mais, une fois quelques places gagnées au palmarès, le laboratoire n'a le choix que de recommencer l'opération ou de sortir à tout prix un médicament d'importance (voir Gallois, 1995).

CONCLUSION

Plusieurs facteurs interreliés ont convergé à nous faire pénétrer dans l'ère de la psychopharmacologie cosmétique. Une fois la psychose relativement domestiquée à l'intérieur de l'asile et le fou ramené au statut de malade par les neuroleptiques, le développement d'une pharmacopée psychotrope a pleinement démarré. Comme si les discours justifiant la consommation de psychotropes illicites étaient recyclés dans le domaine du quotidien médicalement acceptable, l'utilisation de divers médicaments (en particulier les benzodiazépines) s'est banalisée et leur prescription agressive (surtout en médecine générale) n'a pas cessé. Malgré l'inquiétude officielle que susciterait la surconsommation d'anciens et de nouveaux médicaments psychotropes, celle-ci se nourrit néanmoins d'une source potentiellement intarissable : les « découvertes » (consacrées par les pouvoirs publics) de douzaines de différents « troubles psychiatriques », chacun méthodiquement assorti d'affirmations familières sur ses causes et son traitement biochimiques mais aucun ne bénéficiant d'une validation biologique. Comme pour oblitérer ce détail incommode, les chercheurs en psychiatrie biologique ne cessent de s'émerveiller des descriptions imagées des effets des médicaments sur un système nerveux sans cesse reconceptualisé. Mieux encore, ils peuvent se conforter au moyen de témoignages personnels prouvant la possibilité — voire la désirabilité — de parvenir chimiquement au bien-être. Le style de ces témoignages change à mesure que se succèdent de nouveaux médicaments. Ainsi, la crainte qu'avec la psychopharmacologie cosmétique le sujet conserve son apparence tout en étant dépossédé de ce qui le constitue en propre (Fédida, 1995, p. 95) n'est pas justifiée. En vérité, c'est précisément et uniquement *l'apparence du sujet qui est modifiée*, alors que celui-ci reste tout autant accablé de ses véritables et humaines difficultés (en plus de subir l'effet d'un psychotrope).

Il est ironique que plus l'utilisation des médicaments se répand, plus la gravité et l'ampleur des troubles visés sont soulignées dans de grandes campagnes d'information/marketing orchestrées par l'industrie pharmaceutique. Grâce à son pouvoir économique inégalé, celle-ci se retrouve plus que jamais imbriquée dans tous les aspects de la conception, production, promotion et prescription des médicaments et fournit un soutien direct et indirect incalculable à la recherche et à l'éducation en psychiatrie et en médecine. Malgré cette influence, les études d'efficacité des médicaments psychotropes ne parviennent à montrer qu'un modeste effet thérapeutique, qui pâlit en comparaison du mystérieux effet placebo.

Rien ne dure éternellement ; il est probable que la vitesse des changements sociaux amènera toute l'entreprise, reposant sur une bonne dose de mystification et de pseudoscience, à se retourner contre elle-même. Entre-temps, devant un public affligé qui exige les remèdes de pointe qu'on lui fait miroiter et y trouve parfois exactement ce qu'il souhaite, devant le discours ambiant qui célèbre l'innovation symbolisée par le médicament moderne, la critique est impuissante.

David COHEN

École de service social et Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé
et de la prévention (GRASP), Université de Montréal
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal, Québec, Canada H3C 3J7

RÉSUMÉ

Depuis l'arrivée des nouveaux antidépresseurs, la possibilité d'une « psychopharmacologie cosmétique » est fréquemment évoquée et soulève plusieurs questions morales. Cet article esquisse un bilan critique de changements engendrés depuis cinquante ans par les médicaments psychotropes : la domestication de la folie via le contrôle à distance du fou, la pseudo-biologisation de la pensée et de la pratique psychiatriques et l'augmentation phénoménale des indications pour la prise régulière de psychotropes via la multiplication des catégories diagnostiques et leur compartimentation. Les récits personnels de guérison chimique se substituent aux évaluations d'efficacité thérapeutique, laquelle pâlit néanmoins en comparaison de l'insaisissable effet placebo. Dans un contexte d'augmentation de la détresse psychologique, le médicament psychotrope servirait de carburant à une entreprise de nivellement moral où l'égalité réside dans la pathologie et dans son traitement.

SUMMARY

Since the arrival of the latest antidepressants, the possibility of a "cosmetic psychopharmacology" has been frequently evoked, presenting a number of moral questions. This paper draws up a critical summary of changes brought about by fifty years of psychotropic drugs: the domestication of insanity through the remote control of the insane, the pseudo-biologizing of psychiatric thought and practice, and the phenomenal increase in indications for the regular consumption of psychotropic drugs through the multiplication of diagnostic categories and their compartmentalization. Personal accounts of chemical cures are being substituted for evaluations of therapeutic effectiveness, which nevertheless pales in comparison to the elusive placebo effect. In a context of increasing psychological distress, psychotropic drugs serve as fuel for an exercise in moral levelling in which the ideal of equality may be attained through pathology and its treatment.

RESUMEN

Desde la aparición de los últimos antidepresivos, la posibilidad de una « psicofarmacología cosmética » es frecuentemente evocada lo cual plantea varias cuestiones morales. Este artículo esboza un balance crítico de los cambios creados desde hace cincuenta años por los medicamentos psicotrópicos : la domesticación de la locura a través del control a distancia del loco, la pseudo biologización del pensamiento y de la práctica psiquiátrica y el aumento fenomenal de las indicaciones para la adopción corriente de psicotrópicos por vía de la multiplicación de las categorías de diagnóstico y sus división en compartimientos. Los relatos personales de curación química reemplazan a las evaluaciones de la eficacia terapéutica, la cual palidece frente a un efecto placebo incalculable. En un contexto de creciente angustia psicológica, el medicamento psicotrópico serviría de carburante a una tentativa de nivelación moral en la cual la igualdad reside en la patología y en su tratamiento.

BIBLIOGRAPHIE

- A.N.D.E.M. (1995), *Recommandations pour la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire*, Paris, A.N.D.E.M., octobre.
- ANDREASEN, Nancy (1984), *The Broken Brain : The Biological Revolution in Psychiatry*, New York, Harper & Row.
- A.P.A. (1990), *The Practice of Electroconvulsive Therapy : Recommendations for Treatment, Training, and Privileging. Task Force on ECT*, Washington, DC, American Psychiatric Association.
- BACHMAN, Christian et COPPEL Anne (1989), *Le Dragon domestique. Deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue*, Paris, Albin Michel.
- BLASHFIELD, Roger (1980), *The Classification of Psychopathology : Quantitative and Neo-Kraepelinian Approaches*, New York, Wiley.
- BORNE, Ronald (1994), « Serotonin : The Neurotransmitter for the '90s », *Drug Topics*, vol. 138, pp. 108-117.
- BOURGEOIS, Marc (1994), « De vraies maladies », *Le Monde des débats*, juin, p. 9.
- BOUVENOT, Gilles, ESCHWÈGE, Éveline et SCHWARTZ, Daniel (1993), *Le Médicament : naissance, vie et mort d'un produit pas comme les autres*, Paris, Inserm & Nathan.
- BREGGIN, Peter, BREGGIN, Ginger (1994), *Talking Back to Prozac*, New York, St. Martin's.
- BRUCKNER, Pascal (1995), *La Tentation de l'innocence*, Paris, Grasset.
- BYCK, Robert (1976) (dir.), *Sigmund Freud : de la cocaïne*, Bruxelles, Complexe.
- CHAST, François (1995), *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, Éditions La Découverte.
- CHAUVARD, Sandrine (1995), « Les paradoxes de la prescription : la consommation des antidépresseurs ne cesse de croître depuis 1985, alors que la dépression serait insuffisamment traitée », *Impact Médecin*, n° 304, 15 décembre, p. 39.
- COHEN, David (1994a), « Neuroleptic Drug Treatment of Schizophrenia : The State of the Confusion », *Review of Mind and Behavior*, vol. 15, pp. 139-156.
- COHEN, David (1994b), « Quelles sont les conséquences sociales et psychologiques en termes de qualité de vie des neuroleptiques et de leurs effets secondaires ? » in *Conférence de consensus : Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques. Textes des experts*, Paris, Frison-Roche, pp. 149-184.
- COHEN, David (sous presse), « Psychiatrogenics : The Introduction of Chlorpromazine in Psychiatry », *Review of Existential Psychology and Psychiatry*.
- COLLINS, Anne (1988), *In the Sleep Room*, Toronto, Lester & Orpen Dennis.

- CONSTANS, Jean-Pierre (1992), « Les neuroleptiques ont-ils condamné à disparition la psychochirurgie ? », in J.-P. Olié, D. Ginestet, G. Jolles et H. Lôo (dir.), *Histoire d'une découverte en psychiatrie. 40 ans de chimiothérapie neuroleptique*, Paris, Doin Éditeurs.
- CONSTANTIN, Jean (1993), *Les Médicaments du cerveau*, Paris, Odile Jacob.
- CRITSER, Creg (1993), « Dealing a New Antidepressant », *Harper's Magazine*, mai, pp. 54-55.
- CROSS-NATIONAL COLLABORATIVE GROUP (1992), « The Changing Rate of Major Depression : Cross-National Comparisons », *Journal of the American Medical Association*, vol. 268, pp. 3098-3105.
- BESTEIGUI, Miguel de (1994), « Un faux remède », *Le Monde des débats*, n° 20, juin 1994, pp. 8-9.
- DENIKER, Pierre (1987), *La Dépression. Fin du tunnel*, Paris, Plon.
- DI MASI, Joseph et LASAGNA, Louis (1995), « The Economics of Psychotropic Drug Development », in F. Bloom, D. Kupfer (dir.), *Psychopharmacology : The Fourth Generation of Progress*, New York, Raven, pp. 1883-1895.
- E.N.S.M. (1996), *Enquête nationale sur la pharmacie, mai 1993*, Paris, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.
- EHRENBURG, Alain (1995), *L'Individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.
- EISENBERG, Leon (1995), « The Social Construction of the Human Brain », *American Journal of Psychiatry*, vol. 152, pp. 1563-1575.
- FARR, Moira (1994), « Is Everybody Happy ? The Pushy Politics of Prozac », *This Magazine*, vol. 28, n° 2, août, pp. 28-33.
- FÉDIDA, Pierre (1995), « Le chimique et le psychique. Un défi pour la psychanalyse », *La Recherche*, n° 280, octobre, pp. 95-97.
- FISHER, Seymour et GREENBERG, Roger (1989), « Examining Antidepressant Effectiveness : Findings, Ambiguities and Some Vexing Puzzles », in S. Fisher et R. Greenberg (dir.), *The Limits of Biological Treatments for Psychological Distress*, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- FISHER, Seymour, GREENBERG, Roger (1993), « A Meta-Analysis of Antidepressant Outcome under "Blinder" Conditions », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 60, pp. 664-669.
- GABE, Jonathan et BURY, Michael (1991), « Tranquilisers and Health Care in Crisis », *Social Science and Medicine*, vol. 32, pp. 449-454.
- GALLOIS, Dominique (1995), « Rhône-Poulenc-Rorer peine à mener à bien son OPA sur Fisons », *Le Monde*, 13 septembre, p. 17.
- GAUTHIER, Anne et BRUNELLE, Yvon (1995), « Les mécanismes de contrôle des coûts », *Recension des options en matière de financement, de partage et de contrôle de coûts d'un programme universel de médicaments et évaluation sommaire de ces options*, Québec, Direction de l'Évaluation, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, pp. 105-144.
- GILLMAN, Alfred, RALL, Theodore, NIES, Allan et PALMER, Taylor (1990) (dir.), *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics* (8^e édition), New York, Pergamon Press.
- GINESTET, Daniel et KAPSEMBELIS, Vassilis (1995), « Des médicaments pour la folie. Les psychoses sont soignées, mais gardent leur mystère », *La Recherche*, n° 280, octobre, pp. 78-84.
- GITLIN, Michael, SWENDSEN, Joel, HELLER, Tracy et HAMMEN, Constance (1995), « Relapse and Impairment in Bipolar Disorder », *American Journal of Psychiatry*, vol. 152, pp. 1635-1640.
- HEGARTY, James, BALDESSARINI, Ross, TOHEN, Mauricio, WATERNAUX, Christine et OEPEN, Godehard (1994), « One Hundred Years of Schizophrenia : A Meta-Analysis of the Outcome Literature », *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, pp. 1409-1416.
- HOY, Mariea (1994), « Switch Drugs vis-à-vis Rx and OTC : Policy, Marketing and Research Considerations », *Journal of Public Policy & Marketing*, vol. 13, pp. 85-96.
- JACOBS, David (sous presse), « Why no one should take Psychiatric Drugs : Further Commentary on Medical Irresponsibility, Pseudo-Science, and Indifference to Harm », *Review of Existential Psychology and Psychiatry*.
- KESSLER, Ronald, MCGONAGLE, Katherine, ZHAO, Shanyang, NELSON, Christopher et colls (1994), « Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States », *Archives of General Psychiatry*, vol. 51, pp. 8-19.
- KIRK, Stuart et KUTCHINS, Herbert (1992), *The Selling of DSM : The Rhetoric of Science in Psychiatry*, Chicago, Aldine de Gruyter.
- KLERMAN, Gerald (1988), « Sources of Current Controversies in Treatment of Panic and Phobia », in I. Hand et H. Wittchen (dir.), *Panic and phobias 2*, New York, Springer-Verlag, pp. vii-x.
- KOBERSTEIN, Wayne (1995), « Real Reform : Where Disease Management is Taking the Industry », *Pharmaceutical Executive*, avril, pp. 36-37.
- KOUMJIAN, K. (1981), « The Use of Valium as a Form of Social Control », *Social Science and Medicine*, vol. 15E, pp. 245-249.
- KRAMER, Peter (1994), *Le Bonheur sur ordonnance ? L'Enquête d'un médecin sur les nouveaux traitements de la dépression*, Paris, Éditions Générales First.
- KROHE, James (1994), « An Epidemic of Depression ? », *Across the Board*, vol. 31 (septembre), pp. 23-27.
- KRUPKA, L. et VENER, M. (1985), « Prescription Drug Advertising : Trends and Implications », *Social Science and Medicine*, vol. 20, pp. 191-197.
- KUTCHINS, Herb et KIRK, Stuart (1988), « The Business of Diagnosis : DSM-III and Clinical Social Work », *Social Work*, vol. 33, pp. 215-220.
- LADER Malcolm (1978), « Benzodiazepines : Opium of the Masses ? » *Neuroscience*, vol. 3, pp. 159-167.
- LAUZON, Léo-Paul (1993), *Industrie pharmaceutique. Produits brevetés et prescrits. Une analyse critique : rentabilité et situation financière*, rapport de recherche non publié, Université du Québec à Montréal.
- LECOMTE, Thérèse (1994), *La Consommation pharmaceutique en 1991. Évolution 1970-1980-1991*, Paris, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, n° 1030, Décembre.

- LECOMTE, Thérèse et PARIS, Valérie (1994), *Consommation de pharmacie en Europe, 1992. Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni*, Paris, Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, n° 1048, décembre.
- LEGRAIN, Marcel (dir.) (1990) *Rapport du Groupe de réflexion sur l'utilisation d'hypnotiques et de tranquillisants*, Paris.
- MEYERS, Claude (1985), *Histoire des drogues et médicaments de l'esprit*, Paris, Erès.
- MIROWSKY, John et ROSS, Catherine (1989), « Psychiatric Diagnosis as Reified Measurement », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, pp. 11-25.
- MORIN, Paul (1995), « Ordre et normes : la psychiatrie obligatoire », in L. Bouchard et D. Cohen (dir.), *Médicalisation et contrôle social*, Montréal, ACFAS/Les Cahiers scientifiques, pp. 67-80.
- NATHAN, Tobie (1995), « Manifeste pour une psychopathologie scientifique », in T. Nathan et I. Stengers, (dir.) *Médecins et sorciers*, Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond, pp. 9-113.
- NULAND, Sherwin (1994), « The Pill of Pills », *New York Review of Books*, 6 juin, pp. 4-8.
- PELC, Alain (1995), *Le Marché des produits à visée psychiatrique*, communication présentée au Congrès annuel du Groupe français d'épidémiologie psychiatrique, Toulouse, 15 et 16 décembre.
- PICKERING, H. et STIMSON, Gerry (1994), « Prevalence and Demographic Factors of Stimulant Use », *Addiction*, vol. 89, pp. 1385-1389.
- PIGNARE, Philippe (1995), *Les Deux Médecines. Médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*, Paris, Éditions La Découverte.
- PUECH, Alain (1996), « Nouveaux médicaments psychotropes : perspectives d'avenir », in D. Ginestet, V. Kapsembelis (dir.), *Thérapeutique médicamenteuse des troubles psychiatriques de l'adulte*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, pp. 90-95.
- RAMONET, Ignacio (1995), « Citoyens sous surveillance », *Manière de voir*, n° 27, août, pp. 10-13.
- REGIER, Darrel, HIRSCHFELD, Robert, GOODWIN, Frederick, BURKE, Jack et coll. (1988), « The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program : Structure, Aims, and Scientific Basis », *American Journal of Psychiatry*, vol. 145, pp. 1351-1357.
- ROSS, Colin et PAM, Alvin (1995), *Pseudoscience in Biological Psychiatry : Blaming the Body*, New York, Wiley-Interscience, 1995.
- ROTHMAN, David (1994), « Shiny Happy People : The Problem with "Cosmetic Psychopharmacology" », *New Republic*, 14 février, pp. 34-38.
- SERMET, Catherine (1995), *Les Spécificités de la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques. Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992*, Paris, Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, n° 1050, janvier.
- SHEAR, Katherine, LEON, Andrew, POLLACK, Mark, ROSENBAUM, Jerrold et KELLER, Martin (1995), « Pattern of Placebo Response in Panic Disorder », *Psychopharmacology Bulletin*, vol. 31, pp. 273-278.
- SMITH, Mickey (1985), *Small Comfort : A History of the Minor Tranquilizers*, New York, Praeger.
- SONG, F., FREEMANTLE, N., SHELDON, T., HOUSE, A., WATSON, P, LONG, A. et MASON, J. (1993), « Selective Serotonin Reuptake Inhibitors : Meta-Analysis of Efficacy and Acceptability », *British Medical Journal*, vol. 306, pp. 683-687.
- STENGERS, Isabelle (1995), « Le médecin et le charlatan », in T. Nathan et I. Stengers, (dir.) *Médecins et sorciers*, Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond, pp. 115-161.
- SZASZ, Thomas (1982), *Les Rituels de la drogue*, Paris, Payot.
- TESSIER, Pierre (1991), *Les Médicaments : l'avenir pour l'homme ?* Monaco, Éditions du Rocher.
- WARNER, Richard (1994), *Recovery from Schizophrenia : Psychiatry and Political Economy*, 2^e édition, New York, Routledge.
- WINTERS, Patricia (1993), « Prescription Drug Ads up », *Advertising Age*, vol. 64, pp. 10-50.
- WORTIS, Joseph et STONE, Andrew (1992), « The Addiction to Drug Companies », *Biological Psychiatry*, vol. 32, pp. 847-849.
- WRIGHT, Robert (1994), « The Coverage of Happiness », *The New Republic*, 14 mars, pp. 24-29.
- ZARIFIAN, Edouard (1994), *Des paradis plein la tête*, Paris, Odile Jacob.
- ZARIFIAN, Edouard (1995), « Les limites d'une conquête », *La Recherche*, n° 280, octobre, pp. 74-78.
- ZARKIN, Gary, GRABOWSKI, Henry, MAUSKOPF, Josephine, BANNERMAN, Heather et WEISLER, Richard (1995), « Economic Evaluation of Drug Treatment for Psychiatric Disorders : The New Clinical Trial Protocol », in F. Bloom, D. Kupfer (dir.), *Psychopharmacology : The Fourth Generation of Progress*, New York, Raven Press, pp. 1897-1905.