

La médicalisation du mal-être

La médicalisation du mal-être

Le mal-être est une notion polymorphe qui pose des problèmes de diagnostic et de prise en charge. Doit-on soigner les "souffrances ordinaires" ?

Le point de vue du psychanalyste

F. Ratier, Psychanalyste

La médicalisation de l'existence toute entière transforme en profondeur la fonction sociale de la médecine.

Partenaire

Association SOS Amitié, Albi

Entretien avec

JL Montastruc, Professeur de Pharmacologie Clinique à Toulouse

Il n'y a pas plus de gens qui vont mal qu'en 1950 mais on leur a appris comment ça s'appelait, la dépression, et que des médicaments existaient.

Regards croisés

Divers acteurs témoignent de la diversité des expressions du mal-être et des réponses qui y sont apportées.

Expériences

- Images d'adolescents
- Prévention du mal-être : la place de l'éducation pour la santé
- Pour améliorer la santé mentale des adolescents en Haute-Garonne : un réseau adolescence et partenariat

LA VIE DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN MIDI-PYRÉNÉES

La lettre de la CRS

La mise en oeuvre du Schéma Régional d'Éducation pour la Santé

Brèves

Bibliographie

La médicalisation fait partie d'une classe de mots en forte croissance : la classe des « ...isations », dans laquelle on trouve notamment psychologisation, psychiatrisation (variante de médicalisation), pathologisation, biologisation, sanitarisation. Dans le domaine de la psychopathologie, ces mots ont très généralement une connotation de jugement moral négatif portant sur la vie sociale d'aujourd'hui : ils désigneraient un processus d'affaiblissement du lien social qui serait mortifère pour les individus en créant des souffrances psychiques, y compris chez l'homme « normal ».

Il faut mettre en perspective ces affirmations car nous avons affaire à la version actuelle d'un thème traditionnel, la critique de la modernité, caractérisée par une tendance à la déliaison sociale. Cette critique se contente de faire la moitié du chemin : l'individualisme est une création sociale dont l'un des traits majeurs est la dévalorisation de la vie sociale, comme l'a expliqué Tocqueville en 1840. C'est plutôt la tension liaison-déliation qui caractérise les sociétés individualistes égalitaires. Cette tension s'est accrue avec la généralisation des valeurs de l'autonomie individuelle à l'ensemble de la vie sociale, c'est-à-dire, d'une part, les valeurs de propriété de soi, de choix de sa propre vie, d'autre part, celles d'initiative individuelle.

Plutôt que de considérer ces souffrances comme une pathologie du lien social, mon hypothèse est qu'elles représentent un langage permettant de formuler les tensions de l'autonomie généralisée : à la responsabilité individuelle promue par nos idéaux sociaux correspond l'insécurité personnelle qui en découle. Elles participent d'un contexte par lequel l'injustice, l'échec, la déviance, le mécontentement tendent à être évalués par leur impact sur la subjectivité individuelle (qualité de vie, souffrance/bien être) et sur la capacité à mener une vie autonome réglée. Nous assistons à un changement de statut de la souffrance : elle est une raison d'agir qui s'emploie dans un nombre croissant de situations sociales. La souffrance est certes un mal, mais elle est également aujourd'hui une nécessité.

Ce phénomène se voit particulièrement dans la santé mentale qui désigne un ensemble de problèmes qui se déploient sur la totalité du spectre allant du pathologique au normal, des psychoses et au développement personnel. À la différence de la psychiatrie traditionnelle, elle concerne alors non seulement la santé, mais également la socialité de l'homme d'aujourd'hui.

On ne devrait pas parler de ces sujets sans avoir à l'esprit cette phrase de Nietzsche dans Le crépuscule des idoles : « Les plaintes, déjà, et le simple fait de se plaindre, suffisent à donner à la vie assez de charme pour qu'elle soit supportable. Il y a dans toute plainte une subtile dose de vengeance ». On voudrait en même temps l'action et la paix de l'âme, la vie active du monde moderne et la vie contemplative du monde ancien, ce qui est impossible.

Alain Ehrenberg,
sociologue, directeur de recherche au CNRS,
directeur du CESAMES (Centre de recherche, Psychotropes,
Santé Mentale, Société), UMR 8136 CNRS Université René
Descartes Paris5-INSERM U.611

10

11

11

12



Entretien avec...

Jean-Louis MONTASTRUC
professeur de pharmacologie clinique,
Université de Toulouse

► **Vecteur Santé** : Comment se caractérise la consommation de psychotropes en France ?

JL Montastruc : Cette consommation est très forte, non seulement de psychotropes mais aussi de nombreux médicaments. Les pays francophones sont ceux qui consomment le plus de produits psychotropes dans le monde. Cette surconsommation est constatée quelles que soient les tranches d'âge, et en particulier chez le sujet âgé : une personne sur trois consomme des benzodiazépines au-delà de 75 ans, et cette consommation est plus marquée chez la femme. Les hommes, eux, consomment de l'alcool, lequel peut être assimilé à un « tranquillisant en vente libre ». Les consommations d'antidépresseurs, qui avoisinent 10 à 12%, n'ont rien de commun avec la prévalence de la dépression telle qu'elle est évaluée en France (4 ou 5%). Il n'y a probablement pas plus de gens qui vont mal que dans les années 1950, mais on leur a appris comment cela s'appelait, la dépression, et que des médicaments existaient. Cela peut expliquer au moins en partie l'augmentation de la consommation.

► **Vecteur Santé** : La consommation de médicaments psychotropes est-elle justifiée ?

JL Montastruc : Edouard Zarifian a souvent évoqué le « flou » qui caractérise la définition des maladies psychiatriques. Certes, il existe des référentiels comme le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), mais ils sont relativement absents aux yeux du grand public et des médecins non-spécialistes : on développe en effet une prescription de médicaments psychotropes non pas en fonction du diagnostic d'une maladie, mais en fonction de symptômes. Ceci a transformé de façon radicale la pratique psychiatrique. Les indications de médicaments psychotropes ont été très largement élargies.

Ainsi par exemple la consommation des médicaments antidépresseurs a-t-elle doublé entre 1980 et 2000.

L'évolution des concepts, depuis la « mélancolie », en passant par les « troubles dépressifs sévères authentifiés », et jusqu'au concept très flou des « troubles de l'humeur », s'accompagne d'une majoration considérable du marché des antidépresseurs. Diverses études révèlent des inadaptations pharmacologiques effrayantes ; ainsi, les prescriptions hors-AMM – c'est à dire hors les indications évaluées et validées par des essais cliniques – avoisinent 40% selon une étude réalisée par des collègues pharmacologues de Bordeaux.

► **Vecteur Santé** : Les prescriptions sont-elles sans risque ?

JL Montastruc : Les réponses à cette question sont multiples. Les benzodiazépines sont des médicaments symptomatiques qui n'ont aucun effet curatif. Les effets indésirables des médicaments psychotropes sont nombreux et mal connus à long terme. Nous pouvons citer le risque de sédation et le risque de somnolence. La notion de tolérance conduit à la majoration des posologies. Il existe aussi des dépendances psychiques : nous avons mesuré qu'un tiers des travailleurs de la région toulousaine utilisaient des médicaments psychotropes en 2000, dont 3,5% en étaient dépendants. Citons aussi les risques de désinhibition, de conduites délictueuses (syndrome d'amnésie-automatisme), l'auto-entretien de la pathologie psychiatrique, le risque de chute (nettement majoré chez les personnes âgées par l'emploi d'antidépresseurs), les altérations des fonctions cognitives.

► **Vecteur Santé** : Quels sont les déterminants de la consommation de psychotropes ?

JL Montastruc : Ces déterminants sont multiples. Ils renvoient tant aux

caractéristiques du patient, qu'à celles de la maladie, de l'accès aux soins, du prescripteur et du médicament lui-même.

Les médicaments qui sont prescrits en France sont souvent des médicaments dont l'efficacité est peu démontrée, par rapport aux autres pays européens. L'Allemagne ou la Grande-Bretagne par exemple consomment surtout des produits dont l'efficacité a été bien validée par des essais cliniques. En France on prescrit près de 50% de médicaments dont l'intérêt clinique n'a jamais été démontré.

► **Vecteur Santé** : Peut-on parler de « médication » de la société ?

JL Montastruc : Le terme « disease mongering », terme employé par les Anglo-saxons, signifie la « fabrication » de nouvelles maladies. Plusieurs stratégies peuvent être employées à cette fin.

• **Exagérer la prévalence des troubles en abaissant les normales**

Par exemple, classiquement on définit une hypertension artérielle comme une valeur des chiffres tensionnels supérieurs à 14/9. Désormais, une pression sanguine artérielle de 130 à 132 révèle une pré-hypertension qu'il faut traiter par un médicament : cette stratégie permet ainsi d'augmenter de 35% le taux de prescription. La même stratégie est employée pour le diabète, l'hypercholestérolémie et l'obésité.

• **Redéfinir les vicissitudes de l'existence comme autant de pathologies**

Selon Edouard Zarifian, les caractéristiques banales du comportement humain ont été irrésistiblement entraînées dans le champ de la pathologie, avec comme sanction une prescription médicamenteuse. Il faut ainsi prescrire des médicaments antidépresseurs pour la phobie, la timidité, la manie du rangement, le goût pour les jeux de hasard, le deuil etc.

• **Requalifier des troubles bénins en maladies graves**

Le syndrome des jambes sans repos

appelle ainsi la prise d'un médicament. De même, une fatigue est un symptôme de fibromyalgie, et nécessiterait la prise d'antidépresseurs.

On assiste donc dans ces différents cas de figure à une éducation directe des consommateurs par les laboratoires pharmaceutiques, qui contournent ainsi l'interdiction portant sur la publicité directe.

► **Vecteur Santé** : Quelles sont les réponses possibles ?

JL Montastruc : D'abord, je pense qu'il faut exiger des agences sanitaires, moins de bienveillance avec les firmes pharmaceutiques. Pour les médicaments et les psychotropes en particulier il y a encore trop d'AMM prématurées, trop de médicaments à balance bénéfice/risque défavorable (6 psychotropes en 2006), trop de demi-mesure en ce qui concerne la pharmacovigilance et les effets indésirables.

Il faut aussi développer la formation et l'information indépendantes sur les médicaments et les psychotropes : elles doivent concerner les médecins, les personnels de santé mais aussi le public dès l'école. Il faut obliger le médecin et le malade à réfléchir aux conséquences de la prescription de psychotropes, en évoquant le problème des effets indésirables à long terme, les conséquences économiques, les conséquences sociales de l'incapacité adaptative, et renforcer les prescriptions plus courtes et plus argumentées. Il faut s'opposer à l'influence directe des firmes sur les patients, que cela soit par la publicité directe au consommateur, par les partenariats avec les associations de malades etc. Enfin le médicament ne doit pas résumer la thérapeutique : il y a d'autres moyens de prendre en charge les patients. ●