

CAHIER
DES PILULES ET DES HOMMES



**Approches psychologiques et sociales
du médicament**

Notre cahier précédant envisageait les enjeux économiques et politiques du médicament. Insidieusement, cette approche nous avait inoculé un précepte : soigner, c'est prescrire. Chercheurs, industriels, responsables politiques et soignants, tous semblaient communier en cet axiome et les problématiques consistaient à gérer les impératifs de ces acteurs pour permettre au patient de bénéficier au mieux des bienfaits de la pharmacologie et du progrès.

Cette deuxième livraison aborde des aspects plus psychologiques et sociaux du médicament. L'optique change : elle nous mène à interroger sa place dans la santé et la relation de soins, et dans la foulée à relativiser les préoccupations de rationalisation de prescription ou de gestion économique.

Vaste sujet dont nous laisserons de nombreux pans dans l'ombre, non que nous les mésestimions (que du contraire) mais parce qu'ils posent des questions méritant plus d'espace que nous ne pouvons leur consacrer ici. Ainsi nous réservons à d'autres temps l'énigme protéiforme du placebo ou celle des médicaments dits parallèles, les espoirs mâtinés de crainte que portent les nouveaux continents thérapeutiques ouverts par le décodage du génôme, la confrontation avec les conceptions historiquement datées ou culturellement éloignées de l'objet thérapeutique, les réflexions sur l'éducation du patient à l'usage des médicaments ou sur les oppressions qu'ils arment et, last but not least, la parole des patients et le savoir populaire.

Le médicament : un encombrant ?

Le médicament constitue un point de cristallisation de tous les désirs placés en la médecine : ne pas souffrir, ne pas mourir, être puissant et heureux. En cela, il porte des réponses forcément décevantes à nos angoisses existentielles. Son mystère et son efficacité présumée occultent souvent toute autre démarche. Rien d'étonnant alors que les soignants se sentent « encombrés » par le savoir de prescrire qui les désigne comme détenteurs d'un pouvoir qu'ils ne possèdent pas. Comment gèrent-ils ce déséquilibre dans leurs relations de soins ?

Le médicament : cet obscur objet de pouvoir page 27

*Vanni Della Giustina, psychologue, psychothérapeute psychanalytique
à la maison médicale Bautista Van Schowen, Seraing*

Le médicament, objet doté de pouvoir, peut-il conduire à l'émergence de plus de « sujet » ?

Un jour, j'ai prescrit un chat page 31

Marie-Anne Puel, médecin généraliste, Paris

L'ordonnance, petit bout de papier dont le destin échappe au prescripteur bien plus qu'il ne le croit.

La prescription, son rôle dans la relation médecin-malade page 34

Michèle Lachowsky, gynécologue à Paris

Ou comment s'estompe la prescription quand s'approfondit la relation.

La question du médicament du point de vue du médecin psychiatre exerçant la psychanalyse page 38

Michel Elias, psychiatre et psychanalyste à la maison médicale Marconi, membre du comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales

Le médicament « psy », entrave au traitement ou aide pour le patient ?

Le pari biologique est-il justifié ? page 42

Philippe Pignarre, historien, chargé de cours à l'Université Paris-VIII

Peut-on définir une pathologie (et notamment dans le domaine de la psychiatrie) à partir de l'effet qu'un médicament a sur elle ?



Un fait de société

Les situations qui mettent le médicament en jeu sont innombrables et débordent largement la scène médicale au sens propre. Il remplit ainsi un rôle de révélateur social. Matière à réflexions.

Brèves de comptoir (d'accueil) page 48

Marianne Demeulemeester, accueillante à la maison médicale de Tournai, membre du comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales

Flash sur la journée d'une accueillante confrontée à des demandes de médicaments particulièrement autonomes.

L'accès au médicament page 49

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

L'accès au médicament constitue, au plan financier, la difficulté majeure de l'accès aux soins. Etat des lieux et perspectives.

Drogue d'usage, drogue d'abus. Le médecin et l'usager de drogues page 51

Marc Jamouille, médecin de famille, unité de médecine de famille et soins primaires, Ecole de santé publique, université libre de Bruxelles

Une réflexion sur l'analogie entre les médicaments prescrits pour la sphère mentale et les drogues de rue.

Pris dans la toile ! page 57

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

Jusqu'il n'y a guère, la population de surfeurs Internet était en grande partie composée de jeunes en quête d'expériences nouvelles et peu critiques : une proie facile pour les marchands de produits miracle. Mais le phénomène de pharmacie on line prend de l'ampleur...

Savoir médical et culture d'usage page 59

Monique Boulad, médecin généraliste à la maison médicale la Glaise et présidente du comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales

Le savoir sur le médicament est produit dans trois contextes : le contexte du producteur, celui du prescripteur et celui de l'utilisateur. Ces trois modes de connaissance et d'utilisation du médicament sont régulièrement amenés à se confronter.

Eclairages sur la pilule page 62

Bernadette Habimana, licenciée en sciences de la santé publique et Marianne Prévost, sociologue à la Fédération des maisons médicales

Paroles d'hommes et de femmes congolais concernant un type de médicament bien particulier : les contraceptifs. Un bref éclairage sur tout ce que peut susciter un médicament.

Vers une politique renouvelée du médicament page 64

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

Un point d'actualité sur la politique du médicament.

Conclusion

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune page 66

Le médicament: cet obscur objet de pouvoir



.....

Le médicament, objet doté de pouvoir, peut-il conduire à l'émergence de plus de « sujet » ?

.....

neuroleptique : « *mais, aurais-je pu me dire, quelle est donc cette ambivalence du médecin qui, en même temps, envisage la possibilité d'un travail de parole et en même temps prescrit la drogue qui va rendre le symptôme, la souffrance, probablement moins perceptible, moins accessible par le patient ?* ».

A certains moments, j'ai en effet pu ressentir comme un effet parasitaire du médicament par rapport à une prétendue « pureté » de l'élaboration par la parole.

Par ailleurs, tout au long de cette pratique durant vingt ans en maison médicale, j'ai pu observer que le nombre de ces patients qui me sont ainsi adressés avec une « béquille médicamenteuse » a progressivement augmenté.

L'occasion m'est ici donnée de mener une courte réflexion à partir de ces constats.

Vanni Della Giustina,
psychologue,
psychothérapeute
psychanalytique
à la maison
médicale Bautista
Van Schowen,
Seraing.

La pratique de la psychothérapie analytique en maison médicale m'amène à rencontrer des patients qui ont souvent eu un contact avec le médecin généraliste avant de me consulter dans le cadre qui m'est propre. On pourrait désigner cette consultation de consultation prescrite¹ dans la mesure où c'est souvent le médecin qui leur propose de me rencontrer.

Il ne m'est dès lors pas rare de constater que la venue d'un patient s'est faite synchroniquement à une prescription médicamenteuse presque comme si la rencontre du « psy » avait été en quelque sorte inscrite sur le feuillet d'ordonnance au même titre que la panoplie de médicaments estimés utiles.

Dans le cabinet médical, le patient qui, la plupart du temps, est connu de longue date par son médecin généraliste, se présente avec une plainte que ce dernier va progressivement tenter de décoder afin d'en tirer des conclusions thérapeutiques², souvent concrétisées par l'ordonnance.

Il m'est arrivé, dans les premières années en maison médicale, de trouver cette pratique plutôt étrange voire même parfois de m'offusquer de me trouver ainsi imaginairement rangé sur l'ordonnance à côté de l'anxiolytique, de l'antidépresseur ou du

D'un transfert à l'autre

Peut-être partir de l'hypothèse que la plainte à composante psycho-relationnelle s'est transformée avec l'évolution culturelle de la société, effet de la modernité, où, pour le dire trop schématiquement, nous n'avons plus aujourd'hui les mêmes repères psychiques qu'il y a cinquante ans³. Peut-être aussi pourrions-nous penser à une transformation sociale des modes de recours face à des difficultés de cet ordre. On assiste sans doute en effet à une multiplication des demandes de type « consommatoire » : la plainte est alors accompagnée d'une demande implicite de solution immédiate : le médicament joue probablement un rôle non négligeable dans des situations que caractérise cette attente magique d'une réponse.

Il m'a fallu progressivement prendre en compte le fait de ces patients qui entrent dans mon cabinet au sortir du cabinet médical (voire même du cabinet de kinésithérapeute depuis quelques années⁴) et viennent sans une demande qui leur soit entièrement « propre » : « Quelle est votre demande ? » - « C'est le docteur qui m'envoie ». Il m'est apparu que ce dont j'hérite à ce moment de rencontre, c'est d'un travail d'élaboration de la plainte du patient qui est spécifique de cette relation métissée toute particulière qui lie le patient au soignant de la

première ligne lorsque ce dernier entend dans la plainte une autre dimension que la dimension strictement médicale. Ce travail, c'est le bricolage stratégique du soignant de la première ligne qui vise à ce que le patient puisse désirer accrocher son symptôme à une élaboration propre au travers de sa parole. Comme le précise Christian Demoulin⁵ à propos du cadre de la cure analytique : « *Pour que la règle de la libre association opère et ne mène pas au n'importe quoi, il faut que le sujet mette en jeu sa souffrance, son « ça ne va pas ». Il faut aussi qu'il consente à aller au-delà de la plainte et de la demande de remède (objet supposé pouvoir, pharmakon) selon la logique du discours médical pour faire de son symptôme une énigme adressée à l'Autre. Faire du symptôme une énigme, c'est lui supposer une vérité résorbable en savoir* ».

D'un côté, un objet supposé pouvoir ; de l'autre, une vérité supposée résorbable en savoir : ce savoir qui serait censé permettre au sujet-patient de parvenir à un « bien-dire » quant à sa vérité de sujet. C'est sans doute là une belle façon de schématiser le sens de ce déplacement, de ce transfert d'un cabinet à l'autre, celui du médecin à celui du « psy », déplacement organisé, construit par le médecin et ensuite relayé par le « psy ».



Christian Demoulin, dans le même séminaire, trouve dans un ouvrage de Bruno Latour⁶, des éléments lui permettant de détacher le médicament de sa finalité strictement chimiothérapique⁷ pour lui donner une place articulée dans la relation soignante.

Sa réflexion, Bruno Latour l'appuie sur une expérience de participation à une consultation d'ethnopsychiatrie qui l'amène à poursuivre son exploration anthropologique du monde moderne : « *Comment parler symétriquement de nous comme des autres sans croire ni à la raison, ni à la croyance, tout en respectant à la fois les fétiches et les faits* » (p 9). C'est ainsi que Bruno Latour nous propose la confrontation entre les objets-fées des cultures « traditionnelles » et les objets-faits propres à nos cultures occidentales : le médicament pourrait être un de ces objets-faits.

Christian Demoulin, quant à lui, relève dans ce travail « *une continuité de structure entre les pratiques magiques des médecines traditionnelles et les chimiothérapies de la médecine dite scientifique : l'une et l'autre font reposer l'effet thérapeutique sur l'objet supposé pouvoir, et non directement sur le pouvoir propre au thérapeute. La parole intervient sans doute mais toujours en position seconde* ».

Il introduit ensuite, outre le « guérisseur-médecin » et le « psy », une troisième figure du thérapeute, l'hypnotiseur, qui nous permet d'entrevoir une troisième modalité de positionnement thérapeutique : « *Le passage de la magie à la suggestion hypnotique s'est fait par l'abandon du recours à l'objet supposé pouvoir. [...] L'hypnotiseur renonce au pouvoir du pharmakon et même à tout fétiche ; on passe de l'objet supposé pouvoir au sujet supposé pouvoir. Là où le guérisseur se met au service du fétiche, où le médecin chimiothérapeute se met au service du médicament supposé agir, l'hypnotiseur se révèle en position de maître absolu. Sans doute le médecin est-il depuis toujours le maître de ses malades, puisqu'il prescrit et ordonne. Mais c'est le remède qui est sensé agir de sorte que la maîtrise du médecin est toute relative* ».

La suggestion et la persuasion sont dès lors identifiés comme les moyens du maître⁸.

Partant de là, Christian Demoulin fait retour à ce qu'il en est de la psychanalyse : « *La*

prétention de la psychanalyse est d'être autre chose qu'une psychothérapie basée sur la suggestion ou la persuasion. Lacan a proposé une formule du discours de l'analyste qui fait de ce discours l'envers du discours du maître ».

Le médicament psychotrope, cet « objet supposé pouvoir », c'est ce qui, dans le chef du patient et/ou de son médecin, va permettre de tempérer le vécu identifié comme insoutenable dans le symptôme. A ce titre, il est d'une utilité thérapeutique sans doute évidente.

Par ailleurs, dans le cadre analytique, le médicament fait figure de résistance à « soutenir le symptôme comme énigme », mais il est bien souvent aussi ce qui va permettre au patient de se présenter sur le conseil de son médecin à la consultation « psy ».

Je relève entre autres quelques types de situations :

- Le patient est trop occupé par son symptôme et sa composante anxieuse que pour pouvoir imaginer le poser dans une adresse à un autre (le « psy »). Le médicament est alors là dans son utilisation d'*objet supposé pouvoir* : pouvoir de calmer la souffrance, l'angoisse perçue comme trop aiguë ;
- Le médicament peut aussi rester présent comme attache, comme lien imaginaire à la relation avec le médecin considéré comme portant la part de *sujet supposé pouvoir* (à partir de sa maîtrise ou de son savoir...);
- Mais le médicament peut aussi faire office de résistance majeure dans la rencontre psychothérapeutique au risque de rendre l'élaboration interminable ou quelque fois même de la laisser « interminée ».

Le médicament (béquille de transfert) peut dès lors rendre accessible le passage d'un transfert d'un *objet supposé pouvoir* (le médicament lui-même), d'un *sujet supposé pouvoir* (le médecin) à un autre investissement transférentiel qui serait adressé à un *sujet supposé savoir* (l'analyste)... abandonnant au passage la question du pouvoir attribué à l'autre... « *Je sais que c'est moi qui dois trouver la réponse...* », dit alors souvent le patient qui se présente au « psy », signe d'une première reconnaissance de l'autre lieu où il se trouve. Ce lieu est celui où, comme le rappelle Christian

Demoulin, « en tant qu'il accepte l'investiture du transfert, l'analyste renonce à la suggestion pour se faire l'homme de paille du « sujet supposé savoir ». Mais le savoir en jeu n'est pas ce savoir supposé. C'est le savoir inconscient que doit produire le dispositif de la cure. » ; en d'autres termes, le savoir supposé dont il est ici question est bien celui du patient-analysant lui-même tel qu'il est censé lui apparaître au travers de son travail de parole.

Les nouveaux mixtes

Dans les équipes transdisciplinaires qui travaillent en maisons médicales, le concept d'autonomie du patient est constamment évoqué comme finalité commune aux diverses disciplines. A la suite de ce qui vient d'être évoqué, il devient pertinent de rattacher ce concept à celui d'une restauration pour le patient d'un *pouvoir* singulier qui lui appartienne en propre quant à sa santé, ainsi que d'un *savoir* qui lui rende l'accès à « auto-nommer » ce qui ne pouvait qu'être réduit au statut de symptôme ou de diagnostic, dans la mesure où cela était déposé chez le médecin ou tout autre thérapeute.

Philippe Pignarre⁹ dans un de ses premiers ouvrages sur les médicaments, nous invite à la création de nouveaux « mixtes » qui notamment « nous rendent capables de remettre en cause la séparation entre les objets (réduits à de l'inanimé) et la relation que les humains tissent entre eux »¹⁰.

Le travail en équipe transdisciplinaire me semble intimement faire partie de ces nouveaux mixtes, dans la mesure où il vise à instaurer le modèle de la transversalité dans l'approche des soins de santé. Nous assistons aujourd'hui à la transformation progressive de la demande ou de la plainte dans une logique de consommation de soins et d'immédiateté. Cela rend cette question de l'invention de nouveaux mixtes transdisciplinaires d'autant plus pertinente, pour autant qu'un repérage permette un tant soit peu que le mixte ne sombre pas dans la mixture d'un « n'importe quoi ».

J'ai ici tenté de rendre compte de trois types de transfert auxquels nous avons régulièrement affaire dans nos centres de santé intégrés :

- le transfert sur le médicament comme objet supposé pouvoir ;
- le transfert sur le médecin comme sujet supposé pouvoir ;
- le transfert sur l'analyste comme sujet supposé savoir.

Objet – sujet, pouvoir – savoir, l'articulation dynamique me semble émerger de ce qu'il en sera dans la prise en compte du « supposé », tant chez le patient que chez son thérapeute.

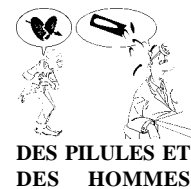
Il se trouve probablement bien d'autres catégories transférentielles à l'œuvre ou à mobiliser, que l'on pourrait commencer à repérer jusque dans le social et le politique (citoyenneté). ●

1. Les « intégristes » psy vont-ils en attraper de l'urticaire ?
2. C'est ce que j'appelle le modèle « conclusif » de la médecine, qui mène de la prise en compte des éléments subjectifs et objectifs, apportés par le patient, à une appréciation diagnostique qui conduit au plan de traitement ; là où le paradigme psychanalytique développe plutôt un modèle « écosif » issu de la règle de la « libre association ». Il y aurait sans doute beaucoup à dire sur ce rituel conclusif de l'ordonnance en fin de consultation auquel j'ai souvent pu assister lors des consultations conjointes (médecin – psy).
3. Voir à ce propos les pertinentes analyses philosophiques d'une Hannah Arendt (notamment dans *Condition de l'homme moderne*, Calman-Lévy, 1961-1983) ou l'ouvrage éclairant du sociologue Alain Ehrenberg (*La Fatigue d'être soi, Dépression et société*, Odile Jacob, 1998-2000).
4. Evoquerait-on à ce propos la question du « toucher supposé pouvoir » ?
5. Christian Demoulin, *La psychanalyse, thérapeutique ?*, inédit, Association des forums du champ lacanien, Forum de Liège, 1999.
6. Bruno Latour, *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux faitiches*, Les empêcheurs de penser en rond, Synthélabo groupe 1996.
7. d'objet réduit à l'inanimé (comme le relève

Philippe Pignarre).

8. « Plus précisément, la suggestion relève de ce que Lacan appelle discours du maître, structure de discours où l'agent est le signifiant maître (S1) agissant comme impératif ou comme vocatif. « Dormez, je le veux » en est l'exemple. La persuasion correspond plutôt à cette variante que Lacan nommait Discours de l'université où c'est le savoir (S2) qui est en position d'agent. Car la persuasion ne renvoie pas directement à l'arbitraire du commandement du maître. Elle se réfère à un savoir de maîtrise argumenté et raisonné dont le prototype est le précepte moral, le bon conseil qui renvoie au Bien pensé implicitement à partir du discours du maître et de son éthique ».
9. Editeur de la collection *Les empêcheurs de penser en rond*. Auteur notamment de : *Ces drôles de médicaments*, Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond, 1990 ; *Les deux médecines : médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*, Ed. La Découverte, Science et société, 1995 ; *Qu'est-ce qu'un médicament ? : un objet étrange, entre science, marché et société*, Ed. La découverte, Science et société, 1997 ; *Puissance des psychotropes, pouvoir des patients*, PUF, Science, histoire et société, 1999.
10. *Les deux médecines : médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*, Ed. La Découverte, Science et société, 1995, p. 188.

Un jour, j'ai prescrit un chat



.....
La prescription et ses aléas, objet d'étonnement inépuisable ou revanche du sujet ?
.....

lieu valablement et a abouti à ma décision écrite (palpable) sur un papier quasi officiel à en-tête, destiné à être couvert de tampons (pharmacien ou laboratoire), ou à la rédaction d'autres formulaires (prises en charge pour soins infirmiers ou de kinésithérapie). De la même façon, je me suis dit que l'inscription des chiffres de leur tension artérielle, leur poids et/ou leur pouls, était devenue plus que rituelle pour certains de mes patients. Mon acte médical donne lieu à du palpable et à du chiffrable, même si, pour moi, l'essentiel du travail réside le plus souvent ailleurs.

Le consultant sort donc avec un bout de papier de mon cabinet ou le garde par-devers lui lorsque je suis venue le voir chez lui. Nombre d'aventures peuvent lui arriver qui ne laissent pas de m'interroger sur ma relation avec ou au malade.

L'ordonnance peut être soigneusement rangée, sans histoires, ou sauvagement enfouie au fond d'une poche comme pour ne plus en ressortir. Elle peut être aussi l'objet de manipulations interminables, soit qu'elle doit être pliée et repliée pour coïncider avec le format de la pochette en plastique donnée par le pharmacien, soit que le patient ait décidé de la faire rentrer à tout prix dans un endroit visiblement inadéquat. Elle est parfois l'objet d'une lecture attentive et silencieuse, ou d'interrogations parfois interminables. Elle peut être oubliée sur le bureau, avec le reste des papiers, ou laissée seule, tandis que l'arrêt de travail et la feuille de soins ont été ramassés. Elle peut enfin, et je m'en aperçois à la consultation suivante, être parsemée de beurre ou de tout autre ingrédient, ce qui, au sens propre (si j'ose dire), me donne une idée de la sauce à laquelle je suis mangée ; ou encore, être gribouillée, cornée, ridée, scotchée, délavée (lave-linge), etc. Elle peut enfin avoir été déchirée par le bébé, mangée par le chien, jetée par mégarde, perdue par erreur, toutes choses qui aboutissent à une seule possibilité : la refaire. Un peu plus tard, c'est le centre de sécurité sociale qui l'aura égarée, elle ou l'arrêt de travail... ce qui ne fait que différer mon côté photocopieur, lequel, je dois le dire, n'est pas celui que je préfère.

La destinée physique de l'ordonnance est-elle un hasard, ou peut-elle être signifiante ? Que

« A la sécu, ils ne me remboursent pas la consultation s'il n'y a pas d'ordonnance. » Cette idée, aussi inexacte que très largement répandue, m'a fait renoncer depuis longtemps à ne rien prescrire, ce qu'au début de mon exercice, je m'autorisais sans complexe. Force est d'admettre que mes explications n'ont été d'aucune utilité.

Les tribulations de l'ordonnance

L'ordonnance représente une sorte de justificatif, une garantie de la recevabilité de la démarche du consultant. « C'est peut-être pas grand-chose, mais mieux vaut venir pour rien. » Ou bien : « Je préfère éradiquer le mal au tout début plutôt que d'attendre que ça se complique. » Le malade a eu raison de consulter : l'acte (visite ou consultation) a eu

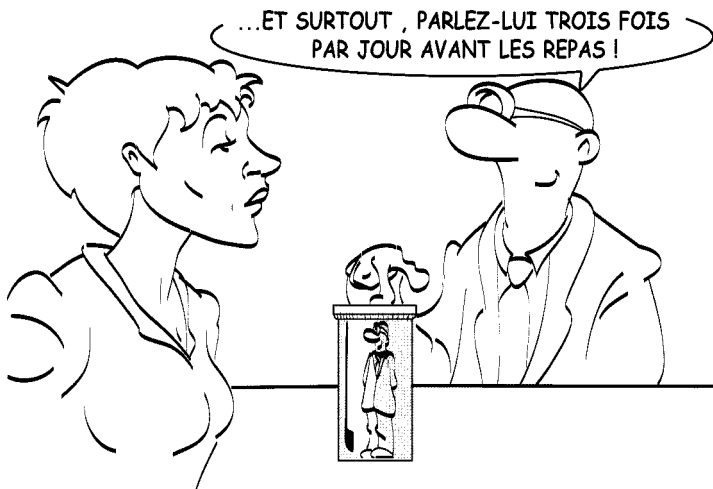
*Marie-Anne
Puel, médecin
généraliste,
Paris.*

*Exposé lors des
journées Balint
françaises à
Reims les 4 et 5
novembre 1989.*

veulent-ils me dirent tous ces patients de leurs satisfactions, mécontentements, doutes, désillusions ? Que me disent-ils de ma prestation, de la réponse ou de la question que j'ai apportée à leur demande ? Que me disent-ils d'eux ou de moi, les regardant ?

Le contenu de l'ordonnance...

Lui aussi est l'objet de nombreuses transformations. Dans ma tête pour commencer. Avant d'écrire, il me semble que je dois attendre le meilleur moment, le moment où le malade sera venu au bout d'un temps de parole, après lequel je peux lui faire part oralement de mes sentiments, de mes observations ou de mes questions. Mais le moment de la rédaction est aussi annonciateur de la fin de la consultation.



Est-il possible que ce moment soit aléatoire ? Un certain nombre de choses seront dites, un certain nombre écrites, et pas forcément les mêmes... et sûrement pas au hasard. « Vous penserez à surveiller la température de votre enfant... Je ne l'écris pas sur l'ordonnance. » Ou au contraire : « J'inscris en premier lieu : régime à mille deux cents calories par jour ». Faire mention ou pas d'un régime sans alcool pendant un mois me plonge dans des réflexions sans fin. Il m'arrive aussi de noter : boire beaucoup d'eau, ou diminuer la consommation quotidienne de tabac ou de café, ... il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre, etc.

Mais je me demande si je ne le fais pas seulement pour conjurer le sort, le sort de mes paroles déplacées, non-sens voire illicites.

Il y aura encore quelques phrases à entendre, à comprendre « Les suppos, je ne les garde pas »... « Les antibiotiques, ça me fatigue »... « Les comprimés, je ne peux pas les avaler... les gélules non plus d'ailleurs »... « Les granulés, ça se fourre dans les dents »... Évidemment, ces sentences deviennent plus intéressantes lorsque apparaissent les possessifs : « Vos médicaments, je ne les supporte pas ». « Les médicaments du cardiologue me donnent la nausée » ou « ceux du gynécologue, je ne les digère pas ». Il n'y a vraiment qu'un pas à franchir pour penser que c'est plutôt le médecin qui n'est pas digéré ou supporté !

Quant au devenir de la prescription une fois écrite, de la voisine de palier au pharmacien, en passant par la famille, les confrères et les collègues, là encore, il est plus qu'incertain. L'ordonnance sera disséquée, soupesée, comparée, commentée et finalement, les médicaments seront ou non achetés, et on le sait pris de façon fantaisiste voire dangereuse, parfois pas pris du tout. La prise de sang ne sera pas faite ou six mois plus tard. Idem pour les radios, la kinésithérapeute ou les pansements. Les conseils appelés « hygiène de vie » seront jetés avec l'ordonnance ou les résultats de laboratoire montrant l'hyperglycémie désespérément stationnaire au fil des années, archivés dans des classeurs médicaux consciencieux.

Bien évidemment, si les patients devaient s'en porter plus mal, ça se saurait. Je crois donc, contrairement à l'adage, que les écrits s'envolent et les paroles restent. Ce qui renforce mon hypothèse, est la façon qu'ont les malades de me demander des médicaments ou plus généralement des soins et les façons que j'ai d'y répondre, de croire que j'y réponds ou de rêver que j'y réponds. Car finalement, qu'ai-je effectivement fait en prescrivant de l'aspirine à cette patiente qui revient me demander d'une voix que je qualifierais d'effervescente « de l'UPSA (marque d'aspirine) ? ». Que représente pour cette vieille dame le médicament dont elle n'a retenu que le chiffre 500 (« C'est fort mais

ça me fait du bien ») ? Est-ce le hasard qui conduit cet homme souffrant de ses veines à me demander le phlébotonique... pour dormir ? Ou dois-je plutôt me pencher sur les circonstances dans lesquelles je le lui ai prescrit... à défaut de comprendre quel sens il donne à ses symptômes ou à ses traitements. Et elle, qui n'a plus mal au ventre depuis que le radiologue a effectué ma prescription : un abdomen sans préparation ! Cet homme là, solitaire, je l'ai adressé à la kinésithérapeute, jeune et jolie femme s'il en est ! A cette malade là, j'ai prescrit un peu d'infirmier... pas par hasard... piqûres-prétextes à de brèves rencontres non fortuites. J'ai même prescrit des confrères sous forme de spécialistes quand le remède-médecin devait être... plusieurs, ou lâchement sur l'air : « Allez donc voir ailleurs si c'est mieux. » Actes aléatoires fondés sur mes impressions du moment ? Décisions sorties d'un coup de dés (*Alea jacta est*) ? Ou prescriptions en quelque sorte inachevées côté médecin, mais où il ne reste plus un souffle de jeu côté malade, par la lecture « au plus près » qu'il en fait, par l'usage « personnalisé » qu'il en a ?

ses certitudes, ou me les laisse deviner. Le remède-malade est souverain. ●

J'aurais voulu...

Moi, ce que j'aurais voulu faire, c'est prescrire un appartement plus grand, un billet gagnant au loto, une grand-mère gâteau, un amant longue-conservation, un emploi sympa, un enfant de trois ans, et je peux rajouter un raton laveur. Ca me fait penser qu'un jour, à l'instar de Pierre Bernachon, à qui j'ai volé mon titre, j'ai prescrit un chat... (sans le savoir bien sûr)... sous forme de collyre. La malade, avant de se décider à être opérée de la cataracte, est venue me redemander comme tous les mois, son DULCICHAT (pour Dulciphak, gouttes prescrites en cas de cataracte) : un DOUX mélange de CHATS, peut-être même SIX et DULCInea, l'inaccessible étoile de Don Quijote, Seigneur de la Mancha. Moi, je ne sais toujours pas pourquoi je prescris un médicament parfaitement inutile. Elle, elle sait parfaitement pourquoi elle le prend.

Les aléas de la prescription m'appartiennent, jusqu'à ce que le malade me livre les joies de

La prescription, son rôle dans la relation médecin-malade

Michèle
Lachowsky,
gynécologue à
Paris.

Exposé présenté
au 7^{ème} congrès
international
Balint à
Stockholm les 6 à
9 août 1989.

.....

« Tu vas vraiment parler un quart d'heure là-dessus ? » s'est étonné mon entourage. « C'est une évidence » m'a dit une de mes filles, « un médecin ça prescrit, voilà tout... ». « Comment pourrait-on soigner sans prescrire » s'est interrogé un collègue généraliste. « C'est l'aboutissement la concrétisation de l'acte médical, l'échange ordonnance-argent ce qui se paie et marque ainsi la fin de la consultation » m'a dit un autre confrère, après mûre réflexion.

« C'est bien simple, c'est ce que nous apprenons à faire pendant nos études de médecine » m'a expliqué un étudiant.

.....

Une guérison miraculeuse

Et puis un ami médecin m'a raconté l'histoire suivante, ancienne, mais visiblement toujours vivace dans sa mémoire.

C'était un de mes premiers malades. Il venait d'arriver dans ma ville, et m'était adressé par un confrère ami qui le suivait à son précédent domicile. Il se raconta longuement, avec force détails, flash-back et arrêts sur image, en homme habitué à parler de sa maladie, ou de ses maladies. J'avais le temps à l'époque, ma salle d'attente n'était guère pleine, et de toute façon, je n'aurais pas su comment l'interrompre... Un épais dossier, émanant de spécialistes variés et divers étayait son discours : « Regardez, Docteur, je vous ai tout

apporté ! » achevait de me prouver - s'il en était besoin - à quel point son cas était compliqué. Je prenais des notes, c'est tout juste si je ne repassais pas mentalement mes questions, et de mes réflexions sortit une ordonnance mûrement pesée, que je lui remis avec une certaine satisfaction. Restait à en attendre les heureux effets. Par la suite, à chaque coup de fil, encore rare à cette époque, j'espérais des nouvelles et des appréciations... favorables, bien sûr, d'un malade moins malade. Je me prenais même, au hasard de mes visites à regarder autour de moi dans les rues, avec le secret espoir de le croiser... En fait rien ne vint jusqu'au jour où, chez un patient, je le rencontrais enfin : « Alors, lui demandais-je ? ».

« Ah, Docteur, je suis bien content de vous voir, je vais vraiment très bien, c'est d'ailleurs pourquoi vous ne m'avez pas revu en consultation !

Ah bon, mon traitement a donc bien marché ? Votre traitement ?... Ah, votre ordonnance... non, non, en fait je n'ai rien acheté, rien pris du tout de ce que vous m'aviez prescrit. Mais soyez sûr, Docteur, si j'ai un jour quelque chose, je reviendrai vous voir ! ».

Et mon ami de conclure en riant : « Cette belle ordonnance inutile, elle m'a appris l'humilité, donc elle n'a pas été inutile pour moi ! ».

Inutile, sa prescription ? Sûrement pas, inutilisée peut-être, mais possédant une valeur, la preuve de l'intérêt du médecin, qui avait longuement écouté et réfléchi avant de coucher sur le papier ce que lui dictait sa science, à la lumière des dires et des signes apportés par lui, le patient. Ce patient qui garde son libre-arbitre, et peut choisir de se contenter de ce qui s'est passé et de négliger ce qui est écrit.

Une recette aux ingrédients mystérieux

Les jeunes médecins militaires français, pendant la guerre d'Algérie, se sont vite aperçus que beaucoup de leurs guérisons - et de la reconnaissance qui leur était souvent manifestée - semblaient plus liées au port de leur précieuse ordonnance en amulette autour

du cou, ou sur l'organe malade, qu'à l'absorption, fort rare, des médicaments prescrits !

Alors, la prescription comme rite indispensable, ou même comme rituel, avec ce que cela peut comporter de magique ? Rappelons-nous ce qu'en a dit Michael Balint : « La prescription, c'est l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris », et pris, me direz-vous... mais n'a-t-il pas écrit dans le même chapitre : « Le médicament de loin le plus fréquemment utilisé en médecine est le médecin lui-même ». Mais comment se prescrire sans ce médiateur, cet objet intermédiaire, ce témoin de notre savoir, cette preuve apportée aux autres ? Car ne l'oublions pas, dans notre système français tout du moins, ce papier que nous commentons à haute voix en l'écrivant, que nous croyons avoir rendu clair tant dans sa rédaction que dans ses effets, ce papier va aller se faire commenter à nouveau : en ville, la plupart du temps, à ce stade de la consultation, notre patient ne nous écoute plus, c'est tout juste, s'il se sent encore concerné.

A peine sorti de notre cabinet, c'est chez le pharmacien que va se continuer la consultation, qui cette fois va porter sur la validité de ce que nous avons prescrit, après une véritable traduction : en effet, notre malade était tellement persuadé que nous sommes incapables de faire l'effort de lui rendre les choses intelligibles, ou *a contrario* qu'il n'est, lui, pas capable de nous comprendre, qu'il s'est mis en veilleuse, attendant qu'un autre, technicien, lui lise ce que nous avons écrit, à savoir le nombre et les heures de prise d'ampoules ou de comprimés dont il va parfois aussi se faire confirmer l'absence de nocivité et l'efficacité. « C'est bon pour moi ? » me demandait toujours une de mes patientes, d'un air dubitatif en prenant mon ordonnance du bout des doigts.

A l'hôpital, la prescription ne se fait pas toujours au lit du malade, et celui-ci interrogera alors les infirmières et tous ceux qui ont la charge de lui administrer un traitement dont le médecin n'est que le prescripteur presque abstrait, presque absent, souvent vécu comme aussi

impossible à questionner qu'à comprendre, d'autant plus prestigieux qu'inatteignable. Le star-system joue là aussi, et l'aspirine ordonnée par un « grand patron » - « Tu sais bien, on le voit souvent à la télévision ! » - est investie d'un pouvoir bien plus guérisseur que celle conseillée avec lassitude par le « petit médecin de quartier ». L'aspirine peut-être, mais le temps ? Ce temps, notre plus précieuse prescription, ce temps dont on dit que nous le donnons à nos malades. Il ne fait partie d'aucune ordonnance et c'est pourtant la meilleure façon que nous avons de nous prescrire nous-mêmes.

A la banale question « Que voudras-tu être plus tard ? » le fils d'un couple de médecins a répondu : « Un malade ! ». Il avait alors six ans, et lorsqu'il réclamait ses parents, on lui répondait le plus souvent : « Attends, tu sais bien que maman est avec un malade » ou « Tais-toi, papa s'occupe d'un malade ! ». Situation donc ô combien enviable, puisque nul, et surtout pas lui, ne devait troubler cette intimité tant convoitée, obtenue seulement au prix de ce mystérieux état de « malade ». Et c'est vrai, pour avoir droit à notre temps, le plus simple est encore d'être malade.

Quand la prescription n'est pas là où on le croit

Etre malade pour devenir notre patient et par là même, acquérir des droits sur nous et notamment de nous juger, de juger « mon docteur ». Nos capacités à écouter ce qui nous est dit à entendre ce qui ne nous est pas dit, à décoder souffrances et douleurs, à traduire les symptômes en signes, à effacer la maladie et à faire reculer la mort grâce à nos prescriptions, tout cela va être mesuré, posé, jaugé, mais avec des unités de mesures sans cesse changeantes, et selon des critères si éloignés des nôtres qu'ils nous semblent totalement irrationnels... ce qu'ils sont d'ailleurs souvent !

Tout commence dans la rue, et surtout dans la salle d'attente, partout où s'échangent des propos sur la médecine et les médecins, partout où est mise en cause la relation malade-

La prescription, son rôle dans la relation médecin-malade

médecin, autrement dit de l'autre côté du miroir, dans le grand groupe Balint des utilisateurs de la médecine, des autres, nos mystérieux patients. Qu'est-ce qui les fait courir, ou plutôt accourir chez nous, puisqu'on a rarement autant consommé de médecins et de médicaments ?

« Mon docteur, il est vraiment bien, il n'hésite pas à frapper fort et à donner des médicaments tout nouveaux, ce n'est pas comme certains qui vous laissent pratiquement sans rien ! ».

Croyez-vous vraiment qu'il soit question ici de notre savoir ? Alors, prescrire ou ne pas prescrire ? Ce n'est certainement pas en ces termes que se pose la question, mais plutôt quand et comment prescrire, et que prescrire ? On ne peut pas toujours être sûr que la drogue-médecin se suffise à elle-même, et ce serait sans doute très présomptueux de le croire. L'utiliser comme « recette » et pire encore l'ériger en dogme, la priverait de toute valeur en lui enlevant ce qui la rend unique et sans cesse renouvelée. Mais nos patients savent en général très bien nous dire le rôle qu'ils assignent à notre prescription.

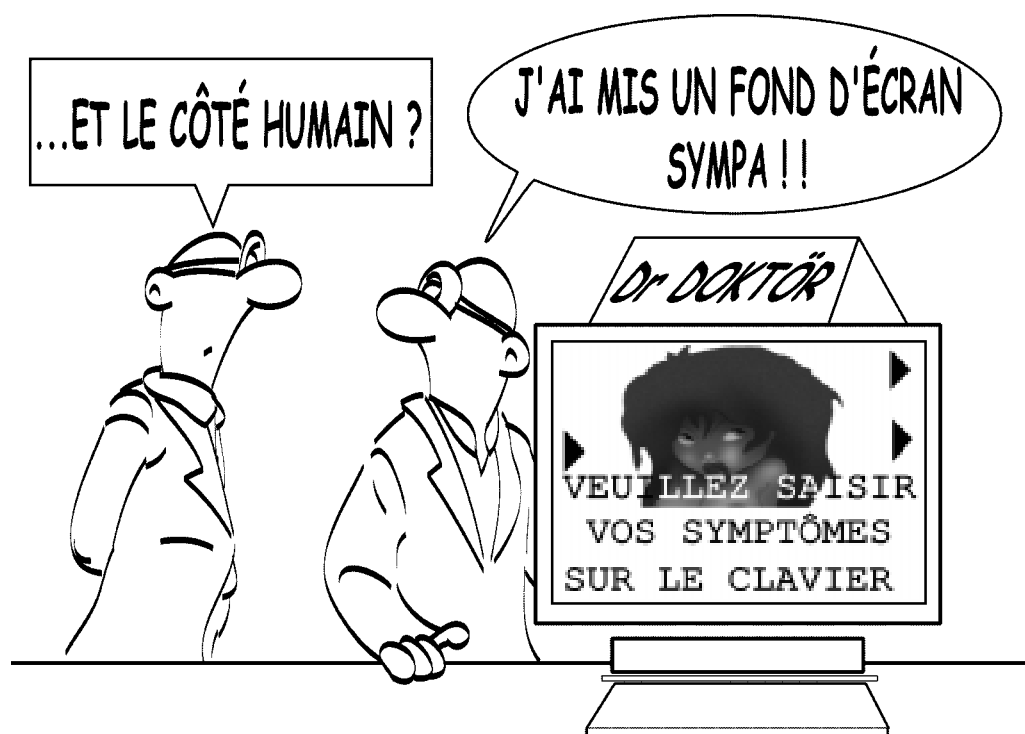
Demoiselle, Agnès R. l'est restée, mais il y a eu dans sa vie - m'en a-t-elle assez parlé ! - un bel étranger moustachu qui, pour elle, était Zorro, mâtiné du Papageno de la *Flûte Enchantée*. Il était en effet musicien, et pas toujours du bon côté de la loi, ce qui à ses yeux énamourés justifiait amplement ses fréquentes absences. Aujourd'hui elle vit avec sa vieille mère, qui a elle aussi des absences, et dont elle s'occupe comme d'un bébé, puisque nous parlons fesses et couches... De quoi pourrions-nous bien parler ? Puisque à la période d'attente passive qui a suivi la totale disparition de son bandit bien-aimé a succédé une période d'hyperactivité, où ont disparus à leur tour, après vésicule et appendice, son utérus et ses ovaires, avec quelques morceaux de ses seins... attributs d'une féminité dont elle n'aurait désormais plus que faire. Alors, comme prétexte à ses visites chez moi, il y a rituellement en fin de consultation - mais s'agit-il vraiment d'une consultation ? - un faux départ vite suivi de « Ah Docteur !, pouvez-vous me faire une « petite » ordonnance, de l'alcool et du coton, j'ai encore oublié d'en demander au médecin qui vient voir ma mère, d'ailleurs c'est pour moi, pour me

désinfecter après m'être occupée d'elle. » La morale est sauve, la dignité de Mademoiselle Agnès R. aussi, elle est ma patiente et a droit à ma prescription... Et qui dira les vertus de nos oublis, les nôtres et ceux de nos patients, qui leur permettent de nous revoir plus vite ou plus tôt, ou de se sentir plus près de nous, du médecin plus humain puisque faillible ; plus vulnérable aussi : ne devrait-il pas être infailible ? Imparfaite, ou du moins imaginée comme telle par celui qui la reçoit, la prescription tisse un lien peut-être encore plus fort entre le médecin qui ne sait pas tout et le malade qui sait qu'il en sait tout de même assez. Mais il en est des ordonnances comme des médecins. Certaines parlent plus que d'autres...

La petite Madame B. n'est délivrée que depuis peu d'un mari alcoolique que la cirrhose a fini par emporter après de longues années d'injures et de coups. « Et pourtant, dit-elle en rougissant comme une jeune fille, je me surprends parfois à le regretter un peu, surtout enfin de journée, quand je me sens seule, bien sûr je n'ai plus peur, ni honte devant les voisins, mais cette tranquillité, c'est tout de même aussi la solitude... ajoute-t-elle. Et savez-vous ce que m'a dit le rhumatologue, en me raccompagnant l'autre jour - oui, j'y vais régulièrement pour mon arthrose, on se connaît depuis longtemps et cela me fait une sortie... d'ailleurs je ne prends pas ce qu'il me donne, on m'a dit que je risquais des trous à l'estomac... - eh bien, en me serrant la main, Docteur, vous savez vous comme mes doigts sont déformés ? - Il sait bien que je ne prends pas ses médicaments, il m'a dit lui-même que ça ne se soignait pas alors ! Ma chère Madame, ce n'est pas bon de rester toute seule comme ça, ce qu'il vous faudrait, c'est un amant ! -Malheureusement Docteur, lui ai-je répondu, un amant ça ne se met pas sur une ordonnance ! Et nous avons ri, et je crois que cela nous a fait du bien à tous les deux, lui non plus il ne s'amuse pas tous les jours avec tous ces gens qui ne lui parlent que de leurs misères ! »

Petits papiers

Prescription sans ordonnance, prescription en apparence légère, « sans y toucher », quand la



« vraie » consultation est terminée, qui voltige tout aussi légèrement du malade au médecin mais que de chaleur humaine de part et d'autre !

Ordonnance rédigée et donnée mais non suivie, médicaments jugés dangereux par d'autres, ce « on » anonyme qui nous contrôle beaucoup, le médecin comme sa patiente savent tout cela, mais continuent ce jeu où chacun assume son rôle et garde sa place aux deux extrémités de ce champ clos d'une relation très riche et sans doute très précieuse pour eux deux.

On n'est pas loin ici du « Docteur, je viens pour que vous me renouveliez mes médicaments », ces prescriptions répétées, qui ont aussi fait réfléchir Balint. Mais là aussi, la prescription a une double fonction : elle peut permettre le dialogue vrai, une fois réglé le problème technique, comme elle peut protéger le patient de sa parole, et de la nôtre, vécue parfois comme une inquisition. Selon le moment la relation devra s'adapter, à nous de nous adapter au moment de l'autre, notre patient, à nous d'essayer d'aller à sa rencontre même dans le silence de la technicité, même dans la reconnaissance du placebo. Ce fameux placebo, ce Janus de la prescription, qui agit tellement mieux lorsque nous aussi nous y croyons un

tout petit peu ! La façon de donner, dit le proverbe, vaut mieux que ce qu'on donne, mais il y a, pour nous médecin, bien des façons de donner cette prescription. Exigée par un patient dont nous aurons la désagréable impression qu'il l'a emportée de haute lutte, imposée par nous du haut de notre science comme arme indispensable contre la maladie, la prescription est à la fois un enjeu et une conquête, pour le malade comme pour le médecin. Lutte, arme, conquête et champ clos du duel, un vocabulaire qui évoque plus la guerre que l'amour ! Être médecin participe sans doute des deux : un zeste de fonction apostolique ne nuit pas à Superman !

« Moi, ce que je voudrais, m'a dit une patiente, c'est un médecin qui me soigne sans médicament ! ». Au-delà de la boutade, et de la recherche consciente ou inconsciente d'une magie guérissante, il n'y a là ni paradoxe, ni impossibilité : drogue-médecin, drogue-dialogue, drogue-écoute, drogue-relation, tout est prescription.

Mais il est non moins vrai que la première fois que j'ai laissé repartir une malade sans ordonnance, j'étais à la fois fière et inquiète... je le suis toujours ! ●

La question du médicament du point de vue du médecin psychiatre exerçant la psychanalyse

*Michel Elias,
psychiatre et
psychanalyste à
la maison
médicale
Marconi, membre
du comité
d'éthique de la
Fédération des
maisons
médicales.*



Il existe dans les maisons médicales des spécialistes pointus de la question subjective et je tente de montrer que le médicament, même si parfois nécessaire, est fondamentalement incompatible avec la démarche subjective.

Sur le plan de l'utopie démocratique, à la place du moins mauvais des régimes, nous prôtons le plein développement de chacun dans la re-création continue de la loi comme nécessité.



Voilà pourquoi les « politiques » en maison médicale occupent une place prépondérante dans leur vigilance critique que nous aimons sentir radicale sur les conditions sociales d'existence.

Les *médecins* introduisent la science de la matière et la solidité des savoirs sur le corps ; ils visent à favoriser l'action de la vie et le médicament y contribue parfois largement.

Le troisième pôle est représenté par les *travailleurs-fonctionnaires* du système dont le radicalisme reste encore à élaborer en maison médicale. Appelons-le faute de mieux le pôle bureaucratique. Obéissant aux lois du système, légitimées par la science, ils font force et sécurité. C'est là que l'usage « psy » des médicaments trouve sa routine, sa fausse évidence comme contribuant à une forme dégradée du système bio-psy-politique.

Nous introduisons alors le quatrième pôle des maisons médicales qui est « psy » et qui nécessite d'être tout aussi radical que les trois pôles précédents. Il est destiné lui aussi à faire parade, contrepoids à la nécessité du système.

De la place d'un pôle « psy » en maison médicale

Il est souvent question de la perte des repères, de la crise des valeurs sans alternatives démocratiquement partagées. Il n'est cependant pas impossible de tirer parti de nos actuelles années de plomb en les vivant comme une période riche où diverses tendances peuvent confronter leur radicalisme : ce serait un quadruple point follet de fonctionnement collectif des maisons médicales, un point surgi de l'entrelacement des expériences politiques, psychanalytiques, scientifiques et participatives salariales (bureaucratique au sens noble).

Les maisons médicales œuvrent à la santé selon le concept de globalité, ce qui suppose le corps et l'esprit actant dans le social. Concevons qu'un système bio-politique vise à couvrir l'entièreté du champ social, de la conception à la mort de chaque individu, dans la stabilisation constante de la matière collective. Pas de vie hors du système certes, mais le système n'est pas la vie.

Le radicalisme « psy » et le médicament

Le vivant, c'est ce corps animé de l'étincelle mystérieuse que l'on guette depuis son apparition potentielle chez l'embryon jusqu'à sa disparition en fin de vie. Au milieu de la vie, chez l'adulte, ce que je rencontre le plus souvent concerne les questions de l'extension des possibles chez un citoyen. Et il est impossible de ne pas tenir compte de la question de la jouissance afin qu'elle s'intègre dans le social plutôt que de fleurir dans les stases des symptômes de tout ordre.

Un œil sur sa santé corporelle (j'ai été interniste de formation avant de passer en psychiatrie puis d'entrer en psychanalyse) ; un bilan rapide en entretien préliminaire afin de mesurer comment il traite son monde (psychose - manie, mélancolie - névrose - perversion... errances multiples et éclipses de la capacité d'exister). Un acte est alors posé et il est à la fois psychanalytique et politique : écouter.

C'est se placer dans le circuit ritualisé de la parole d'un sujet qui entreprend l'extension maximale (qui n'est pas infinie car il y a de l'impossible à éprouver) de sa capacité de rapport au monde. C'est mettre le possible en ouverture en passant par le nécessaire de la fonction du langage et en tenant compte du champ local et global de la contingence.

Thèse : je pose que dans le champ de la santé, tout symptôme (je dis symptôme et pas maladie) est signe d'une carence subjective.

Un signe de carence subjective est l'exagération des superstructures du moi, accompagnant un dysfonctionnement de jouissance (symptôme). Inversement toute production subjective est « solution » (lyse) de symptôme.

Il nous faut donc savoir ce qu'est la subjectivité moderne et je renvoie au travail de déblayage de la question que Lacan a opéré pendant des années.

L'inexistence de toute ontologie subjective tient au fait que le subjectif moderne n'est qu'effet de son rapport à l'autre (lui-même sans fond ontologique, pur effet de ce rapport). C'est avec cela qu'il faut penser l'utopie démocratique.

Quel rôle vient là jouer le médicament « psy » ? Pour nous « psy », aucun. Le côté abrupt de cette affirmation peut soulever le cœur de mes confrères qui se coltinent les misères du monde, prenant dans le champ « psy » les formes de la psychose, de la mélancolie et des dépressions ou des souffrances existentielles névrotiques.

Une tendance « pragmatique » s'appuyant sur les concepts d'équilibre subjectif et d'équilibre social considère le médicament comme une correction à apporter à l'état des choses. Il a d'abord remplacé les chaînes (enfermement de la folie, camisole chimique, ...) puis la science lui a donné un rôle plus pointu de régulateur dans le système biochimique. Enfin la génétique est venue affirmer que pour certains sujets, pas d'autre système n'était possible. Il ne reste plus alors dans le domaine mental qu'à convoquer le médicament comme favorisant le « lien social » ; ce qui nous paraît un peu court...

C'est oublier que le mental peut faire critique au système (même et surtout s'il est passif-systémisé d'un système familial). Ne visons

point trop rapidement l'équilibre dans ce nœud de vipère ! Une subjectivité ça s'élabore dans les vertiges de l'amour, de l'art, du politique, de la science (Alain Badiou). Méfions-nous du trop de raisons d'en supposer incapable quiconque. Les symptômes mentaux aiguissent à chaque instant de notre pratique l'arête qui confronte le bilan scientifique, les causes politiques extérieures et ce dont peut être capable « celui qui vient nous voir ».

La molécule « psy » n'est jamais qu'une intervention grossière sur cette merveille qu'est l'esprit et lui ôte son rapport à l'insondable. Les nécessités médicamenteuses de la clinique doivent rester vigilantes à préserver un pôle sublimatoire indéterminé.

Méfions-nous aussi des placebos sociaux (« consumptionem » et « zaptelevisiones »).

Une pensée grecque voyait l'humanité comme rapport à la masse projetée dans le vide d'une enclume à jamais s'éloignant... Comme les vides individuels sont des lieux douloureux mais riches, les vides sociaux, du pouvoir, des croyances, des idéaux et des objets, permettent des aspirations et des actes créateurs.

En opposition au « meilleur des mondes », la tâche colossale de permettre aux vides de faire effet suppose un radicalisme dont le paradigme théorique est actuellement encore la psychanalyse (à charge pour les pratiquants de toute relation duelle d'en approcher les fondements).

La psychanalyse est une pratique de production des effets subjectifs ; elle se doit d'être radicale dans sa pratique et dans son application à elle-même. Le médicament fait partie des conditions matérielles qui permettent la vie mais est radicalement exclu des enjeux de production subjective. L'alcool et toute drogue également....

Un traitement médicamenteux systématique des symptômes mentaux contredit la position radicale « psy » en maison médicale.

Dans le numéro 41 de Renouer (septembre-octobre 2000), centré sur le thème « Rénover la politique du médicament », une phrase m'accroche : *la détermination fine de ce qu'est*

La question du médicament du point de vue du médecin psychiatre exerçant la psychanalyse

la prescription « la plus rationnelle » est essentiellement l'affaire des scientifiques et des prescripteurs eux-mêmes. Je goûte tout particulièrement les astérisques entourant la rationalité « prescriptrice », car cette rationalité peut évidemment être plus ou moins subtile ; nous sommes « entre gens de bonne compagnie » et en tant que psychanalyste une place m'est donc octroyée dans la question du médicament. Cette place est limitée et s'adresse en ces termes aux citoyens : « En cas de problèmes psychiques et aussi en cas de phénomènes psychosomatiques, si tu le veux et si à l'usage tu t'en avères capable, tu peux te passer de médicaments. » La place serait donc occupée pour rester vide.

Dans la relation thérapeutique dont le but est de « rentabiliser » pour un sujet sa relation au Monde, le médium utilisé n'est certainement pas le médicament : entre moi et l'autre il y a un Tiers et il est essentiellement symbolique.

Non, mais...

Pourtant, à côté des effets du Tiers symbolique, pourquoi ne pas admettre les effets du tiers réel et pourquoi pas la matière moléculaire thérapeutique ?

Le « psy » radical intervient dans le champ mythique de la démocratie en supposant une dignité fondamentale chez tout « parlêtre ». Le « psy » radical se présente dans une position extrême qui suppose à son patient la dignité fondamentale d'être « un être humain » caractérisé par le fait qu'il occupe le champ du langage. Il faut évidemment qu'il soit à la hauteur de son acte et cela suppose un engagement personnel qui se forge dans la propre cure du thérapeute. (« Si tu n'es pas sincère dans ton existence privée et professionnelle et si en plus tu montre des signes d'égoïsme irrépressibles, tu vas soit devoir éteindre toute ambition pour ton patient et d'une manière ou d'une autre le ravager ainsi que ton entourage qui n'aura pas fui »).

Le médicament, je l'ai banni en son temps comme tout jeune « psy ». Cela reste fondamentalement lié au fait qu'il faut compter sur ses propres forces dans un rapport à une

représentation du monde la plus proche du réel.

Cependant des idées me viennent qui sans remettre la démarche psychanalytique en péril peuvent assouplir cette pratique radicale. Et si les drogues n'avaient pas toujours existé, la production mythique eut-elle été si foisonnante, efficace et adéquate aux besoins des peuples ? Untel, dépressif, dira que le Xanax® lui permet de se refaire dans une bonne nuit tandis que ses insomnies avec afflux incohérents d'idées et d'images fugitives, répétitives, même pas centrées sur les véritables problèmes qui le hantent, minent son équilibre, se présentant à l'état brut non repris dans le sens existentiel. Je vais évidemment essayer de faire naître un possible autre chez un dépressif dont la spécialité est de ne justement plus rien voir de possible pour lui (haute voltige !).

Le médicament viendrait là empêcher le possible d'une élaboration plus efficace dans le cadre d'une relation transférentielle. Pourtant nous pouvons prendre en compte les préoccupations de nos confrères écrasés par la masse des patients et comprendre les nécessités qui suscitent chez eux l'idéologie pro-médicaments de la psychiatrie moderne.

Le médicament fait frontière réelle, élément de la matière rendue partiellement accessible. Il peut changer la donne dans la fragilité des choses de la vie.

Voilà pourquoi il relève d'une éthique transdisciplinaire.

Oui, mais...

La molécule « psy » (anti hallucinatoire – calmante – antidépressive) ne possède qu'une valeur de contention du symptôme, la valeur radicalement thérapeutique étant confiée à la relation duelle.

Si le patient se montre incapable à entretenir cette relation dans son moment « crise », l'usage nécessaire du médicament « psy » risque, s'il devient essentiel, d'enfermer le sujet dans un destin répétitif et involutif que les praticiens connaissent bien.

Dans un bilan psychique, tout médicament élevé au statut indispensable (chez le thérapeute

ou chez le consommateur), signe quelque chose comme « un délire à deux » ; un impossible subjectif s'installe avec sa part de désespoir. Je crois d'ailleurs qu'aucun « psy », fut-il un idéologue du médicament comme le souhaite la faculté, n'ira jusqu'à croire que son produit est bon pour la créativité de son patient : les plus optimistes croiront que le médicament « psy » peut permettre de redémarrer... comme si la mise d'un boulet au pied (même un boulet stabilisant demandé et finalement aimé par le sujet) n'allait pas lui entraver la marche... Il ne faut en effet pas croire qu'il est si facile d'abandonner les aises des solutions symptomatiques pour un chemin difficile.

Un psychotique ne délire pas sur le divan ; il n'est au contraire pas insensible à « l'autre » qui a sondé les limites de sa propre pensée. L'argument vrai d'une « détériorisation » mentale progressive d'un schizophrène sous médicament ne tient pas lorsque le sujet est engagé dans un véritable travail de re-subjectivisation dont la psychanalyse est le paradigme. Si je définis le racisme comme moment de pensée menant à la conviction de l'inégalité d'un autre sur base d'un pseudo critère scientifique, on peut avancer qu'il existe cette forme de racisme en médecine « psy » qui en vient trop souvent à dé-supposer le sujet de son potentiel radical.

On voit donc que nous en avons à la déviance du couple symptôme-médicament en couple jugement-médicament. Il ne s'agit pas ici d'un délire de jeune thérapeute que l'expérience assagira ; nous connaissons tous dans le métier des cas dits désespérés que l'inventivité relationnelle a remis à flot.

Vous suspectez à juste raison qu'une approche systématique dans le rapport duel va prudemment plonger au cœur des problèmes qui ont entraîné un déficit existentiel chez notre patient. Ceci relève de la théorie du champ psychanalytique dont l'effet est de former des thérapeutes psychanalystes seulement utilisables par un sujet en crise au prorata de leur propre expérience d'être-de-langage consommés à « parlêtrer ».

On devine que notre position tend à apprécier la force potentielle du patient tout en ouvrant avec lui (scilicet) une fenêtre « des possibles »

dans son monde toujours nécessairement obscurci voire plombé. C'est disons l'intention de la cure.

Pour ce qui concerne l'extension hors du cadre thérapeutique, le psychanalyste a à étendre le cadre conceptuel de son travail de divan-laboratoire : comme il favorise le développement de la fenêtre subjective sur le monde, de même il taille la fenêtre de l'utopie démocratique qui suppose l'égalité de chacun en tant que « parlêtre » à réaliser.

Si l'on prend le temps et si l'on construit le lieu d'un travail d'écoute pour lequel on a été sérieusement formé, on va pouvoir se rendre compte qu'existe chez le patient lui-même un espoir ambitieux d'exister... pas sans qu'il y aille de sa « livre de chair » (*confer* le Shylock dans le marchand de Venise de Shakespeare qui exige cela de sa victime tandis que l'analysant se la voit prélevée par le système signifiant qui le libère). Notez au passage qu'il y a une différence entre système bio-psy-politique et système signifiant.

Je puis comprendre que le médecin trouvera certains jours le bon « heur » de la prescription justifiée en matière « psy », mais qu'il pense au trajet de vie de son patient à remettre en route voire à tout simplement rendre possible un début de mythe individuel : cela ne se fait pas sans faire appel à tout le système de production de sens incompatible avec le faux sens induit par les toxiques.

En conclusion : confrontée à tout phénomène « psy », la pratique d'aide plonge dans le réel dont le médicament fait partie mais il convient en contrepartie d'universaliser la potentialité pour quiconque des moyens de production subjective. Je demande qu'il soit admis pour quiconque, dans la richesse des potentialités sociales de la démocratie, la démarche fondamentalement critique de la subjectivité dans son rapport au système bio-psy-politique. ●

Le pari biologique est-il justifié?

Philippe Pignarre,
historien, chargé
de cours à
l'Université
Paris-VIII.

Notes prises lors
d'un exposé fait
le samedi 25
novembre 2000
au domaine
provincial
d'Hélécine au
cours du
symposium Le
monde des
psychotropes :
enjeux éthiques,
scientifiques et
économiques
organisé par
Pensées de
Psychiatrie.

Transcription et
titres : Vanni
Della Giustina.

.....

La science a créé des modèles permettant de produire des médicaments efficaces pour soigner nombre de pathologies. Mais sur la lancée de ses succès, on voit aujourd'hui la science renverser ses propositions et tenter un pari dangereux : peut-on définir une pathologie (et notamment dans le domaine de la psychiatrie) à partir de l'effet qu'un médicament a sur elle ?

.....

Les essais cliniques, une clé absolue

Les essais cliniques, qui sont une clé absolue dans la définition de ce qu'est un médicament moderne, doivent être vécus comme une formidable leçon de modestie et non pas comme un sujet d'orgueil.

On présente souvent les essais cliniques comme un moyen qui permettrait non seulement de rendre compte de la validité de nos propositions thérapeutiques mais aussi de tester l'ensemble des propositions thérapeutiques faites dans d'autres systèmes médicaux de par le monde ou dans notre propre histoire. Quelles que soient nos connaissances biologiques, physiologiques, génétiques, les essais cliniques sont une leçon de modestie parce qu'ils sont la reconnaissance que pour savoir si un médicament a un bénéfice-risque acceptable par la communauté, il faut le soumettre à cette expérimentation extraordinairement bête qui est celle des essais cliniques. Nous ne pouvons pas savoir si un médicament sera intéressant, si son bénéfice sera supérieur à son risque ou même s'il marchera, tant qu'on n'a pas fait cette épreuve à laquelle doit être soumise toute molécule candidate au titre de médicament moderne.

Quand on nous parle des révolutions scientifiques qui bouleversent la médecine, il faut être prudents et modestes, puisque rien ne vient du domaine de la recherche qui nous annonce : « Voilà comment demain nous allons nous passer des essais cliniques ! Voilà comment demain, nous passerons directement des connaissances biologiques à un médicament, à une thérapeutique qui pourrait être prise par un patient ». Les seules contestations qui surgissent face aux essais cliniques sont des contestations politiques et pas des remises en cause qui viendraient de modèles scientifiques plus aboutis qui nous permettraient de sauter par-dessus cette étape clé qui définit le paradigme du médicament moderne depuis plus de cinquante ans.

La seule contestation est politique

La seule contestation est sociale. C'est, entre autres, le débat concernant les essais sur le SIDA menés en Afrique, où des équipes financées sur fonds publics américains ont lancé des dizaines de programmes, étudiant par exemple la transmission du virus de la mère à l'enfant. Ces programmes de surveillance et de prise en charge des femmes sont extrêmement lourds mais on ne leur donne pas les thérapeutiques disponibles ici pour empêcher la transmission du virus entre l'adulte et l'enfant, car sinon on ne pourrait plus connaître l'évolution naturelle de la maladie. Cela pose un véritable problème politique sur la manière dont nous organisons nos essais cliniques.

Ce sont des questions politiques de ce type, et pas du tout les progrès de la science, qui ébranlent aujourd'hui la méthodologie qui définit ce qu'est un médicament moderne. La question de l'effet placebo, la question des essais cliniques est une question politique qui doit être abordée comme telle. Quand nous disons à la médecine chinoise ou à l'homéopathie : « Soumettez vos moyens thérapeutiques aux essais cliniques. Faites vos essais contre placebo », en fait nous leur adressons une demande politique de se subordonner à ce que nous proposons, puisque

nous leur proposons un pari dans lequel ils sont toujours perdants et dans lequel nous sommes toujours gagnants. S'ils acceptent de redéfinir leurs thérapeutiques en les faisant entrer dans des essais cliniques, soit leur médicament en sort victorieux, c'est-à-dire prouve qu'il est efficace, et dans ce cas nous pouvons récupérer le médicament tout en continuant à exclure l'homéopathie ou la médecine chinoise et leurs théories, soit le médicament n'en sort pas victorieux et nous pourrions leur dire : « *vous n'êtes que des charlatans et nous continuons à vous exclure* ». Quel que soit le résultat d'un essai clinique proposé à une médecine différente de la médecine scientifique occidentale, on est gagnant à tous les coups. On comprend la méfiance justifiée des autres médecines à soumettre leurs objets thérapeutiques à nos protocoles d'essais cliniques.

Tester les molécules et les groupes de patients

Il faut comprendre aussi, - et c'est particulièrement vrai en psychiatrie -, que quand on fait un essai clinique, on ne teste pas seulement les molécules, mais on teste aussi des groupes de patients ; c'est-à-dire qu'on regarde si les critères qui ont permis d'intégrer les patients dans l'essai ont été pertinents. Dans un laboratoire pharmaceutique, la première question qui se pose quand une molécule n'est pas plus efficace qu'un placebo, ce n'est jamais : « *Est-ce que la molécule est efficace ?* » ; mais c'est : « *Est-ce que nous avons bien défini les critères de recrutement des patients ? Est-ce que nous avons bien formé l'agrégat des patients qui répondent à la molécule ?* ». Toutes les études qui seront faites ensuite chercheront avec des moyens statistiques les sous-groupes de patients qui, dans l'étude réalisée, auraient répondu au médicament de façon positive et on essaie de voir ensuite s'il y a des caractéristiques de ce sous-groupe qui permettraient de prévoir une nouvelle étude qui serait alors globalement efficace. L'épreuve dans un essai clinique teste autant la molécule que la manière dont on forme le groupe de patients.

Le témoin fiable, le mobile immuable

Alors comment former ces groupes ?

La médecine occidentale est devenue le fer de lance de l'expansion de l'Occident dans le monde (partout dans les territoires occupés par la France, on va retrouver des instituts Pasteur). Le cœur de la médecine occidentale, ce qui a permis ses plus beaux succès, c'est ce que j'appellerais un « *témoin fiable* », qui permet de créer des équipes de diagnostic qui vont aboutir à la constitution de groupes de patients robustes dans l'épreuve qui va les soumettre à un médicament. Le meilleur exemple de témoin fiable, c'est le germe d'une pathologie infectieuse. Le virus du SIDA est un témoin extraordinairement fiable de ce qu'est la pathologie du SIDA même s'il ne suffit pas à définir ce qu'est cette pathologie ni les différents stades par lesquels passent les gens dans cette pathologie. L'avantage d'un témoin fiable comme un germe est qu'il permet de faire des outils de diagnostic, de constituer des groupes de patients définis de manière solide dans l'expérimentation clinique, mais aussi de remonter en aval : un témoin fiable, c'est quelque chose qui peut se déplacer. Le virus du SIDA est immuable mais il est mobile : on peut le prendre dans le corps humain, le mettre dans des éprouvettes, le cultiver avec des cellules, etc. donc il se déplace. Un témoin fiable est un *mobile immuable*, formule de Bruno Latour pour décrire les processus de fabrication de la science.

Un témoin fiable, que l'on peut remonter du corps humain en aval sur l'échelle d'expérimentation, permet en conséquence de trier des molécules. On forme des outils automatisés de tri de molécules qui testent des centaines de milliers de molécules pour avoir des candidats à l'entrée dans les essais cliniques.

En psychiatrie, cela n'existe pas : nous n'avons aucun témoin fiable, aucun mobile immuable que nous puissions faire remonter du corps humain pour avoir des cellules en culture ou des choses de ce genre. Du coup, nous n'avons pas non plus de moyen d'établir des diagnostics

Le pari biologique est-il justifié?

puisque le témoin fiable sert à la fois à fabriquer l'outil thérapeutique et à mettre au point l'outil diagnostique ; nous n'avons aucun moyen de constituer cet équilibre qui définit la médecine occidentale moderne.



Le modèle pharmaco-induit

Et pourtant, malgré cela, nous inventons des psychotropes ! Il faut rendre compte du génie des chercheurs qui, en l'absence de témoin fiable, ont réussi à mettre au point un modèle qui permettait quand même d'inventer des médicaments. Ils ont inventé un modèle que certains ont appelé, - je crois le mot très bien choisi -, *le modèle pharmaco-induit* de l'invention des psychotropes. C'est ainsi que les chercheurs de l'industrie pharmaceutique, les pharmacologues, ne manifestent aucun intérêt de savoir ce qu'est la cyclothymie ou la dépression ou la phobie. Ce sujet les indiffère de la plus grande manière ; et heureusement, car sinon ils ne pourraient pas mettre au point les psychotropes.

Comment fonctionne le modèle de l'invention des psychotropes dans le modèle médical contemporain ? Qu'est-ce que ce modèle pharmaco-induit ?

Simplement, des effets qui paraissaient intéressants ont été repérés chez des sujets humains, - c'est ce qui s'est passé avec la chlorpromazine en 1952. Les chercheurs de Rhône-Poulenc ont constitué des sortes de moules de ces molécules qu'ils ont distribués à des animaux normaux. A partir du catalogue de ce que faisaient ces médicaments intéressant à des animaux normaux, ils ont regardé toutes les molécules existantes dont ils disposaient. Celles qui avaient les mêmes effets chez les animaux normaux, devenaient des candidats médicaments, des candidats psychotropes qui pouvaient se présenter à la porte des études cliniques.

La petite biologie

Depuis 1952, les modèles se sont développés. On n'en est plus aujourd'hui à des modèles se référant à des comportements animaux. Mais toute la petite biologie, c'est-à-dire la biologie des récepteurs de substances circulant dans le cerveau, n'est qu'une biologie issue de ce type de moule qu'on observe chez des animaux, des cultures en cellules, à partir de ce que l'on sait des spécificités de ces molécules sur les sujets humains.

Par exemple, quand les chercheurs mettent au point des neuroleptiques qui travaillent sur des récepteurs dopaminergiques, c'est parce qu'ils savent que les premiers neuroleptiques inventés ont eu un effet sur les récepteurs dopaminergiques. Ils ont continué à chercher des substances qui agissaient sur les différents groupes ou sous-groupes de ces récepteurs, essayant d'inventer ainsi de nouveaux neuroleptiques et cela sans aucun rapport avec ce que serait un véritable témoin fiable d'une pathologie, comme cela existe dans le modèle des pathologies infectieuses.

En conséquence de quoi s'est développé un savoir que l'on pourrait appeler une « *petite biologie* ». J'appelle cela volontairement une

petite biologie parce que ce n'est pas une biologie qui travaille sur les témoins fiables, ce n'est pas une biologie susceptible de parler en termes de causes des pathologies mentales. C'est une biologie qui n'a qu'une seule utilité : mettre au point les psychotropes suivants. C'est la seule utilité de toutes les connaissances que l'on a aujourd'hui sur les récepteurs dopaminergiques, sérotoninergiques, etc., ce ne sont en aucun cas des connaissances qui peuvent avoir d'autres prétentions.

La psychiatrie biologique

Le problème, c'est qu'on est passé de cette « petite biologie » à ce que nous avons appelé la « psychiatrie biologique ». En parlant de psychiatrie biologique, on est passé de ce qui avait été génial, le modèle pharmaco-induit, à des « *pathologies pharmaco-déduites* ». Mais on n'avait aucun droit de le faire. On n'a aucun droit de parler de l'hypothèse dopaminergique de la schizophrénie, ou de l'hypothèse sérotoninergique de la dépression, parce qu'on retourne une deuxième fois le système qui était déjà bouclé sur lui-même. Il y avait quelque chose de génial dans l'invention du modèle pharmaco-induit, mais la petite biologie est faite pour inventer des psychotropes, elle n'est pas faite pour dire ce que sont les troubles mentaux. Quand on retourne le modèle sur lui-même pour faire dire à la petite biologie ce qu'elle n'est pas faite pour dire, on invente quelque chose qui, je crois, possède un caractère tout à fait particulier et qui va s'appeler la *psychiatrie biologique*.

Les agrégats de patients et le DSM*

Quelles sont les conséquences de cela ?

Depuis cinquante ans, les psychotropes ont complètement modifié et redéfini la psychiatrie. En gros, ils ont créé une psychiatrie où on ne s'intéresse ni aux causes, ni aux contenus, mais seulement aux signes qui permettent de créer des agrégats, c'est-à-dire de regrouper les patients. Les seuls signes intéressants sont ceux

qui permettent de regrouper les patients indépendamment de leurs expériences particulières, de leur histoire, de la manière dont ils expliquent ce qui leur est arrivé. Si vous comparez un certificat psychiatrique au temps de Gaëtan Gatien de Clérambault, avant la guerre, avec ce que sera un diagnostic fait sur la base du DSM, il est frappant qu'on ne veut plus s'intéresser au contenu. Le contenu du délire ou les raisons pour lesquelles une personne est déprimée n'ont pas d'intérêt. Quand vous décidez du psychotrope que vous donnez à un patient, vous ne vous intéressez pas au fait que cette personne fait une dépression qu'elle explique par le fait qu'elle est moralement harcelée par ses supérieurs hiérarchiques qui ont créé un système pour la rendre impuissante du fait qu'elle se culpabilise en permanence. Vous allez voir si elle présente les cinq points sur neuf qui permettent de dire qu'elle est déprimée ! Les psychiatres ont été formés à voir les points. Le DSM n'est pas un outil de repérage des patients mais un outil de formation des psychiatres. C'est l'outil qui permet de voir qu'un patient qui a cinq points sur neuf est effectivement un déprimé majeur, quelle que soit son histoire.

Repérer la Grande Ourse

Si on vous a appris à regarder la Grande Ourse, - je prends cet exemple à William James - dès que vous regardez le ciel, vous voyez la Grande Ourse. Mais si vous n'étiez pas entrés dans un apprentissage qui vous a permis de distinguer ces sept étoiles des autres, vous ne les verriez pas. Pourtant, la Grande Ourse existait avant que vous ayez appris à la voir, mais il faut votre acte mental pour distinguer ces étoiles par rapport aux autres. Le diagnostic psychiatrique, c'est pareil : il vous paraît naturel de voir la personne déprimée et d'identifier les cinq étoiles qui définissent la dépression chez le patient que vous avez devant les yeux. C'est quelque chose qui existait avant que vous ne voyiez le patient mais vous avez appris à repérer les cinq points qui caractérisent le patient déprimé. Et depuis que vous avez appris, il faut votre acte mental pour que sa réalité existe complètement. Sans cet acte mental, ces signes disparaîtraient dans un conglomérat d'autres

*DSM : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

signes où ils pourraient s'associer et prendre un sens complètement différent. Ce patient que vous identifiez comme déprimé, imaginez-le vu par un guérisseur marocain : il sera dans un autre dispositif, dans une autre constellation. Le guérisseur reliera d'autres signes, dans une autre histoire, et ils lui paraîtront aussi naturels dans l'acte mental qu'il a produit que pour vous dans l'acte mental que vous avez produit.

La zone publique et la zone privée

Dans cette nouvelle psychiatrie créée par les psychotropes et qui ne s'intéresse donc ni aux causes, ni aux contenus, mais seulement aux signes qui peuvent être pris en compte indépendamment de l'expérience des patients et qui permettent de former des agrégats de patients, je crois que les psychotropes ont redéfini la psychiatrie en deux zones : une zone publique, une zone privée. Ce qui intéresse la psychiatrie biologique moderne, c'est ce que j'appelle la *zone publique*. Le reste, ce qui relève de son expérience, des causes, le contenu de son délire, les raisons pour lesquelles il est déprimé, tout cela est renvoyé dans une *zone privée* qui sera éventuellement confiée à un psychothérapeute. Ce qui fait partie de la zone publique, c'est ce qui pourra être exposé dans un article de journal, faire l'objet d'une communication dans un congrès. C'est une nouvelle zone qui n'existait pas, qui n'était pas différenciée comme telle avant. Elle forme une sorte de corps mental dont la cartographie pourrait être le DSM qui essaie de repérer tous ces éléments constituant le corps mental. D'autre part, les substances qui circulent constituent aussi ce corps mental défini dans l'aspect public des troubles mentaux et qui donne dès lors une nouvelle définition de ce qu'est un être humain, à savoir ce qui peut être discuté dans la relation avec un psychiatre qui participe à la définition de ce que nous entendons d'un être humain moderne. Et nous entendons bien convaincre l'ensemble de l'humanité que c'est le bon modèle auquel chacun devrait se soumettre. C'est là un des premiers effets de la redéfinition de la psychiatrie moderne.

La subordination à l'industrie pharmaceutique

Un deuxième effet, c'est qu'en prétendant être une psychiatrie biologique, au prétexte qu'on utilise les psychotropes, (alors que je crois qu'elle n'a aucun droit à prétendre être une psychiatrie biologique), en faisant l'assimilation entre « *je prescris des psychotropes* » et « *je fais de la psychiatrie biologique* », (là, il y a un vrai tour de passe-passe), la psychiatrie vient se subordonner à l'industrie pharmaceutique puisque l'industrie pharmaceutique est la seule productrice de connaissances en matière de petite biologie, puisque la petite biologie n'a pour seule fonction que d'inventer de nouveaux psychotropes. Toutes les connaissances qui relèvent de la petite biologie viennent de l'industrie pharmaceutique. Si vous enfermez les psychotropes dans la petite biologie et si le psychiatre est un technicien des psychotropes qui n'a de compte à rendre qu'à la petite biologie, il est évident qu'il se subordonne à l'industrie pharmaceutique qui est la seule productrice de connaissances qui relèvent de ce que j'ai appelé la petite biologie.

Un corps mental universel

Les psychotropes auraient pu irriguer autrement la psychiatrie. Cette histoire n'était peut-être pas la seule possible. Pourquoi la psychiatrie s'est aussi mal défendue contre la redéfinition qui a triomphé depuis 1952 ? Qu'est-il arrivé à la psychiatrie occidentale pour qu'elle ait été incapable d'opposer la moindre chose convaincante à la redéfinition réalisée par ce vulgaire tour de passe-passe qui a consisté à confondre la petite biologie avec ce que seraient les causes des troubles mentaux. C'est une question qu'il faudrait vraiment discuter.

Que pourrait être la psychiatrie demain ? Le fait que toutes les barrières aient cédé aussi vite montre que ce n'est certainement pas un retour en arrière qu'on puisse imaginer pour penser de nouvelles redéfinitions de la psychiatrie. Qu'est-ce qui a fait la force de cette nouvelle psychiatrie par rapport à la psychanalyse,

puisque avec la dépression la psychanalyse est en train d'être détruite, pour reprendre cette formule au dernier très mauvais livre d'Elisabeth Roudinesco*. Au moins la dépression dans sa forme épidémique aura peut-être eu cet avantage de nous débarrasser définitivement de la psychanalyse (oui, j'en ai pour tout le monde ; personne ne sera épargné !).

Je crois que ce qui a fait le triomphe de la psychiatrie biologique, c'est qu'elle a réussi à créer un corps mental universel dans cette séparation public – privé, et qu'elle a fait une proposition qui a un potentiel universel là où la psychanalyse avait échoué. La psychanalyse, en s'occupant des causes et des contenus, entrait en conflit avec toutes les autres théories existantes qui avaient d'autres causes et d'autres contenus à proposer aux patients qui n'allaient pas bien.

C'est une bataille très difficile à mener et la psychanalyse s'y est cassé les dents. Pour le corps mental proposé par la psychiatrie moderne, les causes et les contenus sont sans intérêt. Donc, on ne combat pas la psychanalyse : la psychanalyse est inutile. La psychiatrie moderne, avec son corps mental, dit : « *je ne discute pas la question des causes ; les causes ne m'intéressent pas ; les contenus ne m'intéressent pas. Je propose une psychiatrie sans causes et sans contenus.* ». C'est pour cela que cette psychiatrie est forte et qu'elle a une vocation universelle.

Un rapport à la réalité privilegié ?

Il ne suffit cependant pas que le corps mental ait le pouvoir d'être universel, ni que les psychiatres de la psychiatrie transculturelle américaine, - qui seront ma dernière cible dans cet exposé -, comme Kleinman ou Goody, à qui il suffit d'envoyer des cliniciens avertis partout dans le monde et même là où les gens ne savent pas qu'ils font des dépressions ou des schizophrénies, pour repérer des dépressions et des schizophrénies.

C'est vrai qu'on peut apprendre à n'importe qui

à repérer la Grande Ourse dans le ciel. C'est vrai qu'on peut apprendre partout dans le monde, beaucoup plus facilement qu'avec la psychanalyse, à dégager le corps mental repéré par la psychiatrie moderne mais ce n'est pas pour ça qu'il a un rapport à la réalité qui soit particulièrement privilégié et qui nous donne un privilège quelconque. ●

MAINTENANT QUE J'AI DECOUVERT

CETTE NOUVELLE MOLECULE

...J'AI PLUS QU'A

INVENTER UNE

PATHOLOGIE ADAPTEE !



Philippe Pignarre est éditeur de la collection *Les empêcheurs de penser en rond* et auteur notamment de *Ces drôles de médicaments*, Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond, 1993 ; *Les deux médecines : médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*, Ed. La découverte, Science et société, 1995 ; *Qu'est-ce qu'un médicament ? un objet étrange entre science, marché et société*, Ed. La découverte, Science et société, 1997 ; *Puissance des psychotropes, pouvoir des patients*, PUF, Science, histoire et société, 1999.

*Elisabeth Roudinesco, Pourquoi la psychanalyse ?, Ed. Fayard, coll. Histoire de la Pensée, 1999.

Brèves de comptoir (d'accueil) Ou comment un service à la patientèle dégénère

Marianne Demeulemeester, accueillante à la maison médicale de Tournai (à l'acte), membre du comité d'éthique de la Fédération des maisons médicales.

.....

En théorie, la demande (et la délivrance) de prescriptions de médicaments via l'accueil devait éviter aux patients chroniques de consulter trop souvent le médecin pour un simple renouvellement d'ordonnances¹.

.....

Expliquer au patient que le médecin n'est pas un distributeur automatique de prescriptions.

Affirmer au médecin que non, l'accueil ne le prend pas pour un distributeur automatique de prescriptions mais que son patient se présentera sous peu « juste après l'école, ou les courses, ou le travail... », que, bien sûr, il peut refuser de prescrire. A charge pour nous, accueillantes, d'essayer la mauvaise humeur (doux euphémisme) du patient « frustré ».

Souffler, s'interroger sur la position éthique de l'accueillante face à ces demandes et ces remarques (éducation à la santé, mon beau souci), décrocher le téléphone, sourire... ●



En pratique :

- Une ordonnance de cachets roses. Quel nom ? Quel dosage ? Le docteur sait quoi...
- Un antibiotique pour mon copain qui a la même chose que moi. Non il ne sait pas consulter : il travaille...
- La pilule X pour ma fille. La date de son dernier contrôle ? Je ne sais pas mais je ne veux plus être grand-mère.
- Des calmants Y pour dormir, et vite car je n'en ai plus pour cette nuit...
- J'ai vu le docteur hier et oublié de demander... (suit le nom d'un médicament, disons sensible : analgésique puissant, par exemple).

(1) Ce système est d'application uniquement dans les cas où il s'agit d'un renouvellement prévu ne nécessitant pas la consultation du médecin.

L'accès au médicament



.....

Consommer des médicaments est un geste des plus fréquents. Une enquête réalisée en Belgique en 1997 montrait que, sans compter la contraception orale, 60 % des belges de plus de quatorze ans avaient consommé au moins un médicament dans les deux semaines précédentes, et 50 % plus d'un médicament, dont 41 % sur prescription. Les plus gros consommateurs étaient les femmes, les fumeurs et les personnes âgées. Les produits les plus utilisés étaient les analgésiques, les médicaments du système respiratoire et cardiovasculaire, suivis par les médicaments agissant sur le système nerveux. Six pour cent de la population prend des somnifères !

.....

L'impact financier de cette consommation n'est pas négligeable pour les familles. Un calcul fait en région bruxelloise (1997) évalue les dépenses en matière de soins de santé par ménage à 2.637 BEF par mois, soit 5,2 % des revenus des ménages. Le poste médicaments représente à lui seul 1.103 BEF, soit 64 % de leur budget santé ou encore 2 % de leurs revenus.

Ces chiffres, représentant des moyennes, signifient qu'une bonne partie de la population consacre bien plus que 2 % de ses revenus au seul poste médicaments. Les montants sont parfois tellement élevés que nombre de patients se passent d'une partie de leur traitement.

En 1999, les mutualités socialistes ont enquêté sur le renoncement aux soins. Un échantillon représentatif de la population wallonne a été interrogé par les assistantes sociales de la mutualité. Les déclarations recueillies sont impressionnantes : 21 % des ménages attestent une expérience de renoncement aux soins ; 36 % déclarent des reports de soins ; 54 % considèrent qu'il est impossible d'assumer tous les soins requis compte tenu de leur budget ; 37 % considèrent que, s'ils disposaient de revenus plus élevés, ils en consacraient plus à la santé.

Pour le seul poste des médicaments, 16 % déclarent des renoncements. Les produits ne sont pas achetés, ou remplacés par d'autres moins onéreux ou déjà disponibles, ou pris à un rythme inférieur à celui recommandé « pour aller plus longtemps avec la même boîte ».

Le report ou le renoncement ne touche pas de la même façon tous les membres du ménage : les adultes se privent plus fréquemment et donnent la priorité aux soins des enfants. Ces phénomènes peuvent être ponctuels, lors de périodes difficiles, ou s'inscrire dans la durée. Au fur et à mesure que l'on remonte dans l'échelle des revenus, le taux de report/renoncement diminue. Au-delà de 25.000 BEF de revenu par unité de consommation (voir encadré), les ménages sacrifient exclusivement les soins dentaires, les lunettes et l'achat de médicaments. Le renoncement est lié à l'importance du coût à payer, au fait que la personne doit s'assumer seule ou se trouve dans une situation socioprofessionnelle instable (emploi précaire, ...).

Revenu par unité de consommation : revenu par membre du ménage, avec une pondération attribuée à chaque membre du ménage : premier adulte = 1, autres personnes de plus de 14 ans = 0,7 et enfant de moins de 14 ans = 0,5. Exemple : un revenu net global de 67.500 BEF pour une famille comprenant les parents (1 + 0,7) et deux enfants de moins de 14 ans (2 x 0,5) correspond à un revenu par unité de consommation de 67.500 divisé par 1+0,7+0,5+0,5, soit 25.000 BEF.

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

Le premier obstacle est d'avancer l'argent d'une prestation. Le renoncement dépend de l'équilibre global du budget du ménage, et non uniquement du coût. Les structures de recours sont la famille et le CPAS.

Les différents rapports sur la pauvreté et les déclarations des représentants des personnes en difficulté confirment que le poste médicaments est le plus lourd à porter dans les soins. Les mécanismes d'aide aux démunis sont insuffisants en ce domaine : les CPAS limitent le remboursement des médicaments par des procédures souvent obscures pour l'usager et pour le prescripteur. De plus, un nombre croissant de personnes accumulent les difficultés et ne sont plus acceptées dans les CPAS : si elles parviennent souvent à trouver un soignant acceptant de les examiner gracieusement, il ne leur est pas toujours possible de se soigner correctement avec des moyens de fortune (échantillons, etc.). Quant à la procédure dite d'aide médicale urgente aux personnes en séjour illégal, elle se heurte fréquemment à la mauvaise volonté des CPAS.

Les malades chroniques sont particulièrement vulnérables au coût des médicaments : si leur participation aux soins est plafonnée grâce à la franchise sociale (et fiscale), leurs médicaments ne sont actuellement pas pris en compte dans ces calculs.

Les catégories les plus pauvres de la population sont évidemment les plus touchées. Leurs faibles ressources ne sont pas seules en cause : elles sont également les plus exposées aux nuisances, vivent dans des conditions moins favorables et on sait maintenant que le statut social « inférieur », la moindre estime de soi et le manque d'emprise sur son destin génèrent par eux-mêmes un moins bon niveau de santé. Dès lors la question de l'accès au médicament et aux soins déborde le seul plan économique.

Que fait-on ?

Dans les faits, les décideurs politiques affrontent les difficultés d'accès au médicament

sous un angle microéconomique. D'excellentes mesures ont été prises récemment : l'extension du régime préférentiel à toute une série de catégories défavorisées a fortement diminué leur participation personnelle dans leur facture pharmaceutique. Le projet d'inclure le coût des médicaments dans le calcul de la franchise sociale plafonnerait les dépenses à un niveau acceptable. Une meilleure information des patients et une sensibilisation accrue des prescripteurs aux coûts iront dans le même sens. Par contre, quand les mutuelles assurent certains frais pharmaceutiques pour leurs affiliés qui souscrivent à des cotisations supplémentaires, elles ouvrent une brèche dans la solidarité et menacent à terme son équilibre : cette piste est à redouter.

Toutes ces mesures procèdent d'une même philosophie : au social de courir derrière l'économique. Au-delà de la problématique immédiate de l'accès au médicament se pose la question du coût des produits pharmaceutiques, c'est-à-dire de la fixation des prix et, en amont, celle de la recherche dans laquelle les pouvoirs publics s'en remettent au secteur privé. Il s'agit donc bien d'une question de projet politique et les mesures prises en faveur des moins aisés ne constituent que des solutions palliatives et temporaires. ●

Sources

La santé de la population en Belgique 1997, Institut scientifique de la santé Publique, Bruxelles 1998.

Bruxelles Santé, numéro spécial 1999.

« Le phénomène du renoncement aux soins », *Renouer* n°37, janvier-février 2000.

Santé conjugulée 8, avril 1999.

Drogue d'usage, drogue d'abus

Le médecin et l'usager de drogues



.....

Un titre provocateur, tant il engraisaille la limite entre l'usage et l'abus, entre le médicament et la drogue, entre l'utilisateur de produits pharmaceutiques et l'usager de drogues. Et pourtant c'est bien des limites de la thérapie médicale dont il s'agit quand il faut aborder les marchés détournés des opiacés thérapeutiques (codéine), des barbituriques (Vesparax®), des benzodiazépines (Valium®, Xanax®, Rohypnol®) et bientôt peut-être des sérotoninergiques (Prozac®, Seroxat®). L'analogie d'usage entre les médicaments prescrits pour la sphère mentale et les drogues de rue est frappante. Les médicaments prescrits par les médecins et détournés de leur usage le sont-ils sans responsabilité aucune des producteurs, prescripteurs, délivreurs et autorités sanitaires ?

.....

Entre médicaments et drogues

D'innombrables substances thérapeutiques ont été détournées de leur usage depuis que la médecine s'appuie sur une pharmacologie réputée scientifique. L'héroïne elle-même est toujours reprise à la pharmacopée en Angleterre et tous les produits sédatifs ou psychotropes ont été mis à contribution par des esprits chercheurs de sensations différentes.

Du chloral aux barbituriques, des benzodiazépines (BZD) aux *serotonin selective reuptake inhibitors* (SSRI), toutes les prescriptions peuvent être détournées

volontairement ou non par des patients aux abois. Il n'est pas encore certain que les nouveaux antidépresseurs donneront lieu au même marché sauvage que nous connaissons avec les benzodiazépines dont le caractère addictif est maintenant bien documenté¹. Ces dernières, comme le relève Charles Medaware dans un ouvrage brillant à propos du marché de la dépression², étaient réputées très sûres et non addictives au moment de leur mise sur le marché.

En examinant le marché des drogues médicamenteuses en Europe, on s'aperçoit de la diversité des usages selon les groupes locaux. Ceux-ci forment souvent des communautés d'usagers sélectifs. C'est ainsi que le témazépam, retiré récemment de la prescription des omnipraticiens³ anglais, était confiné à certaines régions d'Angleterre comme drogue de rue alors qu'il est inconnu des toxicomanes de Belgique et de France. Le triazolam (Halcion®) était aussi très prisé des toxicomanes anglais avant son retrait du marché

Marc Jamouille,
médecin de famille, unité de médecine de famille et soins primaires, École de santé publique, université libre de Bruxelles.

Texte préparé pour un atelier de la 6^{ème} Université d'été T3E (Toxicomanie - Europe - Échanges - Études) : Les polytoxicomanies en Europe, Bruxelles, 25-26-27 juin 1998.



anglais en raison de ses effets secondaires psychotropes⁴ (alors qu'il reste commercialisé en Belgique). De même l'alprazolam se développe en Espagne (Trankimazin®)⁵ comme drogue de rue alors qu'en Belgique (Xanax®) nombreux sont les patients non toxicomanes qui en deviennent dépendants. Le chlorazépatate est préféré en France (Tranxène®) et en Espagne (Tranxillium®) comme drogue de rue mais peu en Belgique. Seul le diazépam (Valium®) et le

flunitrazépam (Rohypnol®) échappent, semble-t-il, aux particularités locales. Le Rohypnol® en particulier est partout populaire⁶, exigé, protégé ou interdit. Son interdiction en Angleterre et aux Etats-Unis⁷ ne suffit pas à ébranler les autorités sanitaires des autres Etats d'Europe où, substitut dangereux de l'héroïne, il continue à faire des ravages en toute tranquillité. Et nous n'avons abordé que les benzodiazépines. Du côté des barbituriques, le Vesparax® poursuit sa carrière en Belgique et a de nombreux morts à son actif alors qu'il n'est plus nécessaire d'en disposer en thérapeutique (Le Vesparax® a été retiré de la vente peu après la rédaction de cet article - ndlr). La buprénorphine (Temgésic® - Subutex®) est devenue en France un instrument récréatif et mortel⁸, source de marché noir. Des nouvelles voies sont explorées en Écosse avec la carbamazépine (Tégrétole®)⁹.

Thérapeutique et automédications

Pour qu'il y ait possibilité de relation thérapeutique, il faut que le patient accepte le rôle du malade mais il faut aussi que le médecin accepte le rôle du thérapeute.

On sait que le rôle de thérapeute n'est pas vraiment facile dans ce cas et que, même si certains passionnés de médecine s'investissent dans l'approche thérapeutique des usagers de drogues, ils peuvent être entourés de collègues peu compétents, mal formés ou plus simplement vénaux qui transforment ainsi l'offre de soin en une offre de vente. D'autres, investis de « mission sacrée », jouent les boucs émissaires pour les politiques ou juges frileux qui frémissent de peur devant l'opinion publique souvent manipulée.

Que dire alors du rôle du malade ? Pour pouvoir endosser le manteau du malade, sortir de l'enfer de la rue et entrer dans le purgatoire de la médecine, il faut une solide dose de courage et être particulièrement entouré, ce que les « tox » ne sont généralement pas. De la rencontre d'un malade qui ne se reconnaît pas comme tel et de thérapeutes inadéquats, il ne peut ressortir que de la médecine de bazar, profondément influencée par les croyances des uns et des autres. Les médecins donneront ce qu'ils croient

bon pour être débarrassés au plus vite de ces malades gênants. Ceux-ci ayant eux-mêmes acquis une expérience de terrain avec les substances les plus adaptées à leurs besoins, substitutifs ou récréatifs, feront le nécessaire pour obtenir les produits adéquats.

Il est dès lors logique que les produits les plus prescrits dans la population générale deviennent les plus populaires dans la population des drogués de rue dans la mesure où ces produits assouviennent les angoisses des uns et des autres, médecins y compris. Comme le Témazépam a fait l'objet de deux cent quatre-vingt six millions d'ordonnances en Angleterre entre 1981 et 1989, il n'est pas étonnant, vu sa rapidité d'action, qu'il soit devenu un produit d'usage de rue dans ce pays. Les médecins ne prescrivent pas par hasard telle ou telle substance. Ils sont l'objet d'un marketing publicitaire soigneusement élaboré. Il pourrait dès lors exister une relation directe entre l'effort publicitaire consenti et les types de drogues retrouvées dans la rue.

La médecine à l'envers

Médecin de famille en activité dans une population urbaine d'une ville ex-industrielle et minière, je soigne depuis vingt-cinq ans, comme généraliste, tous ceux qui pensent que leur problème est un problème de santé.

J'ai vu arriver un jour une dame d'un certain âge accompagnée de son mari. Attirée par ma récente réputation erronément salvatrice, suite à la publication d'une étude sur le Rohypnol®, ils avaient été séduits par mon label « vu à la télé »¹⁰. Après s'être présenté, le mari me dit douloureusement que sa femme était soignée depuis si longtemps par tant de docteurs. Ils avaient pensé que je leur apporterais la solution tant cherchée. Alors, lentement et silencieusement, il sortit d'un grand sac en plastique posé à terre à côté de mon bureau une série impressionnante de boîtes de médicaments qu'il posa minutieusement une à une sur la table. Fasciné par le procédé, je dénombrai un à un tous ces médicaments, prescrits me dit-il ensuite, par trois psychiatres et un médecin généraliste visités ces quatre dernières années.

Il y avait là tout l'arsenal pharmacologique de la santé mentale. En gros j'ai pu regrouper les médicaments étalés en quatre grandes classes selon qu'ils s'adressent à l'angoisse, à la dépression, à la folie ou au désarroi.

A l'évidence, cette femme profondément dépressive était victime de la médecine à l'envers. La médecine à l'envers est abondamment pratiquée. Dans ce type de pratique, l'angoisse est ce qui se soigne par les anxiolytiques, la dépression est avérée quand elle réagit aux antidépresseurs, la folie se démontre par son anéantissement par les antipsychotiques et quelques substances utilisées comme placebo ou pour faire passer du temps traduisent le désarroi du couple thérapeute-patient.

On imagine en consultant le contenu du sac de notre patiente le désarroi des praticiens (et y compris le mien) devant un tableau si complexe et le « diagnostic » opératoire devient celui de « *dépression-anxieuse-délinante-rien-à-y-faire* ».

Le sac du patient et le sac du « tox »

Par analogie avec le tableau 1 on peut classer assez facilement les substances prises par les « usagers de drogues », euphémisme pour « toxicomanes ». Il y a une étrange analogie entre les opiacés, tranquillisants et somnifères du « tox » et ceux pris en routine par nos patients réputés « normaux ». Comme antidépresseur et pour se réanimer d'une vie si pesante et obérée par le non faire, les « tox » préfèrent de loin les amphétamines, la cocaïne ou l'ectasy, substances qui au fond remplissent les mêmes fonctions que le Prozac® et autres stars du bien-être sur pilule. Alors que les médecins tentent de maîtriser cet esprit qui parfois s'envole, les usagers de drogues l'explorent avec délectation en utilisant des substances aussi raffinées que le LSD (acide

Écraser	Raboter
Tranquillisants et somnifères	Antipsychotiques et connexes
Théralène (alimémazine)	Haldol (halopéridol)
Tranxène (clorazépatte)	Dipipéron (pipampérone)
Uni-tranxène	Dogmatil (sulfiride)
Lexotan (bromazépam)	Deanxit (flupentixol+mélitracène)
Clozan (clotizépam)	Orap forte (pimozide)
Valium (diazépam)	Clopixol (zuclopenthixol)
Procalmadiol (méprobamate)	Tremblex (dexétimide)
Rohypnol (flunitrazépam)	Vesalium (halopéridol+isopriamide)
Stilnoct (zolpidem)	
Ranimer	Gagner du temps
Antidépresseurs	Placebos
Trazolan (trazodone)	Défaty plus
Seroxat (paroxétine)	Sedinal
Vivalan retard (vilaxazine)	
Pertofan 25 (désipramine)	
Prozac (fluoxétine)	
Anafranil 25 (clomipramine)	

Tableau 1 : **Le sac du patient** : Contenu du sac de médicaments d'une patiente polypsychiatisée vue en consultation de médecine générale, Gilly, Belgique, 1996. Médicaments prescrits en quatre ans par trois psychiatres et un généraliste.

S'écraser	Se raboter/déliner
Opiacés, tranquillisants et somnifères	psychodysléptiques
Morphine	LSD
Buprénorphine IV	Psylocibine
Codéine	dextrométorphan
Méthadone	PCP (phénylcyclidine)
Héroïne	
Cannabis	
Tranxène (chlorazépatte)	
Lexotan (bromazépam)	
Clozan (clotiazépam)	
Valium (diazépam)	
Procalmadiol (méprobamate)	
Rohypnol (flunitazépam)	
Vesparax (brallobarbital+hydroxyzine)	
S'animer/s'éclater	Gagner du temps
Amphétamines	Méthadone
Cocaïne	Buprénorphine
ectasy	Codéine
	Dextropoxyphène
	Cannabis

Tableau 2 : **Le sac du « tox »** : essai de classement raisonné des substances utilisées en auto-médication de mal-être.

lysergique), la psylocybine, le dextrométhorphan (DXM) ou l'*Angel dust* (PCP) et la liste n'est pas limitative. Et enfin, pour faire passer le temps entre deux prises ou pour se donner le temps de retrouver la vie, certains opiacés peuvent être utiles et sont utilisés parfois à grande échelle. Le cannabis, quant à lui, principal véhicule de l'intoxication à la nicotine chez les jeunes, occupe une place à part et pourrait se retrouver dans les quatre catégories mais pas comme drogue, simplement comme agent socialisant.

Les médecins, une source inépuisable de produits

« Ma grand-mère, du Témesta®, elle en a tant qu'elle veut. Son médecin lui en fait autant qu'elle demande ». « Des médoc, il y en a toujours chez moi, mes vieux en prennent tous les deux » sont des phrases habituelles de consultations avec des jeunes usagers de drogues. Il est vrai que les tranquillisants, mineurs ou majeurs sont dispensés dans le pays avec une désinvolture étonnante. Les patients sont exigeants, les médecins débordés ou désemparés, à l'affût de nouveaux patients ou angoissés eux-mêmes de perdre un client. « Mettez-moi donc deux boîtes de cinquante comprimés » est si souvent entendu et on se lasse vite d'expliquer pourquoi on refuse. Ces produits, présentés comme anodins par nombre de visiteurs médicaux, sont souvent dangereux.

* Être ravagé : état d'obnubilation semi-consciente obtenu notamment par l'utilisation d'héroïne ou de benzodiazépines d'action rapide.

** Rocheman ; en argot de Charleroi, utilisateur compulsif de Rohypnol®.



En voici quelques témoignages :

● Le Dormicum® (midazolam), un produit qui ravage* bien

« En tous cas, le produit du gastro ravage bien, mais je ne me souviens pas de ce qu'il m'a dit » me relate mon patient en maintenance par méthadone. Ancien fan de « médoc », qu'il prenait déjà avant l'héroïne pour être bien ravagé, il connaît bien cette sensation d'obnubilation mais cette fois c'est avec le Dormicum® qu'il l'a retrouvée. Il a bénéficié d'une injection qui lui a permis de subir une gastroscopie.

● Le lorazépam réveille la violence d'un ancien Rocheman **

Le Témesta® (lorazépam) est le somnifère sacré de milliers de personnes âgées dans notre pays et est souvent présent dans « l'armoire à produits » des patients. J'ai eu récemment l'occasion d'entendre l'histoire de l'intoxication aiguë par ce produit vécue par un de mes patients. Cette personne était en suivi de traitement par méthadone en médecine de famille, fin de deuxième année. On trouvera dans le tableau 3 la reproduction de mes notes de consultations.

On a donc affaire à une intoxication aiguë chez un sujet d'apparence normale, avec une bonne socialisation, non alcoolique, sevré d'héroïne et de flunitrazépam et en état d'imprégnation chronique par un agoniste des récepteurs μ (méthadone). Le niveau intellectuel est faible et le degré d'introspection quasi nul. La dépendance à la mère et à la compagne « mère » est complète. Le père est présent mais totalement effacé.

Sans préméditation explicite, le patient, souffrant d'une rage de dent, est amené à prendre 5mg de lorazépam comme somnifère. L'inefficacité par rapport à la douleur l'induit à reprendre trois comprimés d'un coup (début de la compulsion). Ces cinq comprimés réveillent le souvenir de l'intoxication passée. Il se sent ravagé, terme identique à celui utilisée par les utilisateurs d'héroïne ou de flunitrazépam (Rohypnol®). Le processus semble alors le même qu'avec ce dernier produit y compris pour la compulsion au vol avec agressivité,

levée des inhibitions, diminution de l'état de conscience et amnésie antérograde. Il y a toutefois des éléments différents qui semblent de la lignée dépressive et paranoïde avec distorsion de la réalité et hallucinations. Le recours à la méthadone doit se comprendre comme un geste de recours thérapeutique. La méthadone est pour ce patient un médicament miracle qui, à haute dose, lui a permis de sortir d'une intoxication grave et récidivante par le flunitrazépam (plus de trente comprimés par jour). Il la perçoit comme salvatrice en ce sens qu'il sait que ce produit l'a déjà sauvé mais, pris dans par sa dynamique compulsive il exige agressivement de pouvoir disposer de sa méthadone confiée à la famille et avale tout ce qui reste en une fois.

● Le lorazépam à l'origine d'un accident de travail particulier

Fatima est aide familiale et a l'épaule en écharpe. Elle a été victime d'un accident de travail alors qu'elle prestait chez un jeune invalide cloué dans un fauteuil roulant. La compagne de cet homme est très dépressive. En état d'ébriété alcoolique manifeste, elle surgit dans la maison, clame qu'elle a pris dix Témesta® 2,5 (lorazépam) et du vin, reprend cinq comprimés en une fois devant l'aide familiale médusée. Le ton monte, la femme agresse l'invalide, le frappe, le mord, frappe l'aide familiale à l'épaule. La police appelée à la rescousse finit par hospitaliser de force la folle furieuse. Quelques jours plus tard, elle écrit un mot d'excuse. Elle dit ne se souvenir de rien.

Les médicaments sont délivrés sous responsabilité médicale

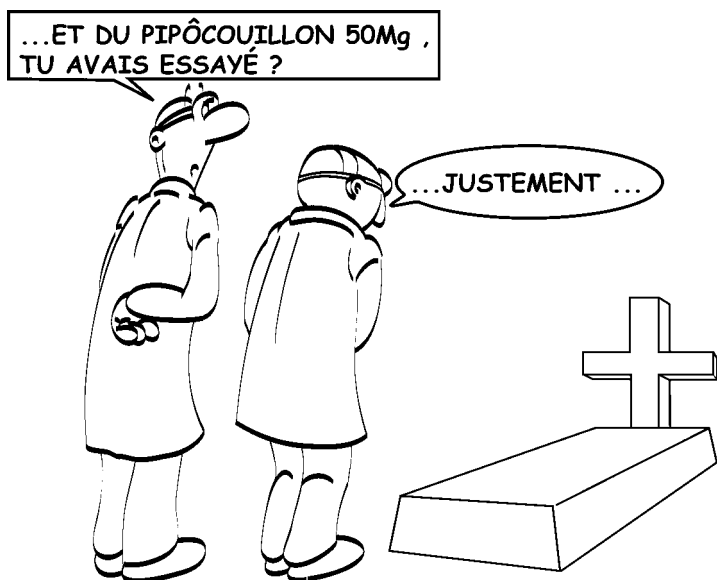
On a donc pu mettre en évidence en parcourant rapidement la littérature que les benzodiazépines, sous prescription médicale obligatoire, sont devenues un problème de santé majeur en raison de leur capacité addictive. L'expérience quotidienne nous apprend qu'elles sont bien connues des usagers de drogues pour la facilité avec laquelle elles lèvent les inhibitions et induisent un état de semi-conscience et d'amnésie anté-rétrograde.

La question est donc de savoir si les médecins endossent une responsabilité en prescrivant des produits qui peuvent être détournés. En amont, la question est posée aux sociétés pharmaceutiques qui commercialisent ces produits, en aval aux pharmaciens qui les délivrent.

Héroïne en fumette arrêtée depuis un an (en maintenance par la méthadone). Intoxication majeure itérative par le Rohypnol® (plus de 30c/jour) stoppée il y a deux ans. Pas d'alcool. Travaille régulièrement comme peintre en bâtiment qualifié. 23 ans. Vit en couple. Projette d'avoir un bébé. Aucune introspection. « Tout va bien ». Ciel bleu. Faits relatés par la compagne et le patient quatre jours plus tard. Lui ne se rappelle plus vraiment ;

- Suite à une rage de dents, il a souffert d'insomnie majeure.
- Prend deux Temesta® 2.5 (de sa compagne) pas d'effet, toujours mal aux dents, ne dort pas, reprend trois Temesta® une demi-heure après.
- Commençait à devenir bizarre, disait à sa compagne qu'il se sentait « ravagé », bien, mais toujours avec son mal de dents.
- Il reprend encore deux comprimés alors qu'il a déjà perdu le contrôle des événements, pour ensuite finir toute la boîte d'un coup (vingt comprimés au total).
- Le couple résidait chez la mère du patient. Ce dernier devient **agressif** vis-à-vis de sa mère et commence à lui reprocher de le couvrir. Le papa reconduit le couple en voiture.
- Début **d'hallucinations**, voit des paquets de chips à ses pieds, pense qu'il est dans un train ou un taxi.
- Arrivé à la maison, et vu l'état **d'énervement** du fils, le père démissionne et retourne chez lui.
- A la maison, agressif, sort faire un tour. Voulait aller **voler** « pour avoir de l'argent », prend des tournevis pour entreprendre une effraction, ne l'a pas fait.
- Il revient en **pleurant** disant que des gens le **surveillent**, voyait quelqu'un derrière sa compagne, la police dans le corridor, de l'eau dans les escaliers. Il répétait « je deviens **fou**, je deviens fou ». Il **voyait** des pilules partout à terre : « Ramasse-les, tu vas marcher dessus » disait-il à sa compagne. Il demande une pilule de méthadone (35mg). Refusée par sa compagne. Refus, énervement, agressivité, reçoit la boîte (peur), prend tout (quinze gélules).
- Il **divague** encore plus, repart avec son tournevis puis revient, toute la nuit. S'engueule avec sa compagne.
- Finit par se calmer vers quatre heures du matin. **Surexcité**. Hallucination maximale. Des pilules, des femmes, de l'eau, les meubles qui bougent...
- Il a demandé à appeler ses parents. Les parents l'ont amené à l'hôpital. Biologie, prise de sang, repos quelques heures. Retour à la maison.
- Amnésie rétrograde quasi complète. Encore un peu ravagé. Se souvient de certains faits si on les lui raconte.

Tableau 3 : Effet d'une intoxication aiguë par le lorazépam (Témesta®).
Intoxication aiguë non contrôlée par le Témesta® chez un patient en traitement par méthadone (en gras, les principaux symptômes).



Entre le moment où il est apparu que le témazépam était un produit addictif et le moment où il a été retiré de la prescription des omnipraticiens anglais il s'est écoulé quasi dix ans. La société qui commercialisait ce produit a même tenté de le mettre sur le marché sous une autre forme, ce qui a fait encore plus de dégâts alors que la forme galénique nouvellement produite ne permettait même plus une utilisation du produit comme somnifère¹¹. Non seulement le témazépam était en lui-même toxique pour les veines¹², mais en plus la gélatine contenue dans les nouvelles formules était thrombosante. Il est patent depuis plus de vingt ans que le Rohypnol® (flunitrazépam) est un produit mentalement dangereux. Il a maintenant le statut de drogue dure aux Etats-Unis et en Angleterre alors qu'il reste disponible légalement dans la plupart des pays d'Europe.

Force est de constater que médecins, pharmaciens, sociétés pharmaceutiques et autorités sanitaires n'assument pas leur responsabilité face aux erreurs commises par des personnes irresponsables qui utilisent de façon dangereuse des produits légalement prescrits.

Et pourtant on a vu que la culture du médicament et la contre culture de la drogue suivent des itinéraires parallèles et souvent similaires. Le sac du patient et le sac du « tox » ont des similitudes frappantes. Chacun tentant à sa manière d'assumer la vie. Les toxicomanes sont des gens qui, dans leur douleur de vivre,

cherchent le produit salvateur et les patients font de même. Il n'y a pas grande différence. A nous médecins de comprendre, aider à maîtriser et accompagner ces souffrances tout en assumant les responsabilités de nos prescriptions. Aux délivreurs pharmaciens d'assumer leur responsabilité légale de protection du patient en ne délivrant pas s'ils sentent qu'il y a danger. Et s'il est patent que la pression trop forte ne permet plus aux médecins ni aux pharmaciens d'exercer leur responsabilité, il revient aux autorités sanitaires d'imposer les mesures de sauvegarde de la santé publique, quels que soient les intérêts économiques en jeux. ●

Références bibliographiques

1. Garretty DJ., Wolff K., Hay AW., Raistrick D., « Benzodiazepine misuse by drug addicts », *Ann Clin Biochem*, 1997 Jan ; 34(Pt 1) : pp 68-73.
2. Medawar C., « The antidepressant Web - Marketing depression and making medicine work », *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 1997,10, 2, pp 75-126.
3. Gossop M., Best D., Marsden J., « Consommation abusive de Témazépam en Grande-Bretagne », *Psychotropes -R.I.T* 1997 3, pp 7-18.
4. Green S., Goldberg D., Frischer M., McKeganey N., « Triazolam as a substance of abuse among injecting drug users », *Br J Addict* 1992 Jun ; 87 (6) : pp 940-941.
5. Juan Mendive, médecin de famille, Barcelone, communication personnelle.
6. Jamouille M., « Le Rohypnol, une drogue dure amnésiante », *Psychotropes -R.I.T* 1992, 2, pp 53-68.
7. Anonyme, « Rohypnol buried », *Drug ISDD link*, may/june 1998, 13 (3).
8. Reynaud M., Tracqui A., Petit G., Potard D., Courty P., « Six deaths linked to misuse of buprenorphine-benzodiazepine combinations », *Am J Psychiatry* 1998 Mar ;155 (3) : pp 448-449.
9. Crawford PJ., Fisher BM., « Recreational overdose of carbamazepine in Paisley drug abusers », *Scott Med J* 1997 Apr ; 42 (2) : pp 44-45.
10. Simon M., Gauthier P., *Rambo sur ordonnance*. Autant savoir. Radio Télévision Belge Francophone, 1995, 20min.
11. Godfrey H., Launchbury A., Priest R. et al., « Temazepam Capsules », *Lancet*, may 14, 1988, (Letters) 1113-1115.
12. Launchbury AP., Drake J., Seager H., « Misuse of temazepam », *BMJ* 1992 Jul 25 ; 305(6847) : pp 252-253.

Pris dans la toile!



Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

.....

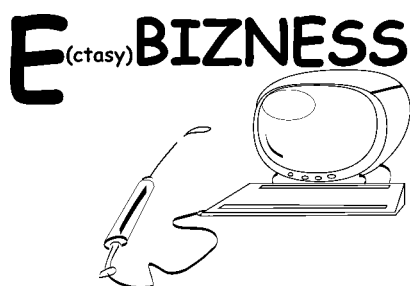
Jusqu'il n'y a guère, la population de surfeurs Internet était en grande partie composée de jeunes en quête d'expériences nouvelles et peu critiques : une proie facile pour les marchands de produits miracle. Mais le phénomène de pharmacie on line prend de l'ampleur ...

.....

D'autres sites proposent des méthodes de dopage à l'usage des sportifs. Sur *Price's Power International*, Mark Mc Gwire, mythe vivant du base-ball, fait l'éloge de l'androstènedione, un anabolisant interdit par le Comité olympique international. On peut s'en procurer à des prix promotion via le site. Toujours au rayon sportif, on trouve des alternatives au Viagra...

Pigeon !

Vous pouvez aussi acheter des médicaments, y compris des substances retirées de la vente pour l'un ou l'autre défaut. Exercice illégal de pharmacie... mais les Gouvernements ne peuvent intervenir que contre leurs nationaux !



Intercame

De nombreuses drogues sont disponibles par Internet, masquées sous un jargon vite décodé par les amateurs : E pour ecstasy, K pour kétamine, un anesthésique qui emmène le consommateur dans le « K-land », PCP pour le phencyclidine, poétiquement surnommé *angel dust* ou *bummer trip*, qui est un anesthésique et anxiolytique vétérinaire susceptible de provoquer des problèmes cardiovasculaires et des psychoses.

Comment faire son choix ? Rien de compliqué ! Les sites *Lycaenum Drug Archives* (LDA pour les intimes) ou *Kitchen Chemistry* regorgent de *Trip Reports* où les usagers dépeignent leurs sensations.

Pour les petits chimistes, des sites décrivent les techniques pour distiller la codéine présente à petite dose dans des analgésiques d'usage courant : ça donne un effet gentiment euphorisant. En réaction, divers sites sont créés, notamment aux Etats-Unis, pour contrer l'engouement des drogues, informer enseignants et utilisateurs, renvoyer à des institutions officielles (*Web of addiction*), reconnaître les drogues (*Stop drugs*)...

Le docteur Reto Rupf, de l'Institut suisse de *consultance Innovamed*, a commandé vingt médicaments via le Net. Pour voir. Trois n'ont jamais été livrés à bon port. Pour les autres, la livraison a pris de cinq à quarante-deux jours. Sur les dix-sept obtenus, onze n'étaient pas ou plus autorisés à la vente pour des raisons de sécurité et six ne pouvaient s'obtenir que sur prescription. Cinq étaient abîmés, dix étaient emballés dans des sachets neutres sans aucune indication. Moins de la moitié contenaient des indications de posologie, quatre n'étaient accompagnés d'aucun texte. L'analyse des produits fournis révèle que le principe actif est annoncé de manière approximative ou carrément erronée (pilules faussement homéopathiques), les teneurs inadéquates, la qualité insuffisante (friabilité, impuretés)... Les prix sont en moyenne quatre fois plus élevés que ceux du marché.

D'après un rapport de l'*American Medical Association*, il existerait plus de quatre cents sites web de « prescription instantanée » où des médecins prescrivent des traitements contre l'impuissance, l'obésité ou la perte de cheveux. Il suffit au patient de remplir un questionnaire *on line* et de signer une clause d'exonération de responsabilité. Le rapport stigmatise non pas la prescription, mais l'absence d'examen du patient, de contrôle sur les réponses au questionnaire et de conseils personnalisés pour l'usage du produit.

Faussaires et contrebandiers du XXI^{ème} siècle

Très souvent les produits proposés sont des contrefaçons. Les médicaments contrefaits contiennent rarement les ingrédients d'origine ou la quantité requise ; il n'est pas rare qu'ils ne contiennent aucun ingrédient actif. Les conséquences de leur usage peuvent être mortelles !

Ce commerce détourne huit à douze milliard de francs belges en droits de propriété pour les industries et en taxes pour les Gouvernements. Le nombre d'emplois perdus dans cette fraude au cours des dix dernières années en Europe est évalué à 100.000 BEF. Tous sont touchés par ce trafic, mais les pays pauvres davantage que les autres. Selon les experts, les trafics à grande échelle ont partie liée avec le crime organisé (filières de drogues ou de blanchiment d'argent) : l'image du petit contrefacteur jouant au chimiste dans sa cave est à ranger au placard.

Réactions

A tous niveaux, des autorités commencent à ce mobiliser contre le phénomène.

L'Organisation mondiale de la santé plaide pour un code de bonne conduite.

L'Organisation mondiale des douanes déplore le manque d'information qui empêche les services douaniers d'agir.

Le Comité permanent des médecins européens a édité une brochure *l'Internet et les médicaments : surfez sur Internet mais ne jouez pas avec votre santé !*

La Fédération européenne pharmaceutique demande une meilleure coopération internationale pour l'échange d'informations sur ce problème, la mise en place d'une procédure de saisie uniforme dans les Etats membres de l'Europe et l'application de sanctions plus efficaces que les amendes symboliques en vigueur.

En Belgique, l'Ordre des médecins rappelle la nécessité de l'interrogatoire et de l'examen du patient avant une prescription qui de toute manière engage la responsabilité du médecin. La simple vente de médicaments via Internet n'est pas tolérable.

Au-delà des déclarations indignées, certains pays ont brandi l'arme juridique. L'Etat du Kansas a entamé des poursuites contre sept sociétés pratiquant par le net la vente de médicaments normalement soumis à ordonnance. En Allemagne, le tribunal administratif de Francfort a interdit à une pharmacie néerlandaise de vendre des médicaments via le Net. Celle-ci fait appel au nom des millions de consommateurs qu'elle estime lésée par cette décision. Depuis, le débat fait rage. Le ministre écologiste de la santé, Andrea Fischer, s'est déclaré favorable à la participation d'Internet dans la distribution de médicaments, ce qui mettrait fin à "la tutelle des pharmaciens sur les consommateurs". Les caisses d'assurance estiment à 20% les économies qu'elles pourraient réaliser sur les coûts de distribution du médicament grâce aux commandes "on line". Déjà certains fabricants proposent eux-mêmes leurs produits sur Internet.

Un véritable danger ?

Une enquête américaine réalisée fin 2000 par *Insight Express* révèle que 57% des personnes interrogées n'ont aucune intention de commander des médicaments de cette façon et que seuls 12% l'envisagent. Les réticents déclarent surtout préférer le contact avec leur pharmacien habituel. Les circuits traditionnels du médicament ne tremblent pas sur leurs bases mais l'impact de l'E-pharmacie n'est pas négligeable. Son développement sera-t-il durable ? Faut-il s'en soucier ?

Le phénomène de l'automédication n'est pas nouveau. Dans nos contrées où les médicaments s'achètent en officine, un garde-fou efficace est constitué par le dialogue qui peut s'installer avec le pharmacien. Internet court-circuite cette sécurité. Ce danger dépasse le cadre de la santé individuelle : on sait par exemple que dans les pays où les antibiotiques sont en vente libre, la résistance de certains microbes à ces médicaments est énorme et menace la santé publique. La dérégulation du marché du médicament par Internet met les Gouvernements au défi de trouver une parade qui se devra d'être mondiale sous peine de ne servir à rien. ●

Savoir médical et culture d'usage



•••••

Le savoir sur le médicament est produit dans trois contextes : le contexte du producteur, celui du prescripteur et celui de l'utilisateur :

- *Les firmes pharmaceutiques fabriquent les médicaments. Dans ce cadre, ces derniers sont le résultat conjugué de recherches scientifiques et d'études de rentabilité économique ;*
- *Le médecin prescrit le médicament. Il l'utilise à des fins thérapeutiques ;*
- *Enfin le patient connaît le médicament par l'effet qu'il produit. Il développe à son sujet une culture d'usage.*

•••••

Ces trois modes de connaissance et d'utilisation du médicament sont régulièrement amenés à se rencontrer, à se confronter et à s'affronter. Un rapport de force s'établit entre eux. Le savoir médical et celui des firmes pharmaceutiques occupent toute la scène. Celui des patients méconnu et décrié fait office de clandestin.

Je n'aborderai pas la problématique de la production du médicament et du rapport entre firmes pharmaceutiques, médecins-prescripteurs et patients-acheteurs.

Je voudrais plutôt interroger le lien qui se noue entre le savoir du médecin et celui du patient.

Le savoir médical

Le médecin connaît et maîtrise le médicament exclusivement sous son aspect thérapeutique. Il sait pour quelles affections il convient de le prescrire, à quelle dose et pendant combien de temps. Il en connaît les indications, les contre-indications et les effets secondaires. Il sait quels

résultats il peut escompter du traitement. Il connaît le pourcentage de succès et le taux d'échecs des différents médicaments. Le savoir médical se fonde sur des connaissances scientifiques d'une part et sur des données statistiques d'autre part.

Outre les effets thérapeutiques inhérents à la molécule chimique elle-même, le médecin est conscient de la valeur symbolique que comporte le seul fait de prendre un médicament.

En prescrivant un médicament, le médecin transforme les troubles dont se plaint le patient en maladie et signifie que cette maladie vaut la peine que l'on en tienne compte et que l'on fasse quelque chose. Prendre un médicament équivaut de la part du patient à donner au malaise qu'il ressent le statut de maladie. C'est une façon de se reconnaître malade et de le signifier à son entourage.

La façon dont le médicament est prescrit influence l'effet thérapeutique : le médecin se prescrit en même temps que le médicament (*confer* les idées de Balint).

Bien qu'ils en parlent peu, les médecins savent tout cela et utilisent pour soigner le poids symbolique des médicaments en même temps que leurs propriétés pharmacologiques.

Mais le médicament reste exclusivement un objet thérapeutique. Il ne doit être utilisé qu'à cette fin. Les autres modes d'utilisation sont occultés et lorsqu'ils ne peuvent être niés, ils sont violemment combattus.

Le savoir du patient

Le savoir du patient est d'une toute autre nature : il est lié à l'usage.

Dans la plupart des contacts que nous avons avec les patients, la relation qui se noue autour du médicament est claire. Le malade nous demande de soulager tel symptôme, de guérir telle maladie. Il nous laisse décider du traitement (médical, chirurgical, soins infirmiers, kiné...) et *à fortiori* choisir le type de médicament qui convient. Le malade met parfois le traitement en question pour des tas de raisons (coût, désagrément, motivation insuffisante...) mais il ne conteste pas le fait que le médecin est habilité à prescrire et que son savoir en matière de médicaments est le seul valable.

Monique Boulad,
*médecin
généraliste à la
maison médicale
la Glaise et
présidente du
comité d'éthique
de la Fédération
des maisons
médicales.*

Il arrive que les choses se passent autrement : le patient vient chercher telle ou telle substance bien particulière. Il ne nous demande pas de soigner son insomnie ou sa dépression mais de lui prescrire du Temesta® ou du Prozac®. Nous avons alors la très désagréable impression que les symptômes présentés ne sont qu'un prétexte pour obtenir un médicament précis qui n'est pas utilisé uniquement à des fins thérapeutiques. Le malade recherche les différentes sensations que produit la substance chimique : l'apaisement, l'excitation, la satisfaction... Il sait comment les provoquer : c'est la culture d'usage. Les psychotropes, drogues et alcool compris, sont bien sûr les substances qui induisent la plus forte culture d'usage.

Le médicament est vécu sur le mode du pharmakon, à la fois remède et poison, indissociablement remède et poison. Le pharmakon est construit sur un mode instable : il n'est ni bon ni mauvais ; il ouvre une multitude de possibles. Il guérit et intoxique. Il peut soulager le malaise ou l'augmenter. Il favorise la créativité et l'imagination ou au contraire vide l'esprit et endort. Il stimule la

et physique où l'on se trouve au moment de l'administration.

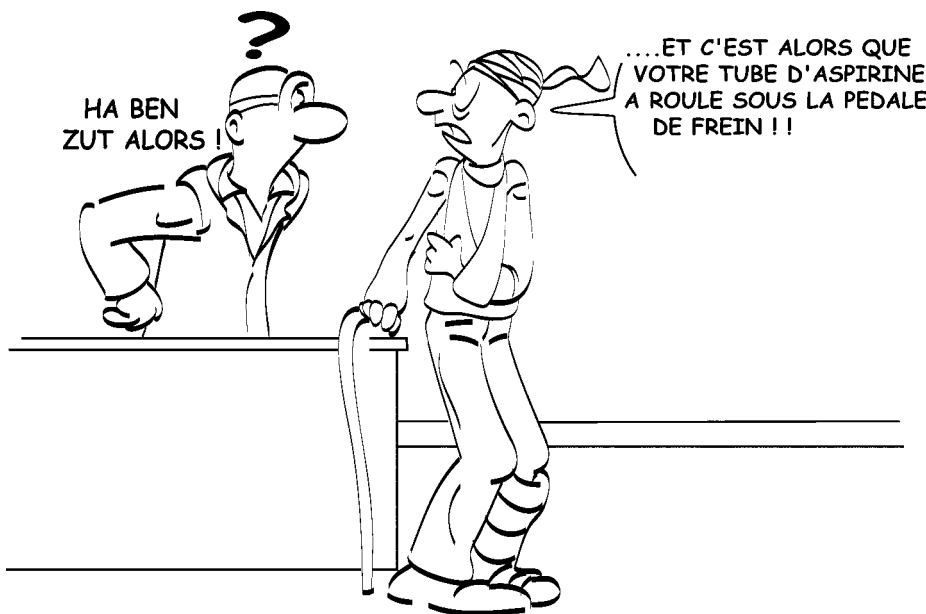
Seule la culture d'usage permet de stabiliser le pharmakon.

La médecine est incapable de penser une substance chimique en termes de pharmakon. Elle l'aplatit et la transforme en médicament : un seul de ses effets est pris en compte ; il est promu au rang d'effet thérapeutique, les autres devenant des effets secondaires. L'utilisation du médicament ne se justifie que dans le cadre d'un traitement ; les doses et le mode d'administration sont strictement balisés à cette seule fin. Excluant ses autres propriétés, la médecine a limité le pharmakon à sa fonction thérapeutique dont elle a le monopole du discours et de la prescription.

Place de la culture d'usage

Il faut nous rendre à l'évidence : le patient possède une connaissance sur le médicament qui vient se heurter à la nôtre. Elle est d'une toute autre nature : au lieu de se baser sur l'expérimentation scientifique, elle découle de l'expérience. A partir des effets qu'il a ressentis, des trucs qu'il a trouvés, le malade sait comment utiliser le médicament au mieux et comment mettre à profit toutes ses potentialités. Ce savoir est opérationnel : il rend le traitement praticable. Sans cette connaissance du médicament, la compliance serait encore moins bonne.

Cette connaissance a du mal à s'élaborer et à se structurer en tant que savoir transmissible pour différentes raisons. Les utilisateurs de médicaments se retrouvent rarement entre eux pour partager leur expérience. Cela arrive parfois : c'est le cas des toxicomanes qui se



libido ou l'inhibe. Il permet l'introspection, le rêve et le voyage intérieur mais à l'opposé, il est agent d'extériorisation, producteur de lien et d'empathie au sein d'un groupe. Son action est dépendante de l'usage qu'on en fait, de la dose utilisée, du contexte, de l'état psychique

rassemblent autour de l'usage de substances chimiques dont certaines sont aussi des médicaments. Ils apprennent comment les utiliser et s'initient entre eux.

Le savoir des patients ne fait pas le poids face au tout puissant savoir médical. Ce dernier jouit à la fois de très solides bases théoriques, de succès thérapeutiques indiscutables et du monopole de la légitimité sociale. Toute tentative de parler du médicament en dehors du contexte médical ou pharmaceutique est décriée, discréditée et réprimée.

Très peu de place est faite au savoir tiré de l'expérience du médicament.

Au sein des maisons médicales, la situation est-elle différente ?

Nous prônons l'autonomie des patients. N'est-ce pas une manière de reconnaître la culture d'usage ?

Encourager l'autonomie implique la reconnaissance de la compétence du patient à se prendre en charge mais n'implique pas la reconnaissance du patient comme producteur de savoir. Pour que le patient puisse décider et agir en connaissance de cause, nous développons l'information et l'éducation sanitaire, nous lui apprenons à utiliser les médicaments à bon escient, de la façon dont la médecine les a construits. Il n'y a aucune place pour un savoir dont l'usager serait l'auteur et qu'il serait susceptible de transmettre et d'enseigner.

Les médecins restent seuls autorisés à produire du savoir.

La participation des patients fait partie du projet des maisons médicales. Mais nos résultats sur ce point sont médiocres : nous n'avons que rarement réussi à intégrer les groupes de patients et à établir une collaboration fructueuse avec eux. La non-reconnaissance du patient comme producteur de savoir n'est elle pas une des causes de cet échec ?

Favoriser l'émergence et la structuration du savoir issu de l'usage des médicaments nous permettrait peut-être de sortir de l'impasse et nous réserverait sans doute des découvertes surprenantes. Le patient n'est-il pas l'inconnue capable de modifier radicalement la médecine ? ●

Eclairages sur la pilule

Bernadette Habimana, licenciée en sciences de la santé publique et Marianne Prévost, sociologue à la Fédération des maisons médicales.

Extraits du mémoire intitulé : Les IVG dans la communauté congolaise de Bruxelles : une problématique d'éducation pour la santé. Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de licenciée en sciences de la santé publique, orientation promotion-éducation santé, université catholique de Louvain, septembre 1999.



Nous livrons ici quelques paroles d'hommes et de femmes congolais vivant à Bruxelles, concernant un type de médicaments bien particulier : les contraceptifs. Ces paroles sont extraites d'un mémoire relatif aux interruptions volontaires de grossesse dans la communauté congolaise de Bruxelles, problématique préoccupant les intervenants en contact avec cette population.



La pilule nuit à la santé...

L'auteur a tenté de comprendre les raisons de la faible utilisation des contraceptifs modernes dans cette communauté et de l'incidence élevée des interruptions volontaires de grossesse. Elle a procédé par entretiens semi-structurés en groupes focalisés, auxquels se sont ajoutés quelques entretiens individuels de femmes ayant pratiqué une interruption volontaire de grossesse. Les extraits présentés ici sont loin de rendre compte de toute la richesse de ce travail, qui ouvre plusieurs pistes de réflexions ; ils donnent simplement un bref éclairage sur tout ce que peut susciter un médicament.

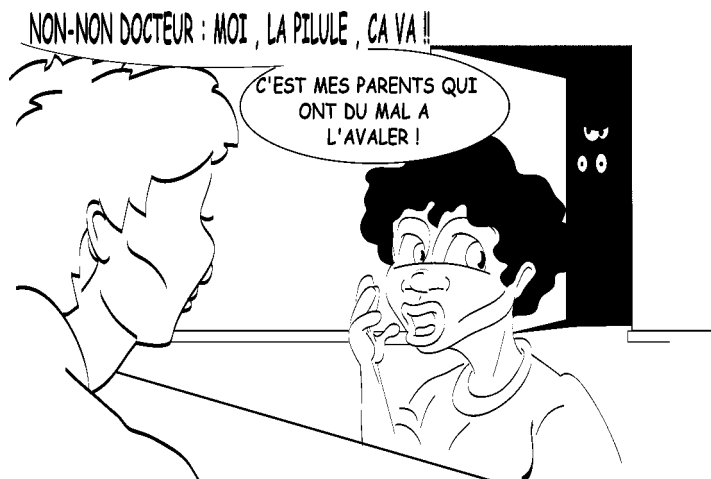
Ce sont des produits chimiques, des médicaments, franchement il y a des filles qui ne le supportent pas, elles sont malades. Le stérilet, c'est un corps étranger, c'est impossible de garder ça dans son corps, ça provoque des perturbations ou des infections. Ça fait grossir. Ça peut provoquer un cancer. Il y a les filles qui deviennent stériles avec ça, si elles en prennent trop. C'est très mauvais aussi d'après ce qu'on apprend, si tu sautes un jour c'est mauvais... c'est un comprimé qu'il faut prendre tous les jours et si tu oublies c'est très mauvais il paraît. La pilule nuit à la santé, si tu regardes le taux de stérilité en Europe, c'est dû à la pilule... Si tu viens avec ces histoires de Blancs, maintenant il faut boire des médicaments pour ne pas avoir d'enfants, ma mère ne connaît pas ça, tu vois...

Ces quelques mots semblent indiquer que le remède est pire que le mal... les contraceptifs modernes viennent perturber le fonctionnement du corps, ils ne lui laissent, pourrait-on dire, aucune chance : capables d'y faire entrer un ennemi extérieur (c'est l'infection), ils peuvent aussi lui faire perdre les pédales (c'est le cancer), lui enlever ce qu'il a de plus précieux (c'est la stérilité), l'enlaidir (ça fait grossir)...

Un autre regard sur la sexualité

Suffit-il d'informer, d'expliquer, de rassurer ? Bien évidemment non : on devine aisément que, derrière ces méconnaissances, se cachent des questionnements beaucoup plus profonds ; on entend clairement que, loin d'être un produit neutre dont il conviendrait « simplement » d'expliquer le bon usage, le contraceptif est porteur d'un ensemble de significations, venant toucher une culture dans ce qu'elle a de plus intime et de plus fondamental, la sexualité et la procréation.

Certaines voient la pilule comme un démon, qui donne accès au plaisir. La pilule, ça peut bloquer l'ovaire et ça diminue le plaisir. Si tu dis à ta fille de prendre la contraception, c'est comme si tu l'envoyais faire n'importe quoi, cela veut dire que tu l'envoies faire des



rencontres avec les hommes.

Dans nos mentalités, chez nous, pour qu'on dise à la fille de prendre la pilule ou un autre moyen pour ne pas tomber enceinte, c'est inconcevable.

Dans notre culture, il n'y a pas de pilule.

Moi je fouille chez moi, je fouille leurs lits, en dessous des matelas pour voir si rien n'est caché, chez les garçons. Chez les filles, je fouille partout...

Mais les parents oublient qu'il y a des pulsions sexuelles, ces intuitions sont dans la tête, c'est déjà dans la tête, c'est nous, parents, qui l'ignorons...

Peu de familles suivent l'évolution de l'enfant, que l'enfant soit en puberté, en adolescence, nous ne savons pas ça, chez nous, on mélange tout.

Nous les Noirs, même si tu as étudié et si tu as étudié beaucoup, l'éducation sexuelle reste un tabou et c'est ça le problème.

Une fille qui, dès son jeune âge, prend la pilule risque de ne pas avoir des enfants plus tard, et une fille qui ne prend pas la pilule qui va tomber enceinte et qui avorte, on ne sait pas si ça va marcher ou pas plus tard...

Le contraceptif vient donc bien heurter une culture, peut-être moins dans ce qui s'y pratique en réalité que dans ce qu'elle permet de dire quant à la sexualité des femmes : s'il existe des pratiques contraceptives dans la culture traditionnelle, sans doute restent-elles secrètes, voilées d'interdit. Il s'agit maintenant de se situer face à une autre culture, qui légitime la contraception – puisque celle-ci repose sur la prescription médicale –, et qui vient donc poser un autre regard sur la sexualité des femmes, sur la notion du plaisir : question complexe, puisqu'en ouvrant la voie (démoniaque) à un plaisir détaché de la procréation, la pilule vient fermer l'accès au plaisir (légitime) qui est, lui, lié au bon fonctionnement des ovaires... Question douloureuse aussi, puisque, à côté de l'« inconcevable » et de la « traque » sévèrement menée par les mères inquiètes, émerge le doute des parents qui reconnaissent l'existence des pulsions, qui admettent une certaine ignorance de leur part, qui découvrent une nouvelle manière de baliser l'enfance - et qui, en fin de compte, ne savent pas que conseiller aux jeunes filles prises par leurs pulsions, puisque la contraception vient, tout autant que l'avortement, mettre en péril le désir d'enfant...

Entre deux cultures

Face à des parents plongés dans le refus ou dans l'incertitude, les jeunes filles flottent entre deux cultures, tentant, avec douleur aussi, de vivre en accord avec cette partie d'elles-mêmes qui les éloigne radicalement d'une enfance bercée par d'autres valeurs... Elles expriment, autant leur désir de faire des choix personnels que le besoin qu'une parole puisse s'instaurer avec leurs parents, avec leur culture, autour de la sexualité.

Le problème, ce sont nos mamans : dès qu'elles apprennent qu'il y a la pilule, ça devient « mwana ndumba » (une prostituée). Pour elles il faut se réserver. Et pourtant on ne vit pas comme avant. Ce n'est pas parce que la fille prend la pilule qu'elle va avec les garçons directement, qu'elle a des relations sexuelles.

Les mamans sont assez dures ; elles empêchent les filles de prendre la pilule, alors nous ne savons pas prendre la pilule à la maison. Celles qui la prennent sont obligées de la laisser chez une copine ou chez le copain. Soit alors elles oublient ou elles sont empêchées. Et c'est ainsi qu'elles risquent une grossesse non désirée...

C'est un problème avec les parents, les parents congolais n'aiment pas que les filles prennent la pilule, les jeunes veulent peut-être prendre la pilule, mais les parents ne veulent pas : il faut leur demander pourquoi.

C'est une question de peur des parents ; nos parents ne connaissent pas la pilule, les filles ne connaissent pas leur cycle menstruel, elles ne savent pas compter et la maman ne sait pas leur expliquer.

Le fait que la sexualité soit tabou, il n'y a pas de communication, il y a ce manque de dialogue.

Et, pour boucler la boucle, une jeune fille reprend le concept de médicament, comme si celui-ci pouvait donner à la pilule un statut respectable...

Nos mamans ne se rendent pas compte que la pilule, c'est un médicament. ●

Vers une politique rénovée du médicament

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune.

Nous avons longuement examiné dans notre numéro précédant les enjeux de la politique du médicament. Voici un petit point « brut » d'actualité sur la question.

cinquante jours. Des étapes intermédiaires et possibilités d'appels sont prévues en cas d'avis divergents, l'ensemble de la procédure ne pouvant excéder cent quatre-vingt jours.

Procédures d'admission au remboursement

Les procédures d'admission au remboursement pour les nouveaux médicaments seront simplifiées et accélérées sous peu. Le Gouvernement rencontre ainsi une critique majeure de l'industrie qui se trouvait pénalisée par le délai des procédures dépassant parfois cinq cents jours.

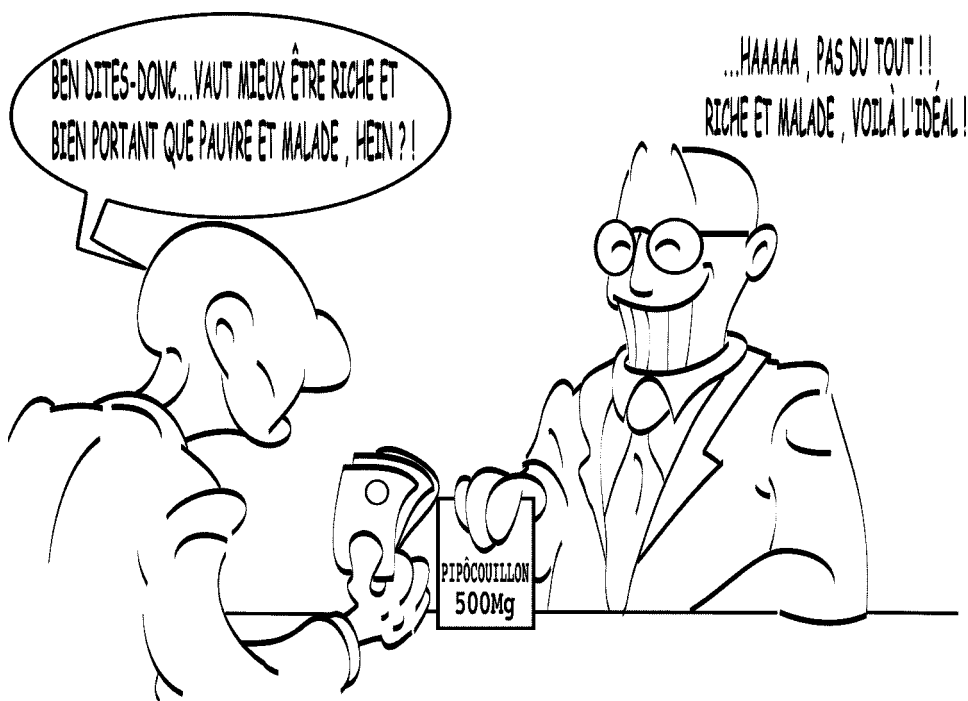
Selon le projet de la *task force* gouvernementale, une Commission de remboursement des médicaments (CRM) rassemblera les actuels Conseil technique des spécialités pharmaceutiques et Commission de transparence et évaluera, en quatre-vingt jours,

Pour les médicaments apportant une plus-value, une révision du dossier est prévue dans un délai de un an et demi à trois ans.

Pour une consommation basée sur l'évidence

Le Gouvernement veut inciter à une consommation basée sur l'évidence et sur le rapport qualité/prix.

- Les différentes classes de médicaments seront réévaluées progressivement. Cette réévaluation aboutira à une révision du statut de ces classes et/ou à des directives de pratique médicale pour les médecins.
- Une prescription optimale sera encouragée



la plus-value du produit proposé. La Commission des prix rendra ensuite un avis sur le prix maximum du médicament sur le marché belge. Le ministre des Affaires économiques prendra décision sur cette base endéans les

sur base des données scientifiques et des indicateurs de prescription fournis par Pharmanet¹. Pour les médicaments dont le remboursement est soumis à certains critères d'autorisation contrôlés au préalable par la

(1) : voir Santé conjugée n° 13.

mutuelle, une procédure de contrôle *a posteriori* sera mise à l'essai.

- Des listes de bio-équivalence seront publiées afin de promouvoir la prescription de génériques. Les bases de remboursement seront fixées à 16 % en dessous du niveau de la spécialité de référence.
- Les pharmaciens seront intéressés. Leur rôle intégrera entre autre un suivi de la prise réelle des médicaments et l'élaboration de protocoles de délivrance et de conseils d'utilisation correcte du médicament. Une restructuration de leurs marges est proposée, comprenant une rémunération commerciale mais aussi une rémunération « soins pharmaceutiques », éventuellement forfaitaire.

Objectifs budgétaires réalistes

Les budgets « médicaments » des années antérieures montraient une sous-estimation récurrente par rapport aux dépenses réelles, qui étaient passées de 62,604 milliards en 1995 à 85,589 milliards en 1999 et à 90,707 milliards (estimés) pour l'an 2000.

Le budget 2001 est fixé : sur les 542,8 milliards dévolus aux soins de santé, le poste médicament sera de 100,559 milliards. Cette manne constitue un geste important du Gouvernement, gage d'une *pax pharmaceutica*. En contrepartie, l'industrie supportera à raison de 65 % les dépassements budgétaires. La taxe sur le chiffre d'affaires de l'industrie reste fixée à 4 % pour 2001 et sera ramenée à 3 % en 2002.

A plus long terme, des budgets par classe thérapeutique pourraient être instaurés. Des projets liant ces budgets aux honoraires médicaux selon les montants prescrits (via des systèmes de bonus ou sanctions) circulent dans les couloirs, soulevant une vive réprobation du corps médical. ●

Conclusion

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.*

*Oh grande est la puissance qui se tient
Dans les herbes, les plantes, les pierres et leurs
réelles qualités ;
Car rien n'est si vil, existant sur la terre,
Qui n'apporte à la terre quelque spécial
bienfait,
Rien n'est si bon qui détourné de l'usage vrai
Ne se révolte contre sa naissance et ne trouve
l'abus ;
La vertu même, mal employée, devient un vice.
La médecine a sa puissance et le poison sa
demeure.*

C'est en ces termes que frère Laurent, à la cueillette aux simples qu'il cuisinerait en remèdes, parle de médicaments. Nous sommes à Vérone, et il ne sait pas encore, le bon frère, que ses décoctions vont précipiter le drame. Quand Juliette lui demandera de l'aide pour échapper au mariage forcé qui l'exilerait à jamais de son Roméo, il lui proposera :

*Prends cette fiole, et étant dans ton lit
Absorbe cette liqueur distillée ;
Alors aussitôt dans toutes tes veines
Coulera une humeur froide assoupissante.
car nulle pulsation ne gardera son cours, tout
s'arrêtera ;
Aucun souffle, aucune chaleur
N'attesteront que tu existes.*

Le remède sera efficace et la liqueur absorbée par Juliette lui donnera toutes les apparences de la mort pendant 42 heures. Il ne restera à Roméo qu'à la retrouver au tombeau où elle se réveillera le délai écoulé. Mais le message devant mettre Roméo au courant du stratagème n'arrivera jamais et, croyant son amour morte, l'amant s'empoisonne aux pieds de sa maîtresse d'une nuit.

Bien sur, les médecins et apothicaires modernes ne portent plus la bure des franciscains, les médicaments actuels sont *evidence based medicine* et Roméo aurait reçu le message par Internet. Nos produits pharmaceutiques gardent pourtant avec leurs ancêtres d'étranges parentés. Ils possèdent la force de déjouer le cours naturel des choses et rendent possible d'échapper un temps, un temps seulement, à notre destin. Aujourd'hui encore, nul ne doute que la foi dans le prescripteur conditionne leurs

effets et leur pouvoir baigne dans un mystère que le langage scientifique épaissit. Or c'est justement ce caractère scientifique qui fait la modernité de nos médicaments et nous dégage de l'empirisme et d'une perception holistico-magique de la puissance des produits. Rupture donc entre le rapport ancien au médicament qui implique la foi et la subjectivité et le rapport nouveau qui objective et instrumentalise le produit pharmaceutique. Rupture et malentendu entre le vécu du sujet et la neutralité mécaniste du médicament.

Même si le médicament perd un peu de son aura magique dans un monde où les hommes n'ont pas fondamentalement changé en cinq siècles, l'objet médicament est en effet devenu un produit, il est entré sur la scène des échanges commerciaux et des enjeux sociaux. Ces aspects dominent l'actualité qui nous parle surtout de prescription rationnelle, d'équilibre budgétaire ou de (dé)régulation de marché et véhicule des exigences matérialistes, immédiateté, performance, efficacité, refus de la souffrance et de la mort.

Le médicament cristallise ainsi les espoirs juchés sur la médecine mais élude les questions de la vie : qu'est-ce qui nous rend malades, qu'est-ce qui nous rend impatients, intolérants à la frustration, comment vivons-nous... Peu de médecins contesteront que la prescription rationnelle, c'est le plus souvent l'amour, le grand air, l'estime réciproque qui donne le goût des choses, tout ce qui ne se met pas sur une ordonnance. Les vieux sont les premiers consommateurs de médicaments : que fait-on à nos vieux ?

Qu'on ne se méprenne pas : il ne s'agit pas d'obscurantisme, de passéisme ou d'une forme de négationisme, nous ne rejetons pas le médicament, nous en savons l'importance, l'utilité et les ressources colossales nécessaires pour en disposer. Et nous ne prétendons pas soigner une méningite ou un cancer avec des bonnes paroles. Ce que nous appelons ici, c'est un renvoi à leur juste niveau de gestion de problèmes pour lesquels la chimie est convoquée en premier recours alors qu'elle ne devrait être que le filet de secours. Roméo et Juliette auraient-ils connu le bonheur s'ils avaient contesté l'ordre social en vigueur plutôt

que de s'en remettre à la chimie et aux moyens de communication de l'époque ?

Les débats récents autour du Viagra® illustreront de manière plus concrète notre propos. La question est à l'ordre du jour dans de nombreux pays : faut-il rembourser le Viagra® ? La réponse vers laquelle s'orientent plusieurs Gouvernements semble rationnelle : oui, mais seulement pour traiter les impuissances sexuelles liées à une maladie (par exemple au diabète ou à des traumatismes de la colonne vertébrale). Derrière cette réflexion, qui paraît ménager à la fois l'éthique et les soucis budgétaires, s'en cache une autre : l'impuissance n'est pas une maladie en elle-même. Il s'agit pourtant d'une altération de l'état de bien-être physique, psychique, social... donc, selon la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, d'un problème de santé susceptible d'être pris en charge. Pour compliquer le jeu, l'impuissance sexuelle, considérée comme le plus souvent d'origine psychique jusqu'il y a peu, est maintenant présentée aux médecins comme le plus souvent d'origine somatique. Enfin, des observations récentes sur le comportement des médecins suggèrent que, depuis qu'ils disposent du Viagra®, ils ont tendance à abrégé l'exploration du problème de l'impuissance pour passer rapidement à la prescription (verra-t-on bientôt, selon le mécanisme expliqué dans l'article de Philippe Pignarre, l'impuissance sexuelle définie non pas par l'incapacité d'obtenir une érection mais par une réaction « positive » à l'administration de Viagra® ?). Quant à la recherche sur les raisons « non médicamenteuses » d'une impuissance, elle semble peu mobiliser les bailleurs de fonds.

Interroger la place du médicament dans notre vie et dans notre société, c'est donc interroger globalement notre mode de vie et d'organisation.

En tant que marchandise, le médicament obéit au « contrat » libéral, c'est-à-dire un contrat entre inégaux, entre celui qui n'a pas le choix parce qu'il en a besoin et celui qui fait en sorte de vendre beaucoup et cher pour dégager des profits. L'État social, dont le rôle d'interposition et de médiation entre ces contractants caractérise les sociétés avancées, montre un net

affaiblissement depuis plusieurs années. Cette poussée libérale, maquillée à la poudre de fascination pour les progrès techniques, menace de l'emporter sur les politiques sanitaires globales.

C'est d'autant plus dommageable que la recherche est elle-même dépendante des intérêts de l'industrie qui finit par définir les problèmes de santé en fonction des solutions monnayables

Dans le train entre Vannes et Angers, un vieux monsieur ouvrait la fenêtre toutes les dix minutes pour jeter sur les voies un peu de poudre qu'il tirait d'une sorte de tabatière d'ivoire. « Qu'est-ce que c'est que cette poudre ? » finit par lui demander un voyageur intrigué par ce manège. « C'est une poudre anti-éléphants de mon invention ». « Mais voyons, il n'y a pas d'éléphant entre Vannes et Angers ». « Et pardi, répond le vieil homme, c'est que ma poudre est efficace ! » (anecdote empruntée à Paul Watzlawick dans Faites vous-même votre malheur, Edition du Seuil, 1984).

qu'elle est en état de commercialiser (voir encart). Nous en prenons pour exemple que nous ne disposons en fait de quelques dizaines de médicaments utiles à grande échelle : la plupart des autres « progrès » sont des similaires reproduisant les mêmes effets. Leur raison d'être est commerciale. C'est ainsi que depuis trente ans, le commerce des tranquillisants de type benzodiazépines s'enrichit chaque année de nouvelles marques malgré les inconvénients de ces produits (une étude du *Belgium toxicology trauma study* a mis en évidence la présence de benzodiazépines chez 8,5% des conducteurs admis dans un hôpital après un accident de la route ; voir aussi l'article de Marc Jamouille). Exemple inverse, la difficulté à disposer de « médicaments orphelins » (voir encadré) : seule une intervention des États permet la mise à disposition pour les malades de ces molécules qui sont pourtant existantes.

Les usagers ont peu voix au chapitre dans ces débats. L'importance du relationnel dans la relation thérapeutique (voir les quatre premiers articles de ce numéro) est trop souvent dénigrée ou dévolue à des plaintes qui n'ont pas l'honneur des « unes » scientifico-commerciales. Le rapport entre problèmes de santé et

déterminants non médicaux de la santé (pollution, conditions de travail ou de non-travail, etc.) est sous-évalué par la puissance et la facilité des solutions toutes faites emballées sous blister. Le sous-développement de la culture politique et l'insuffisance de leviers disponibles pour la population à ce niveau font le reste pour que les usagers se résignent à recourir au médicament comme panacée.

Les médicaments orphelins

Un médicament est déclaré orphelin quand il est destiné au diagnostic, à la prévention ou au traitement d'une affection entraînant une menace pour la vie ou une invalidité chronique ne touchant pas plus de cinq personnes sur dix mille dans la communauté. C'est ce que stipule le règlement européen CE 141/2000 qui vient d'entrer en vigueur.

En raison de leur maigre public-cible, les médicaments orphelins n'intéressent pas les industriels. Leur développement en est entravé et leur prix exorbitant. Pourtant, ils représentent parfois le seul espoir de survie ou d'une qualité de vie acceptable pour nombre de personnes atteintes d'une maladie rare. C'est pourquoi l'adoption d'un statut de médicament orphelin était nécessaire. Trois avantages sont liés à ce statut : un soutien technique de la part de l'Agence européenne du médicament, une exonération des frais pour la procédure de mise sur marché, une exclusivité de commercialisation de dix ans. Les Etats peuvent y ajouter d'autres mesures incitatives.

Si nous voulons infléchir ce courant qui nous entraîne vers un monopole des solutions industrielles, il faut soutenir une approche globale des problématiques, revaloriser le relationnel dans la relation thérapeutique (et ailleurs aussi), activer la participation des populations à la détermination des problèmes de santé, et développer la santé communautaire et publique. A ces conditions, le médicament se dépouillera de ses oripeaux de placebo socio-politique et retrouvera sa juste place : un outil merveilleux au service des malades. Seulement un outil. ●