



MED OCS

CAMPAGNE D'INFO O CAMPAGNE D'INFO O CAMPAGNE D'INFO O CAMPAGNE D'INFO O CAMPAGNE D'INFO O



Les médicaments : (état des) lieux communs

Ce n'est pas un scoop : le nombre de diagnostics de troubles mentaux et de personnes fréquentant les services de santé mentale est actuellement en croissance. Y aurait-il donc un lien à faire entre cette augmentation conséquente et la multiplication des nouvelles pathologies répertoriées, ainsi qu'avec l'élargissement du périmètre de ce qui constitue une maladie mentale ?

De la détresse psychologique, c'est sûr, les changements sociaux et démographiques contribuent à en fabriquer de plus en plus ; en creusant des brèches dans le filet de sécurité sociale, les dernières réformes se sont traduites par un accroissement des situations de pauvreté, en même temps que l'institutionnalisation de la précarité du travail, du couple, voire de la famille aggravait les pressions sur notre psychisme. Les exigences de performance qui n'en finissent plus de porter la barre plus haut, le devoir de bonheur, l'idéologie du « tout est possible », la tyrannie de l'apparence physique et l'obsession consistant à faire reculer les limites de la machine humaine mettent notre équilibre psychologique en danger. En outre, nous sommes de plus en plus intolérants à l'angoisse et la tristesse, états dont il faut désormais se délivrer au plus vite...

Prescrire ou ne pas prescrire ? Commençons par essayer de ne pas nuire...¹

L'establishment psychiatrique ne tarit pas d'éloges au sujet des médicaments psychoactifs, considérés comme largement bénéfiques, voire carrément miraculeux. Mais il suffit de parler aux utilisateurs qui vivent une détresse profonde, en plus de parcourir la littérature médicale, pour qu'une bonne dose de scepticisme s'installe. Tout d'abord, parce que la majorité des essais cliniques d'où sont tirées ces conclusions sont parrainés par l'industrie pharmaceutique ; généralement étalés sur à peine quelques semaines, ils sont conçus pour mettre en valeur le psychotrope du commanditaire et comportent de nombreuses failles méthodologiques, ce qui a pour conséquence d'en surestimer l'efficacité et d'en sous-estimer le danger. Si l'utilisation sélective et prudente des médicaments psychiatriques se justifie quand il s'agit de traiter ou de stabiliser une personne en proie à une crise, il en va autrement de leur emploi à long terme.

¹ Cette partie a été construite au départ du précieux livre de David Healy, *Les médicaments psychiatriques démythifiés*, traduit et adapté par Monique Debauche aux éditions Elsevier (2009).

LA SEULE PERSONNE RÉELLEMENT CAPABLE DE JUGER SI UN MÉDOC EST UTILE OU PAS N'EST PAS TELLEMENT CELLE QUI LE PRESCRIT MAIS BIEN CELLE QUI LE PREND. C'est la raison pour laquelle celui qui prescrit se doit d'être bien plus qu'un remplisseur d'ordonnance : sans cesse à l'affût des réactions de celui qui prend le psychotrope, sa place l'implique directement dans une évaluation minutieuse de la balance des bénéfices et des risques. Les prescripteurs se plaignent pourtant souvent de la mauvaise observance des traitements par les patients, laissant à penser que, si ceux-ci rechignent à prendre leurs médicaments, c'est en raison d'une indiscipline coupable ou d'une sorte de faiblesse morale. Ces prescripteurs prennent-ils seulement le temps de se demander si une personne sensée pourrait sérieusement envisager de poursuivre un traitement qui altère sa vie sexuelle, lui donne des envies suicidaires ou la fait se sentir encore plus mal qu'avant le début du traitement ? Même si certains cliniciens sont sensibles à ce type de questionnement, d'autres auront, face à la plainte à propos d'un produit prescrit, le réflexe quasi systématique d'augmenter la dose et/ou d'associer un antidote pour contrer les effets indésirables plutôt que d'écouter avec attention le contenu de celle-ci, négligeant ainsi une donnée fondamentale liée à la médication psychiatrique : la grande variabilité interindividuelle de la réponse aux médicaments.

En effet, **CE QUI PEUT SOIGNER UNE PERSONNE PEUT EN EMPISONNER UNE AUTRE.** Dans le système nerveux central, il existe une multiplicité de récepteurs sur lesquels agissent les produits, se trouvant dans des proportions très différentes chez chacun d'entre nous. Dès lors, la probabilité d'obtenir une réponse uniforme suite à l'administration d'un produit est plutôt faible. La logique serait au contraire de s'attendre à une variété de réponses ; or, dans la pratique, les prescripteurs ont tendance à agir comme si la réponse univoque était la norme.

Nombre de nos interlocuteurs au quotidien avancent l'idée que les soins médicaux pourraient faire preuve d'une plus grande reconnaissance de ce qui reste du domaine de l'ignorance et de l'incertain dans le chef des praticiens. Idéalement, ces derniers devraient inviter les patients à instaurer une meilleure collaboration, envisageant d'abord le traitement comme une affaire de négociation plutôt que de pédagogie (centrée uniquement sur une information relative au traitement). Cette façon de voir reconnaît que la maladie est un événement et que, pour toute une série de raisons, adhérer de façon rigide à un protocole de traitement, avec tous les effets indésirables que cela induit, pourrait légitimement ne pas être la première priorité du patient. Certains psychiatres admettent effectivement que le style d'approche clinique qui a le plus de chance d'aboutir à un consentement valide et à une bonne collaboration repose *in fine* sur la capacité du professionnel du soin à assumer explicitement son ignorance concernant l'issue de son intervention auprès d'un patient au parcours singulier.

L'histoire nous le rappelle : les premiers psychotropes de l'époque moderne ont été découverts par hasard, par des cliniciens attentifs qui ont su observer et écouter leurs patients. Par des professionnels qui ont pu admettre que les effets des médicaments que leurs patients décrivaient n'avaient rien à voir avec les effets *a priori* attendus. Il est peut-être urgent de revenir à des soins plus personnalisés, moins standardisés, qui adaptent pour chaque patient le traitement (médicamenteux ou non) qui lui convient le mieux, dans le cadre d'une écoute consciencieuse. Et ce afin que **LES PATIENTS SOIENT PARTIE PRENANTE DES SOINS QUI LEUR SONT PRODIGUÉS, QU'ILS BÉNÉFICIENT D'UNE INFORMATION INDÉPENDANTE DES FIRMES ET NON BIAISÉE SUR LES TRAITEMENTS DISPONIBLES.**

De la pharmacopsychologie a la psychopharmacologie

Il existe un déplacement majeur relatif à l'utilisation du terme qui désigne l'étude des effets de produits psychoactifs sur le fonctionnement psychologique. A la fin du 19^e siècle, on employait le mot « pharmacopsychologie » là où l'on parlera plutôt, aujourd'hui, de « psychopharmacologie ». La différence entre ces deux termes laisse percevoir une évolution dans nos manières de penser.

La **psychopharmacologie** est une science qui s'intéresse à la découverte des récepteurs sur lesquels se fixent les substances, aux taux qu'ils atteignent dans le cerveau et aux bénéfices que les produits apportent aux services hospitaliers ou aux médecins généralistes en termes de réduction des comportements perturbants dus à des problèmes psychologiques. La **pharmacopsychologie**, quant à elle, ne devait se préoccuper que de l'exploration de la transformation de la *psyche* par l'utilisation de produits psychoactifs. Il s'agissait par exemple de voir comment de l'alcool, du café ou des barbituriques pouvaient révéler quelque chose sur la façon dont fonctionnent les opérations psychologiques.

Ceci constitue encore aujourd'hui un projet scientifique légitime, interrompu en grande partie en raison de notre difficulté à accorder de la valeur aux témoignages des consommateurs de médicaments. Car une telle science pharmacopsychologique ne peut véritablement se faire qu'avec l'aide de ceux-ci : leur participation serait précieuse pour déterminer, de la façon la plus précise possible, les modifications ressenties et, partant de ces expériences, d'appréhender une certaine compréhension du fonctionnement de l'esprit.



Si vous souhaitez plus d'informations concernant cette campagne ou les activités d'éducation permanente de l'Autre "lieu", contactez Aurélie Ehx au 02/230 62 60 ou à l'adresse **aurelie.autrelieu@edpnet.be**

Si vous voulez obtenir notre publication MEDOCS, participer à sa diffusion ou relayer toute information concernant l'Autre "lieu", contactez Laurence Mons au 02/230 62 60 ou à l'adresse **laurence.autrelieu@edpnet.be**

Si vous désirez participer gratuitement aux animations proposées autour des thèmes de nos campagnes ou en organiser une dans le cadre de vos activités, contactez Christian Marchal au 02/230 62 60 ou à l'adresse **ch.autrelieu@gmail.com**

[Graphisme: Pierre Weyrich - www.pietw.com]