



Médicaments psychotropes et individualité

La France est le pays où la consommation des médicaments psychotropes est l'une des plus importantes. Comment expliquer cette consommation et pourquoi inquiète-t-elle tellement ?

En France, comme aux États-Unis ou en Grande-Bretagne, les polémiques sur les médicaments psychotropes sont récurrentes depuis une vingtaine d'années. Elles ont d'abord porté sur les anxiolytiques et les hypnotiques puis se sont étendues aux antidépresseurs depuis le lancement du Prozac¹. Ces polémiques reposent sur deux arguments. Le premier est classique : en agissant sur les seuls symptômes, les molécules risquent d'engendrer un bien-être artificiel et provisoire au lieu de guérir la personne de sa pathologie. On droguerait les gens au lieu de les soigner — c'est un problème de mauvaise pratique thérapeutique. Le deuxième argument est apparu avec le lancement du célèbre antidépresseur : il agirait non seulement sur des symptômes, mais encore sur la personnalité ou le caractère, autrement dit sur la nature psychique d'une personne. Il pourrait ainsi la modifier, qu'elle soit « malade » ou non. S'ensuit une série de questions non résolues. La souffrance est-elle utile ? et si oui, à quoi ? Allons-nous vers une société de confortables dépendances dans laquelle chacun prendra au quotidien sa pilule psychotrope ? Ne fabrique-t-on pas des hypocondriaques en masse ? Faut-il faire une distinction entre les malheurs et les frustrations de la vie ordinaire, et la souffrance pathologique ? Question des plus délicates, car elle suppose une frontière stable entre ce qui relève d'une « maladie » et ce qui n'en relève pas. Le problème est encore plus compliqué en psychiatrie parce que les recherches cliniques et biologiques n'ont pu établir de corrélation stable entre un marqueur biologique et une entité clinique.

Deux remarques

Ces deux arguments suscitent deux types de remarques. Nous prenons bien en permanence de l'aspirine pour alléger des symptômes de douleur ou de fièvre, pourquoi devrait-il en être autrement avec un psychotrope, à condition qu'il soit sans danger ? Si la déontologie médicale contraint moralement le médecin à soulager la souffrance, même quand il ne peut guérir une maladie, pourquoi devrait-il en aller autrement en matière

de souffrance psychique ? Parce que, pour nous les modernes, la souffrance psychique n'a pas le même statut que la souffrance corporelle. Ce qui conduit à la deuxième remarque.

Les soupçons engendrés par les médicaments psychotropes ne tiennent pas à ce qu'ils soient, comme tout médicament, remède et poison : ainsi la dose létale est-elle vite atteinte avec l'aspirine qui s'avère largement plus dangereuse que les nouveaux antidépresseurs. En suscitant l'espoir de surmonter toute souffrance psychique parce qu'ils stimuleraient l'humeur de personnes qui ne sont pas « véritablement » déprimées, la nouvelle classe d'antidépresseurs confortables incarne, à tort ou à raison, la possibilité illimitée d'usiner son intérieur mental pour être mieux que soi. Ils permettraient d'atteindre cette santé absolue que Thomas de Quincey attribuait dans les années 1820 au « divin opium », mais sans ses risques.

En quoi la possibilité de gérer nos humeurs avec des molécules pose-t-elle un problème ? Et de quelle nature est ce problème ? Dans les deux cas, la référence sur laquelle s'appuie la mise en question de l'effet thérapeutique du médicament est celle de la drogue. On distinguerait difficilement « se soigner » de « se droguer ». C'est au brouillage de cette distinction que renvoie le mot « surconsommation ». Le préfixe « sur » est le lieu du problème moral (personne ne parle de surconsommation d'aspirine et en ce qui concerne les médicaments non psychotropes ce sont les seuls équilibres des comptes sociaux qui sont en jeu). On est passé d'un problème *diagnostic* tout à fait courant (remarque 1), en général en médecine et en particulier en psychiatrie, à savoir définir la pathologie dont une personne est atteinte et lui prescrire un traitement approprié, à un problème *moral* (remarque 2) qui est le soubassement de la peur que les drogues nous inspirent : quelles sont les limites à la propriété de soi au-delà desquelles on met fin à ce que nous croyons être une personne digne de ce nom ?

Si notre notion de la personne n'était pas en jeu, nous raisonnerions exclusivement en termes de risques et particulièrement de toxicité, nous ne penserions pas en termes de dépendance. Nous serions capable de traiter avec moins de passion la question des drogues et nous n'aurions pas les inquiétudes que nous connaissons sur la consommation de médicaments psychotropes. Dans une société où les gens prennent en permanence des substances psychoactives qui agissent sur le système nerveux central et modifient ainsi artificiellement leur humeur, on ne saurait plus ni *qui est soi-même* ni même *qui est normal*.

1. On laissera ici de côté les neuroleptiques et les régulateurs de l'humeur.

Alain Ehrenberg
Chargé de recherche,
directeur du groupe
de recherche
Psychotropes,
politique et société
du CNRS



Du problème diagnostique au problème moral

Comment un problème diagnostique intéressant la seule clinique est-il devenu un problème moral suscitant de tels émois ? La médicalisation de la vie est un phénomène général dans nos sociétés, mais elle semble poser des problèmes particuliers pour les troubles mentaux et les désordres du comportement. Cela tient à la particularité de la psychiatrie qui n'est pas une médecine comme les autres. La psychiatrie se constitue aux alentours de 1800 en transformant des entités morales, dont la personne est responsable (le délirant est possédé par le démon), en entité médicale, dont la personne est atteinte (le délirant est un aliéné). Hier comme aujourd'hui, la psychiatrie est une médecine spéciale située au croisement du médical et du moral ou du social. La psychiatrie est la seule spécialité médicale où la pathologie d'un malade est aussi la souffrance d'une personne. En France, du fait de l'influence lacanienne, on emploie un mot qui appartient au vocabulaire de la philosophie : on parle de la souffrance du *sujet*.

Les notions de confort et de dépendance sont au centre du problème. Or si l'on se tourne vers un passé récent, ces questions ne se posaient pas. Dans les années soixante la littérature psychiatrique souligne combien le diagnostic de dépression est difficile à poser, particulièrement pour les généralistes qui ne disposent pas de l'œil clinique entraîné du psychiatre. La complexité du diagnostic, combinée aux difficultés d'usage des molécules antidépressives et à leurs risques, conduisent les généralistes à prescrire des anxiolytiques. Les psychiatres le leur reprochent, mais reconnaissent ne pas avoir une bonne théorie de la dépression à fournir — ils n'en ont d'ailleurs toujours pas.

En 1970, un ouvrage destiné au grand public explique que dans nos sociétés de bien-être, « on passe des médicaments pour malades aux médicaments pour gens normaux en difficultés, puis aux médicaments pour faciliter la vie chez des gens en état normal ». Le livre espère « des composés chimiques dénués de toxicité [...] Ils seront pour demain les vrais médicaments du bien-être ». Il n'y a là nulle interrogation pour savoir si l'on doit ou non soigner le mal de vivre. L'allusion à de futurs médicaments dénués de toxicité apparaît d'ailleurs très tôt. Ainsi Jean Delay déclare-t-il en 1955 au premier congrès mondial sur les neuroleptiques à Paris : « Nous voudrions bien pouvoir disposer en psychiatrie de quelques « aspirines » ». Le premier article consacré par *La Revue du Praticien* aux antidépresseurs en 1958 souligne que l'homme moderne subit « des états d'inconfort neuropsychique » et que le rôle des médicaments est « de rendre à ces patients la joie de vivre, à laquelle justement la vie moderne et les progrès de la technicité ne cessent de s'attaquer ».

À cette époque personne (ou presque) ne se demande si on a affaire à de « vraies maladies » et personne ne pense que l'ingestion de molécules est une manière de droguer les patients. La découverte des médicaments

de l'esprit est plutôt le moteur d'une attention nouvelle de la part des médecins aux émotions, aux sentiments, à la vie affective et aux conflits psychiques. Ces médicaments sont également un moyen de rendre plus efficace le traitement psychothérapeutique qui est, lui, considéré comme le traitement de fond. Cette « idée forte et confuse », selon l'expression d'Henri Ey, fait consensus dans la psychiatrie française des années cinquante au milieu des années soixante-dix.

D'un autre côté, magazines (particulièrement féminins) et ouvrages de psychologie populaire s'emparent des questions d'anxiété, de dépression, de stress, etc. dès la fin des années cinquante. Ils contribuent à une socialisation des difficultés psychologiques : les personnes souffrantes ne sont pas des malades imaginaires ou des gens qui se regardent un peu trop le nombril. De plus ces difficultés ne relèvent pas de la maladie mentale — elles peuvent arriver aux mieux-portants — et la guérison est la règle. Ils jouent un rôle de déculpabilisation à l'égard des problèmes intimes en mettant des qualificatifs *communs* sur ce que *chacun* ressent de façon indistincte en lui-même. Médecine et médias contribuent à donner une place sociale à la vie intérieure, à instituer un langage *populaire* propre à la psyché. Pour guérir, y compris avec une molécule, il faut que le patient s'intéresse à son intimité. Il ne peut être réduit à un objet de sa maladie. La vie psychique sort de son obscur halo. Dans une conception où l'on pousse les patients à s'intéresser à leur intimité, et plus exactement à leurs conflits psychiques, un médicament anodin pour améliorer leur confort intérieur serait une bonne nouvelle.

Libération psychique et insécurité identitaire

C'est au début des années soixante-dix qu'apparaissent les premières inquiétudes. L'Inserm, par exemple, publie en 1974 une étude sur les consommations des lycéens : elle estime que 20 % d'entre eux ont recours régulièrement aux médicaments en cas de difficultés. Des ouvrages dénoncent l'invasion pharmaceutique (J.-P. Dupuy et S. Karsenty en 1974) ou le marché de l'angoisse (D' H. Pradal en 1977, gros succès) : les molécules étoufferaient la protestation sociale.

Ces inquiétudes apparaissent dans un contexte de changement normatif qui devient sensible dès la fin des années soixante. En effet, les règles traditionnelles d'encadrement des comportements individuels ne sont plus acceptées et le droit de choisir la vie qu'on veut mener commence sinon à être la norme de la relation individu-société, du moins à entrer dans les mœurs. Au moment où l'attention médicale et sociale aux pathologies non psychotiques s'accroît nettement, la société française est entrée dans sa grande transformation : elle sort du monde des notables et des paysans et de l'immobilité des destins de classe. Dans la foulée d'une amélioration considérable des conditions matérielles, se produit *simultanément* un désenclavement social des classes populaires (l'accession aux classes moyennes

devient un espoir tangible au cours des années soixante) et une attention neuve à soi, dont magazines et ouvrages de psychologie populaire forment le langage. L'émission de Ménie Grégoire (*Chère Ménie*) en est la première caisse de résonance sur RTL à partir de 1967. La perception de l'intime change. Il n'est plus seulement le lieu du secret, du quant à soi ou de la liberté de conscience, il devient ce qui permet de se *déprendre d'un destin* au profit de la liberté de choisir sa vie. L'idée que chacun puisse faire son chemin et devenir quelqu'un par lui-même se démocratise, chacun cherche une nouvelle idée de soi. Il s'agit désormais, pour être quelqu'un, non de s'identifier à un autre, mais d'être semblable à soi-même — mais qui ? Cette souveraineté nouvelle de l'individu sur lui-même suscite de nouvelles inquiétudes intérieures.

La période qui s'ouvre est en effet caractérisée par une dynamique dont les deux faces sont libération psychique et insécurité identitaire. Côté scène, l'émancipation de masse prend son envol : ainsi, des techniques qu'un sociologue américain, Philip Rieff, a appelées en 1966 les « thérapies de la libération » prétendent fournir à chacun les moyens pratiques de construire « son » identité indépendamment de toute contrainte. Ces Évangiles de l'épanouissement personnel engendrent l'impression heureuse que chacun va pouvoir partir à la conquête de lui-même sans avoir à en payer le prix : les thérapeutes cherchent à accroître le « potentiel humain », leur idéal est celui d'un sujet plein, sans écart qui le divise. Côté coulisses, celui de la psychopathologie, des controverses nouvelles apparaissent en France : des pathologies mentales où le conflit intrapsychique est inexistant et où, à l'inverse, le sentiment de perte de sa propre valeur domine font l'objet d'une préoccupation qui n'existait pas en France dans les années soixante. La psychanalyse appelle ces pathologies des états-limites ou des pathologies narcissiques. Un type de dépression non névrotique (ne résultant pas d'un conflit psychique) forme l'essentiel du tableau clinique : un sentiment de vide et d'insuffisance ainsi que des difficultés à supporter les frustrations dominent la personne. Ils s'accompagnent de comportements addictifs portant sur des molécules, des drogues illicites, de la nourriture, etc. Stimulant la personne, ils compensent le vide. On voit autant dans la littérature psychanalytique que comportementaliste la montée croisée des addictions et des dépressions. Elles forment désormais un couple solide. Ce changement du paysage psychopathologique se fait au moment où la drogue est déjà devenue une question politique obsédante. Ajoutons encore que la clientèle des psychanalystes semble se transformer : les hystériques, lit-on dans les revues spécialisées, vont chez les neurologues, les rhumatologues (maux de dos) et les généralistes (demande de fortifiants pour lutter contre des asthénies lancinantes) tandis qu'une nouvelle clientèle avec des demandes de mieux-vivre s'adresse à la psychanalyse.

La décennie 1970 voit l'explosion des psychothérapies.

Au cours de la même période, le raisonnement psychiatrique se modifie : il n'est plus nécessaire d'aborder les conflits du patient pour décider de la stratégie thérapeutique et, particulièrement, de la prescription de médicaments. L'anxiété et la dépression, considérées jusqu'alors dans la littérature française comme des symptômes ou des syndromes de pathologies sur lesquelles il fallait agir, s'autonomisent pour de multiples raisons qu'il n'est guère possible d'exposer ici. Elles sont désormais considérées comme des entités cliniques, donc comme la cible même de l'action thérapeutique. De nouveaux antidépresseurs, plus maniabiles et en général à effet stimulant, apparaissent sur le marché. La croissance des prescriptions fait un bond phénoménal (+300 % entre 1975 et 1984) tandis que celle des benzodiazépines se ralentit et que les amphétamines se marginalisent. Cette tendance sera accélérée avec les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (par exemple le prozac) au début des années quatre-vingt-dix. Le raisonnement diagnostique proposé est le suivant : le praticien doit moins se demander dans quelle mesure les symptômes sont produits par des conflits psychiques que de choisir tel ou tel type d'antidépresseur pour tel ou tel sous-groupe de dépression. L'action chimique sur la pathologie mentale ne nécessite plus l'écoute d'un sujet, mais le repérage des symptômes du patient. La tradition psychopathologique se marginalise au profit d'une nouvelle psychiatrie qui puise ses références dans l'épidémiologie, la psychopharmacologie et la biologie ou la physiologie. La tendance est à la renaturalisation ou à la rebiologisation du trouble mental. Des psychiatres commencent à critiquer l'usage dopant des molécules et les médias se préoccupent massivement de cette question (« Les Français tous camés aux tranquillisants »). Les médications n'altèrent-elles pas la personnalité au lieu de soigner des pathologies ? Si la notion de modification de la personnalité est des plus confuses et nécessiterait un sérieux éclaircissement, il reste que le ton est donné. L'organisme de contrôle des stupéfiants intègre les benzodiazépines dans l'épidémiologie de la drogue, ces molécules sont également considérées comme une voie d'entrée dans la consommation de stupéfiants. Parallèlement, du côté des drogues, les cliniciens soulignent de plus en plus leurs fonctions autothérapeutiques, particulièrement à l'égard de la dépression.

Initiative individuelle et inhibition

Au milieu des années quatre-vingt, un rapport d'un groupe de médecins du travail de la région parisienne souligne que les salariés ont désormais tendance à demander des anxiolytiques alors qu'auparavant ils demandaient des congés maladie. Cette assertion est significative de changements normatifs dans lesquels sont prises les molécules.

Bibliographie

- Ehrenberg A. *L'Individu incertain*. Calmann-Lévy, 1995, Hachette-Pluriel, 1996
- Ehrenberg A. *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris : Odile Jacob, 1998
- LeMoigne Ph. *Anxiolytiques et hypnotiques. Les facteurs sociaux de la consommation*, Document du Groupement de recherche Psychotropes, Politique, Société, n° 1, janvier-mars 1999
- Tatossian A. « Les pratiques de la dépression. Études critiques ». *Psychiatrie française*, mai 1985
- Zarifian E. *Le Prix du bien-être. Psychotropes et société*. Paris : Odile Jacob, 1996



Aux Évangiles de l'épanouissement personnel des années soixante-dix s'ajoutent en effet les Tables de l'initiative individuelle à partir des années quatre-vingt. Les exigences d'action et de performance individuelles s'accroissent largement pour toutes les couches sociales : pour trouver un emploi, même précaire, il faut aujourd'hui faire preuve de motivations, de capacités de présentation de soi, il faut être capable d'élaborer des projets, etc. Dans l'entreprise (pour ne pas parler des transformations de la famille et de l'école), les modèles disciplinaires de gestion des ressources humaines reculent au profit de normes qui incitent le personnel à des comportements autonomes, y compris en bas de la hiérarchie. L'autorité s'appuie moins sur l'obéissance mécanique que sur l'initiative : responsabilité, capacité à évoluer, flexibilité, etc. dessinent une nouvelle liturgie. Des pressions nouvelles s'exercent sur l'individualité qui doit, pour se maintenir dans la socialité, agir en permanence là où elle se contentait d'obéir. Le recul de la discipline conduit à faire de l'agent individuel le responsable de son action.

Parallèlement, la pensée psychiatrique considère, en matière de dépression, que le trouble fondamental est moins la tristesse et la douleur morale que l'inhibition. C'est sur elle qu'agiraient électivement les antidépresseurs. Elle devient le concept cardinal de la dépression. De plus les antidépresseurs connaissent deux changements : ils sont considérés comme plus efficaces dans la plupart des troubles anxieux que les anxiolytiques, d'une part, ils agissent sur la personnalité ou le caractère des patients et pas seulement sur la pathologie elle-même, d'autre part. Cette extension des cibles (l'anxiété) et des pouvoirs (le caractère) a contribué à faire de la dépression l'épicentre de la psychiatrie.

Il est difficile de dire si les gens sont plus inhibés aujourd'hui qu'hier, mais l'inhibition est beaucoup plus visible et handicapante dans une société où la capacité d'initiative est la mesure de la personne. Commettre une faute à l'égard de la norme consiste désormais moins à être désobéissant qu'à être incapable d'agir. Anxiolytiques et antidépresseurs sont des pilules de l'action : elles désinhibent en apaisant l'angoisse ou en stimulant le tonus. Dans une société de discipline et d'interdit, la question de la conduite à adopter se formulerait de la manière suivante : Que m'est-il permis de faire ? Dans une société où chacun doit décider souverainement de sa vie et agir par lui-même, la question est plutôt : suis-je capable de le faire ? L'individualité est engagée dans un style de vie où la référence au permis cède la place à celle du possible.

La popularité médicale et sociale de la notion de dépression nous montre par la négative le type d'individualité que nous sommes collectivement devenus dans la foulée de l'émancipation et de l'action. La dépression se situe moins dans l'univers de la loi que dans celui du dysfonctionnement, moins dans une référence à un conflit (qu'incarnait la névrose) qu'à une insuffisance. Pas d'interdit à transgresser ou à respecter, mais

une charge à porter. C'est à cette insuffisance que répond, plus ou moins bien, l'usage de molécules psychotropes qui visent moins à traiter des pathologies qu'à pallier des dysfonctionnements en tout genre. D'où l'indistinction drogues-médicaments que l'extension de la notion de dopage exprime parfaitement : l'usage de substances renforçant la capacité à être à la hauteur est parfaitement congruent à un style de vie caractérisé par le dépassement permanent de soi.

La situation actuelle des molécules, surtout antidépresseurs, est pourtant paradoxale : au moment où elles suscitent le fantasme de se débarrasser de la souffrance psychique (telle molécule réveillerait votre force intérieure, telle autre promet que, grâce à elle, le pouvoir vous appartiendra ou que vous retrouverez très vite le goût d'agir et la liberté d'entreprendre), la dépression est redéfinie comme une pathologie très récidivante et à tendance chronique, la plupart des patients ne revenant pas à l'état antérieur — mais guérir, est-ce revenir ? se demandait Canguilhem. Les recommandations pour des traitements à long terme, voire à vie, c'est-à-dire de maintenance, sont communes dans la littérature psychiatrique. Tout serait améliorable pharmacologiquement, mais plus rien n'est véritablement guérissable. Suggérons qu'il ne s'agit peut-être plus aujourd'hui de guérir de quelque chose que d'être accompagné et modifié tout au long de sa vie par le pharmacologique et le psychothérapeutique, voire par le socio-politique. Les médicaments ne sont qu'un aspect d'un développement généralisé de technologies identitaires, d'industries de l'estime de soi, de marchés de l'équilibre intérieur tout à fait hétéroclites (des nouveaux religieux aux nouvelles molécules en passant par l'hypnose ou le cri primal). Ils sont promis à un bel avenir. ■