

# 24

## L'abus pharmacologique

### Description du problème

### La dynamique de l'abus

### Les "droits" liés à la prescription

### La conscience du problème

### La gestion de l'abus

A l'époque où la chlorpromazine fut introduite pour la première fois, les médecins prescrivaient et les patients prenaient les médicaments qui leur étaient ainsi délivrés. A l'heure actuelle, au contraire, la prescription d'un médicament, suppose que le patient ait compris le but de celle-ci, la nature et la durée du traitement et de ses alternatives, les chances de succès et les risques liés aux effets indésirables. Les patients devraient être encouragés à poser toutes les questions qu'ils jugent utiles au prescripteur qui à son tour serait censé répondre de la façon la plus transparente possible.

Evidemment, le respect de l'autonomie du patient doit être pondérée par la prise en compte de celle des autres. La pratique psychiatrique est un des rares domaines dans le champ de la médecine où, à certaines occasions, un traitement doit être administré sans le consentement du patient. La société a, dès lors, mis en place des dispositifs pour compenser cette perte d'autonomie. Mais dans la réalité de la pratique clinique, la situation n'est pas aussi rose.

L'argumentaire qui va être développé plus bas ne s'applique pas aux situations d'urgence ou au quelques cas dans lesquelles les praticiens doivent céder à la pression environnante et intervenir avec un consentement du patient partiel ou forcé. Il concerne plutôt ces pratiques très banales, que l'on rencontre surtout avec les antipsychotiques, dans lesquelles le clinicien par une approche paternaliste va induire insidieusement une perte d'autonomie du patient qui peut être contre productive du point de vue thérapeutique et éthiquement douteuse.

## **DESCRIPTION DE PROBLEME**

Considérons ce qui suit. De nombreux patients, lors de leur première admission à l'hôpital, vont être mis sous médication et ne sauront pas que les doses prescrites dépassent les limites recommandées dans la pharmacopée locale ou nationale et sont très largement supérieures à celles qui ont montré une efficacité optimale lors des études cliniques. Ils seront ignorants du fait qu'il n'y a aucune justification pharmacologique à une prescription combinée de deux antipsychotiques par voie orale ou d'un de ces mêmes produits sous forme orale associée à une forme dépôt ou encore à un cocktail d'anticonvulsivants et d'antipsychotiques. Lorsqu'ils reçoivent un anticholinergique, on ne leur dira peut-être pas que celui-ci agit comme antidote pour contrer les effets indésirables du traitement de base. Et s'ils le savent, ils ignorent en général qu'il est tout à fait possible de se passer de ce type de produit. S'ils prennent un antidépresseur en association avec un antipsychotique, il y a peu de chance qu'on les ait informé du fait que cette "dépression" pour laquelle ils sont traités est sans doute une conséquence de la prise d'antipsychotiques et que, si c'est le cas, elle ne répondra pas aux antidépresseurs.

De façon plus générale, on peut s'inquiéter du fait que les traitements des patients soient interrompus brutalement dès leur arrivée à l'hôpital et qu'un nouveau traitement soit instauré immédiatement sans que l'on se soucie d'un éventuel syndrome de sevrage lié aux produits

précédents. Les antidépresseurs et les antipsychotiques sont utilisés en pratique comme si le fait de passer d'une substance à une autre était aussi simple que de changer de compléments vitaminiques alors que ce n'est absolument pas le cas. En réalité, mettre des patients sous médication psychiatrique s'apparente à leur infliger un évènement de vie stressant pharmacologique.

Des doutes ont été exprimés quant à la fréquence avec laquelle en pratique les patients consentent valablement à la plupart des traitements qui leur sont prescrits et ces préoccupations croissantes ont incité une commission du Collège Royal des Psychiatres (The Royal College of Psychiatrists for United Kingdom and Northern Ireland) à rédiger des Règles de Bonnes Pratiques en matière de prescription. Malgré cela, dans la pratique clinique, on observe une certaine légèreté par rapport à ces questions qui mènent à des situations abusives. Pour illustrer plus clairement ce propos, nous allons maintenant tenter d'établir une comparaison entre la dynamique qui est à l'œuvre dans les situations d'abus sexuels et celle que l'on observe tous les jours dans notre domaine.

## **LA DYNAMIQUE DE L'ABUS**

Comme dans les autres formes d'abus, la "victime" d'une "prescription abusive" peut être dépendante de son "abuseur". Cette dépendance peut provenir d'un manque d'offre de services psychiatriques dans la région où vit la victime, ce qui l'oblige à s'adresser à un prescripteur particulier. Une autre cause est que les médicaments psychiatriques ne peuvent pas être obtenus sans prescription. La victime doit, dès lors, maintenir une interaction avec l'abuseur et faire face à sa supposée bienveillance. Un contre argument à ce qui vient d'être dit serait qu'il y a une marge entre l'emprise exercée sur un enfant dans le cadre d'un abus et la pire négligence dont un

clinicien pourrait se rendre coupable comme par exemple d'utiliser des méthodes de traitements dépassées. Les médecins en effet ne "violent" pas leurs patients. Mais l'utilisation de cette métaphore reste néanmoins pertinente puisqu'elle nous permet de prendre conscience du tort qui peut être causé par un clinicien qui prétend "savoir ce qui est bon" pour son patient.

Comme dans les autres formes d'abus, il y aura nécessairement très peu de révélation de ce qui est en train de se passer pour diverse raisons. D'abord, pour pouvoir se plaindre, il faut être en mesure de parler ouvertement de la nature de sa souffrance psychique, ce que les victimes auront du mal à faire. Il peut y avoir également une crainte légitime de représailles qui pourraient, par exemple, se traduire par une augmentation de la dose du traitement dont on se plaint. Et puis, en plus d'être vu comme un malade, la victime de prescriptions abusives court le risque d'une stigmatisation supplémentaire en étant perçue comme une mauviette. Finalement, il est difficile d'exposer publiquement ses préoccupations dans ce domaine puisque en se plaignant de troubles nerveux ou d'autres difficultés liées à un traitement puisque la personne risque de conforter les autres dans l'idée que ce dont elle parle, c'est bien du problème pour lequel le traitement a été prescrit.

Par ailleurs, beaucoup de gens ne font pas explicitement le lien entre leur traitement et l'état dans lequel ils se sentent. Ce n'est parfois que lorsqu'ils sont examinés par quelqu'un d'autre qu'ils deviennent conscients du fait que leur médication peut être en rapport avec des symptômes tels que l'anxiété, la dépression, la démotivation, la fatigue, divers symptômes psychosomatiques, la nervosité, l'impulsivité, l'irritabilité, la prise de poids, les troubles sexuels, les idées suicidaires, la désaffectisation et autres.

Et quand les patients se plaignent, il trouve rarement autour d'eux quelqu'un qui soit en position de les supporter dans cet effort de reconnaissance. Ce point est particulièrement

important comme dans les autres formes d'abus. En effet, la personne peut subir une forte pression de la part de son entourage (la famille, les amis et même les professionnels de santé mentale) pour qu'elle s'accommode de sa situation et qu'elle accepte de s'attribuer la cause de ces problèmes. Ceci va contribuer à développer chez elle une impression d'infirmité et un déni des difficultés qu'il ressent. De plus, les firmes pharmaceutiques ont régulièrement réfuté les plaintes des patients liées aux traitements. En supprimant, par exemple, des conclusions de leurs études, les données qui apportaient les preuves de l'existence de troubles inquiétants, elles ont achevé le travail d'étouffement de la plainte.

En poursuivant notre comparaison, l'imprédictibilité et la durée de la période d'abus aggravent le phénomène. Ceci concerne notamment la façon dont le produit envahit les différents aspects de la vie du sujet et le degré avec lequel la prescription est perçue comme une réponse à une opposition plutôt que comme un moyen raisonnable et concerté d'atteindre un objectif thérapeutique. Lors d'incidents violents dans un dispositif clinique, cette dernière question prend une tournure particulière puisque dans un tel cas, l'équipe soignante devient juge et partie.

La poursuite de l'abus se justifie bien souvent parce que l'arrêt de la médication pose de sérieux problèmes. Ceux-ci sont, en règle générale, interprétés comme une réapparition de la maladie traitée. Nous disposons actuellement de suffisamment de preuves qui attestent de cette confusion entre une rechute et le syndrome de sevrage lié à la diminution ou à l'arrêt du traitement (voir chap. 21 et 22). La seule position éthiquement défendable serait plutôt de ne pas réinstaurer le traitement.

Un dernier point à relever est que les cliniciens s'abstiennent de prévenir les patients des risques d'apparition de dyskinésies tardives d'autres syndromes de stress parce que cette problématique les met mal à l'aise.

## **LES “DROITS” LIES À LA PRESCRIPTION**

Ce risque d’abus pourrait provenir en partie du fait que les médicaments psychiatriques ne sont disponibles que sur prescription. La principale raison de l’extension à quasi tous les médicaments, en 1950, de leur obtention sur ordonnance, était que la quantité d’informations nécessaires pour faire bon usage d’une nouvelle médication est trop importante pour être inscrite sur la notice. Le passage par un prescripteur garantissait pour le législateur le fait que les informations utiles pour un patient en particulier lui seraient transmises par ce biais là.

Mais cette réglementation a conféré pouvoir supplémentaire au prescripteur quant au choix de la démarche thérapeutique qu’il convient de suivre. Tout ce qui s’écrit sur une prescription fait référence à l’opinion du médecin, à la différence de ce qui se passe quand les patients gèrent eux-mêmes leur problèmes avec des moyens non thérapeutiques, des médicaments en vente libre ou des compléments alimentaires. Les possibilités d’abus lié à cette réglementation furent dénoncées par le sénateur Estes Kefauver, qui présidait l’audition qui a conduit à l’amendement de 1962 de l’”US Food and Drug Act”, par ce commentaire soulignant le caractère exceptionnel que l’on conférait alors au médicament : “celui qui écrit l’ordonnance n’est pas celui qui consomme le produit et celui qui le consomme n’est pas celui qui décide”.

Les abus potentiels de prescription de ce type s’appliquent à toutes les sortes de médicaments. Des évaluations récentes montrent que les pathologies induites par les médicaments sont la quatrième cause de mortalité et seraient à l’origine de plus d’un tiers des admissions à l’hôpital. Dans le domaine de médicaments psychiatriques, cette problématique a un caractère plus insidieux. Le développement récent de mouvements de protection des malades mentaux permet de dénoncer ces problèmes d’abus dans les services de psychiatrie. Mais alors

que les mouvements féministes ont été capable de modifier les perceptions habituelles en matière d'abus sexuels ou de harcèlement tant au niveau législatif qu'en terme de prise de conscience par la société, les patients "psychiatriques" ont peu de moyen d'action à leur disposition et sont d'autant plus vulnérable qu'ils sont généralement mal perçus. Et cette situation semble s'aggraver ces derniers temps.

Reprenons, à ce propos, la question de l'observance. Les firmes pharmaceutiques ont mis l'accent sur cette question de l'adhésion du patient à son traitement pour augmenter le niveau de vente de leur produit.

Un mouvement d'auto-support de patients, "Recovery" s'est organisé afin d'aider les personnes à vivre leur pathologie mentale même sévère dans leur contexte de vie habituel et de ne pas laisser la maladie orienter leurs choix. Cette approche permet de prendre en compte les préoccupations fondamentales des patients et d'adapter le traitement en fonction de celles-ci. Malheureusement, ce mouvement a été rapidement récupéré par les firmes pharmaceutiques qui ont tenté de persuader les patients et leur entourage que le maintien d'une médication constante est la seule façon d'être réintégré socialement.

Les firmes cherchent également des moyens de contourner les médecins pour avoir un impact direct sur les patients dans ce domaine. Toutes les méthodes utilisées, dans les autres domaines de notre vie quotidienne, pour nous vendre des biens de consommation dont nous n'avons pas besoin, sont déployés dans le domaine de la santé et de la santé mentale en particulier que ce soit par le biais de cartes de fidélité ou des texto pour vous rappeler de prendre vos médicaments. Le cadre d'une équipe de santé mentale peut être étendu, grâce à un financement provenant des firmes, par l'engagement d'une infirmière dont la seule fonction est de s'assurer que les patients prennent bien le médicament de la firme. L'implication des firmes

dans la rédaction de Règles de Bonne Pratique (voir section 11) fait qu'il devient difficile de ne pas prescrire les nouveaux produits même s'ils ne présentent pas d'intérêt par rapport aux anciens. Les médecins reçoivent des primes s'ils atteignent leur objectif qui est un pourcentage déterminé de patients avec une pathologie particulière prenant leur traitement promotionné. Les politiques et les gestionnaires de service de santé mentale se laissent convaincre du fait que 85% des réadmissions seraient liées à la non observance thérapeutique et qu'il est indispensable de mettre l'accent sur cette question si nous souhaitons faire des économies sur le budget des soins de santé. De façon encore plus inquiétante, les firmes déforment les arguments de la bonne relation thérapeutique, de l'éducation des patients et de l'expertise conjointe en y glissant subrepticement les notions de surveillance de l'observance et du contrôle du traitement par l'entourage. Il est de plus en plus difficile de faire marche arrière et la question m'est posée telle quelle : "comment justifiez-vous, Dr Healy, votre action qui vise à empêcher les patients de suivre un traitement qui a prouvé son efficacité et le fait de vous associer à eux en vous rendant complice de l'arrêt de leur traitement?"

Les différents facteurs qui viennent d'être cités et les préoccupations au sujet de la violence potentielle des patients psychotiques ont amenés différents pays à légiférer pour imposer dans le cadre de la loi sur la protection des malades mentaux des post-cures sous contrainte afin d'obliger les patients à poursuivre leur traitement à la sortie de l'hôpital. Cette mesure ne devait être destinée à l'origine qu'à 1% des patients psychotiques mais en pratique, dans certains endroits, plus de 25% des patients sont maintenus sous antipsychotiques en forme dépôts dans le cadre de ce type de contrainte et dans la plupart des cas sans aucune possibilité de faire appel. Tout ceci illustre parfaitement de quelles façons la situation actuelle favorise de graves abus.

## **LA CONSCIENCE DU PROBLEME**

Comme pour le harcèlement sexuel et les autres formes d'abus, il y a une tendance à banaliser cette situation en l'assimilant aux situations inhérentes à la condition humaine. Et beaucoup de gens préfèrent penser que l'étendue et les conséquences des prescriptions abusives sont surestimées. Selon eux, si le problème était si grave, on aurait déjà tenté d'y apporter des solutions. Notre aveuglement donne la mesure de la façon dont nous avons tous été abusés. La majorité des équipes médicales et des infirmières psychiatriques ont dû obéir à leurs maîtres de stage durant leur formation et administrer des doses de médicaments qui leur semblaient injustifiées. La plupart des collègues avec lesquels j'ai été formé auraient envisagé sans problème de pratiquer une narcose à l'halopéridol chez une jeune femme alors qu'elle ne présentait pas un comportement excessivement perturbé. Ce qui consiste à donner 10 mg d'halopéridol en intraveineuse toutes les heures pendant plusieurs jours en continu. Dans l'hôpital où j'ai travaillé jusqu'au milieu des années 90, le traitement standard instauré chez tous les patients psychotiques (même chez des femmes de plus de 60 ans) était de l'halopéridol à raison de 10 mg, 4 fois par jour. Des doses de plus de 1000 mg de flupentixol (équivalent à 20.000 mg par jour de chlorpromazine) n'étaient pas rares dans la gestion d'états pathologiques chez certaines jeunes femmes.

On peut alors se demander dans quelle mesure l'essentiel des bénéfices obtenus avec de la clozapine en monothérapie lors de sa mise sur le marché ne vient pas du fait que ce sont justement ces patients susceptibles de recevoir des prescriptions abusives qui ont reçu en premier lieu ce nouveau traitement. L'effet positif observé était probablement dû au fait qu'ils n'étaient plus empoisonnés comme ils l'étaient auparavant (voir chapitre 1). Les expériences menées par

des chercheurs sur des volontaires sains valident cette hypothèse. Dans certaines de ces études, les effets de petites doses d'antipsychotiques sur ces sujets sains ont été filmés, ce qui a permis d'observer que leur comportement se modifiait à un tel point qu'ils devenaient indistingables de patients atteints de schizophrénie avec des symptômes négatifs prédominants. De pareils résultats ont également été obtenus grâce à l'utilisation d'échelles de score destinées à évaluer les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie qui ont également montré que les volontaires sains développent des symptômes négatifs sous médication.

En général, les résultats de ces recherches n'ont pas été publiés par crainte que cela n'entrave la recherche sur ce type de population vu les difficultés méthodologiques qu'elles impliquent.

Une unique dose de 5 mg d'halopéridol donnée en aveugle (sans qu'il ne le sache) à des volontaires sains va invariablement produire de l'agitation et de la dysphorie et parfois des idées suicidaires. Ces effets peuvent durer plus d'une semaine. Boire de l'alcool et rester au lit dans le but de réduire les stimulations extérieures est la meilleure façon de soulager ce problème. Mais ces comportements quand ils se manifestent chez des patients sont interprétés comme des symptômes de la maladie. Et les patients qui affirment qu'une grande partie de leurs symptômes pourrait être causée par la médication sont rarement entendus.

Un cas clinique peut nous aider à comprendre ce problème. MC est une femme de 65 ans bien éduquée et s'exprimant clairement qui traverse pour la première fois de sa vie un épisode dépressif. On détecte chez elle une ostéoporose qui limite le choix des antidépresseurs pouvant lui convenir. Le traitement avec de la sertraline lui est proposé. Quelques semaines après le début du traitement, elle développe des douleurs thoraciques, probablement de l'angor et une oppression respiratoire. Après son passage en clinique, j'écris à son médecin généraliste pour lui proposer un changement d'antidépresseur. Il n'en tient pas compte. Un rapport est envoyé au

patient évoquant la possibilité que l'ISRS soit à l'origine de l'angor et de la dyskinésie respiratoire et lui proposant une modification de traitement mais celui-ci n'a pas plus d'effet. Le médecin de son côté a supposé que l'angor n'avait rien à voir avec le traitement antidépresseur. Il a plutôt posé un diagnostic d'attaque de panique qui dès lors impliquait la poursuite du traitement avec un ISRS. Cette patiente poursuit donc le traitement. Elle craint, étant donné les problèmes manifestes qu'elle ressent, que si elle arrête sa médication et est amenée ensuite à rappeler son médecin pour une urgence, celui-ci ne se fâche et refuse de l'aider en cas de besoin. Le médecin généraliste finit par être convaincu de l'opportunité d'un changement de traitement et après quelques semaines, les douleurs et l'oppression de MC disparaissent.

Ce cas clinique illustre à quel point les gens peuvent devenir dépendant dans un cadre thérapeutique.

Les enfants sont encore moins capables de faire confiance en leurs propres perceptions. S'ils ressentent une perturbation induite par un médicament, ils pourront difficilement faire face aux interprétations contradictoires des cliniciens ou de leur parents. Ceci n'est pas qu'une question théorique. Ces dernières années, la prescription d'antidépresseurs et d'antipsychotiques chez les enfants a fortement augmenté. On estime à plusieurs millions par an, le nombre de prescriptions rien qu'aux U.S.A. et ce malgré le fait que les essais cliniques randomisés réalisés avec ces médicaments sur une population pédiatrique n'ont pas montré de bénéfices par rapport au placebo. Ceci soulève une grave question éthique. Quelle est la place de ce type de traitement chez les enfants quand on connaît les risques qu'ils encourent et leur dénuement face à des prescriptions abusives.

## **LA GESTION DES ABUS**

Comme dans d'autres situations d'abus, les effets négatifs des prescriptions abusives resteront invisibles tant qu'il y aura une méconnaissance du problème. Une fois que celui-ci sera reconnu, il deviendra possible d'évaluer le coût des conséquences de telles prescriptions. Celui-ci inclut les dépenses liées aux hospitalisations plus fréquentes, à la mauvaise adhésion au traitement (la plupart des médicaments achetés et remboursés par la sécurité sociale ne sont pas consommés) et l'augmentation des congés maladies.

En principe, les pratiques médicales ne sont pas sujettes à des poursuites légales tant que l'on peut démontrer qu'une proportion suffisante de la profession applique les mêmes traitements. Dans les cas de prescriptions abusives, on peut imaginer dès lors qu'une plainte en justice ne sera suivie d'effet que dans les cas les plus extrêmes. Pourtant les preuves de l'abus sont disponibles puisque toutes les prescriptions émises sont enregistrées. Il est rare de disposer d'un type de preuve aussi flagrant. Mais de toute façon, très peu de personnes souhaitent entamer une action en justice de peur de compromettre leur relation non seulement avec le prescripteur mais avec toute la profession.

Le potentiel d'abus est inhérent à toutes formes de thérapies et en pratique peut se produire tant dans les diverses formes de psychothérapie qu'en pharmacothérapie de routine. Cette question de l'abus dans le dispositif thérapeutique s'est retrouvée au centre d'une action en justice appelée le cas "Osheroff". Ce patient dépressif fut traité pendant 9 mois par une approche psychothérapeutique qui ne donnait pas de résultat. Un traitement par antidépresseur qui lui fut prescrit au terme de ce laps de temps amena une rapide amélioration de son état mais il était trop tard pour sauver son mariage et son emploi. Cette situation fut débattue en long et en large dans les pages de *l'American Journal of Psychiatry*. Les conclusions furent qu'on ne pouvait pas se mettre d'accord sur le fait qu'une thérapie devait nécessairement apporter les preuves de son

efficacité mais tous les auteurs, par contre, conclurent que persister dans une seule approche théorique alors qu'aucun progrès n'ait pu être démontré et que les différentes options alternatives n'aient été passées en revue était indéfendable. Une autre question se pose alors. Si une thérapie paraît efficace, le fait de ne pas envisager d'autres alternatives serait-il aussi considéré comme une forme d'abus?

Le cas Osheroff met en évidence qu'une règle de bonne pratique applicable à tous les thérapeutes, pharmacothérapeutes inclus, serait de préciser quels sont leurs objectifs, pendant combien de temps ils comptent persister dans une forme de thérapie s'il n'y a pas de réponse ou une réponse partielle, et quelles autres options thérapeutiques ils envisageraient si les bénéfices attendus n'étaient pas atteints ? Ces recommandations furent retranscrites en 1997 dans une déclaration de consensus de la "British Association for Psychopharmacology" pour les prescriptions de médicaments psychiatriques chez les enfants souffrant de troubles de l'apprentissage.

On pourrait pousser cette idée encore plus loin. Reprenons la situation décrite au sujet de la loi sur la protection des malades mentaux. Le traitement appliqué à un patient interné, dans ce contexte, n'est acceptable que s'il est administré selon les mêmes critères que si l'un de ses proches était témoin de la scène. Faisons maintenant un parallèle avec la psychopharmacologie telle qu'elle sera pratiquée tant que le statut des médicaments psychiatriques disponibles uniquement sur prescription ne sera pas révoqué. Les thérapeutes, dans ce cas, devraient idéalement pratiquer la pharmacothérapie avec la même rigueur que si un médecin de l'entourage ou un avocat était présent pour observer ce qui se passe. La prise de conscience qui s'impose, pour ma part, en poursuivant cette logique est que si un parent ou un ami à moi venait

à souffrir d'un état psychotique sévère, je ne saurais à priori pas quoi faire et ne verrais aucune attitude défendable en dehors d'un travail d'équipe de qualité.