



Gare à la médicalisation pharmacologique de l'existence

37 mg), avant d'être répartis par tirage au sort pour comparer en double aveugle un groupe continuant la paroxétine versus un groupe mis sous placebo après un arrêt progressif de la paroxétine en 3 semaines (7). Le double aveugle a duré 24 semaines. La rechute a été définie par une augmentation d'au moins 2 points du score CGI, atteignant au moins 4, ou par un arrêt du traitement pour inefficacité. Le taux de rechute a été de 14 % sous paroxétine versus 39 % sous placebo ($p < 0,001$), le taux d'arrêt pour inefficacité a été de 5 % versus 11 % (pas de test statistique présenté par les auteurs) (voir le tableau page 170). Le score final moyen à l'échelle de Liebowitz a été inférieur à 50 sous placebo. Le taux de rechute dans les semaines suivant la fin de l'essai, au-delà des 24 semaines de double aveugle, n'est pas rapporté.

Pour aucun des trois autres essais un suivi des patients au delà des 12 semaines n'est disponible. L'évolution à l'arrêt du traitement (rechute ou maintien du bénéfice) n'est pas mentionnée dans leurs comptes rendus.

Des effets indésirables fréquents et des interactions médicamenteuses nombreuses

Au cours des 3 essais comparatifs sur 12 semaines dans la phobie sociale, 522 patients ont été traités par paroxétine. Un tiers des patients des groupes paroxétine (34,1 %) ont arrêté le traitement en cours d'essai, la cause principale étant la survenue d'un événement indésirable (15,9 %) (5).



Nausées, troubles de la vigilance, troubles sexuels, etc.

Les événements indésirables rapportés au cours des essais cliniques ayant évalué la paroxétine dans la phobie sociale sont similaires au profil d'effets indésirables de la paroxétine et de l'ensemble des antidépresseurs inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine déjà connu par ailleurs, où prédominent les nausées (25 %), la somnolence (23 %), l'insomnie (23 %), l'asthénie (22 %) et les troubles de l'éjaculation (32 %) (4).



Syndromes de sevrage.

La paroxétine expose, comme l'ensemble des antidépresseurs inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine, à un risque de syndrome de sevrage

La médicalisation de la vie ordinaire, et plus précisément la médicalisation pharmacologique, continue à se développer. Phénomène ancien comme le rappellent deux éditoriaux du British Medical Journal, il n'en est pas moins d'actualité (1,2).

Les frontières entre la particularité individuelle et la "pathologie" deviennent de plus en plus floues. Les symptômes sont de plus en plus souvent considérés comme des "maladies" à part entière.

Les firmes pharmaceutiques sont activement impliquées dans l'élaboration des définitions des pathologies. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux américain, alias DSM, est le fruit des travaux de l'Association américaine de psychiatrie, qui est très largement financée par l'industrie pharmaceutique. Le DSM était au départ un outil de recherche. C'est un répertoire de symptômes, qui ne prend en compte ni le patient en tant que personne et ses objectifs, ni le contexte de survenue de ses troubles (2,3). Il est pourtant devenu un outil de base pour l'approche thérapeutique psychiatrique individuelle (3).

On fabrique aujourd'hui de la "pathologie" à partir de tout ce qui ressort du domaine psychologique (3). Le déplacement de la limite du "pathologique" vers le "normal" ouvre de nouveaux marchés à la prescription (3à6). On peut en rapprocher la manœuvre qui consiste à abaisser les valeurs normales des chiffres de paramètres biologiques, conduisant à un traitement médicamenteux de plus en plus de valeurs "excessives" (3,7).

Les firmes exercent une promotion active de ces définitions auprès des soignants et du grand public (1). Elles "alertent" le public sur l'existence de prétendus problèmes sous-diagnostiqués et sous-traités. En parallèle, elles culpabilisent les prescripteurs de ne pas faire plus souvent des diagnostics de troubles mentaux et de ne pas prescrire plus souvent les médicaments psychotropes "qui s'imposent" (3).

Des approches qui mettent en avant le

à l'arrêt brutal du traitement. Les symptômes sont des vertiges, troubles sensoriels, paresthésies, troubles du sommeil, agitation et anxiété, asthénie, troubles digestifs et hypersudation qui peuvent persister une à deux semaines (1,8). Un arrêt progressif est donc recommandé.

caractère relativement bénin ou non évolutif de l'histoire naturelle du problème, et l'importance de développer des stratégies de prise en charge personnelle, sont minimisées ou ignorées, donnant l'impression d'aboutir à une "perte de chance" pour le patient (1).

Les solutions médicamenteuses qui risquent fort d'être à l'origine d'une consommation prolongée voire chronique, sont mises en avant plutôt qu'une approche active psychologique et sociale (2).

Cette médicalisation pharmacologique systématique expose à plusieurs dangers : un étiquetage diagnostique inutile voire nuisible pour le patient, une démarche de piètre qualité pour aboutir à la décision de traitement, un risque de iatrogénèse, une dépense inutile, une distraction de l'attention préjudiciable à la prise en charge de maladies sérieuses que l'on peut traiter plus efficacement.

Personne ne songerait raisonnablement à contester l'intérêt de traitements médicamenteux dans certaines pathologies psychiatriques. Mais étendre l'utilisation de ces médicaments au-delà des indications pathologiques constitue un dérapage auquel il faut absolument résister, dans l'intérêt même des patients (3).

La revue Prescrire

1- Moynihan R et coll. "Selling sickness : the pharmacological industry and disease mongering" *BMJ* 2002 ; 324 : 886-891.

2- Double D "The limits of psychiatry" *BMJ* 2002 ; 324 : 900-904.

3- Zarifian E "Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France" mars 1996, 274 pages. Résumé dans *Rev Prescr* 1996 ; 16 (168) : 895-897.

4- Healy D "Le temps des antidépresseurs" (traduit de l'anglais par F Bouillot) Les Empêcheurs de penser en rond - Le Seuil, Paris 2002 : 430 pages.

5- Lenglet R et Topuz B "Des lobbies contre la santé" Syros, Paris 1998 : 288 pages. Présenté dans *Rev Prescr* 1999 ; 19 (194) : 309.

6- Pignarre P "Comment la dépression est devenue une épidémie" La découverte et Syros, Paris 2001 : 155 pages.

7- Prescrire Rédaction "Les recommandations contestables et contestées de l'OMS dans l'HTA" *Rev Prescr* 1999 ; 19 (195) : 378-381.



Interactions médicamenteuses.

Les antidépresseurs inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine, dont la paroxétine, sont impliqués dans de nombreuses interactions médicamenteuses aux consé- ►►