

# RAPPORT ZARIFIAN

## SUR L'UTILISATION

### DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES EN FRANCE

Le rapport rédigé par Edouard Zarifian, psychiatre hospitalo-universitaire à Caen, à l'issue de sa "mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France" (commandée par Simone Veil et Philippe Douste-Blazy en 1995) a fait l'objet de nombreux commentaires dans la presse professionnelle comme dans la presse grand public. Le problème posé par l'insuffisance d'information indépendante sur les médicaments en France, souligné à plusieurs reprises dans le rapport, a été particulièrement commenté (a). Le rapport Zarifian comporte cependant bien d'autres analyses intéressantes. En voici quelques-unes (b).

Parmi ses analyses des déterminants de la forte consommation de psychotropes en France (notamment par rapport au reste du monde), Edouard Zarifian souligne la tendance grandissante des médecins (généralistes et psychiatres) à n'aborder la psychologie et la psychopathologie de leurs patients que par la recherche du symptôme isolé (1).

Cette approche réductionniste découle d'une utilisation abusive du DSM en pratique médicale, lequel était à l'origine un répertoire de critères diagnostiques destiné à la recherche. Cette utilisation généralisée du DSM est largement encouragée par l'industrie pharmaceutique, avec la complicité des milieux académiques.

La multiplication des symptômes "potentiellement pathologiques" dans le DSM conduit à une généralisation de la prescription de psychotropes, laquelle pourrait s'accroître encore au cours des prochaines années, notamment pour ce qui concerne les antidépresseurs. Cette situation est préoccupante car les effets indésirables des psychotropes sont mal connus aujourd'hui, en l'absence d'une pharmacovigilance spécifique à ces médicaments. Pour Edouard Zarifian, la situation actuelle témoigne aussi d'un regrettable glissement de la frontière entre le normal et le pathologique.

#### LA DÉRIVE DU SYMPTÔME CIBLE

(...) « La transformation de la clinique psychiatrique (c'est-à-dire autrefois de la psychopathologie qui prenait en compte le sujet qui souffre en tant qu'individu unique et pas comme une valeur moyenne au sein d'un groupe homogène de malades) en symptômes cibles pour les médicaments psychotropes s'est amorcée il y a déjà longtemps aux États-Unis.

L'efficacité des psychotropes, qui sont arrivés tous à la fois entre 1952 et 1965 dans le désert de la pharmacopée psychiatrique, a pu faire croire à certains que les symptômes psychiatriques n'avaient d'autre fonction que d'être des cibles pour les médicaments. C'est la notion de "target symptom", les symptômes cibles décrits aux États-Unis par Fryhan.

C'est à partir de cette notion que se sont élaborées au fil du temps les représentations actuelles des troubles psychiques qui sont proposées au médecin. Comme le corollaire obligatoire est la prescription médicamenteuse, et comme on explique au médecin que ces troubles sont très répandus, on le culpabilise de ne pas faire plus souvent des diagnostics de troubles mentaux et de ne pas prescrire plus souvent de médicaments psychotropes qui s'imposent. Comme il ne reçoit que cette information, on comprend mieux la situation actuelle (p. 213 du rapport) (...).

Cette transformation de la clinique psychiatrique en une clinique du symptôme cible connaît une dérive largement croissante au cours de ces dernières années favorisant l'emploi de plus en plus large de médicaments psychotropes sur des symptômes de plus en plus réduits. On fabrique maintenant de la pathologie à partir de tout ce qui ressort du domaine psychologique.

Le schéma est le suivant : à partir de l'entité supposée pathologique, épisode dépressif caractérisé (autrefois "majeur"), anxiété généralisée, troubles obsessionnels-compulsifs (TOC), on descend d'un degré en individualisant les seuls symptômes dépressifs, anxieux ou obsessionnels-compulsifs (SOC). Ensuite, on arrive aux caractéristiques du ►►

a- Certains abonnés de la revue Prescrire s'étaient émus du fait qu'Edouard Zarifian ne citait pas la revue Prescrire dans une "interview" parue dans le Quotidien du médecin d'avril 1996 (n° 5826). Edouard Zarifian leur a répondu (Rev Prescr 1996 ; 164 (16) : 579) qu'il ne s'agissait pas d'une interview et qu'il avait au contraire abondamment cité la revue Prescrire dans son rapport [la revue Prescrire est effectivement citée 6 fois (pp. 110, 130, 144, 160, 241 et 263).

b- Le rapport Zarifian sur l'utilisation des médicaments psychotropes est disponible en librairie (ou en vente par correspondance) : "Le prix du bien-être" éd. Odile Jacob. Lire la présentation de cet ouvrage page 881.

1- Zarifian E "Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France" mars 1996, mars 1996, 274 pages.





► sujet lui-même, les aspects permanents de sa manière d'être au monde, et on décrit la personnalité dépressive ou dysthymique, la personnalité anxieuse (en voie de constitution) et la personnalité obsessionnelle-compulsive (POC) également en voie de constitution.

Cette construction mécaniste de la psychologie ouvre en fait, par un système de "poupées russes", à chaque fois des marchés nouveaux pour les anxiolytiques ou les antidépresseurs puisque bien sûr tous ces aspects sont considérés comme pathologiques et que, bien sûr, l'épidémiologie ne tardera pas à nous en fixer les pourcentages de prévalence. Tous ces aspects doivent être traités pharmacologiquement car là encore l'épidémiologie ne manquera pas de nous démontrer que les POC non traités se transforment en SOC pour aboutir sans médicament aux TOC ! (CQFD) » (...) (pp. 215 et 216).

### LE DSM, OUTIL DE RECHERCHE DÉTOURNÉ DE SA FONCTION...

(...) La diffusion mondiale des critères de diagnostic nord-américains en psychiatrie a largement favorisé le développement du lobbying d'environnement (c). Ces critères sont dus aux travaux de l'Association améri-

caine de psychiatrie (APA) qui est très largement financée par l'industrie pharmaceutique. Il s'agit du fameux DSM, rejoint par le système de classification de l'OMS (ICD) qui gardait autrefois une certaine spécificité européenne mais qui est maintenant tout à fait aligné sur le DSM.

La diffusion de critères diagnostics internationaux peut être utile au plan de la recherche mais ils constituent aujourd'hui les seuls critères d'évaluation du malade en psychiatrie. Seul compte un répertoire de symptômes. On ne prend plus en compte ce qu'est le patient, ce qu'il exprime à titre individuel, ni le contexte de survenue de ses troubles.

Dans la pratique de tous les jours, cela équivaut à gommer toutes les différences, à uniformiser la vision de médecin et à supprimer l'examen clinique approfondi qui demanderait trop de temps. La décision de prescription, conclusion obligatoire d'un diagnostic réalisé dans ces conditions, s'en trouve automatisée et uniformisée.

Petit à petit, le DSM et l'ICD - outils de recherche au départ - sont devenus sous la forte pression de l'industrie pharmaceutique des conditionnements réflexes du médecin à un diagnostic sans nuance appelant à un prescription systématique.

(...) Les équations simplificatrices tiennent lieu de slogan publicitaire et conditionnent ainsi une prescription automatisée. Tristesse = dépression = sérotonine = IRS [NDLR = inhibiteur de la recapture de la sérotonine]. On utilise un appareil pseudo-scientifique, des emprunts à la neurobiologie, et le discours académique est là pour servir de caution et rassurer le prescripteur (pp. 118 et 119).

(...) Comment comparer des études épidémiologiques

entre-elles alors que les critères diagnostiques et les techniques de recueil ont changé ? On peut tout à fait changer les taux de prévalence d'un trouble psychique en changeant les critères diagnostiques. Or, on sait que le fameux DSM, manuel de critères diagnostics universels des troubles psychiques, en est à sa quatrième version. Entre le DSM-1 et le DSM-IV, le nombre d'entités psychopathologiques définies selon ses critères est passé de 180 à plus de 300. Il est donc totalement abusif de justifier par les résultats des études épidémiologiques les besoins en psychotropes de la population (...) (pp. 199 et 200).

### ... SOUS LA PRESSION DES INDUSTRIELS...

(...) Pour inciter à prescrire, on met en scène des situations de la vie quotidienne, avec des "promesses" qui n'ont plus rien à voir avec l'indication thérapeutique médicale. Les conséquences psychologiques d'un retour à un fonctionnement mental normal sont ainsi présentées comme une indication première du médicament. Les images et les slogans représentent de plus en plus souvent, en ce qui concerne les psychotropes, des êtres humains en situation de difficultés existentielles telles que les généralistes peuvent les rencontrer dans leur cabinet de consultation.

L'image d'un couple jeune qui s'enlace fougueusement avec en sous-titre "revivre l'émotion" n'est pas une indication de Vidal. (...) On ne développe plus une relation entre un diagnostic clinique et une stratégie thérapeutique mais entre un symptôme, une émotion, un comportement, et un médicament (...) (pp. 113 et 114).

On peut résumer ainsi (...) l'image de la dépression qui

est véhiculée de manière répétitive et exclusive auprès du corps médical : la dépression est une "vraie maladie" (ce qui implique le réflexe de traiter exclusivement par des médicaments) ; un malade sur deux au moins n'est pas traité par antidépresseur ; l'essentiel des suicides est dû à des déprimés non traités correctement (...) (p.117).

### ... AVEC LA COMPLICITÉ DES MILIEUX ACADÉMIQUES

(...) Ce flot d'informations orientées qui inondent le monde médical ne rencontre aucun contre-discours car les universitaires ou les leaders d'opinion qui pourraient les tenir sont en fait le relais de cette information par les liens parfois étroits qu'ils ont pour la plupart avec l'industrie pharmaceutique (...) (p.118).

A priori, les discours de l'industrie pharmaceutique en matière de pathologies traitées par des médicaments ainsi que dans le domaine de la prescription de psychotropes devrait suivre le discours académique. On a l'impression que c'est souvent l'inverse qui se produit et que le discours de la promotion précède le discours académique qui est dès lors à sa remorque.

On sait les liens étroits qui existent entre de nombreux leaders d'opinion du secteur académique et l'industrie pharmaceutique. Il n'est donc pas étonnant qu'ils puissent servir de relais au discours promotionnel qui est alors émis avec une caution académique qui lui confère une crédibilité supplémentaire (...) (pp. 201 et 202).

Les psychothérapies, y compris les plus banales, comme les attitudes empathiques d'aide et de soutien, sont considérées comme trop compliquées, trop

longues et trop chères. Le silence sur tout ce qui est "autre" que la pharmacologie, la neurobiologie et le médicament est assourdissant dans l'enseignement universitaire, la formation médicale continue, les colloques et la plupart des revues destinées aux spécialistes comme aux généralistes (...) (p. 120).

### **VERS UN MONDE SOUS ANTIDÉPRESSEURS...**

(...) En ce qui concerne les antidépresseurs, une forte pression est exercée venant de sources diverses pour que les traitements soient le plus long possibles et, dans certains cas, ils sont même préconisés à vie. L'individualisation des rechutes, des récives et de la chronicité en matière de dépression fournit un argument à ces prescriptions de longue durée. Personne cependant ne s'est jamais interrogé pour savoir si les nouvelles modalités de prescriptions des antidépresseurs ne créaient pas elles-mêmes ces rechutes, ces récives et cette chronicité (...) (p. 146).

Il est à craindre que dans cinq ou six ans nous ne connaissions avec les antidépresseurs un phénomène analogue à celui qui a été constaté avec les benzodiazépines. Tout est en place pour une formidable explosion de la consommation d'antidépresseurs, en particulier dans la série des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine dont le nombre va aller en croissant sur le marché (...) (p. 246).

Si la situation reste inchangée, on peut facilement annoncer l'explosion de la médicalisation pharmacologique de l'existence. On verra apparaître de "nouveaux" antidépresseurs et de nouvelles classes thérapeutiques à visée com-

portementale dans les domaines de l'agressivité et de la violence par exemple. On peut annoncer la maîtrise pharmacologique des enfants désobéissants, comme cela est le cas aux États-Unis avec la Ritaline<sup>®</sup> et le développement rapide du marché des psychotropes dans le domaine pédiatrique (...) (p. 258).

### **... AU RISQUE D'EFFETS INDÉSIRABLES INSUFFISAMMENT CONNUS ET RECONNUS**

(...) En fait, et il faut le souligner avec force, la pharmacovigilance spécifique aux psychotropes n'existe pas plus en France que dans le reste du monde. Le développement des médicaments psychotropes est totalement calqué sur celui des médicaments somatiques. Les procédures des essais sont les mêmes, tout est dans le domaine de la quantification.

La pharmacovigilance des médicaments psychotropes, comme celle des médicaments somatiques, est pratiquement entièrement axée sur les effets somatiques indésirables de ces traitements. On sait repérer l'hépatotoxicité d'un antidépresseur, ou l'atteinte de la lignée des leucocytes par un neuroleptique. Pourtant, les médicaments réputés agir sur les affects, les sentiments, l'éprouvé psychique, l'organisation de la pensée, la fluidité des idées, la gaieté ou la tristesse... doivent-ils n'avoir comme effets indésirables que des manifestations corporelles ? (...) Au bout de dix ans de neuroleptiques ou de benzodiazépines, au bout de plusieurs années d'antidépresseurs (des leaders d'opinion proposent actuellement dans certains cas cinq ans minimum ou même à vie) a-t-

## **LA LIMITE ENTRE LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE, ENJEU MÉDICAL ET ÉTHIQUE**

« (...) On peut arriver chez le généraliste, éventuellement chez le spécialiste, avec un diagnostic tout fait. Les mots anxiété et dépression font partie du vocabulaire de tous les jours. Dire "je suis anxieux" ou "je suis déprimé" peut conduire à faire accepter ou réfuter ce diagnostic par le médecin. (...) C'est au médecin de placer avec le plus de pertinence possible, la ligne de démarcation entre le normal et le pathologique (p. 144).

On approche là la spécificité de la pathologie mentale dont certains ont voulu faire une pathologie "comme les autres", identique à la pathologie somatique organique, alors que l'évaluation d'un trouble psychique est toujours, et quels que soient les artifices utilisés, la confrontation de deux subjectivités. On conçoit dès lors qu'il est facile d'influencer la subjectivité du médecin qui peut reconnaître simplement ce qu'on lui demande de voir. Les critères de définition peuvent être larges, ils peuvent être étroits, ils peuvent être infiltrés d'idéologies diverses "toute souffrance psychique est une maladie "mentale" ou, au contraire, "il existe des fluctuations légitimes et parfois douloureuses du psychisme" (...) (pp. 152 et 153).

(...) Il n'existe actuellement aucune réflexion dans le milieu médical, et en particulier dans le milieu psychiatrique académique, sur l'éthique de la prescription des médicaments psychotropes. Les leaders d'opinion restent muets face à l'abaissement de la limite entre le normal et le pathologique, ouvrant de nouveaux marchés à la prescription ; ils contribuent à l'accréditation de la référence au modèle médical somatique comme seul modèle pour la psychiatrie ; ils acceptent la banalisation de l'utilisation des psychotropes pour lesquels il n'existe nulle part de pharmacovigilance spécifique de leurs possibles effets psychiques indésirables.

Il est vrai que la médecine somatique a depuis longtemps ouvert la voie. Il est plus facile de prescrire un hypocholestérolémiant ou un antidiabétique que de proposer un régime à un patient. Il est plus facile de prescrire un anxiolytique ou un antidépresseur à une personne désespérée que de lui proposer une série d'entretiens pour l'aider à dénouer ses difficultés existentielles.

On peut en rapprocher le principe qui consiste en médecine somatique à abaisser les valeurs normales des chiffres de paramètres biologiques conduisant à un traitement médicamenteux (...) (pp. 128 et 129). »

on traité seulement des symptômes pathologiques ou a-t-on modifié de façon peut-être définitive le psychisme d'un être humain ? (...) (p. 176).

**Extraits choisis par la revue Prescrire dans le rapport d'Édouard Zarifian Psychiatre (14)**

*c- Pour Édouard Zarifian, « lobbying d'environnement consiste à induire par des techniques de communication sophistiquées, bien souvent à l'échelle mondiale, des représentations de la clinique, de la pathologie elle-même et de son contexte ainsi que du traitement, qui soient les plus favorables possible à la prescription médicamenteuse » (p. 116).*