

AVIS MÉDICAMENTS
PSYCHOTROPES
ET USAGES ÉLARGIS :
un regard éthique



COMMISSION DE L'ÉTHIQUE
DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE

AVIS MÉDICAMENTS
PSYCHOTROPES
ET USAGES ÉLARGIS :
un regard éthique

**Commission de l'éthique
de la science et de la technologie**
1200, route de l'Église
3^e étage, bureau 3.45
Québec (Québec)
G1V 4Z2
www.ethique.gouv.qc.ca

EN SOUTIEN À LA RÉDACTION DE L'AVIS

Secrétaire de réunion
Marie-Claude Côté
Recherche et rédaction
Marie-Claude Côté, avec la collaboration d'appoint de Marie Demers

SOUTIEN TECHNIQUE

Secrétariat
Annie St-Hilaire et Louise Trudel
Documentation
Annie Lachance et Patricia Keable
Supervision de l'édition
Marie-Claude Côté
Révision linguistique
Le Graphe
Conception et mise en pages
Matteau Parent graphisme et communication inc.
Impression
Impression Gauvin & Harbour inc

Avis adopté à la 40^e séance
de la Commission de l'éthique de la science
et de la technologie le 29 avril 2009

This document is available in English.

© Gouvernement du Québec

Dépôt légal: 3^e trimestre 2009
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN: 978-2-550-56816-2 (version imprimée)
ISBN: 978-2-550-56817-9 (PDF)

Pour faciliter la lecture du texte,
le genre masculin est utilisé sans aucune
intention discriminatoire.

LES MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL

M^e Édith Deleury, coprésidente

Professeure émérite
Faculté de droit
Université Laval
Présidente de la CEST

Hubert Doucet, coprésident

Chercheur
Programmes de bioéthique
Université de Montréal
Membre de la CEST

MEMBRES

D^{re} Denise Aubé

Médecin conseil
Direction des systèmes de soins
et politiques publiques
Institut national de santé publique du Québec

M^e Danielle Parent

Avocate
Directrice, Direction des affaires juridiques,
Transports et affaires notariales, Justice Québec
Membre de la CEST

Danièle Cartier

Neuropsychologue, pratique privée
Inspecteure-enquêteuse du Comité d'inspection
professionnelle de l'Ordre des psychologues
du Québec

Éric Racine

Bioéthicien et professeur associé
Directeur de l'Unité de recherche en neuroéthique,
IRCM
Université McGill et Université de Montréal

Johanne Collin

Professeure titulaire – sociologie de la santé
Faculté de pharmacie
Université de Montréal

Lucie Robitaille

Directrice générale
Conseil du médicament

Stéphane Côté

Pharmacien propriétaire
et professeur de clinique
Faculté de pharmacie
Université Laval

Martine Simard

Professeure agrégée
École de psychologie
Université Laval

DU SECRÉTARIAT DE LA COMMISSION:

D^r Serge Gauthier

Neurologue et directeur de l'Unité de recherche
sur la maladie d'Alzheimer et maladies
apparentées, Centre McGill d'études
sur le vieillissement
Institut universitaire en santé mentale Douglas

M^e Nicole Beaudry, notaire

Secrétaire générale de la CEST

Marie-Claude Côté

Conseillère en éthique
et secrétaire du comité de travail

Jocelyne Moisan

Professeure titulaire et directrice du Réseau
québécois de recherche sur l'usage des médicaments
Faculté de pharmacie
Université Laval

27 août 2009

Monsieur Clément Gignac
Ministre du Développement économique,
de l'Innovation et de l'Exportation
710, place D'Youville, 6^e étage
Québec (Québec) G1R 4Y4

Monsieur le Ministre,

C'est avec plaisir que je vous transmets par la présente la version finale de l'avis
Médicaments psychotropes et usages élargis: un regard éthique.

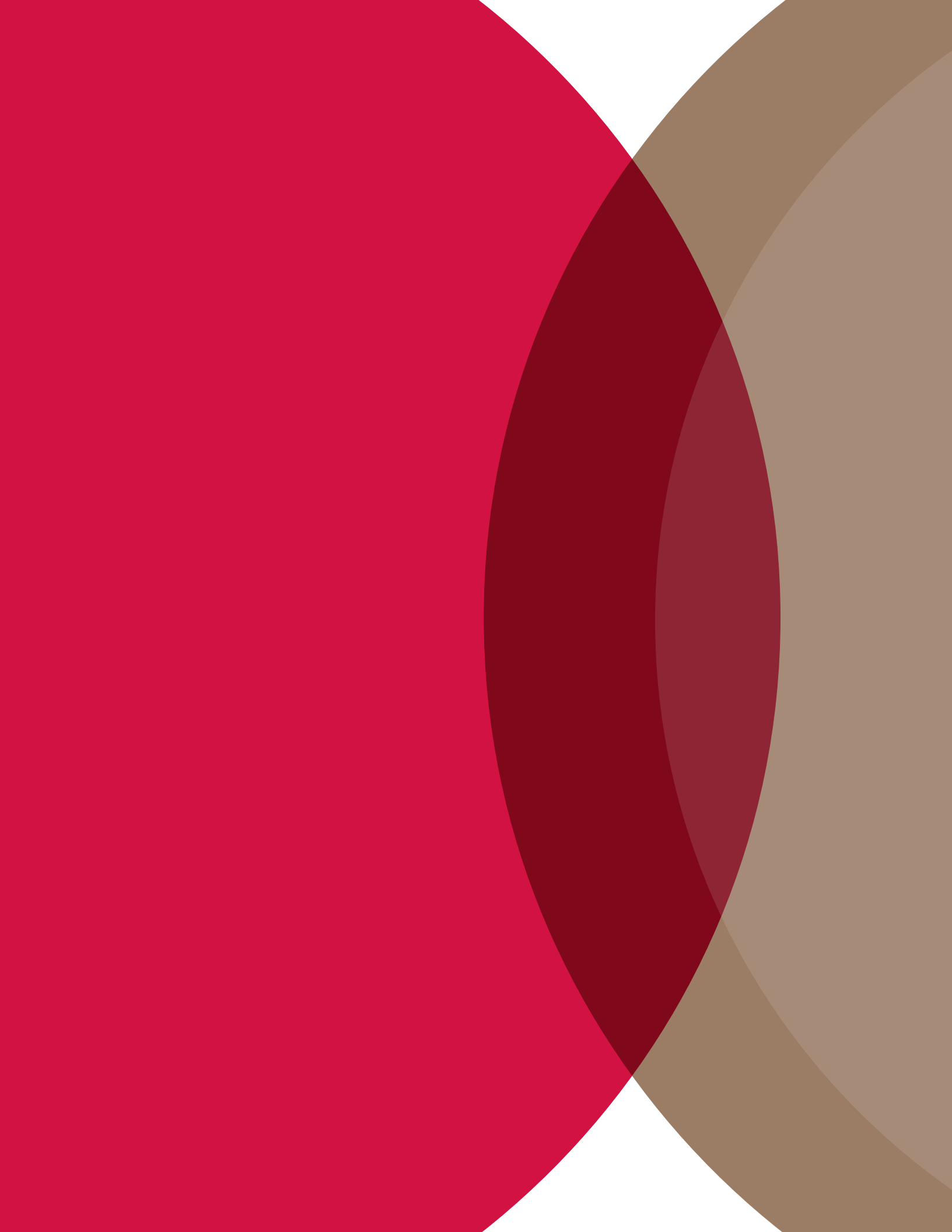
Espérant le tout à votre entière satisfaction, je vous prie d'accepter, Monsieur le Ministre,
l'expression de ma haute considération.

La présidente de la Commission



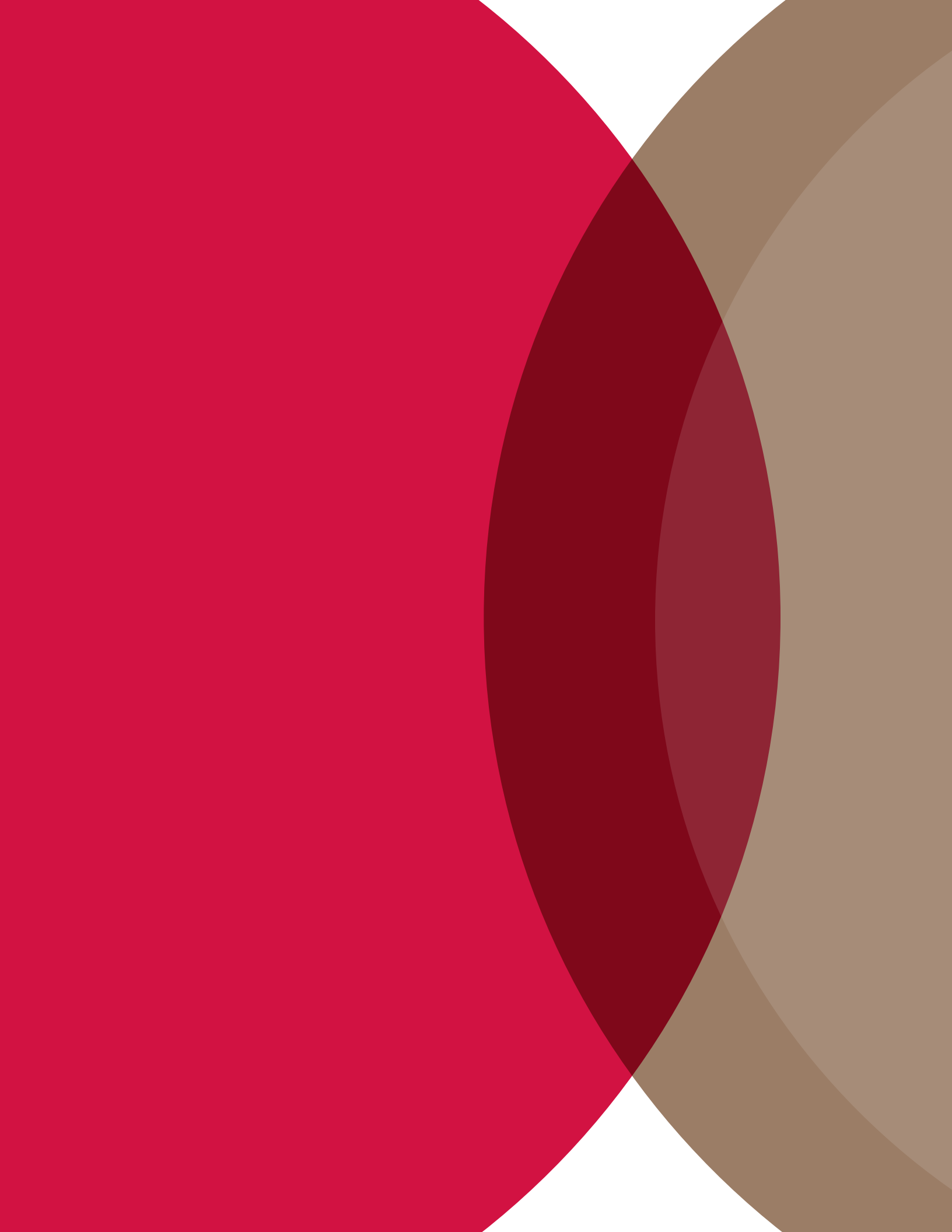
Édith Deleury

c.c. Michel Jébrak, président du Conseil
de la science et de la technologie



LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	x
RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS	xiii
INTRODUCTION	3
CHAPITRE 1 : L'ENVIRONNEMENT DU MÉDICAMENT	11
Le médicament dans le système de santé	12
Une place prépondérante	12
- Historique	12
- Le médicament : variété de prix et d'utilisations	13
Les notions incontournables	18
- Santé et maladie	18
- Pénurie de ressources dans le réseau public de la santé et des services sociaux	21
- Montée de la prise en charge personnelle	23
- Médicalisation de traits et de comportements non pathologiques	24
Les acteurs	26
Gouvernements : régulation et bien-être commun	26
Professionnels de la santé : soins et pratiques professionnelles	27
Individu : citoyen et patient	28
Industrie pharmaceutique : R-D et intérêts financiers	29
Fondations, associations et organismes communautaires : soutien et représentations	31
Médias : informations et espace critique	31
- Périodiques scientifiques	31
- Médias de masse	33
- Internet	34
Le cadre normatif entourant les médicaments	35
Cadre légal	35
- Environnement fédéral	35
- Loi fédérale	35
- Règlement fédéral	36
- La publicité directe plus en détail	36
- Environnement provincial	37
- Lois provinciales	37
- Organismes gouvernementaux	38
Codes de déontologie	38
Autres formes d'encadrement	39
Les défis du cadre normatif	40
- Sécurité et Internet	41
- Homologation	42
- Publicité directe des médicaments d'ordonnance (PDMO)	42

CHAPITRE 2 : LE MÉDICAMENT PSYCHOTROPE	45
Les médicaments psychotropes	46
Éléments contextuels	46
Les applications des médicaments psychotropes	50
- Classes et classifications	50
- Sur le contrôle de l'humeur et des comportements	51
- Sur l'amélioration des fonctions cognitives	52
Certains profils d'utilisation des neuromédicaments	54
- Deux phénomènes importants	56
Le fonctionnement du système nerveux central	58
Structure du système nerveux central	58
Les types de cellules du système nerveux central	59
- Cellules gliales	59
- Neurones	59
Communications nerveuses et neurotransmetteurs	61
- Communications nerveuses	61
- Neurotransmetteurs	62
- Fonctions des neurotransmetteurs	64
- Dysfonctionnements du système nerveux central	64
Relations entre neurotransmetteurs, psychotropes et récepteurs	66
Autres médicaments ayant une influence sur le système nerveux	67
Le rapport « risques/bénéfices » : évaluer l'utilisation des médicaments psychotropes	68
Définition	68
Bénéfices reconnus des médicaments psychotropes	68
Risques et effets secondaires reconnus des médicaments psychotropes	69
Les incertitudes scientifiques liées aux psychotropes	69
- Connaissances sur les neurotransmetteurs	70
- Connaissances sur la structure du SNC	70
Les données probantes : outil pour l'évaluation du rapport « risques/bénéfices »	71
- Définition	71
- Limites des données probantes	76
Psychotropes : les conséquences d'un rapport « risques/bénéfices » incertain	78



CHAPITRE 3 : LES USAGES ÉLARGIS DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES _____ 81

Les usages élargis: une notion à préciser _____ 82

Deux catégories d'usages élargis des neuromédicaments _____ 85

Les usages élargis de type « Médical » _____ 85

- La difficulté du diagnostic en santé mentale _____ 85
- Thérapie ou amélioration? _____ 88
- Certains facteurs intervenant dans les pratiques de prescription _____ 90
 - Les limites des connaissances sur les psychotropes ainsi que sur les maladies mentales et neurologiques _____ 90
 - L'influence de l'industrie pharmaceutique _____ 90
 - L'organisation du système de santé et des services sociaux _____ 92
 - Les demandes des patients _____ 93
- Les conséquences des usages élargis de type « Médical » _____ 93
 - Avancées des connaissances _____ 93
 - Accessibilité et qualité des soins _____ 94
 - Risques pour la sécurité des personnes _____ 94
 - Banalisation des psychotropes _____ 95
 - Le rôle des médecins dans le méliorisme _____ 95

Les usages élargis de type « Mode de vie » (Lifestyle) _____ 96

- Vers une redéfinition de la « normalité » sociale _____ 96
 - De la normalité à une normativité _____ 96
 - L'impact des psychotropes sur le concept de normalité _____ 97
- Quelques applications de psychotropes liées au mode de vie _____ 98
- Certains facteurs intervenant dans les choix de vie _____ 98
 - L'influence de l'industrie pharmaceutique _____ 99
 - Les médias et Internet _____ 99
 - Différences entre les psychotropes et certains autres stimulants et dépresseurs du SNC? _____ 100
- Les conséquences des usages élargis de type « Mode de vie » _____ 101
 - Amélioration de fonctions cognitives _____ 102
 - Régularisation de l'humeur et des comportements _____ 103
 - Accroissement du niveau de vie _____ 104
 - Risques pour la sécurité des personnes _____ 104
 - Pressions externes _____ 106
 - Dépendance psychologique _____ 106
 - Banalisation du psychotrope _____ 106

Une brève synthèse _____ 107

CHAPITRE 4 : UN QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE SOULEVÉ PAR LES USAGES ÉLARGIS DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES _____ 109

La protection de la santé et de la sécurité des personnes _____ 112

- Approfondir les connaissances: un préalable essentiel _____ 112
- Améliorer les divers modes d'information _____ 113
 - Les influences d'Internet _____ 114
 - L'influence des autres médias _____ 114

- D'autres acteurs à interpeller dans une perspective globale _____ 116
 - Les professionnels du réseau de santé et des services sociaux _____ 117
 - Les entreprises pharmaceutiques _____ 119
 - L'État _____ 120

L'autonomie et l'affirmation de la liberté individuelle _____ 123

- Le sujet moral: un être pensant _____ 123
- Les pressions externes _____ 124

L'équité _____ 125

Les représentations de l'être humain _____ 128

- Nature humaine et méliorisme _____ 128
- Quelques représentations de l'être humain _____ 130
- Espaces de discussion _____ 134

CONCLUSION _____ 137

GLOSSAIRE _____ 143

BIBLIOGRAPHIE _____ 149

ANNEXE – CLASSIFICATIONS DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES _____ 163

LES ACTIVITÉS DE CONSULTATION DE LA COMMISSION _____ 168

LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION _____ 169

TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1.	
Exemples de neuromédicaments visant à modifier l'humeur et l'anxiété _____	52
Tableau 2.	
Exemples de neuromédicaments visant à stimuler les fonctions cognitives _____	53
Tableau 3.	
Niveaux de preuve pour la détermination de l'amélioration des bienfaits thérapeutiques _____	72
Figure 1.	
Structure d'un neurone _____	60



LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AHFS

American Hospital Formulary System
Pharmacological / Therapeutic Classification

APA

American Psychiatric Association

ATC

Anatomique, Thérapeutique, Chimique
(classification)

CHSLD

Centre d'hébergement et de soins
de longue durée

CIM

Classification internationale des maladies

CMDP

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CSST

Commission de la santé et de la sécurité du travail

DGPSA

Direction générale des produits de santé
et des aliments – Santé Canada

DSM

*Diagnostic and Statistical Manual
of Mental Disorders*

EGF

Échelle globale de fonctionnement

FDA

Food and Drug Administration

GABA

Acide gamma-aminobutyrique

IRMf

Imagerie par résonance magnétique fonctionnelle

ISRS

Inhibiteurs sélectifs de la recapture
de la sérotonine

MSSS

Ministère de la Santé et des Services sociaux

OMS

Organisation mondiale de la santé

PDMO

Publicité directe des médicaments d'ordonnance

R-D

Recherche et développement

RAMQ

Régie de l'assurance maladie du Québec

RGAM

Régime général d'assurance médicaments

SAAQ

Société de l'assurance automobile du
Québec

SNC

Système nerveux central

TDA/H

Trouble de déficit d'attention avec
ou sans hyperactivité

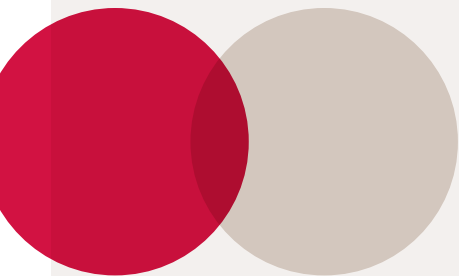
TOC

Trouble obsessionnel-compulsif





RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS



RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS

Les médicaments occupent une place importante dans les traitements thérapeutiques puisqu'ils ont aidé à améliorer la qualité des soins et, en ce qui concerne les maladies mentales, à faire des gains importants: jusqu'à la découverte des médicaments psychotropes, les soins de santé fournis aux personnes souffrantes pouvaient en effet se limiter à l'usage des camisoles de force et aux lobotomies. En plus de ce sens médical, le retour ou le maintien de la santé comporte également une connotation sociétale. En effet, dans notre société où les valeurs de performance, d'efficacité, d'amélioration et de réalisation de soi sont présentes, une bonne santé physique et mentale constitue est un atout important. Bien que ces valeurs puissent être définies de diverses façons, notamment par l'articulation différente des rapports à la souffrance, à la douleur et au bonheur, elles sont anciennes et communes à plusieurs cultures.

Malgré le fait que les connaissances sur le cerveau demeurent limitées à ce jour, les espoirs suscités par les nouvelles générations de médicaments psychotropes sont immenses, notamment pour le maintien de la mémoire et des fonctions cognitives chez les personnes atteintes de démence, pour une concentration accrue chez les enfants présentant un trouble d'attention et pour une stabilité émotionnelle chez les personnes souffrant de dépression.

Plusieurs facteurs justifient l'intérêt de la Commission à l'égard des médicaments psychotropes: la popularité grandissante des médicaments qui stimulent ou, au contraire, diminuent les fonctions cognitives; l'engouement des produits en vente libre qui visent les mêmes effets («smart drinks», caféine, vitamines, oméga-3, etc.); le développement de ce segment dans l'industrie pharmaceutique; et, enfin, l'information incomplète relative aux effets secondaires à long terme sur le système nerveux.

La neuropharmacologie étudie les médicaments qui agissent sur le système nerveux central (SNC), comme les psychotropes (modifiant l'humeur, les comportements et la cognition), les anesthésiques, les sédatifs, les anticonvulsivants et les narcotiques. Pour certains, les psychotropes incluent toute substance qui influence le SNC; la caféine, la nicotine, la cocaïne et l'alcool seraient donc également des psychotropes.

Dans cet avis, la Commission se penche sur les usages élargis des médicaments psychotropes. Par conséquent, elle retient comme définition de « psychotrope » celle d'un médicament d'ordonnance ayant un effet sur le système nerveux central et sur le psychisme. De même, les termes *médicament psychotrope* et *neuromédicament* seront utilisés comme synonymes. Enfin, l'avis s'intéresse principalement aux psychotropes prescrits, sans pour autant passer sous silence les produits non médicamenteux, une décision motivée par la présence de contextes réglementaires qui diffèrent grandement.

La neuropharmacologie est une discipline en pleine effervescence. Parallèlement aux avancées scientifiques de la neuropharmacologie, une hausse des diagnostics de certains troubles mentaux, comme la dépression et le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), et une augmentation des ordonnances de psychotropes sont notées depuis quelques années, tant au niveau international qu'au Québec.

Les facteurs explicatifs de ces augmentations peuvent être multiples et non exclusifs : une diminution des tabous entourant la santé mentale; une sensibilisation aux troubles mentaux de la part des omnipraticiens qui se traduit par plus de prescriptions de psychotropes; de meilleurs outils diagnostiques; une accessibilité accrue aux médicaments à la suite de la mise en place du régime général d'assurance médicaments; une conception idéalisée de la performance ou de la normalité; un usage de type « Mode de vie » qui s'éloigne de la thérapie proprement dite pour tendre vers l'amélioration de fonctions cognitives d'une personne en l'absence de problèmes mentaux.

Dans ces deux derniers cas, la problématique concerne moins l'abus de médicaments que l'utilisation qui en est faite. Il est alors question d'usage élargi, d'usage étendu, d'usage *off label*, d'usage inapproprié ou d'usage cosmétique des médicaments psychotropes. Les causes et les conséquences de ces nouveaux usages de médicaments psychotropes interpellent la Commission, qui désire approfondir la question dans son avis.

Avant de débiter, la Commission tient à souligner qu'elle est consciente que son avis risque de soulever plusieurs questions dans la population. Elle tient à rappeler que les psychotropes ont démontré leur efficacité et leur utilité dans le traitement de maladies mentales et neurologiques. Si des personnes s'interrogent sur leur état de santé et leur médication, elles doivent consulter leur médecin traitant.

L'ENVIRONNEMENT DU MÉDICAMENT

Pour être en mesure de bien cerner les enjeux éthiques liés aux usages élargis des médicaments psychotropes, il est nécessaire de présenter le contexte social, sociopolitique et juridique dans lequel le produit « médicament » prend place et prend sa place.

Le médicament dans le système de santé

Au cours de son histoire, le Québec s'est doté d'un système de santé et de services sociaux offrant un large éventail de soins à la population. Les valeurs qui le fondent sont l'accessibilité, l'équité et la solidarité. Dans ce système de santé moderne, le médicament est l'outil de traitement le plus largement répandu et le plus accessible.

Le gouvernement du Québec a pris acte de l'importance des médicaments dans l'arsenal thérapeutique. En 1997, il a adopté la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., chapitre A-29.01), laquelle prévoit la création d'un régime public d'assurance médicaments. Ainsi, depuis 1997, tous les citoyens québécois bénéficient d'une couverture universelle d'assurance médicaments. Lorsque les médicaments sont administrés dans les hôpitaux ou dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), le régime d'assurance hospitalisation en paie les coûts. Dans les autres situations, ce sont le régime public d'assurance médicaments ou les régimes collectifs privés d'assurance qui interviennent.

Toutefois, au fil des ans, l'augmentation de l'utilisation des médicaments et les coûts croissants des nouveaux médicaments ont attiré l'attention. Le poids financier grandissant des régimes d'assurance couvrant les médicaments a ainsi mené le gouvernement du Québec à adopter en 2007 la Politique du médicament.

Le médicament : variété de prix et d'utilisations

Le coût des médicaments est lié au prix des médicaments et à leurs volumes d'utilisation.

Plusieurs facteurs influencent le prix des médicaments, dont les divers coûts de production, l'inflation et l'arrivée sur le marché de médicaments génériques. Quant aux volumes d'utilisation des médicaments, ils varient en fonction de différents facteurs.

- **Les utilisations thérapeutiques** – Plusieurs situations ou éléments influencent la quantité de médicaments utilisés. Au premier plan, les facteurs démographiques comme l'âge, le sexe, la santé des citoyens, l'augmentation de l'espérance de vie font fluctuer la consommation de médicaments. De nouvelles lignes directrices ou de nouvelles indications médicales modifient aussi l'utilisation des médicaments visés. Ensuite, les activités promotionnelles des entreprises pharmaceutiques influencent la consommation de médicaments. Enfin, les découvertes de nouvelles molécules, surtout lorsqu'elles présentent moins d'effets indésirables que celles actuellement utilisées aux mêmes fins, favorisent leur utilisation puisque leur caractère plus

sécuritaire rend davantage acceptable leur prescription. De ce fait, le volume d'utilisation de ces médicaments tend à augmenter.

- **La prévention** – L'importance accordée à la prévention et aux facteurs de risque liés aux modes de vie explique également l'utilisation grandissante des médicaments. La promotion d'un mode de vie sain est très présente dans les discours de santé publique et l'importance de diminuer les facteurs de risque est médiatisée et valorisée. Cependant, l'amélioration des habitudes de vie n'est pas toujours suffisante pour contrer certains risques, et une meilleure prévention nécessite alors un usage combiné de mesures pharmacologiques et non pharmacologiques. Dans un tel contexte, il faut s'assurer que les médicaments efficaces pour contrôler certains facteurs de risque liés à des habitudes de vie ne soient pas vus comme une solution alternative valable aux changements de comportements, souvent plus difficiles à réaliser. Il existe donc un potentiel réel de médicalisation et de médication de la notion de prévention.
- **Les usages élargis des médicaments** – Le désir d'améliorer la perception, l'attention, la mémoire, le raisonnement ou l'humeur n'est pas nouveau pour l'être humain. Ce qui est plus récent, c'est le recours par des personnes en santé à des médications utilisées dans le traitement de conditions mentales pathologiques en vue d'obtenir ces améliorations. Lorsqu'un médicament est utilisé dans le but de rehausser ce qui est fonctionnel, cet usage répond à une visée qui n'est pas thérapeutique et qui touche davantage à des préoccupations comme la quête de performance ou une efficacité professionnelle accrue.

Les notions incontournables

Sans être exhaustive, la Commission retient quatre éléments qui jouent un rôle prépondérant dans l'utilisation des médicaments : les définitions de la santé et de la maladie, la pénurie de ressources dans le réseau public de la santé et des services sociaux, la montée de la prise en charge personnelle ainsi que la médicalisation de traits et de comportements non pathologiques.

Santé et maladie

Santé et maladie sont intimement liées, mais définir ce que signifie « être malade » ou « être en santé » n'est pas chose facile. Ces définitions sont dynamiques, elles évoluent dans le temps et selon les sociétés. La frontière entre la santé et la maladie est floue ; il peut donc être particulièrement difficile de trancher dans le cas de troubles mentaux ou de certains troubles neurologiques. Par conséquent, il est approprié de penser les notions de « santé » et de « maladie » comme étant reliées sur un continuum où les deux pôles sont, d'un côté, une pathologie avérée et, de l'autre, la quête de la santé (ou du bien-être) parfaite. Entre ces deux pôles se situe une vaste zone grise où se trouvent à la fois des situations intermédiaires et le concept de prévention, mais aussi les notions d'amélioration et de performance.

Pénurie de ressources dans le réseau public de la santé et des services sociaux

Plusieurs facteurs laissent présager une utilisation soutenue des ressources pour la santé et les services sociaux dans les années à venir. Or, le système de soins de santé doit composer depuis plusieurs années avec une pénurie assez généralisée de ses ressources humaines. Par conséquent, le personnel du système de soins et de services sociaux subit une surcharge de travail et s'essouffle. Ce contexte favorise aussi le risque d'erreurs liées aux médicaments. Les consultations médicales sont généralement brèves, ce qui peut nuire aux échanges d'information entre le patient et le médecin, à l'établissement d'un diagnostic, à la détermination du traitement approprié et à la transmission de l'information sur les médicaments proposés.

Montée de la prise en charge personnelle

La scolarisation croissante de la population et l'accès aux nouvelles sources d'information (dont Internet) contribuent à ce que les usagers du réseau de la santé et des services sociaux fassent valoir une autonomie de pensée et de décision pouvant aller jusqu'à remettre en question l'expertise des professionnels de la santé. Le respect de la valeur « autonomie » favorise un discours public de responsabilité individuelle, de prise en charge personnelle et d'autosoins auquel s'ajoute l'automédication, c'est-à-dire la prise de médicaments en l'absence d'avis médical. Cette pratique vise principalement des médicaments en vente libre, mais inclut aussi les médicaments résiduels d'une précédente ordonnance ou encore ceux obtenus de tierces personnes.

Médicalisation de traits et de comportements non pathologiques

Les difficultés de cerner et de définir les notions de « santé » et de « maladie », ainsi que celle de tracer leurs frontières respectives, mènent à un arbitrage constant entre les différents acteurs concernés. Ainsi, selon des auteurs, les sociétés occidentales assistent à une médicalisation d'événements, d'émotions, de choses qui ne relèvent pas nécessairement du domaine biomédical. En médicalisant des événements de la vie, ce phénomène favorise le recours à des usages élargis non « traditionnels » des médicaments. Poussée à l'extrême, la médicalisation ignore l'importance du contexte social, culturel et environnemental et passe sous silence les construits sociaux qui définissent ce que sont la normalité, la santé, la performance. Elle tend aussi à minimiser le fait que l'immense majorité de la population est en bonne santé et que la maladie ne touche habituellement qu'une minorité d'individus.

Les acteurs

Plusieurs acteurs porteurs d'intérêts différents et possiblement contradictoires sont au cœur de la caractérisation du médicament dans la société :

- Les gouvernements : notamment par leur pouvoir de législation et d'encadrement ;
- Les professionnels de la santé : particulièrement les infirmières, les pharmaciens et les médecins ;
- Les individus : à la fois citoyens et utilisateurs du système de santé et de services sociaux ;
- L'industrie pharmaceutique : un secteur économique important, dont les activités sont au cœur des innovations en matière de médicaments et de méthodes de fabrication ;
- Les fondations, associations et organismes communautaires : dans leurs rôles d'information, de soutien et de pression ;

- Les médias : à côté des publications destinées aux scientifiques et d'autres destinées au grand public, Internet occupe une place de plus en plus grande – avec ses forces et ses faiblesses au plan de la preuve scientifique.

Le cadre normatif entourant les médicaments

À l'échelle internationale, nationale et provinciale, de nombreuses balises – lois, règlements, codes déontologiques et lignes directrices – ont été mises en place afin de diminuer la dangerosité inhérente aux médicaments et d'encadrer adéquatement les activités des multiples acteurs. Le portrait normatif des médicaments au Canada couvre le processus d'homologation, la mise en marché, la fabrication, la distribution, la prescription, la publicité et les pratiques professionnelles.

Au Canada, les gouvernements fédéral et provinciaux légifèrent et encadrent tout ce qui concerne les médicaments. Santé Canada est le ministère responsable de l'homologation des médicaments à l'échelle nationale, tandis que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) décide des inscriptions à faire sur la liste des médicaments remboursables au Québec.

Les lois et règlements majeurs sont la Loi sur les aliments et drogues (L.R., 1985, chapitre F-27), le Règlement sur les aliments et drogues (C.R.C., chapitre 870), la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) et la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., chapitre A-29.01). Les lois professionnelles comme la Loi médicale (L.R.Q., chapitre M-9) et la Loi sur la pharmacie (L.R.Q., chapitre P-10) encadrent les professions médicales et pharmaciennes et définissent leurs activités réservées. Les ordres professionnels sont également assujettis au Code des professions (L.R.Q. chapitre C-26), qui exige des codes de déontologie pour leurs membres.

Outre les lois et les règlements, de multiples guides, lignes de conduite, lignes directrices, normes administratives et règlements complètent l'encadrement des médicaments. Au niveau international, l'Organisation mondiale de la santé, l'Association médicale mondiale (Déclaration d'Helsinki), le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (Royaume-Uni) et l'American Psychiatric Association (États-Unis) sont des références. Au Canada et au Québec, les gouvernements et les associations professionnelles sont également actifs dans ces formes d'encadrement.

Le cadre théorique couvre les nombreuses facettes du médicament ; toutefois, son application pratique soulève certaines inquiétudes. Pensons aux nouveaux enjeux engendrés par l'essor d'Internet et des cyberpharmacies, qui contournent les cadres normatifs nationaux et internationaux et qui soulèvent des questions quant à la validité scientifique des informations et de la sécurité relative aux achats de médicaments fabriqués dans des conditions inconnues et vendus par des gens anonymes ; à l'homologation des médicaments où peu de vérifications indépendantes des données fournies par les promoteurs pharmaceutiques sont menées ; à la forme de publicité directe des médicaments d'ordonnance (PDMO) qui permet de citer le nom du médicament, de nommer les troubles de santé que celui-ci vise à traiter et d'insister sur son efficacité. Seuls les États-Unis et la Nouvelle-Zélande autorisent cette forme de publicité. Toutefois, si cette catégorie de publicité directe est interdite au Canada, cette

contrainte est facilement contournable grâce à Internet, à l'écoute des chaînes de télévision américaines, à la lecture des journaux et des périodiques américains destinés à un public international et distribués au Canada.

LE MÉDICAMENT PSYCHOTROPE

Le second chapitre détaille les particularités des médicaments psychotropes. Ces médicaments, utilisés dans le traitement de maladies neurologiques et mentales, visent à contrôler les symptômes, à soulager la douleur ou à mener à la guérison. Ces maladies affectent notamment l'humeur, les fonctions cognitives, le comportement et la qualité de vie des personnes atteintes ; la dépression, la maladie de Parkinson, la schizophrénie, les troubles de personnalité et les troubles bipolaires en sont des exemples. Elles constituent des pathologies invalidantes et stigmatisantes qui frappent sans égard à l'âge, au genre, à la richesse ou à l'intelligence.

Depuis quelques années, une augmentation des troubles mentaux et neurologiques est notée – notamment la dépression – et elle s'accompagne d'une hausse des prescriptions de psychotropes, tant au niveau international qu'au Québec. Toutefois, si le recours aux psychotropes ne se limite pas à certaines catégories de personnes, certains groupes ou personnes aux caractéristiques socioéconomiques particulières semblent se distinguer quant à l'usage de neuromédicaments, dont les personnes mineures, les femmes, les aînés et les personnes pauvres. Également, deux phénomènes importants qui se rapportent aux traitements médicamenteux sont relevés : la détermination de la durée de traitement – trop court ou trop long – ainsi que le recours à la polymédication afin de répondre à différents symptômes de maladies.

Fonctionnement du système nerveux central

Dans tous les cas, les maladies mentales et neurologiques impliquent un dysfonctionnement du système nerveux central (SNC). Or, le SNC est essentiel au maintien de la santé et de la vie de l'organisme. En plus de ses fonctions de captage et de transmission de l'information, il possède les outils pour traiter ces informations et agir en conséquence. Les psychotropes, en modifiant la neurochimie et les communications électriques du cerveau, cherchent à corriger ses dysfonctionnements et s'attardent particulièrement aux neurones et aux neurotransmetteurs du cerveau.

En effet, le cerveau, partie majeure du SNC, est l'organe qui reçoit l'information provenant du corps, la traite et détermine par la suite les actions à entreprendre, les décisions, les pensées et les émotions. Pour réaliser ses fonctions, le cerveau peut compter sur une extraordinaire malléabilité – ou plasticité. Ses réseaux de cellules se réorganisent en permanence en fonction des influences extérieures et des expériences personnelles, ce qui fait du cerveau l'organe possédant la plus grande capacité d'adaptation du corps humain.

Les tissus du SNC, et donc du cerveau, sont constitués à 90 % de cellules gliales. Les neurones, cellules spécialisées dans la transmission de l'information, forment les 10 % qui restent. Le neurone représente l'unité de base du fonctionnement du SNC. Cette cellule recueille, traite et retransmet l'information aux autres neurones et aux diverses parties du corps. Ses composantes – le corps cellulaire, l'axone et les dendrites – lui permettent de remplir ses fonctions. Le corps cellulaire du neurone transmet des données sous forme d'influx électrique (ou potentiel d'action) vers ses terminaisons axonales, puis les dendrites des autres neurones capteront les informations. Les neurones communiquent entre eux sans qu'il y ait contact physique. Ce sont les neurotransmetteurs, des molécules chimiques synthétisées et libérées par les neurones selon les informations à transmettre, qui se chargent de véhiculer les flux d'informations vers les autres neurones à partir de la zone spécialisée de contact, les synapses.

Chaque contact est susceptible de déclencher une cascade de réactions biochimiques complexes, dont plusieurs peuvent être simultanées, avec une boucle de rétroaction (*feedback*) qui active instantanément une nouvelle chaîne de réactions.

Devant la nature et la complexité des informations relayées dans le cerveau ou déclenchant une réaction physique, un processus extrêmement précis de communication existe qui implique les neurotransmetteurs. Ainsi, un déséquilibre de la production de neurotransmetteurs ou une atteinte aux récepteurs postsynaptiques modifient le fonctionnement du système nerveux et peuvent entraîner des problèmes neurologiques ou des troubles mentaux. Pour corriger cette situation, les médicaments psychotropes modifient la concentration de neurotransmetteurs ou la disponibilité des récepteurs axonaux et dendritiques.

Ici, une précision s'impose. La recherche sur les neurotransmetteurs a conduit à une meilleure compréhension des pathologies mentales et neurologiques pour lesquelles elle a permis la mise au point de traitements pharmacologiques plus efficaces. Toutefois, plusieurs inconnues demeurent, dont le rôle des neurotransmetteurs sur les troubles mentaux. Ainsi, la relation entre «trouble mental» et «neurotransmetteur» n'est pas clairement établie. De même, plusieurs neuromédicaments sont utilisés – et ont un effet positif – sans que leurs modes d'action soient complètement élucidés. Également, les effets à moyen et long terme des neuromédicaments sur le système nerveux central sont peu ou pas connus. Enfin, à l'heure actuelle, la science ignore si les effets sur les personnes «saines» seront les mêmes que pour les personnes en déséquilibre neurobiochimique au moment de la médication.

Le rapport «risques/bénéfices» : évaluer l'utilisation des médicaments psychotropes

Comme tout médicament, les psychotropes présentent des bénéfices reconnus particuliers pour chaque maladie et chaque médicament ; de même, ils ne sont pas exempts de risques et d'effets secondaires indésirables. Comme pour les bénéfices liés à la prise de psychotropes, les risques et effets secondaires ne seront pas nécessairement tous présents, ni à la même intensité ni au même moment de la thérapie médicamenteuse.

Le rapport «risques/bénéfices» soupèse, dans une situation précise, les risques possibles et les bénéfices espérés associés à la prise d'un médicament précis. L'évaluation de ce rapport se base sur les données probantes, les guides de bonnes pratiques, les lignes directrices et l'expérience clinique (ou le jugement professionnel). À une situation donnée, c'est-à-dire des indications pour lesquelles un médicament précis est approuvé, s'ajoute le contexte particulier de la consultation médicale et du positionnement du clinicien par rapport aux psychotropes. Ainsi, pour le même trouble de santé suspecté, le rapport «risques/bénéfices» varie en fonction du médecin, de l'individu qui consulte, de son état de santé général, de sa médication actuelle et de ses antécédents médicaux.

Les données probantes sont des incontournables dans l'évaluation de la preuve scientifique d'un traitement. Dans la sphère biomédicale, elles sont issues principalement des essais cliniques pharmaceutiques. Or, malgré leur importance dans l'homologation

des médicaments et des autres traitements thérapeutiques, elles possèdent une limite importante : les conditions de réalisation des essais cliniques correspondent peu à la réalité clinique usuelle. Par conséquent, les résultats des essais cliniques sont peu transposables à l'échelle d'une grande population. Ce constat ne signifie pas que les médicaments testés et accessibles à la population sont inefficaces. Il souligne que les données issues des essais cliniques montrent surtout l'efficacité théorique des médicaments.

Les données probantes proviennent également des méta-analyses. Celles-ci rencontrent deux limites, soit les biais de sélection des publications, qui découlent de l'absence d'obligation de publier les résultats des essais cliniques, notamment les résultats d'essais qui se révèlent négatifs, et les niveaux de preuve scientifique des études utilisées dans les méta-analyses, qui vont de l'anecdotique à une méthodologie rigoureuse.

La première conséquence importante d'un rapport « risques/bénéfices » incertain concerne les ajustements de la médication. Ensuite, si les bénéfices espérés tardent à venir ou si les effets indésirables persistent, l'explication peut provenir de divers facteurs, dont une action lente du médicament, des interactions avec d'autres médicaments ou des produits non médicamenteux (par exemple les antioxydants et les suppléments vitaminiques), une mauvaise observance ou un médicament inapproprié pour cette personne. Une fois le médicament approprié et la dose optimale déterminés, il faut estimer la durée du traitement et donc le moment de son arrêt. Or, les guides de pratique et les lignes directrices relatifs à la prescription de neuromédicaments sont peu précis à cet égard.

Ainsi, les rapports « risques/bénéfices » liés aux psychotropes créent des marges de manœuvre qui rendent possibles des usages non prévus par Santé Canada : toute utilisation qui ne respecte pas intégralement les indications médicales approuvées est, par définition, un usage *off label*.

LES USAGES ÉLARGIS DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

La difficulté de déterminer si un recours aux psychotropes est fondé ou non est réelle. Les différences liées à des éléments tels que l'état de santé, l'âge, la culture et l'environnement social font en sorte que chaque situation doit être analysée au cas par cas. Il arrive toutefois que la motivation sous-jacente au recours s'éloigne de l'usage reconnu des médicaments et vise à améliorer la performance dans les cours, le travail ou les sports, ou encore à gérer des situations personnelles difficiles. Il est alors question d'usage élargi.

Les usages élargis : une notion à préciser

Pour désigner les usages non reconnus par les instances réglementaires ou qui se situent dans la zone grise du continuum « santé – maladie », plusieurs expressions existent mais ne décrivent pas la même réalité : usage hors indication médicale (*off label*), usage non optimal, usage élargi, mésusage. Dans cet avis, la Commission privilégie le terme « usage élargi » entendu comme un usage en dehors des pratiques établies et combinant les dimensions médicale et sociale.

Au sens strict, un usage élargi déborde les indications médicales établies par Santé Canada lors de l'homologation d'un médicament. Toutefois, cliniquement, il est assez fréquent que les usages ne respectent pas intégralement les indications approuvées. En effet, une fois un médicament homologué, son utilisation à plus grande échelle et sur des personnes aux profils de santé multiples peut produire des effets non décelés lors des essais cliniques. Ultimement, de nouvelles indications médicales pourront être reconnues par Santé Canada, et ces usages ne seront dès lors plus « élargis ». C'est ainsi que l'éventail des usages recommandés pour un médicament s'élargit.

Par ailleurs, la hausse des diagnostics de maladies mentales et celle des prescriptions de psychotropes soulèvent des questions. Ces augmentations peuvent effectivement être d'origine biomédicale. Par exemple, elles peuvent s'expliquer par l'établissement de diagnostics plus précis ou plus rapides, ou encore par de nouvelles indications médicales approuvées. Le recours à une solution accessible comme le médicament, qui peut paraître relativement peu coûteux en argent, en efforts personnels et en temps, est également un facteur explicatif.

D'autres tendances sociales et culturelles interviennent également. Ainsi, la prise en charge médicale de certains événements de la vie ou de traits de personnalité influence l'établissement d'un diagnostic ou la décision de prescrire. Les augmentations des prescriptions peuvent aussi être la conséquence d'une tolérance faible de l'individu ou des personnes qui l'entourent à la souffrance psychique ou aux comportements dits dérangeants, comme la tristesse, la colère ou l'agitation. Finalement, elles peuvent être liées à l'utilisation faite par des personnes à des fins de performance : mémoire, vigilance, absence de sensation de fatigue, etc.

Deux catégories d'usages élargis des neuromédicaments

Deux grandes catégories d'usages élargis émergent, issues de sources médicales et de sources sociales. Ces catégories ne sont pas indépendantes l'une de l'autre. Plusieurs acteurs et éléments de contexte sont communs aux deux catégories proposées. De plus, les recherches et les applications scientifiques sont guidées par des standards culturellement déterminés ; séparer le contexte médical du contexte social dans lequel il baigne et qu'il modifie en retour amoindrirait la présence et la force des interrelations. Toutefois, les catégories ont été distinguées aux fins de démonstration et de discussion.

Les usages élargis de type « Médical »

Les usages élargis de type « Médical » s'inscrivent dans un contexte de pratiques professionnelles qui contribue à l'élargissement des usages des neuromédicaments. Par exemple, l'incertitude scientifique attribuable au manque de connaissances sur le fonctionnement du cerveau, sur les rôles et les interactions des neurotransmetteurs et sur les modes d'action des psychotropes crée des conditions d'usages hors indications approuvées. De même, une organisation non optimale du réseau de soins au Québec nuit au suivi médical et non médical des personnes ayant des besoins en santé mentale. Finalement, l'importance accordée à la notion de prévention joue un rôle.

La difficulté du diagnostic en santé mentale

Pour qu'il y ait une prescription de médicament, les médecins doivent au préalable établir un diagnostic. Or, en ce qui concerne les maladies mentales, le degré de difficulté pour parvenir à un diagnostic est élevé. En effet, les troubles mentaux sont moins objectivables que les troubles d'ordre physique. Afin de poser un diagnostic, les médecins et les psychologues se réfèrent à la présence de symptômes qui sont gradués selon une échelle d'intensité. Ils établissent ensuite leur diagnostic selon l'un des deux principaux ouvrages de référence en santé mentale, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders IV-TR (DSM-IV-TR) de l'American Psychiatric Association (APA) – utilisé au Canada et au Québec – et la *Classification internationale des maladies 10* (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé, qui peuvent différer dans leurs critères diagnostiques.

Depuis le DSM-III, la conception des maladies mentales et neurologiques privilégie une approche davantage axée sur des symptômes spécifiques. Cette importance accordée aux symptômes pose des difficultés pratiques. En premier lieu, la reconnaissance et la formulation des symptômes varient d'une personne à l'autre. Deuxièmement, un symptôme peut se manifester dans plus d'un trouble mental ou neurologique. Troisièmement, une maladie peut avoir une étiologie multifactorielle, c'est-à-dire être causée par la présence de plusieurs facteurs biologiques, sociaux et environnementaux. Le choix de les traiter ou non doit donc tenir compte de l'ensemble du contexte.

Thérapie ou amélioration ?

Devant un doute diagnostique, en tenant compte des souffrances et des difficultés quotidiennes vécues par les gens aux prises avec un trouble mental ou neurologique, il peut apparaître plus approprié de prescrire un neuromédicament de la nouvelle génération – qui engendre des effets indésirables moins sévères – que de ne rien prescrire. En conséquence, l'abaissement des seuils diagnostiques de ces maladies pourrait aussi contribuer à transformer une condition auparavant « normale » en une condition désormais « médicale ».

Les possibilités qu'offrent ces psychotropes aux effets indésirables moindres mettent en évidence le besoin de distinguer entre *thérapie* et *amélioration*. Une *thérapie* vise à prévenir ou à guérir, chez une personne, un déficit de santé avéré ou anticipé, c'est-à-dire une condition médicale ou un dysfonctionnement physiologique reconnu. Une *amélioration* vise à rehausser une fonction au-delà des capacités habituelles de cette personne, et ce, en l'absence d'un dysfonctionnement identifié.

La différence entre « thérapie » et « amélioration » se situe généralement dans la zone grise du continuum « santé/bien-être – maladie », mais comment distinguer une amélioration d'un traitement ? Une définition étroite du terme « amélioration » est exclue, notamment parce que les concepts de maladie et de santé sont reliés sur le continuum et rattachés à un contexte culturel et historique, lui-même fondé sur des compromis sociaux et des valeurs. Néanmoins, un *modus operandi* se dégage : on détermine plutôt un optimum, variable selon les temps et les lieux, à partir duquel on intervient en invoquant le fonctionnement normal. La question de la normalité est donc au cœur de la notion d'amélioration : chercher à améliorer une fonction se fait par rapport à un point de référence personnel ou social. Constaté ce fait ne répond cependant pas à la question : l'amélioration par rapport à quoi ? Ou par rapport à qui ?

La notion d'amélioration peut aussi se confondre avec celle de prévention. Améliorer une fonction cognitive encore fonctionnelle ou un comportement qui déroge à certains standards pourrait permettre d'éviter des conséquences perçues comme plus dommageables, par exemple des difficultés scolaires, des évaluations professionnelles négatives ou une stigmatisation par les pairs.

Finalement, l'interprétation littérale de la définition de la santé de l'OMS (« la santé est un état de *complet bien-être* physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ») vient brouiller la frontière entre amélioration et thérapie. En effet, comme les notions de « bien-être » et d'« état complet » sont imprécises, il devient relativement facile de ne pas se considérer comme étant en santé. Ainsi, une intervention visant une amélioration pourrait être présentée comme thérapeutique si elle sert à assurer le bien-être de l'individu.

Certains facteurs intervenant dans les pratiques de prescription

La Commission s'est particulièrement intéressée à quatre facteurs susceptibles d'influencer les pratiques de prescription des médecins. D'abord, les limites actuelles des connaissances sur les psychotropes et les maladies mentales et neurologiques. Puis l'influence de l'industrie pharmaceutique par le biais des investissements affectés en promotion et marketing et les impacts des activités promotionnelles sur l'offre de thérapies. Ensuite, l'organisation du système de santé et des services sociaux où la pénurie de personnel s'ajoute au fonctionnement en silo des différentes composantes du système de santé et des services sociaux, ce qui complique le suivi des patients – il est à noter que la situation tend à changer grâce aux équipes multidisciplinaires et aux réseaux d'établissements qui prennent de l'ampleur au Québec. Enfin, les demandes provenant des patients qui peuvent avoir une opinion préétablie et des demandes précises.

Les conséquences des usages élargis de type « Médical »

Le principal bénéfice espéré est représenté par les avancées des connaissances, c'est-à-dire la découverte d'usages thérapeutiques insoupçonnés lors de l'homologation d'un médicament par Santé Canada. Il faut se rappeler que les essais cliniques, les lignes directrices et les guides de bonnes pratiques ne prévoient pas toutes les conditions de vie et de santé existantes dans la population. Une utilisation clinique peut faire ressortir des effets positifs non décelés par les conditions d'utilisation prévues initialement. Subséquemment, des études cliniques et des analyses supplémentaires peuvent appuyer par des données probantes ces avancées empiriques.

La Commission a relevé également quatre conséquences négatives potentielles :

- L'accessibilité et la qualité des soins risquent de diminuer puisque les usages élargis de psychotropes peuvent créer un cercle vicieux : il faut qu'il y ait une consultation médicale pour qu'une personne obtienne, possiblement, une prescription. Dans un contexte où le réseau de santé et des services sociaux réussit difficilement à répondre aux besoins, les professionnels de la santé pourraient « par défaut » favoriser la thérapie médicamenteuse afin de ne pas laisser les personnes sans soins. Les ressources humaines affectées aux consultations et aux suivis suffiraient encore moins à la demande, et ainsi de suite. Et, paradoxalement, la hausse des consultations pourrait faire en sorte que les maladies mentales et neurologiques avérées d'autres usagers soient moins dépistées et leur suivi nécessaire, moins adéquat. De plus, les usages élargis ont également pour conséquence une augmentation de la prescription des médicaments psychotropes, ce qui joue sur la viabilité financière du réseau.
- La sécurité des personnes est en jeu car, si l'utilisation des psychotropes augmente, les prévalences des effets indésirables et des interactions médicamenteuses présentes risquent d'augmenter. Selon les connaissances relatives aux benzodiazépines, deux catégories de risques en particulier attirent l'attention. Sur le plan de la sécurité au travail, la hausse du recours aux médicaments est susceptible d'affecter la santé des travailleurs et, possiblement,

celle de leurs collègues ; sur le plan de la sécurité routière, elle risque de provoquer une augmentation des accidents routiers – automobile, camion, bicyclette, quadriporteurs, etc. –, mettant en jeu la santé du conducteur, des passagers et des passants. En somme, les risques pour la sécurité des personnes qui découlent de l'utilisation de neuromédicaments sont susceptibles de toucher les individus et d'entraîner également des conséquences au niveau collectif par le biais des indemnités versées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail, des frais d'hospitalisation et les indemnités versées par la Société de l'assurance automobile du Québec.

- Dans un contexte d'incertitude diagnostique, et lorsqu'on connaît les perturbations quotidiennes que vivent les personnes atteintes de troubles de santé mentale, la possibilité d'un « surdiagnostic » est possible auquel s'ajoute une augmentation des prescriptions puisque ces diagnostics sont souvent associés à des prescriptions de neuromédicaments. Le risque qui s'ensuit est de médicaliser des événements de la vie qui sont désagréables, stressants ou pénibles, mais inévitables au cours de l'existence ; ces événements ne relèvent donc pas nécessairement du domaine médical. Toutefois, la présence d'un diagnostic médical pourra modifier la perception qu'a une personne de la gravité de sa situation. Lorsqu'un expert établit qu'un état de santé mentale est problématique, il soutient l'idée qu'il s'agit d'une maladie. Lorsqu'il suggère de prendre des médicaments, il en légitime le traitement. De là découle un certain risque de voir diminuer l'importance du rôle que chacun peut exercer dans sa propre vie, notamment d'utiliser ses propres capacités pour faire face aux événements de la vie et pour développer son esprit critique, puisque la prescription de psychotropes justifie leur utilisation.
- La prescription de neuromédicaments constitue un usage élargi à visée améliorante lorsque les capacités cognitives ou mentales d'une personne sont fonctionnelles ou correspondent à des conditions physiques non pathologiques. Dans ces situations, prescrire des psychotropes représente pour les médecins un rôle où ils élargissent les frontières de la relation thérapeutique traditionnelle. Divers motifs pourraient expliquer leurs gestes, dont le manque de temps pour les consultations et les suivis, le mode de facturation à l'acte qui favorise un nombre plus élevé de services offerts, le maintien du contact avec leurs patients. Également, en tant qu'individus, ils évoluent dans un contexte social de performance exigée d'eux, et auquel ils peuvent aussi adhérer personnellement. Toutefois, en prescrivant des psychotropes à des fins non thérapeutiques, les médecins contribuent à alimenter le courant du méliorisme et de la performance ainsi que celui de la banalisation du recours aux médicaments.

Les usages élargis de type « Mode de vie » (Lifestyle)

Souvent qualifiés de *lifestyle drugs*, certains psychotropes, par leurs effets attendus, sont utilisés pour répondre à des attentes sociales – performance, productivité, santé, « jeunesse », changements rapides. Or, le recours aux médicaments pour correspondre à un style de vie et aux valeurs sous-jacentes se distingue du recours visant la guérison d'une maladie mentale ou neurologique avérée. Ici, l'équivoque est moins grande : il est question de méliorisme, de conformisme ou de récréation.

Vers une redéfinition de la « normalité » sociale

La normalité peut être comprise comme la notion statistique de « distribution normale ». Il s'agit alors de la distribution mathématique des caractéristiques d'une population donnée, illustrée par une courbe symétrique en forme de cloche où la moyenne se situe au centre. La valeur de la moyenne est un chiffre précis servant de référence : une personne sera plus ou moins près de la moyenne statistique.

La normalité peut aussi correspondre à un jugement social ou subjectif. Les comportements qui s'écartent des attentes sociales sont alors évalués de façon positive ou négative. Ainsi, le « fonctionnement normal » est une question sociale en constante redéfinition. De même, ce ne sont pas uniquement les caractéristiques biologiques qui définissent ce qu'est une maladie ou qui déterminent son importance dans la société, mais aussi les normes et les valeurs. Plusieurs groupes d'acteurs interviennent lorsqu'il est question de définir ce qu'est la « maladie » : les professionnels de la santé, les associations et groupes de pression professionnels et caritatifs, les citoyens, les médias, les compagnies pharmaceutiques et les différents paliers politiques. Ces acteurs s'influençant mutuellement, il est difficile d'isoler l'apport respectif des uns et des autres.

De la normalité à une normativité

Normalité et norme sont intimement liées : une normalité sociale ou axiologique (basée sur les valeurs) peut mener à une norme, c'est-à-dire à un énoncé qui décrit ce qu'il faut faire ou s'abstenir de faire. Les énoncés normatifs font généralement référence à un type d'action, précisant quels agents doivent ou non agir et dans quelles circonstances.

De façon générale, les attentes sociales conduisent à des normes qui se transposent en comportements attendus. Cette « normativité sociale », si elle devient prégnante, peut ostraciser les personnes qui en dévient par des comportements jugés inappropriés ou, plus généralement, qui sont moins « performantes ». Et, dans les sociétés occidentales, les médicaments deviennent des instruments de socialisation, voire de mise en conformité.

L'impact des psychotropes sur le concept de normalité

La notion d'amélioration fait ressortir toute la complexité des liens entre la société et l'individu par rapport à l'usage de neuro-médicaments. La place actuellement occupée par des valeurs telles que la performance et l'individualisme tend à réduire les bornes d'acceptabilité vis-à-vis des individus qui s'en écartent. Bien que les valeurs de performance, d'efficacité et d'amélioration soient des valeurs positives qui traversent les âges et les sociétés, leur perception idéalisée soulève des questionnements. Ce qui devait être un moyen de parvenir à une fin devient une fin en soi.

Cette normalisation de la conduite, des humeurs, des effets du vieillissement risque de mener à une homogénéisation sociale. En utilisant des médicaments psychotropes pour répondre à certaines normes sociales ou à un idéal, la définition de *normalité* change de registre : s'il devient « normal » de recourir à des médicaments dans un but non thérapeutique, il s'agit dès lors d'une *normalité médicamentée*. La normalisation qui s'ensuit augmente la pression sociale pour s'y conformer et donne une apparence de légitimité à la consommation de psychotropes.

Quelques applications de psychotropes liées au mode de vie

Qu'il s'agisse d'apparence physique ou de performance, l'idée de recourir à des médicaments ou à des techniques biomédicales afin de répondre à un idéal n'est pas nouvelle. Ainsi, si le dopage sportif est interdit, des possibilités dites « cosmétiques » sont offertes en toute légalité au Québec. Concernant les psychotropes, les départements de R-D se pencheront de plus en plus sur le développement de neuromédicaments destinés à améliorer chez les personnes en santé certaines fonctions cognitives et végétatives ainsi que l'humeur, notamment : le maintien et la stimulation de la mémoire et des fonctions cognitives, l'amélioration de la capacité d'attention et le contrôle de la fatigue, la stabilisation et le contrôle de l'humeur, de même que la diminution de l'anxiété.

Certains facteurs intervenant dans les choix de vie

Sans constituer une liste exhaustive, la Commission s'est arrêtée à trois facteurs pouvant influencer les usages élargis liés au mode de vie. Le premier facteur est *l'influence de l'industrie pharmaceutique* par le biais de ses activités promotionnelles sur l'offre de thérapies ainsi que sur les prix des médicaments. Le second est *le message véhiculé par les médias et Internet*, sources d'information majeures, qui présentent les médicaments d'une façon généralement positive et peu critique, où les émissions et les publicités mettant en valeur un style de vie actif ou l'importance de la santé et de la jeunesse véhiculent la même conception attrayante de la vie. Concernant Internet, son essor s'est accompagné plus récemment du phénomène des cyberpharmacies. La Commission s'inquiète du fait que des personnes puissent décider d'acheter des médicaments ou des produits non médicamenteux sans être informées, voire minimalement sensibilisées aux risques réels liés à la méconnaissance du produit acheté : péremption, contrefaçon, présence d'ingrédients toxiques, etc. Les conséquences sur leur santé pourraient être sérieuses. Troisième facteur, *la différenciation entre les neuromédicaments et d'autres stimulants/dépresseurs du SNC* n'apparaît pas évidente pour certains, puisque profiter de la plasticité du cerveau pour améliorer les performances mentales est un phénomène ancien. Pour ce faire, le recours à des substances non médicamenteuses (comme les infusions de plantes, les suppléments vitaminiques et de minéraux, la caféine, le glucose et la nicotine) ou à des techniques est fréquent et peut faire partie du quotidien. Dans ce contexte, pour certaines personnes, la prise de psychotropes se compare sur le plan des risques avec des produits courants comme le café et l'alcool, pourtant reconnus comme dommageables lorsqu'ils sont consommés en grande quantité : la consommation de ces produits est légale au Canada ; ils sont fabriqués de façon sécuritaire ; ils peuvent produire des effets sur toute personne ; les effets néfastes d'une consommation excessive ou prolongée du café et de l'alcool sont connus – et pourtant, ils demeurent accessibles et populaires – alors que pour les psychotropes, les effets à long terme sont peu documentés.

Les conséquences des usages élargis de type « Mode de vie »

Il est à noter que les bénéfices espérés découlent à la fois de preuves scientifiques et de la perception des gens. À ce jour, seules quelques études scientifiques ont porté sur certains neuromédicaments utilisés à des fins strictement améliorantes. Par conséquent, il est hasardeux de transposer ces données probantes et de les appliquer à des utilisations faites par des personnes en santé.

Dans son analyse, la Commission a dégagé trois bénéfices espérés lors d'un recours aux usages élargis « Mode de vie » :

- L'amélioration de certaines capacités cognitives est l'un des objectifs poursuivis. Le rehaussement des capacités mentales qui permettent l'apprentissage, le traitement de l'information et la mémoire, la concentration accrue ou la résistance à la fatigue sont alors considérés comme des plus-values personnelle et sociale. Dans cette perspective, les fonctions cognitives améliorées contribuent également à répondre aux exigences du marché du travail, compte tenu des gains tant pour les employeurs que pour les employés. Par exemple, les neurostimulants peuvent démontrer leur utilité dans certains

métiers où la sécurité d'autrui est centrale – pilotes d'avion, contrôleurs aériens, camionneurs, etc. – et qui requièrent dès lors une attention constante. Dans leur cas, l'usage élargi des psychotropes stimulants pourrait se traduire par des gains sur le plan de la sécurité publique, du moins apparemment et à court terme. De plus, dans leur vie personnelle, les gens ont un rythme de vie souvent effréné. Par exemple, à la conciliation « travail-famille » viennent s'ajouter les sorties culturelles, les activités sportives, l'engagement bénévole, etc. Bref, pour certaines personnes, les psychotropes stimulants répondent à des besoins ou à des attentes de la vie quotidienne.

- Une autre catégorie importante de bénéfices escomptés regroupe la régularisation de l'humeur, l'amélioration de comportements, de traits de personnalité et de l'image de soi. Les psychotropes permettent de se sentir mieux rapidement et ils favorisent une meilleure intégration ; du moins, c'est l'espoir de plusieurs utilisateurs. La prise de ces médicaments vise à produire des résultats sur les plans personnel et professionnel : relations interpersonnelles harmonieuses, personnalité plus attrayante, sociabilité accrue, meilleure coopération, initiatives, meilleure productivité, absences moins nombreuses, etc. D'un côté, les sentiments de peine et de tristesse diminuent et, de l'autre, l'estime de soi et le sentiment de performance, d'efficacité seraient accrus. Ainsi, un état de mieux-être ou de bien-être serait atteint.
- Il existe une corrélation positive entre les fonctions cognitives et le niveau de vie : une légère augmentation des fonctions cognitives entraîne une hausse des revenus et de la qualité de vie. Plusieurs facteurs accroissent la cognition : bonne alimentation, exercices physiques, stimulations intellectuelles, relations sociales satisfaisantes, etc. Toutefois, certaines personnes ont des capacités cognitives limitées et peu susceptibles d'amélioration ; ce sont ces personnes qui auraient le plus à gagner d'un rehaussement pharmacologique de leurs fonctions cognitives.

En somme, les bénéfices découlant des usages élargis de presque toutes les classes de psychotropes laissent espérer une estime de soi plus forte, une reconnaissance extérieure des résultats par une promotion professionnelle, une vie sociale enrichie, une réputation avantageuse, etc. Il est possible que la somme de ces gains individuels tende à hausser les niveaux d'éducation et de productivité de la société, et que tous profiteraient de cette situation. Mais il faudrait également tenir compte d'autres conséquences, dont l'augmentation de la compétitivité aux dépens d'autres valeurs sociales ou, encore, les impacts sur la santé des individus que pourraient engendrer le travail accru ou la diminution des heures de sommeil.

Ainsi, les usages élargis des psychotropes de type « Mode de vie » ne laissent pas qu'entrevoir des bénéfices. Des risques liés à ce type d'utilisation sont possibles, notamment les risques pour la sécurité des personnes, les pressions externes, la dépendance psychologique et la banalisation du psychotrope.

- À court terme, ne pas suivre la posologie indiquée peut entraîner des effets indésirables. Également, recourir à des psychotropes fournis par des amis, achetés sur Internet ou illicitement expose le consommateur à deux genres de risques : ceux associés à la prise de psychotropes et ceux relatifs à la qualité mal connue ou inconnue des médicaments ingérés. Dans plusieurs situations, la sécurité d'autrui entre aussi en ligne de compte. De plus, certains usages « Mode de vie » peuvent altérer la santé physique et mentale des utilisateurs. Par exemple, prendre un psychotrope qui favorise la résistance à la fatigue diminue les heures de sommeil ; or, le manque de sommeil peut entraîner des difficultés à fonctionner pendant la journée et constitue également un facteur de risque pour des maladies physiques telles que l'hypertension et le diabète de type 2.

À long terme, la science ignore les effets des psychotropes sur le cerveau des personnes en santé. Il est possible que le fait de modifier ou d'améliorer une fonction cognitive affecte – positivement ou négativement – d'autres dimensions mentales, incluant l'humeur et les émotions. À l'heure actuelle, à l'exception des tranquillisants et des benzodiazépines (anxiolytiques), les données probantes concernant ces conséquences et leur amplitude sur le système nerveux central sont rarissimes.

- Il ne faut pas négliger l'importance des pressions sociales dans le processus de prise de décision individuelle, ni la possibilité de coercition. Les usages élargis de type « Mode de vie » cherchent à correspondre à un certain idéal, à une image de soi ou de groupe, tant sur le plan professionnel que dans la vie personnelle. Par conséquent, des pressions directes et indirectes pour s'y conformer peuvent venir de plusieurs sources : du réseau social, des supérieurs hiérarchiques, des collègues de travail, de la culture organisationnelle, de la famille, des parents, des établissements scolaires, des médias, etc.
- Pour ceux qui ont recours aux psychotropes et qui en tirent un bénéfice, la crainte de voir cesser les effets bienfaits constitue un motif puissant pour la poursuite de leur consommation de médicaments psychotropes, même lorsque les conditions médicales ne sont plus présentes. Dès lors, d'aucuns pourraient faire de l'usage des psychotropes une stratégie pour affronter les événements de la vie désagréables ou pénibles et en venir à la perception que les difficultés de la vie sont susceptibles d'être résolues par le recours aux médicaments. Face à ces situations, un recours chronique aux neuromédicaments viserait davantage les symptômes au détriment de la mobilisation des ressources personnelles pour y faire face. Cela risque aussi d'entraîner une dévalorisation des autres formes de thérapie.
- La banalisation du psychotrope a été abordée à la section précédente portant sur les usages élargis de type « Médical ». Toutefois, elle se pose de manière particulièrement forte dans les usages élargis « Mode de vie » puisque ces utilisations de psychotropes visent à correspondre à un idéal de normes, d'images ou de valeurs devenues des fins en soi. Également, le fait que les consommateurs surévaluent les bénéfices escomptés et sous-évaluent les risques accentue la banalisation d'y avoir recours à de telles fins.

Une brève synthèse

La Commission a choisi de distinguer deux catégories d'usages élargis de psychotropes, soit les usages élargis « Médical » et « Mode de vie ». Quelques points d'intérêts communs se dégagent du portrait des usages élargis de neuromédicaments.

Premièrement, même si le terme « usage élargi » est utilisé pour les deux catégories, la première catégorie représente plutôt un élargissement des usages thérapeutiques des neuromédicaments, alors que la seconde illustre davantage les usages élargis dans lesquels cette visée est absente. Deuxièmement, bien que quelques facteurs soient propres à chacune des catégories, les mêmes acteurs s'y retrouvent souvent. Troisièmement, puisqu'il n'est pas toujours facile de distinguer entre une thérapie et une amélioration, il est relativement aisé pour chacun de justifier un recours à un neuromédicament. Quatrièmement, l'importance d'une information scientifique de qualité, largement diffusée et transparente, apparaît clairement ; toutefois, il apparaît que cet aspect préalable

n'est pas toujours présent, tant pour la population en général que pour les professionnels de la santé et des services sociaux. Cinquièmement, le manque de connaissances des effets des psychotropes sur des personnes en santé fait en sorte que les bénéfices anticipés demeurent des promesses alors que les risques sont souvent négligés, voire ignorés. Enfin, indépendamment des catégories, l'utilisation accrue de médicaments psychotropes pour des usages élargis pose la question de l'identité de la personne et de la normalité des comportements socialement attendus.

UN QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE SOULEVÉ PAR LES USAGES ÉLARGIS DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Plusieurs valeurs sous-jacentes à ces bénéfices et à ces risques sont interpellées, dont la protection des personnes, la liberté, l'autonomie, la responsabilité, l'équité, l'accessibilité, la justice, la disponibilité de l'information et la qualité de cette information. Les notions d'identité, de normalité et la conception de l'être humain sont également en cause.

Dans sa réflexion sur ces enjeux, la Commission a retenu quatre valeurs qui englobent et permettent de répondre aux questions soulevées : la protection de la santé et de la sécurité des personnes, l'autonomie et l'affirmation de la liberté individuelle, l'équité et les représentations de l'être humain.

La protection de la santé et de la sécurité des personnes

Les psychotropes sont des médicaments puissants. Même sous supervision médicale, les bénéfices peuvent s'accompagner d'effets indésirables prononcés. Les psychotropes ne peuvent donc échapper à la logique de la sécurité médicamenteuse, celle-ci visant la protection des personnes, l'une des valeurs fondamentales du système de santé et des services sociaux.

Les psychotropes posent cependant des défis particuliers du fait qu'ils induisent des variations biochimiques sur le fonctionnement du cerveau. Or, à ce jour, le fonctionnement du cerveau demeure largement méconnu ; par le fait même, les effets potentiels à moyen et à long terme découlant de la prise de neuromédicaments le sont également. Conséquemment, la protection des personnes contre les risques peu connus des psychotropes appelle un besoin accru de connaissances dans ce domaine.

Approfondir les connaissances : un préalable essentiel

À court terme, en plus des risques inhérents aux neuromédicaments, les modes d'action des neuromédicaments demeurent largement méconnus. Les connaissances sur la durée optimale des traitements pharmacologiques posent aussi problème car elles divergent selon les auteurs, et les lignes directrices n'établissent pas toujours clairement quand et comment mettre fin aux traitements. Or, la durée du traitement représente une donnée importante pour le bien-être et la santé de la personne.

Les effets à long terme d'une utilisation de psychotropes soulèvent plusieurs questions fondamentales : Des fonctions cognitives seront-elles affectées – et, si oui, par quels psychotropes, de quelle façon, pour combien de temps ? Leurs effets seront-ils réversibles ou permanents ? Le genre ou l'âge de la personne au moment de l'utilisation représentent-ils des facteurs importants ? Les effets à long terme que pourraient subir les jeunes utilisateurs de neuromédicaments soulèvent des inquiétudes particulières. En effet, des conséquences négatives sur la santé physique ou mentale pourraient se déclarer tôt dans leur vie adulte, les obligeant à composer avec ces séquelles pour le reste de leur vie.

À ce jour, il existe très peu de données scientifiques issues d'études longitudinales qui permettraient de répondre à ces questions et, devant l'augmentation anticipée de l'utilisation de psychotropes, le besoin de connaissances sur ces médicaments devient encore plus crucial. Parallèlement, il existe un besoin de tracer un portrait des usages de psychotropes et d'en suivre le développement. Aussi, afin d'être en mesure de quantifier et de qualifier les effets à court, moyen et long terme des neuromédicaments au Québec, la Commission recommande :

Recommandation n° 1

Que les principaux acteurs approfondissent les connaissances liées aux médicaments psychotropes, notamment :

- a) que le ministre de la Santé et des Services sociaux confie au Conseil du médicament le mandat de dresser le portrait actuel des usages des psychotropes dans la population québécoise et d'en suivre l'évolution dans le temps ;
- b) que les organismes subventionnaires québécois incluent dans leur programmation le financement d'études quantitatives et qualitatives sur les usages des psychotropes et leurs différents types d'impacts ;
- c) que les associations et les ordres professionnels concernés documentent les pratiques de leurs membres concernant les usages des psychotropes.

Améliorer les divers modes d'information

Lors d'une consultation médicale, le médecin prend en compte les conséquences découlant de l'usage de psychotropes et les met en relation avec les bénéfices dont profiterait la personne qui consulte. Dans le cas de l'automédication ou des usages élargis de type « Mode de vie », les effets indésirables et les risques possibles des usages élargis de psychotropes sont souvent méconnus ou sous-estimés par ceux qui y ont recours sans l'avis d'un expert.

Dans tous les cas, les individus obtiennent de l'information par divers canaux, notamment par l'entremise d'Internet et des autres médias.

Les influences d'Internet

Internet influence la diffusion des savoirs par l'intermédiaire de sites d'information scientifique pour spécialistes, mais également par des sites d'information scientifique vulgarisée, des forums de discussion et des blogues. De nombreux avantages découlent de la popularité et de l'accessibilité d'Internet, dont la diversité des sources et l'information qu'on y trouve, qui peut être utile et éducative pour les gens qui la consultent.

Cependant, la qualité de cette information est inégale et sa validité est difficile à vérifier. Par conséquent, elle peut être incomplète, partielle et aller jusqu'à la désinformation.

Lorsqu'il s'agit d'information sur les médicaments, les conséquences peuvent être sérieuses, puisque des sites Internet peuvent rejoindre des individus sensibles à l'utilisation de neuromédicaments ou des personnes davantage vulnérables car elles s'inquiètent de leur état de santé ou souffrent déjà d'une maladie. De même, l'essor des cyberpharmacies et des achats en ligne – avec une absence de suivi après-achat – soulève la question de la validité des informations fournies et de l'innocuité des médicaments vendus.

Devant la difficulté de discriminer la qualité de l'information retrouvée sur Internet et afin de s'assurer que les citoyens consomment de façon sécuritaire des psychotropes, la Commission recommande :

Recommandation n° 2

Que les principaux acteurs s'assurent de la fiabilité de l'information transmise à la population par Internet, notamment :

- a) que le ministre de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Conseil du médicament et les associations et les ordres professionnels concernés, propose à l'intention du public des sources ou des sites d'information vulgarisée fiables sur Internet ;
- b) que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise la population aux risques de se fier uniquement à l'information retrouvée sur Internet et à l'importance de valider cette information auprès des professionnels de la santé.

L'influence des autres médias

Les messages diffusés dans les médias de masse et ceux que l'on trouve dans la littérature savante sur la notion d'amélioration présentent généralement les améliorations cognitives ainsi que la régularisation des comportements et de l'humeur au moyen de psychotropes de manière très positive.

Du côté de la *littérature scientifique*, la tendance la plus répandue reconnaît l'existence d'usages élargis des psychotropes mais considère qu'il est utopique de vouloir les interdire : c'est l'argument d'inévitabilité ; par conséquent, il vaut mieux les accepter et les réguler. Les *médias grand public*, écrits et électroniques, bénéficient pour leur part d'une large pénétration dans les foyers québécois. Or, la place et le traitement accordés aux avancées scientifiques, notamment en matière de médicaments, accusent des lacunes importantes. En raison de leur influence, les acteurs du domaine de l'information – soit les journalistes, les chercheurs, le personnel cadre et les propriétaires – ont la responsabilité de présenter une information juste à leur public.

Ainsi, en présentant avec nuance les risques, les bénéfices et les questions, les médias et les diffuseurs d'information scientifique participent activement et objectivement aux débats sociaux autour des psychotropes et de leurs usages élargis. À cet effet, la Commission recommande :

Recommandation n° 3

Que les acteurs du domaine de l'information s'assurent de diffuser une information scientifique critique, équilibrée et complète sur les connaissances et les incertitudes relatives aux troubles en santé mentale, aux usages des médicaments psychotropes et aux traitements non pharmacologiques utilisés dans le traitement de troubles mentaux et neurologiques.

La Commission invite les acteurs du domaine de l'information à évaluer leurs rôles et leurs pratiques en matière d'information sur la santé. Pour ce faire, ils peuvent faire appel aux groupes de recherche québécois qui étudient les médicaments psychotropes, les troubles de santé mentale ou l'influence des médias dans la société.

D'autres acteurs à interpeller dans une perspective globale

En plus de la protection de l'individu, il apparaît à la Commission que les usages élargis des psychotropes touchent la protection de la population. Trois sources de risques et de coûts sociaux découlant des usages élargis de neuromédicaments ont été signalées dans l'avis, soit les pressions exercées sur le réseau de soins et de services de santé, le modèle actuel de pratique médicale et la forte représentation de certains profils d'utilisation.

Dans la prise en compte de la valeur « protection de la santé et de la sécurité des personnes », les professionnels du réseau de santé et des services sociaux, l'industrie pharmaceutique et l'État sont les principaux acteurs concernés.

Professionnels de la santé et des services sociaux

Les médecins, les pharmaciens, les infirmières, les psychologues et les travailleurs sociaux sont les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux les plus directement concernés par les usages des médicaments. Les conditions de leurs pratiques professionnelles sont exigeantes.

Pour les médecins qui sont les prescripteurs des neuromédicaments, deux nouvelles questions se posent. La première est liée à l'incertitude face aux psychotropes qui peut créer pour les médecins cliniciens un inconfort dans la prise de décision, voire mener à un dilemme moral, et ce, particulièrement pour les médecins omnipraticiens. En effet, ceux-ci prennent en charge la majorité des patients qui souffrent de troubles mentaux ou neurologiques ; or, même pour eux, l'information existante est d'un niveau élevé de complexité, souvent éparse ou difficile d'accès. Ils gagneraient à accéder à une information scientifique plus centralisée et organisée. C'est pourquoi la Commission recommande :

Recommandation n° 4

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Conseil du médicament, les associations et les ordres professionnels concernés :

- a) mette sur pied un mécanisme accessible de diffusion de l'information relative aux psychotropes ainsi qu'à l'état des connaissances sur les traitements non pharmacologiques ;
- b) élabore des lignes directrices sur les meilleures pratiques cliniques en santé mentale ;
- c) développe des outils d'aide à la décision.

La deuxième question renvoie les médecins à la dimension sociale de leur rôle. Il apparaît important qu'ils se penchent sur le rôle qu'ils jouent ou qu'ils se reconnaissent dans les phénomènes de médicalisation et de médication de situations et d'événements de la vie, comme un deuil, un échec professionnel ou une grande timidité. De même, la place accordée aux thérapies non pharmacologiques lors des consultations médicales relatives à ces événements représente un autre aspect de leur rôle social. Leur rôle dans l'élargissement de la sphère thérapeutique et leur part de responsabilité sociale quant aux conséquences en découlant constituent, en ce sens, des éléments de débat. À cet effet, la Commission recommande :

Recommandation n° 5

- a) Que les associations et les ordres professionnels concernés sensibilisent leurs membres aux phénomènes de médicalisation et de médication, ainsi qu'à l'existence et aux conséquences possibles des usages élargis des psychotropes.
- b) Que les universités ainsi que les associations et les ordres professionnels concernés offrent des programmes intégrés en santé mentale dans les cursus de base et dans les programmes de formation continue.
- c) Que les universités ainsi que les associations et les ordres professionnels concernés intègrent les traitements non pharmacologiques dans les cursus de base et dans les programmes de formation continue.

Enfin, la Commission invite les associations, fédérations et ordres professionnels présents dans le réseau de santé et des services sociaux, ainsi que leurs membres, à réfléchir de façon large à deux dimensions de leur responsabilité professionnelle. Il s'agit en premier lieu de la prise en compte du caractère asymétrique de la relation entre le professionnel et le profane, qui met l'accent sur l'importance de leur responsabilité : celle-ci est liée au savoir qu'ils possèdent,

et leur pouvoir sur les gens qui les consultent est à la hauteur de leur savoir. En second lieu, de nouveaux questionnements émergent de certains gestes professionnels : La place accordée à la prévention augmente-t-elle la fréquence des usages élargis de type « Médical » et « Mode de vie » ? Comment réagissent les professionnels de la santé face à l'ampleur du phénomène des usages élargis ? Comment se positionner à l'égard de sa responsabilité professionnelle lorsqu'on doit composer avec la demande du « mieux que bien » ?

Les entreprises pharmaceutiques

Au Canada, les entreprises pharmaceutiques novatrices sont les principaux commanditaires des essais cliniques qui constituent la base de l'homologation des médicaments ; elles jouent également un rôle de premier ordre dans la veille pharmacologique une fois ceux-ci commercialisés. Par conséquent, les entreprises pharmaceutiques constituent des acteurs centraux dans l'information relative à la sécurité des personnes. Elles doivent dès lors concilier les impératifs d'efficacité et d'innocuité de leurs produits avec leur visée de rentabilité et leur responsabilité sociale. Or, selon plusieurs auteurs, les entreprises pharmaceutiques sont activement impliquées dans les phénomènes de médicalisation et de médicalisation.

L'importance donnée par les entreprises pharmaceutiques aux différentes activités de recherche, de formation, de promotion et de commercialisation des médicaments est connue. De ce constat, la Commission dégage quatre niveaux de responsabilité. *Sur le plan de la recherche*, pour que la R-D porte également sur les effets à moyen et long terme des psychotropes mis en marché. Cette forme de vigilance augmenterait les connaissances – que l'avis a relevées comme insuffisantes – sur l'innocuité et l'efficacité à moyen et à long terme des médicaments. *Sur le plan de la diffusion des résultats*, pour qu'ils soient tous diffusés et disponibles sans restriction. *Sur le plan de la commercialisation*, pour que l'information sur les neuromédicaments soit présentée de façon compréhensible, équilibrée et exhaustive afin de permettre aux professionnels et aux individus de prendre une décision éclairée. *Sur le plan de l'éducation et de la formation*, afin que la formation offerte par les pharmaceutiques inclut des connaissances présentées de manière objective et exhaustive.

L'État

Les attentes de la part des citoyens quant à l'innocuité et à l'efficacité des médicaments qu'ils prennent sont élevées. Le fait que les médicaments soient reconnus par Santé Canada et qu'ils soient prescrits par des médecins tend à renforcer ces attentes et la perception de sécurité. Ainsi, la transparence et la justesse de l'information relative aux risques et aux bénéfices des médicaments sont au cœur de la confiance que les citoyens accordent aux autorités de surveillance, aux entreprises pharmaceutiques et aux prescripteurs.

Au regard de la protection de l'individu et de la population, deux éléments relatifs au cadre réglementaire ont attiré l'attention de la Commission, soit la publicité directe des médicaments d'ordonnance (PDMO) et le processus d'homologation des médicaments.

Le cadre réglementaire canadien actuel s'adapte mal à la déréglementation intervenue aux États-Unis qui autorise, sans grandes restrictions, la publicité directe des médicaments d'ordonnance (PDMO). Cette forme de publicité est interdite au Canada et fait l'objet de plusieurs règlements ; toutefois, l'accès aux chaînes de télévision, aux journaux et aux périodiques américains accessibles au Canada a pour effet de contourner aisément cette interdiction. À cause de cette perméabilité, des pressions sont exercées afin que la PDMO soit permise au Canada. L'un des arguments utilisés en faveur de la déréglementation est que la PDMO permet de rejoindre directement les gens et de mieux les informer par le fait même. À cet égard, la Commission se distance de cet argument et, faisant sienne la position du Conseil du médicament du Québec¹, elle recommande :

Recommandation n° 6

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux intervienne auprès du ministre responsable de Santé Canada pour

- a) que soit maintenue l'interdiction de la publicité directe des médicaments d'ordonnance (PDMO) au Canada aussi longtemps que l'industrie pharmaceutique ou les publicitaires n'auront pas fait la preuve de ses avantages sur la santé de la population et sur le système de santé² ;
- b) que la réglementation permette de préserver la spécificité du régime de santé canadien, fondé sur la solidarité³ ;
- c) qu'il s'assure que les règlements existants concernant l'interdiction de la troisième forme de PDMO (mentionnant le médicament, les pathologies visées et les bénéfices associés à son utilisation) soient appliqués aux publicités provenant des États-Unis.

Également, deux faiblesses du processus d'homologation des médicaments retiennent l'attention de la Commission, soit le peu de place accordé aux vérifications indépendantes des résultats produits par les compagnies pharmaceutiques et les limites théoriques et cliniques sur lesquelles reposent les homologations des médicaments.

Si ce processus n'est pas actualisé et doté d'outils d'évaluation indépendants de l'industrie pharmaceutique, il pourrait ne pas répondre aux attentes élevées et légitimes des citoyens concernant la sécurité des médicaments qu'ils consomment. À cet égard, le nouveau processus d'homologation progressive proposée par Santé Canada constituerait une amélioration puisqu'elle tient compte de plusieurs critiques adressées au processus actuel.

Aussi, l'Organisation mondiale de la santé et l'Association médicale mondiale, des organismes de régulation internationaux, ont-elles invité les entreprises pharmaceutiques à inscrire dans un registre la totalité des résultats de leurs recherches. Au Canada, Santé Canada encourage également l'enregistrement et la divulgation des résultats cliniques dans un registre public. De son côté, le Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche propose dans sa révision de *L'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* que les essais cliniques soient consignés dans un registre public reconnu et facilement accessible par Internet.

1 CONSEIL DU MÉDICAMENT DU QUÉBEC, *Publicité directe auprès des consommateurs : le point de vue du Conseil*, Québec, Conseil du médicament du Québec, 29 mars 2004.

2 *Ibid.*

3 *Ibid.*

À ce jour, ces initiatives reposent sur la participation volontaire des chercheurs et des entreprises pharmaceutiques. Pour contribuer au maintien du lien de confiance, assurer une meilleure circulation des connaissances et permettre une plus grande transparence, la Commission recommande :

Recommandation n° 7

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux intervienne auprès du ministre responsable de Santé Canada afin que celui-ci rende obligatoire l'inscription des essais cliniques et de tous leurs résultats dans un registre accessible et qu'il s'assure de sa mise à jour régulière.

Le souci de la sécurité médicamenteuse à l'égard des psychotropes constitue une forme de prudence dont la responsabilité est portée par de multiples acteurs selon diverses modalités. Néanmoins, résoudre les difficultés liées à la gestion du risque et parfaire les connaissances scientifiques ne rendraient pas pour autant les usages élargis des psychotropes nécessairement acceptables sur les plans social et éthique. D'autres préoccupations éthiques sont ainsi soulevées par les usages élargis des psychotropes. L'une d'entre elles concerne l'autonomie et l'affirmation de la liberté individuelle.

L'autonomie et l'affirmation de la liberté individuelle

Dans un contexte où l'autonomie, la liberté et la responsabilisation sont valorisées, la question du lien entre les choix individuels et les limites qui peuvent être imposées est primordiale. Cette question qui est au cœur des débats contemporains se pose, d'une manière particulièrement délicate, dans le cadre de cet avis.

Le sujet moral : un être pensant

Doué de raison et capable de réflexion, autonome et libre, le sujet moral est en mesure de penser ses actions, de répondre de leurs conséquences et d'en être responsable. Cette responsabilité du sujet moral implique un lien de causalité, une capacité de raisonnement, une conscience des actes et des conséquences et une liberté d'agir (ou non). Elle repose sur un postulat : la personne a la capacité de faire ses choix et de prendre ses décisions.

La Commission est d'avis que la mise en avant de l'autonomie, de la liberté et de la responsabilité du sujet lui permet d'être un acteur dans la prise en charge de sa propre santé. Dans ce contexte, peut-on imposer, et comment le faire, des limites à l'usage des psychotropes que l'individu juge bons pour lui ? Sur quels critères déterminer le moment où les besoins des individus passent avant ceux de la collectivité ? Que dire à la personne qui désire des neuromédicaments afin de maintenir ou d'améliorer ses performances ?

Suggérer de limiter les sujets dans leurs décisions et leurs actions heurte une conception « forte » de l'autonomie dans laquelle les individus sont libres et ont le droit de vivre leur vie comme ils l'entendent, limités seulement par le droit des autres d'en faire autant. Pourtant, la question de l'équilibre entre les intérêts individuels et les intérêts collectifs reste entière.

Les pressions externes

L'être humain se reconnaît dans des groupes et il partage des valeurs sociales. L'autonomie et la liberté de choix existent, mais il n'en demeure pas moins que de fortes influences viennent de toutes parts pour que les individus se conforment à différents modèles de groupe, d'attentes professionnelles, d'idéal de comportement ou d'apparence, etc. L'expression « Tout le monde le fait, fais-le donc » illustre bien les pressions à la

conformité qui s'exercent sur l'individu. Elle s'utilise dans de nombreux champs d'activité : à l'école, au travail, dans les loisirs artistiques ainsi que dans les sports. En plus d'encourager la course à la performance, cette expression banalise le recours aux psychotropes qui permet de dominer cette course.

Si la vision de la performance et de l'amélioration qui s'impose à la société peut mettre en cause l'autonomie de l'individu, il faut ajouter qu'il en va de même pour d'autres groupes « à risque » d'usage élargi des neuromédicaments qui sont souvent vulnérables et se retrouvent dans un rapport de force rarement favorable. Pensons ici aux personnes mineures, aux individus peu scolarisés ou en situation de pauvreté, aux personnes âgées en perte d'autonomie ou isolées, aux travailleurs ne pouvant refuser une « demande » de l'employeur.

Trop insister sur l'autonomie et la responsabilité individuelle risque de faire oublier les autres facteurs qui influencent la santé d'un individu, dont l'environnement physique, le milieu social, les valeurs dominantes, de même que les responsabilités des autres acteurs : gouvernement, entreprises, médias, groupes de pression, etc. En outre, certains usages élargis de psychotropes répondent à des exigences sociales et en taisent les causes sociales ; par conséquent, cette médicalisation de problèmes sociaux par le biais d'usages élargis de type « Médical » ou « Mode de vie » ne s'attaque pas aux sources de ces problèmes.

Mise en garde de la Commission à propos des pressions externes

La Commission craint que les pressions qui s'exercent dans les multiples sphères et activités sociales et qui visent à homogénéiser les comportements ne conduisent à la prise régulière de médicaments psychotropes.

L'équité

L'équité peut se comprendre comme le caractère de ce qui est conforme à l'idéal de justice, et ce, considéré indépendamment du droit en vigueur. Dans le cadre de l'avis, l'équité signifie que les personnes reçoivent les soins et les services qu'exigent leurs besoins de santé physique et mentale. Or, les usages élargis des médicaments psychotropes tels qu'ils se développent soulèvent des questions d'équité.

D'une part, l'usage des psychotropes s'élargit et les statistiques récentes de même que les prévisions actuelles concernant le recours aux usages des neuromédicaments suggèrent que leur utilisation augmentera. De plus, il ressort de la documentation scientifique consultée que les nouveaux psychotropes ont des prix plus élevés que leurs prédécesseurs. Par conséquent, même si les recours aux neuromédicaments n'augmentent pas, le coût global des dépenses liées aux psychotropes va s'accroître.

Mise en garde de la Commission concernant l'accessibilité aux médicaments

Devant l'augmentation probable de l'utilisation des psychotropes causée par les usages élargis de types « Médical » et « Mode de vie », la Commission est préoccupée par ses conséquences sur l'accessibilité aux médicaments. Elle s'inquiète des répercussions que cette hausse peut avoir sur la liste des médicaments remboursés, sur l'accessibilité financière aux régimes d'assurance médicaments et sur la possibilité que des personnes aux prises avec des pathologies soient placées devant des obligations financières hors de leur portée.

D'autre part, les usages élargis de type « Médical » et « Mode de vie » seraient favorisés par les ruptures dans la continuité des soins et des services. Le contexte des cliniques « sans rendez-vous », par exemple, se prête très bien aux consultations courtes et aux cas d'urgence, mais n'est pas conçu pour aborder des situations complexes de problèmes de santé mentale ou pour assurer un suivi régulier pour des problèmes de santé chroniques ou récurrents. Le psychotrope peut devenir le moyen de faire taire le problème, mais non de le traiter. Dans cette situation, les patients ne reçoivent pas les soins appropriés.

Cette situation met en évidence une tension sur l'accessibilité au système de santé et des services sociaux puisqu'un cercle vicieux se crée : la pénurie de professionnels de la santé ainsi que l'organisation du réseau faciliteraient les usages élargis de psychotropes ; ceux-ci devant être prescrits par un médecin, le nombre de consultations médicales augmente, réduisant d'autant la disponibilité de ces professionnels ; impossible de boucler la boucle. Ainsi, la rupture dans la continuité des soins et des services met en place des conditions engendrant à la fois des usages élargis plus fréquents et une accessibilité moindre au réseau de la santé.

Les défis étant alors de coordonner les soins et de partager les informations, la Commission recommande :

Recommandation n° 8

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux poursuive la mise en œuvre de pratiques intégrées en santé mentale afin d'assurer une meilleure continuité dans les soins et les services et de contribuer à réduire les usages élargis.

En ce qui concerne les thérapies non médicamenteuses pertinentes, telles que les consultations avec des psychologues, des travailleurs sociaux ou des orthophonistes, les frais des consultations ne sont pas couverts par le système public lorsqu'elles se déroulent dans les cliniques privées ; or, cette situation est fréquente, puisqu'il existe une pénurie de ces professionnels dans le réseau public. Certains régimes d'assurance privés remboursent une portion de ces coûts, mais ce ne sont pas tous les Québécois qui ont accès à ces régimes. Ce contexte entraîne une inégalité d'accès aux soins et services pour des services non médicaux.

Cette situation d'iniquité relativement à l'accès aux soins est d'autant plus préoccupante que, dans plusieurs situations de maladies mentales et neurologiques, la combinaison « traitement médicamenteux – psychothérapie » donne de meilleurs résultats à court terme pour les individus souffrants. À long terme, des thérapies non médicamenteuses – notamment les psychothérapies, une alimentation saine et l'exercice physique – donneraient des résultats positifs durables pour plusieurs troubles mentaux ou neurologiques, comme la dépression, l'anxiété et les pathologies liées à la diminution des fonctions cognitives.

Afin d'assurer l'équité et l'accessibilité au réseau de soins et aux différents régimes d'assurance médicament, valeurs fondatrices du système de soins de santé québécois, la Commission recommande :

Recommandation n° 9

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux :

- a) mette en place les conditions pour améliorer l'offre de service au sein du système public de services offerts par des professionnels pour des thérapies non pharmacologiques utilisées dans le traitement de troubles mentaux et neurologiques ;
- b) étudie les conditions d'un remboursement par le régime d'assurance maladie du Québec de services professionnels privés fournis pour des thérapies non pharmacologiques utilisées dans le traitement de troubles mentaux et neurologiques.

Les effets positifs d'un accès accru aux thérapies non médicamenteuses sur le réseau restent à démontrer, tant sur le réseau de soins que sur la santé des personnes et le bien-être collectif. En effet, il est possible que l'effort global demandé aux professionnels de la santé et des services sociaux ne diminue pas, ou que les sommes allouées au budget du ministère de la Santé et des Services sociaux ne soient pas revues à la baisse. Toutefois, la Commission pense qu'il serait intéressant d'explorer cette avenue afin de vérifier l'existence de gains d'efficacité pour les ressources humaines et financières du réseau. De plus, un recours plus systématique et accessible aux thérapies non pharmacologiques pourrait permettre de démedicaliser et dé-médicamenter certains événements de la vie qui ne relèvent pas nécessairement de la sphère médicale. Pour être en mesure de caractériser les effets possibles sur le réseau public d'un accès aux traitements non pharmacologiques, la Commission recommande :

Recommandation n° 10

Que les organismes subventionnaires québécois incluent dans leur programmation le financement d'études quantitatives et qualitatives portant sur les effets d'un recours accru aux thérapies non pharmacologiques sur le système public de services.

Les représentations de l'être humain

Les neuromédicaments influencent le fonctionnement du cerveau, organe représentant les facultés supérieures, le siège de l'esprit, de l'âme, de l'identité personnelle. Par conséquent, les effets symboliques sur la relation avec le « soi », l'identité individuelle et la conception de l'être humain diffèrent de ceux qu'ont les autres classes de médicaments. C'est pourquoi les psychotropes suscitent, dans la foulée des neurosciences, des débats philosophiques de fond à propos de la nature humaine : Sommes-nous « nous-mêmes » lorsque nous agissons sous l'influence de médicaments qui modifient nos schèmes de pensée, nos comportements, notre humeur et nos fonctions cognitives ? Jusqu'à quel point ces médicaments modifient-ils l'identité de la personne et transforment-ils son rapport au monde ? Doit-on juger différemment la moralité des actes posés sous usage élargi de psychotropes ?

Bien que ces questions ne soient pas exclusives aux usages élargis des neuromédicaments, elles se posent avec moins d'intensité lorsque l'usage des médicaments vise des fins thérapeutiques. Dans ces situations, les médicaments permettent de recouvrer la santé ou de la maintenir, ce qui n'est pas le cas de tous les usages élargis de psychotropes.

Nature humaine et méliorisme

La volonté de s'améliorer fait partie de la condition humaine, et cela inclut l'amélioration des fonctions cognitives. Ainsi, la question de l'amélioration par des médicaments psychotropes suscite des débats sur les visions que l'on entretient de l'être humain, de la vie réussie et de la réalisation de soi.

En effet, les sociétés occidentales placent le cerveau au centre de la conception de ce qu'est une personne et de son identité. Il est l'organe de la pensée, de la conscience, de l'agir/non agir, des souvenirs, de l'individualité. Perdre nos capacités cognitives – dont la mémoire – peut modifier ce qui nous définit comme individu. Or, les médicaments psychotropes touchent aux fondements chimiques et biologiques du cerveau, et, par conséquent, renvoient à ce que nous sommes, à notre essence. Si ce débat sur la nature humaine a déjà été entamé avec l'essor de la génétique, il revient avec force avec les neuromédicaments, plus faciles d'utilisation que les techniques génétiques et ayant une relation plus directe avec notre « soi ».

Dans les sociétés modernes, trois représentations de l'humain se distinguent particulièrement – de nature religieuse, fondée sur le naturalisme ou fondée sur le dualisme, chacune se déclinant en nuances – et toutes sont bouleversées par l'avancée des connaissances neuroscientifiques. Ainsi, les usages améliorants et régularisants de neuromédicaments, qu'ils soient de source « Médicale » ou « Mode de vie », influencent certains fondements des conceptions de l'être humain et de la vie en société, dont la normalité, la souffrance, la performance et l'effort, dont il faut prendre acte.

La normalité

Que signifie être « normal » ? Les réponses varient dans le temps et selon les personnes, les groupes et les sociétés. Statistiquement ou socialement, être « normal » signifie correspondre à un standard. Toutefois, la diversité humaine rend difficile d'imaginer qu'il existe un standard étalon concernant les fonctions cognitives. Toute définition de la normalité se veut donc complexe, subjective et évolutive.

Si le recours aux psychotropes pour s'améliorer, performer et présenter des comportements et des humeurs régularisés se banalise, cette *normalité médicamentée* risque d'appuyer une homogénéisation de la diversité et une ostracisation sociale des « déviants ». Bien que les effets de cette tendance homogénéisante restent à être démontrés de façon détaillée, l'atténuation des différences personnelles et culturelles ne semble pas pouvoir survenir sans conséquences : perte de la diversité culturelle et sociale, absence d'ouverture aux

différences pouvant mener à une intolérance, coercition – douce ou non – et donc atteinte à l'autonomie des sujets moraux, moralisation à l'égard du comportement des individus.

La souffrance

Le recours aux médicaments psychotropes en vue de maintenir ou d'atteindre un niveau de performance, d'efficacité et de stabilité de l'humeur peut, que ces objectifs soient atteints ou non, entraîner un désarroi, voire de la souffrance physique et mentale.

D'un côté, la perception de la souffrance varie d'une personne à l'autre. Elle navigue entre deux extrêmes : la valeur que lui accordent certaines personnes, certaines religions, certains courants spirituels et sociétés, et l'intolérance à sa présence : pourquoi la subir quand on peut l'éviter ? Entre ces deux pôles se retrouvent un éventail de nuances.

D'un autre côté, la cause de cette souffrance est souvent occultée : un rythme de travail et de vie trépidant est susceptible d'entraîner des problèmes de santé physique, de nuire aux relations interpersonnelles et familiales. D'où le besoin de psychotropes pour corriger un problème de santé mentale causé par ce rythme. Toutefois, les conséquences sur les personnes et leur entourage ne peuvent être ignorées : ces personnes souffrent et, il faut l'espérer, reçoivent une aide appropriée. Faudrait-il les laisser sans soins sous prétexte que la cause relève en partie du niveau sociétal et non d'une pathologie avérée ? La Commission y répond par la négative, tout en estimant que cette forme de souffrance devrait conduire à nous interroger sur une tendance sociale qui se met en place.

La performance

Les valeurs de performance et de réalisation de soi se retrouvent à divers niveaux et s'expriment de diverses façons à travers le temps et les sociétés. La satisfaction personnelle et la reconnaissance publique aident au sentiment de réalisation et renforcent la perception positive de la performance ; ce sont autant de moteurs puissants et créatifs du bien-être personnel et collectif.

Le rôle que pourraient jouer les neuromédicaments dans l'atteinte de ces valeurs ne peut laisser indifférent. Dans les sociétés industrialisées, la performance, l'efficacité et le dépassement de soi occupent une place importante et contribuent à la réalisation de soi. Cependant, ces valeurs peuvent être détournées de leur objectif lorsqu'elles deviennent des fins. Cette conception de la réalisation de soi passe par la banalisation de l'utilisation des psychotropes et laisse peu de place aux diverses lectures de ce que peut signifier « se réaliser » ainsi qu'aux divers moyens d'y parvenir. Ainsi, la prise de neuromédicaments afin d'atteindre cet objectif a pour effet de normaliser les usages élargis améliorants des psychotropes. Dans un tel cas, la fin justifie les moyens, et ce, sans égard à la santé ou au sens critique de remise en question des valeurs.

L'effort

Dans la perspective de performance, d'amélioration et de réalisation de soi, les notions d'effort et de tricherie surgissent. En effet, le résultat d'une action sera souvent jugé favorablement s'il est le fruit d'un effort, d'un investissement personnel. De plus, l'utilisation des ressources personnelles, l'effort et la discipline sont souvent valorisés dans plusieurs sociétés et courants spirituels.

Dans la littérature scientifique, le parallèle entre la tricherie, l'effort et les recours aux psychotropes pour améliorer les performances cognitives et émotionnelles est un lieu commun qui inclut généralement une comparaison avec le dopage sportif. Un constat peut être fait : si le dopage sportif est assez unanimement discrédité, le « dopage » cognitif est mieux perçu ou il est considéré de façon nuancée.

La réflexion sur l'importance accordée à la valeur « effort » dans la société québécoise dépasse le cadre de cet avis. Toutefois, les recherches effectuées suggèrent qu'il serait pertinent de s'interroger sur la place et les interprétations de « l'effort » dans les diverses dimensions de la vie sociale et personnelle.

En somme, les diverses conceptions de l'être humain et des aspects culturels, religieux et traditionnels qui en découlent coexistent dans les sociétés modernes. Leur pluralité explique en partie la nécessité d'élargir le débat concernant le rôle des neuromédicaments et la place de leurs usages élargis au Québec.

Espaces de discussion

Lorsqu'il est question de définir ce que sont la santé, la maladie, l'usage thérapeutique et l'amélioration cognitive, les débats sont nombreux mais les consensus rares. Dès lors, plusieurs questions surgissent : Qui peut tracer la ligne entre les dimensions médicale et sociale de la santé ? Est-ce un devoir moral que de se transformer en vue de s'améliorer (fonctions cognitives, stabilité des comportements et de l'humeur) ? Est-ce désirable de repousser sans restrictions les limites physiques et cognitives grâce aux neuromédicaments ? Quels sont les critères pour la prise de décision ?

Dans le contexte démocratique et pluraliste qui caractérise les sociétés contemporaines, il est difficile de recourir à une vision unitaire du bien commun. Pour présider ces arbitrages, l'autorité politique est toute désignée. En effet, c'est aux élus qu'incombe la responsabilité de décider ce qu'est le bien commun et de s'assurer que les intérêts de certains ne soient pas actualisés au détriment des valeurs de la collectivité.

L'expertise des professionnels de la santé – notamment les médecins, les pharmaciens, les infirmières, les psychologues et les travailleurs sociaux – s'impose afin de mieux évaluer les risques et les bénéfices « techniques » des neuromédicaments et de leurs usages élargis. Toutefois, les usages élargis débordent largement ces différents cadres d'expertise et s'inscrivent dans une dynamique citoyenne. Il faut sortir de la relation « expert – classe politique » dans le processus décisionnel qui détermine le choix des enjeux. Plusieurs autres acteurs, à commencer par le citoyen en tant qu'utilisateur, sont concernés et devraient participer aux débats sociaux et éthiques relatifs aux usages élargis des neuromédicaments. À cet égard, ceux qui ne possèdent pas nécessairement le langage technique et le savoir expert devraient aussi participer aux discussions entourant les usages élargis. Les exclure minerait la légitimité et l'efficacité des décisions prises par d'autres.

L'intégration d'une diversité de points de vue favorise les conditions d'une meilleure acceptabilité sociale des enjeux et des décisions, en plus de diminuer le risque d'un paternalisme soit de l'État, soit des groupes d'experts de la santé et des services sociaux. À cet effet, la Commission recommande :

Recommandation n° 11

- a) Que le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport favorisent la participation de la société civile aux débats et aux décisions que soulève la place du médicament, en particulier les usages élargis des psychotropes.
- b) Que le Commissaire à la santé et au bien-être mène un débat public sur les usages élargis des psychotropes.

CONCLUSION

Grâce aux psychotropes, les progrès réalisés dans les traitements thérapeutiques des problèmes de santé mentale et neurologique sont, pour les personnes qui en sont atteintes et leur entourage, un réel soulagement. Toutefois, la hausse des diagnostics de certains troubles mentaux et neurologiques ainsi que celle des prescriptions de neuromédicaments ne peuvent s'appuyer uniquement sur des raisons médicales. Si plusieurs facteurs interviennent dans ces hausses, les usages élargis des médicaments ont retenu l'attention de la Commission.

Rapidement, il est apparu que le phénomène des usages élargis est complexe et qu'il déborde largement le cadre médical. L'absence d'une définition consensuelle de ce qu'est un « usage élargi » des psychotropes ne remet pas en doute leur existence. Elle met toutefois en relief l'existence de perceptions différentes d'une même réalité ainsi que des différences majeures sur le plan du langage, de l'évaluation des risques et des questionnements éthiques que soulèvent les usages élargis des neuromédicaments. En effet, la place des neuromédicaments et de leurs usages dans la société est modelée par la présence de nombreux acteurs sociaux, aux intérêts variés, par la complexité de leurs interrelations ainsi que par leurs influences sociales et économiques.

Plusieurs consensus émergent quant aux usages élargis des psychotropes. Premièrement, les médicaments psychotropes demeurent fondamentalement nécessaires dans un contexte de maladie mentale ou neurologique avérée. Deuxièmement, les usages élargis de type « Médical » et de type « Mode de vie » existent à l'heure actuelle au Québec et il s'agit d'un mouvement de fond. Troisièmement, les connaissances sur le fonctionnement du cerveau sont encore limitées, et les conséquences à moyen et long terme de l'utilisation de neuromédicaments demeurent, à quelques exceptions près, inconnues. Quatrièmement, les promesses des usages élargis de psychotropes et leurs risques reposent sur peu de données scientifiques et relèvent plutôt du spéculatif. Cinquièmement, l'idée de modifier le cerveau, siège de la pensée et symbole du « soi », laisse rarement indifférent. Finalement, plusieurs valeurs sont touchées par les usages élargis de neuromédicaments, tant des valeurs individuelles – telles que l'autonomie, le bien-être, la confiance en soi, la performance et la sécurité – que des valeurs collectives comme la solidarité et l'accessibilité.

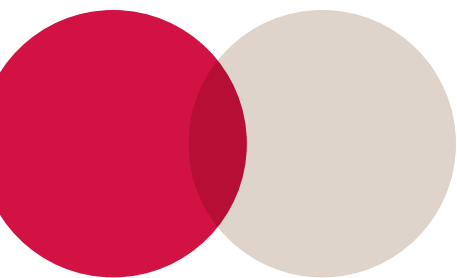
Trois dérives potentielles des usages élargis de psychotropes retiennent l'attention de la Commission. La première consiste en la présence de pressions extérieures à l'individu et d'une information partielle, voire partielle, relative aux psychotropes et à leurs bénéfices. La Commission y voit le risque d'une homogénéisation des humeurs et des comportements et, par conséquent, la démonstration d'une intolérance envers les individus qui dérogent d'une « normalité » dorénavant médicamentée. La deuxième dérive est liée à la banalisation des recours aux usages élargis « Mode de vie », et dans une moindre mesure « Médicaux ». Certains usages en vue d'atteindre des objectifs personnels et professionnels, ou encore de faire face à des événements de vie, douloureux mais inévitables, marquent un glissement vers la maximisation des résultats rapides et la minimisation des ressources personnelles. Finalement, la troisième dérive met en cause la notion d'identité personnelle et la représentation de l'être humain. La réalisation de soi intègre la réussite et la performance, mais tous les moyens pour y parvenir sont-ils souhaitables ? Le cerveau humain est-il un objet instrumentalisable ou différencie-t-il non seulement les humains des autres animaux, mais également chaque être humain ?

C'est en lien avec sa mission que la Commission adresse ses recommandations, dont plusieurs convergent vers un besoin d'information, de même que ses mises en garde. Dans la même perspective, elle suggère le développement rapide d'espaces de débat public, d'une part, afin de ne pas accuser trop de retard sur la réalité des usages élargis, surtout en ce qui a trait à un objectif de régulation, et, d'autre part, parce qu'elle y voit une place de choix pour la réflexion multipartite et la prise de décision concertée.





INTRODUCTION



INTRODUCTION

L'objectif premier du médicament*¹ est d'améliorer le bien-être et la santé d'un individu souffrant. Les médicaments occupent de ce fait une place importante dans les traitements thérapeutiques puisqu'ils ont aidé – et aident toujours – à améliorer la qualité des soins et, en particulier au regard des maladies mentales*, qu'ils contribuent à des gains notables: jusqu'à la découverte des médicaments psychotropes*, les soins de santé fournis aux personnes souffrantes pouvaient en effet se limiter à l'usage des camisoles de force et aux lobotomies. En plus de son sens médical, le retour ou le maintien de la santé comporte une connotation sociétale. En effet, dans une société comme la nôtre, où les valeurs* de performance, d'efficacité, d'amélioration et de réalisation de soi sont présentes, une bonne santé physique et mentale* constitue un atout indispensable.

Bien que ces valeurs puissent être définies de diverses façons, notamment par l'articulation différente des rapports à la souffrance, à la douleur et au bonheur, elles sont anciennes et communes à plusieurs cultures. Dans cette continuité historique, une innovation récente a modifié les moyens d'actualiser ces valeurs: les psychotropes*. Ceux-ci marquent le passage de moyens plus symboliques vers des moyens technologiques: auparavant, des efforts personnels, soutenus et répétés étaient nécessaires; maintenant, il existe des médicaments qui permettent – peut-être – d'arriver aux mêmes fins.

Ainsi, bien que les connaissances sur le cerveau demeurent limitées à ce jour, les espoirs suscités par les nouvelles générations de médicaments psychotropes sont immenses, notamment pour le maintien de la mémoire et des fonctions cognitives* chez les personnes atteintes de démence, pour une concentration accrue chez les enfants qui présentent un trouble d'attention et pour une stabilité émotionnelle chez les personnes souffrant de dépression.

Cet intérêt pour les disciplines couvertes par les neurosciences n'est pas récent pour la Commission de l'éthique de la science et de la technologie. Dans un avis produit en 2005, le Conseil de la science et de la technologie traçait un portrait des neurosciences en décrivant particulièrement la situation au Québec² et proposait à la Commission d'en analyser certains enjeux* éthiques. En 2006, la Commission publiait un avis portant sur les nanotechnologies où elle évoquait la possibilité que celles-ci soient utilisées à des fins d'amélioration des fonctions cognitives. Dans la foulée de ces deux documents, la Commission a décidé, à sa réunion tenue les 28 et 29 novembre 2006, d'étudier plus à fond les enjeux éthiques de la neuropharmacologie*, une discipline des neurosciences, et de produire un avis sur ce sujet.

Son choix repose sur différents facteurs : la popularité grandissante des médicaments qui stimulent ou, au contraire, diminuent les fonctions cognitives ; l'engouement des produits en vente libre qui visent les mêmes effets (« smart drinks », caféine, vitamines, oméga-3, etc.) ; le développement de ce segment dans l'industrie pharmaceutique ; et, enfin, l'information incomplète relative aux effets secondaires à long terme sur le système nerveux.

L'avis se concentre sur les usages des médicaments psychotropes (dimension clinique) et n'aborde pas en détail leur développement (dimension de la recherche). De plus, il s'intéresse principalement aux médicaments psychotropes prescrits, sans pour autant passer sous silence les produits non médicamenteux, une décision motivée par la présence de contextes réglementaires qui diffèrent grandement. En effet, les procédés de fabrication, les contrôles de qualité, le processus d'homologation, la publicité, la distribution et la vente sont réglementés moins sévèrement pour les produits non médicamenteux que dans le cas des médicaments.

- 1 Les termes suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire présenté à la fin du présent avis.
- 2 CONSEIL DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (CST), *Les neurosciences au Québec : un créneau d'excellence au bénéfice de la société*, Québec, CST, 2005, 49 p.

La Commission aborde dans ce présent avis un sujet complexe où les connaissances actuelles laissent place à une part d'incertitude non négligeable ; plusieurs questions soulevées demeurent d'ailleurs sans réponse. Devant l'ampleur du sujet, elle a choisi de ne pas mener une étude exhaustive, mais de broser un portrait le plus complet possible et de soulever les questions qui lui apparaissaient les plus pertinentes. L'avis se veut un regard « pédagogique » sur les usages élargis des psychotropes pour sensibiliser les décideurs et la société civile à la problématique.

La neuropharmacologie s'intéresse aux médicaments qui agissent sur le système nerveux central* (SNC), tels ceux qui modifient l'humeur, les comportements et la cognition, les anesthésiques, les sédatifs, les anticonvulsivants et les narcotiques³. Ces médicaments, utilisés dans le traitement des maladies neurologiques* et mentales, sont regroupés généralement sous le terme de *psychotropes*.

Il n'existe pas de définition universelle de *psychotrope*. Pour l'Office québécois de la langue française, un psychotrope est une « substance d'origine naturelle ou artificielle capable de modifier l'activité mentale et dont l'action essentielle s'exerce sur le système nerveux central et le psychisme ». Sa définition propose aussi comme synonymes « substance psychotrope » et « médicament psychotrope ». Ainsi, les psychotropes ne se limitent pas aux médicaments prescrits mais incluent toute substance qui influence le SNC. La caféine, la nicotine, la cocaïne et l'alcool sont donc des psychotropes.

Dans cet avis, la Commission se penche sur les usages élargis des médicaments psychotropes. Par conséquent, elle retient comme définition de « psychotrope » celle d'un médicament d'ordonnance ayant un effet sur le système nerveux central et sur le psychisme. Dans l'avis, les termes *médicament psychotrope* et *neuromédicament**⁴ seront utilisés comme synonymes de « psychotrope ».

Il est connu que la neuropharmacologie représente une discipline en pleine effervescence. Parallèlement à ces avancées scientifiques, une hausse des diagnostics de certains troubles mentaux*, comme la dépression et le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), et une augmentation des ordonnances de psychotropes sont notées depuis quelques années. Les facteurs explicatifs de ces augmentations peuvent être multiples et non exclusifs : une diminution des tabous entourant la santé mentale, une sensibilisation aux troubles mentaux de la part des omnipraticiens qui se traduit par plus de prescriptions de psychotropes, de meilleurs outils diagnostiques, une accessibilité accrue aux médicaments à la suite de la mise en place du régime général d'assurance médicaments, une conception idéalisée de la performance ou de la normalité, un usage qui s'éloigne de la thérapie proprement dite pour tendre vers l'amélioration de fonctions cognitives et la régularisation des comportements d'une personne en l'absence de problèmes mentaux.

Dans ces deux derniers cas, la problématique concerne moins l'abus des médicaments que l'utilisation qui en est faite. Il est alors question, selon les auteurs, d'usage élargi, d'usage étendu, d'usage *off label*, d'usage inapproprié, de mésusage ou d'usage cosmétique des médicaments psychotropes. Les causes et les conséquences de ces nouveaux usages de médicaments psychotropes interpellent la Commission, qui désire approfondir la question dans son avis.

Le premier chapitre aborde les divers rôles du médicament et les tendances sociales qui les façonnent en décrivant le contexte social, sociopolitique et juridique dans lequel le produit « médicament » prend place et prend sa place. La Commission examine d'abord des notions centrales entourant le médicament, telles que les définitions de « santé » et de « maladie », l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux, la notion de médicalisation* et la prise en charge personnelle de la santé. Différents acteurs, aux intérêts multiples et parfois divergents, qui interviennent dans la caractérisation de la place et des usages des médicaments sont ensuite présentés. Enfin, comme les médicaments sont des produits fort réglementés au Canada et au Québec, la Commission aborde le cadre normatif entourant toutes les facettes du médicament – recherche, homologation, fabrication, distribution, commercialisation, prescription. Plusieurs lois, règlements, codes déontologiques, lignes directrices, guides de bonnes pratiques sont ainsi brièvement énumérés, de même que les principales limites qui se posent lors de leurs applications pratiques.

La Commission s'intéresse dans le deuxième chapitre aux interrogations propres aux psychotropes soulevées au chapitre 1. La première partie du chapitre, consacrée aux psychotropes en tant que médicaments, présente quelques statistiques sur leur utilisation, les classifications existantes, leurs applications ainsi que quelques profils d'utilisation. Comme les psychotropes agissent sur le système nerveux central, l'anatomie et le fonctionnement de celui-ci sont par la suite brièvement décrits. Dans la dernière partie du chapitre, la Commission s'attarde à l'évaluation clinique du recours aux psychotropes, soit le rapport « risques/bénéfices ». Elle recense quelques-uns des bénéfices et des risques des psychotropes, lesquels proviennent principalement des essais cliniques menés par des compagnies pharmaceutiques novatrices*. Ces essais cliniques constituent la source principale des données probantes, et la vérification des résultats est à la base des homologations et des usages reconnus des médicaments. Par la suite, certaines difficultés cliniques et théoriques des essais cliniques ainsi que le niveau des connaissances relativement faible du fonctionnement du cerveau sont exposés. Les informations fournies illustrent la difficulté d'établir le rapport « risques/bénéfices » pour le traitement d'un trouble mental ou neurologique*, ce qui ouvre la porte à des usages élargis, c'est-à-dire non reconnus pour des indications homologuées par Santé Canada, des psychotropes.

Dans le chapitre 3, la Commission propose une analyse de certains usages élargis des psychotropes. Elle dégage deux grandes catégories de ces usages, soit les usages élargis de type « Médical » (provenant de certaines pratiques médicales) et ceux de type « Mode de vie » (liés à l'actualisation de valeurs personnelles et sociales). Bien que ces sources d'influence soient intimement liées, elles sont présentées de manière distincte à des fins de démonstration. Les facteurs qui façonnent ces usages sont décrits, de même que les conséquences possibles, tant bénéfiques que négatives, liées aux usages élargis des médicaments psychotropes.

3 Jack R. COOPER et al., *The Biochemical Basis of Neuropharmacology*, 8^e éd., New York, Oxford University Press, 2003, p. 1.

4 Le terme « neuromédicament » a été proposé à l'OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE, qui l'a accepté. Il est à noter qu'il est peu présent dans la littérature scientifique et peu utilisé dans la pratique clinique. Toutefois, sa signification reconnue est la même que « psychotrope » et son utilisation permet de diversifier l'écriture de cet avis.

Ces conséquences identifiées constituent le cœur des questionnements éthiques qui sont développés au chapitre 4. Dans ce dernier chapitre, la Commission s'interroge sur certains impacts pour les individus et pour la société des usages élargis des psychotropes, qu'ils soient de provenance « Médicale » ou liés au « Mode de vie », et sur les valeurs qui sont en jeu. Sa réflexion l'a menée à retenir quatre valeurs qui lui paraissent englober les questions soulevées : la santé et la sécurité des personnes, l'autonomie et l'affirmation de la liberté individuelle, l'équité et les représentations de l'être humain.

Dans le cadre de son avis, la Commission formule onze recommandations à l'intention des décideurs politiques et des autres acteurs concernés. Elle souhaite contribuer à faire avancer la réflexion éthique sur la problématique des usages élargis des médicaments psychotropes, mais aussi à suggérer aux principaux acteurs des orientations qui prennent en considération les enjeux éthiques et les valeurs fondamentales au sein de notre société. À certaines reprises, lorsqu'il lui est apparu impossible de formuler une recommandation sur un sujet donné qu'elle juge néanmoins important, la Commission propose une mise en garde lui permettant de mettre l'accent sur un aspect abordé, et ce, dans la perspective plus large d'ouvrir les débats à la société québécoise et aux citoyens. En effet, les usages élargis des psychotropes dépassent le cadre médical et mettent en évidence que le médicament se situe dans un contexte donné où agissent et interagissent des citoyens.

Avant d'aller plus loin, deux mises au point s'imposent. En premier lieu, certains noms commerciaux de médicaments sont indiqués dans l'avis. Ce choix, délibéré, a été fait à l'intention des lecteurs à qui les noms génériques des médicaments ne seraient pas familiers. Il ne s'agit aucunement de publicité. Dans le texte, le nom commercial est généralement accolé au nom générique. Les tableaux 1 et 2 citent quelques-uns de ces noms commerciaux, alors qu'une liste plus exhaustive des noms génériques de psychotropes en vente au Canada se trouve en annexe.

La Commission tient également à souligner qu'elle est consciente que son avis risque de soulever plusieurs questions chez les citoyens et les utilisateurs de médicaments. Elle tient à rappeler que les psychotropes ont démontré leur efficacité et leur utilité dans le traitement de maladies mentales et neurologiques. Les questionnements que pourrait susciter son avis ne devraient pas faire en sorte que les personnes qui ont actuellement une ordonnance d'un ou de quelques psychotropes cessent unilatéralement la prise de leurs médicaments. Si elles s'interrogent sur leur état de santé et leur médication, elles doivent demander une consultation avec leur médecin traitant.





L'ENVIRONNEMENT DU MÉDICAMENT

La montée en puissance de la valeur « santé » fait de celle-ci un nouveau domaine normatif couvrant plusieurs des aspects de nos vies, en plus d'en faire un enjeu politique et social. À cet égard, le médicament joue un rôle marqué dans la thérapie et la prévention de maladie ainsi que, de plus en plus, dans les améliorations potentielles des capacités physiques et mentales des personnes. Pour bien cerner les enjeux éthiques liés aux usages élargis des médicaments psychotropes, il apparaît nécessaire à la Commission de présenter au préalable un état de la situation concernant la place qu'occupe le médicament dans la société québécoise. Les notions qui influencent ce positionnement, les acteurs concernés, le cadre normatif entourant le développement et la mise en marché des médicaments ainsi que certains enjeux soulevés par leur utilisation seront abordés dans ce chapitre.

LE MÉDICAMENT DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Une place prépondérante

Historique

Au cours de son histoire, le Québec s'est doté d'un système de santé et de services sociaux offrant un large éventail de soins à la population. Les valeurs qui le fondent sont l'accessibilité, l'équité et la solidarité⁵. Dans ce système de santé moderne, le médicament est l'outil de traitement le plus largement répandu et le plus accessible⁶.

Le gouvernement du Québec a pris acte de l'importance des médicaments dans l'arsenal thérapeutique. En 1997, il a adopté la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., chapitre

A-29.01), laquelle prévoit la création d'un régime public d'assurance médicaments. L'esprit du régime public « n'est pas fondé sur le droit de chacun d'avoir accès aux médicaments que l'individu juge nécessaires mais sur la mutualité, en tant que régime d'assurance, et sur la solidarité, parce qu'œuvre publique⁷ ». Il s'inscrit dans la continuité de la Loi sur l'assurance maladie de 1970 et en conserve la même philosophie. À cet égard, l'article 2 de la Loi sur l'assurance médicaments est explicite : « Le régime général a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes⁸. »

Ainsi, depuis 1997, tous les citoyens québécois bénéficient d'une couverture universelle d'assurance médicaments. Lorsque les médicaments sont administrés dans les hôpitaux ou dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), le régime d'assurance hospitalisation en paie les coûts. Dans les autres situations, ce sont le régime public d'assurance médicaments ou les régimes collectifs privés d'assurance qui interviennent.

Toutefois, au fil des ans, l'augmentation de l'utilisation des médicaments et les coûts croissants des nouveaux médicaments ont attiré l'attention. Le poids financier grandissant des régimes d'assurance couvrant les médicaments⁹ a ainsi mené le gouvernement du Québec à adopter en 2007 la Politique du médicament, qui s'articule autour de plusieurs valeurs, dont l'équité, la liberté et la planification¹⁰. La politique propose une stratégie intégrée pour guider les décisions et les actions en matière de médicaments, en tenant compte de l'ensemble des acteurs, des intérêts en présence et de la capacité financière de l'État. Elle énonce 29 orientations regroupées autour de quatre axes, soit l'accessibilité aux médicaments, l'établissement d'un prix juste et raisonnable, l'usage optimal et le maintien d'une industrie biopharmaceutique dynamique. De ces quatre axes, celui concernant l'usage optimal fait intervenir des acteurs de plusieurs milieux – le trio « patient, prescripteur et pharmacien », les autres professionnels de la santé, les universités, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les assureurs, les fabricants de médicaments, les médias, les compagnies pharmaceutiques, etc. – et touche tant à l'usage thérapeutique qu'à la gestion financière, aux intérêts des individus et à ceux de la collectivité¹¹. Par conséquent, l'application pratique de cet axe est complexe.

Lors du processus d'élaboration de la Politique du médicament, une proposition de politique a fait l'objet de plusieurs mémoires et consultations publiques. Des chercheurs ont analysé les documents soumis et y ont relevé une tendance. Selon eux, « on constate que ni la politique proposée par le gouvernement ni les mémoires ne privilégient une analyse et une critique des normes socioculturelles qui sous-tendent la consommation des médicaments et leur place centrale dans les préoccupations de santé¹² ». La Commission désire, dans la mesure de ses moyens, contribuer à une telle réflexion.

Le médicament : variété de prix et d'utilisations

Cette « place centrale » du médicament au Québec et au Canada se vérifie¹³. Dès 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) écrivait dans sa Politique de la santé et du bien-être que « la consommation des médicaments est en hausse constante dans la population¹⁴ ». Et depuis 1997, dans l'ensemble du Canada, les médicaments constituent le deuxième secteur en importance parmi les dépenses de la santé, tout juste après les hôpitaux¹⁵.

- 5 Hubert DOUCET, « Politiques publiques et critères d'inscription des médicaments dans le régime public québécois d'assurance médicaments », *Éthique publique*, vol. 8, n° 2, 2006, p. 113.
- 6 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), *La politique du médicament*, Québec, 2007, p. 13.
- 7 DOUCET, *op. cit.*, p. 115.
- 8 L.R.Q., chapitre A-29.01, art. 2.
- 9 La croissance des coûts liés aux médicaments est l'un des motifs invoqués par le MSSS (2007), *op. cit.*, p. 5 et 13.
- 10 Anne-Laure SAIVES *et al.*, « La politique du médicament au Québec. Discours et enjeux éthiques », *Éthique publique*, vol. 8, n° 2, 2006, p. 126.
- 11 MSSS (2007), *op. cit.*, p. 43 et suiv.
- 12 SAIVES *et al.*, *op. cit.*, p. 126.
- 13 Afin d'illustrer et de souligner la place occupée par les médicaments, le recours aux statistiques est courant. Or, la présentation et la lecture de ces statistiques peuvent mener à des interprétations inexactes. Une brève revue de certaines difficultés est présentée dans un encadré au chapitre suivant.
- 14 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, 1992, p. 60.
- 15 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2007*, Ottawa, ICIS, 2008, p. v.

En 2005, le coût des médicaments prescrits au Canada s'est élevé à 19,4 milliards de dollars, soit plus que la rémunération des médecins évaluée à 18,5 milliards¹⁶.

Constater que les médicaments occupent une place importante dans les dépenses de santé incite à établir une distinction entre les phénomènes liés à l'évolution des coûts et ceux liés à l'évolution de leur volume d'utilisation.

Prix des médicaments

Plusieurs facteurs influencent le prix des médicaments¹⁷. En premier lieu, les prix de vente varient en fonction des coûts de recherche et développement (R-D), des coûts de production, des dépenses de promotion, de la marge de profit recherchée par les entreprises, des pressions de la concurrence, etc. Ensuite, l'inflation contribue « naturellement » à la hausse des prix. Enfin, des modifications apportées à la réglementation existante engendrent des coûts additionnels si les correctifs requis se traduisent par des démarches administratives supplémentaires (formation du personnel, achat et adaptation à des logiciels, nouveaux rapports écrits, etc.) pour les entreprises pharmaceutiques.

Il est également à noter que l'arrivée sur le marché de médicaments génériques* diminue généralement les coûts liés à la consommation de médicaments, contrairement à l'homologation de nouveaux médicaments, dont les coûts sont généralement supérieurs à ceux des médicaments existants pour le traitement des mêmes troubles de santé¹⁸, qui fait augmenter la facture globale des médicaments¹⁹.

Volume d'utilisation des médicaments

Utilisations thérapeutiques

Plusieurs situations ou éléments influencent la quantité de médicaments utilisés²⁰. Au premier plan, les facteurs démographiques comme l'âge, l'ethnie, le sexe, la santé des citoyens, l'augmentation de l'espérance de vie, la taille de la population font fluctuer la consommation de médicaments. Outre les facteurs démographiques, d'autres éléments interviennent dans le volume d'utilisation des médicaments. Ainsi, de nouvelles lignes directrices favorisent une hausse ou une baisse du recours à certains médicaments. De nouvelles indications médicales reconnues par Santé Canada élargissent le registre d'utilisation des médicaments visés. À titre d'exemple, le Revatio^{MD} prescrit pour traiter l'hypertension pulmonaire est devenu le Viagra^{MD} utilisé dans les cas de dysfonctions érectiles. Également, une épidémie peut faire grimper le recours à certains médicaments, tandis que sa résorption diminue leur usage. Enfin, les activités promotionnelles des entreprises pharmaceutiques, telles que les formations offertes aux professionnels de la santé, les échantillons, les dépliants offerts dans les établissements de santé, les sites Internet et les publicités, influencent aussi la consommation de médicaments.

L'utilisation de médicaments permet également de diminuer le recours à des techniques plus invasives, comme les chirurgies²¹, ainsi que le nombre ou la durée des visites dans les établissements de santé²². Ce phénomène découle directement des nouvelles technologies et des nouvelles molécules mises sur le marché et il amène une utilisation accrue des médicaments. Cette substitution « chirurgies – médicaments » étant relativement récente, on n'a pas encore pu prendre en compte certaines de ses conséquences sur un plan plus global. Il existe par exemple des effets possibles sur la vie quotidienne des patients traités en dehors des établissements de santé et de leurs aidants naturels, ou des conséquences financières sur les individus qui doivent dorénavant acheter les médicaments autrefois fournis par les hôpitaux durant les séjours hospitaliers. De même, les coûts financiers et humains et les résultats globaux sur la santé de la population résultant de ces substitutions n'ont pas encore été calculés – avec les défis que comportent ces calculs²³. Malgré ces réserves, la Commission reconnaît que, dans certains cas, les conséquences positives pour les individus d'un recours accru aux médicaments permettent d'éviter des traitements invasifs.

Prévention

L'importance accordée à la prévention et aux facteurs de risque liés aux modes de vie explique également l'utilisation grandissante des médicaments. En effet, lorsque c'est possible, le système de santé agit en amont, c'est-à-dire non seulement en traitant et en guérissant les maladies, mais aussi en les prévenant.

Il existe classiquement trois niveaux de prévention²⁴ :

- **La prévention primaire** prévaut en l'absence de tout symptôme et vise à empêcher l'apparition de maladie. Elle inclut des gestes reconnus pour diminuer le risque d'apparition de problèmes précis, tels que la vaccination ou la prise de vitamines et de minéraux. Elle comprend aussi la promotion d'un mode de vie reconnu comme sain en raison de ses effets positifs polyvalents sur la santé; ce mode de vie se caractérise par la pratique régulière d'activités physiques, des moments de détente ou une alimentation saine. Dans plusieurs cas, les stratégies privilégiées pour encourager ces pratiques sont l'éducation et l'information menée auprès de la population.

- 16 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS), *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2007*, Ottawa, ICIS, 2007, p. 21-22.
- 17 ICIS (2008), *op. cit.*, p. 37-40, présente une liste de facteurs qui influencent les montants alloués aux médicaments, entre autres pour les prix.
- 18 Steven G. MORGAN *et al.*, « "Breakthrough" Drugs and Growth in Expenditure on Prescription Drugs in Canada », *British Medical Journal*, vol. 331, n° 7520, 2005, p. 815.
- 19 En accordant l'exclusivité à la compagnie innovante pendant un certain temps, les brevets représentent également un facteur qui favorise un prix plus élevé des médicaments. Depuis le 1^{er} octobre 1989, la durée des brevets (incluant les brevets pharmaceutiques) au Canada est de vingt ans (*Loi sur les brevets*, L.R., 1985, chapitre P-4, art. 44; GOUVERNEMENT DU CANADA. PROGRAMME DES SERVICES DE DÉPÔT, *Prolongation de la durée des brevets relatifs aux produits pharmaceutiques*, document MR-144F, 20 février 1997, mis à jour le 2 octobre 2002, adresse URL: <http://dsp-psd.dtpsgc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/MR/mr144-f.htm#CANADAtxt> [lu le 2 mars 2009]). De plus, en 1994,

le gouvernement du Québec a instauré la « règle des 15 ans », soit le remboursement à leurs prix des médicaments novateurs inscrits depuis moins de 15 ans à la liste de médicaments du RGAM ou à celle des établissements de santé, même si un équivalent générique est également inscrit à la liste à un prix moindre; il est à noter que cette règle ne se veut pas un monopole comme le sont les brevets (MSSS [2007], *op. cit.*, p. 64-65).

- 20 ICIS (2008), *op. cit.*, p. 37-41 présente une liste détaillée de divers facteurs qui influencent les montants alloués aux médicaments, notamment sur les variations d'utilisation.
- 21 COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA (COMMISSION ROMANOW), *Guidé par nos valeurs: l'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2002, p. 212.
- 22 ICIS (2008), *op. cit.*, p. 38; COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA (COMMISSION ROMANOW), *op. cit.*, p. 212.
- 23 ICIS (2008), *op. cit.*, p. 39; COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA (COMMISSION ROMANOW), *op. cit.*, p. 212.
- 24 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Glossaire de la série « Santé pour tous », volumes n°s 1 à 8*, Genève, OMS, 1984, p. 20; LAROUSSE MÉDICAL, *Prévention*, Paris, Éditions Larousse, 2003, p. 831. Un autre niveau de prévention existe, mais il n'est pas utilisé dans la pratique au Québec (qui le considère comme relevant de la prévention primaire): la prévention préprimaire. Cette prévention est appliquée à diverses pathologies comme la cirrhose^a et l'hypertension artérielle^b lorsque les indicateurs de santé se trouvent à la limite des seuils reconnus comme problématiques (il est à noter que les résultats de ces études et des revues de littérature ne proposent pas la prévention préprimaire comme traitement à suivre). Par conséquent, un nouveau vocabulaire a été développé par certains: il est possible de parler de préhypertension^c ou, par extension, de préproblème^d. (^a): Carolina TIANI *et al.*, « Portal Hypertension: Pre-Primary and Primary Prophylaxis of Variceal Bleeding », *Digestive and Liver Disease*, vol. 40, n° 5, 2008, p. 318-327; Melissa A. MINOR et Norman D. GRACE, « Pharmacologic Therapy of Portal Hypertension », *Clinics in Liver Disease*, vol. 10, n° 3, 2006, p. 568-569. (^b) Kurt J. GREENLUND *et al.*, « Prevalence of Heart Disease and Stroke Risk Factors in Persons With Prehypertension in the United States, 1999-2000 », *Archives of Internal Medicine*, vol. 164, n° 19, 2004, p. 2113-2118. (^c) GREENLUND *et al.*, *op. cit.* (^d) Johanne COLLIN, « Relations de sens et relations de fonction: risque et médicament », *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 1, 2007, p. 105.

- **La prévention secondaire** cible le dépistage de symptômes précoces ou de facteurs de risque élevés associés à l'apparition de problèmes de santé jugés importants. Il s'agit d'intervenir précocement, avant l'apparition d'un problème de santé ou à son tout début, lorsqu'il est encore possible d'empêcher l'apparition de la maladie clinique ou d'en réduire le développement et les conséquences. Le recours à des médicaments est un traitement couramment utilisé dans la prévention secondaire.
- **La prévention tertiaire** vise à diminuer les conséquences de la maladie (incapacités et handicaps) et à éviter les rechutes. Elle inclut des préoccupations de réadaptation et de réinsertion professionnelle et sociale.

Tous les niveaux de prévention se préoccupent des facteurs de risque de la maladie, tels que le tabagisme, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie, qui se caractérisent par le fait que plus l'exposition au facteur de risque est faible, plus les issues positives de santé sont élevées. On a ainsi observé, au cours des dernières décennies, des programmes plus agressifs de soutien à l'arrêt tabagique (médicaments remboursés) et une tendance à abaisser les seuils diagnostiques* justifiant un recours médicamenteux pour les taux de cholestérol et les valeurs de pression artérielle. Ainsi, des préoccupations de prévention pourraient rendre acceptable et légitimer la médicalisation d'une grande partie de la population. L'évolution de ces seuils* traduit le résultat d'un équilibre résultant d'un consensus (non statique) entre un ensemble de considérations et a des conséquences importantes sur l'utilisation du médicament.

Force est de constater que la promotion d'un mode de vie sain est très présente dans les discours de santé publique et que l'importance de diminuer les facteurs de risque est médiatisée et valorisée, voire instrumentalisée. Cependant, l'amélioration des habitudes de vie n'est pas toujours suffisante pour contrer certains risques, et une meilleure prévention demande alors une utilisation combinée de mesures non pharmacologiques et pharmacologiques. Dans un tel contexte, il faut s'assurer que cette combinaison est équilibrée afin que les médicaments efficaces pour contrôler certains facteurs de risque liés à des habitudes de vie ne soient pas vus comme une solution de remplacement valable aux changements de comportements souvent plus difficiles à réaliser. Il existe donc un potentiel réel de médicalisation et de médication* de la notion de prévention²⁵.

Usages élargis des médicaments

L'expansion de la place occupée par les médicaments est particulièrement liée aux découvertes de nouvelles molécules, surtout lorsque celles-ci présentent moins d'effets indésirables* que celles actuellement utilisées aux mêmes fins²⁶. Le caractère plus sécuritaire de ces nouveaux médicaments rend leur prescription plus acceptable pour des conditions physiques ou mentales moins sévères qu'auparavant. Par conséquent, le volume d'utilisation de ces médicaments tend à augmenter. De fil en aiguille, ces ajustements peuvent être intégrés lors de la mise à jour de leurs indications par Santé Canada et dans la parution de nouvelles lignes directrices formulées par les associations et les ordres professionnels.

Il existe aussi des médicaments qui, semble-t-il, sont en mesure de produire chez des individus « sains » des effets similaires à ceux obtenus chez les personnes souffrant de maladie. C'est le cas notamment de certains antidépresseurs²⁷ qui favoriseraient la coopération, réduiraient les perceptions et réactions négatives (comme la peur et l'hostilité) tout en laissant intactes celles qui sont positives (comme le bonheur). Également, les psychostimulants méthylphénidate (vendu surtout sous le nom de Ritalin^{MD} et Concerta^{MD})²⁸ et modafinil (médicament contre la narcolepsie [difficulté à rester éveillé] commercialisé sous le nom d'Alertec^{MD} au Canada)²⁹ ont montré, à divers niveaux et dans certains cas, une augmentation de la vigilance ainsi que des capacités de résolution de problème et de planification. Enfin, une étude célèbre a montré que le donépézil (vendu sous le nom d'Aricept^{MD}), un médicament utilisé dans le traitement de la maladie d'Alzheimer, avait augmenté des fonctions cognitives chez des pilotes d'avion lors de simulations de vol³⁰.

Le désir d'améliorer la perception, l'attention, la mémoire, le raisonnement ou l'humeur n'est pas nouveau pour l'être humain. Ce qui est plus récent, c'est le recours par des personnes en santé à des médicaments utilisés dans le traitement de conditions mentales pathologiques en vue d'obtenir ces améliorations³¹. Lorsqu'un médicament est utilisé dans le but de rehausser ce qui est fonctionnel, cet usage répond à une visée qui n'est pas thérapeutique et qui touche davantage à des préoccupations telles que la quête de performance ou une efficacité professionnelle accrue. De tels usages contribuent donc également à l'augmentation du volume global d'utilisation des médicaments.

En somme, les dépenses liées aux médicaments croissent et cette hausse s'explique par une augmentation de leurs coûts et un élargissement de leurs usages. C'est à cet élargissement des usages que la Commission s'intéresse particulièrement : ses causes, ses conséquences et les principaux acteurs concernés.

- 25 COLLIN (2007), *op. cit.*, p. 100-106 et 111.
- 26 Colette B. RAYMOND *et al.* présentent à l'appui une revue de littérature dans leur article (« Antidepressant Utilization in British Columbia from 1996 to 2004: Increasing Prevalence but Not Incidence », *Psychiatric Services*, vol. 58, n° 1, 2007, p. 82). Voir aussi Martha J. FARAH, « Emerging Ethical Issues in Neuroscience », *Nature Neuroscience*, vol. 5, n° 11, 2002, p. 1123-1124.
- 27 FARAH (2002, *op. cit.*, p. 1124) présente dans un langage vulgarisé deux études : Wai S. TSE et Alyson J. BOND, « Serotonergic Intervention Affects Both Social Dominance and Affiliative Behaviour », *Psychopharmacology (Berl)*, vol. 161, n° 3, 2002, p. 324-330 ; Brian KNUTSON *et al.*, « Selective Alteration of Personality and Social Behavior by Serotonergic Intervention », *American Journal of Psychiatry*, vol. 155, n° 3, 1998, p. 373-379. Également, Wayne HALL nomme trois auteurs pour qui ces utilisations seraient largement répandues (« Feeling "Better than Well" », *European Molecular Biology Organization (EMBO) Reports*, vol. 5, n° 12, 2004, p. 1105, 1107-1108).
- 28 Cet élément est régulièrement repris et souvent amplifié. Voir Steven E. HYMAN, « Improving our Brains? », *BioSocieties*, vol. 1, 2006, p. 106 et FARAH (2002), *op. cit.*, p. 1124 qui présentent quelques études.
- 29 Chris DODDS *et al.*, « Effects of Psychostimulants on Alertness and Spatial Bias in Healthy Participants », *Journal of Cognitive Neuroscience*, vol. 21, n° 3, 2008, p. 529-537 ; Nancy J. WESENSTEN, « Effects of Modafinil on Cognitive Performance and Alertness During Sleep Deprivation », *Current Pharmaceutical Design*, vol. 12, n° 20, 2006, p. 2457-2471 ; James K. WALSH *et al.*, « Modafinil Improves Alertness, Vigilance, and Executive Function During Simulated Night Shifts », *Sleep*, vol. 27, n° 3, 2004, p. 434-439 ; Danielle C. TURNER *et al.*, « Cognitive Enhancing Effects of Modafinil in Healthy Volunteers », *Psychopharmacology (Berl)*, vol. 165, n° 3, 2003, p. 260-269. Des limites à ces améliorations ont été apportées, notamment par Delia C. RANDALL *et al.*, « The Cognitive-Enhancing Properties of Modafinil are Limited in Non-Sleep-Deprived Middle-Aged Volunteers », *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, vol. 77, n° 3, 2004, p. 547-555.
- 30 Jerome A. YESAVAGE *et al.*, « Donepezil and Flight Simulator Performance: Effects on Retention of Complex Skills », *Neurology*, vol. 59, n° 1, 2002, p. 123-125.
- 31 Cynthia FORLINI *et al.*, « A Second Look at the Ethics of Cognitive Enhancement », *Canadian Psychiatry Aujourd'hui*, vol. 3, n° 2, 2007, adresse URL : <http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/171> (lu le 4 octobre 2007).

Les notions incontournables

Sans être exhaustive, la Commission retient quatre éléments qui jouent un rôle prépondérant dans l'utilisation des médicaments: la difficulté de définir «santé» et «maladie», la pénurie des ressources humaines dans le réseau de la santé et des services sociaux, la progression de la prise en charge personnelle de sa santé (avec ses corollaires – autonomie et responsabilité individuelle) et la médicalisation de comportements et d'états de santé qui ne relèvent pas nécessairement du biomédical.

Santé et maladie

Santé et maladie sont intimement liées, mais définir ce que signifie «être malade» ou «être en santé» n'est pas chose facile. De plus, ces définitions sont dynamiques: elles évoluent dans le temps et selon les sociétés.

Sur le plan conceptuel, deux modèles de définition du mot «maladie» ont cours dans la littérature. Le premier, actuellement minoritaire, ne fait pas clairement référence à la santé, mais plutôt à une norme statistique – sans toutefois définir cette norme. Par exemple: tout écart ou arrêt de la structure normale ou de la fonction de n'importe quelle partie – organe, système ou une combinaison – du corps qui se manifeste par des symptômes ou des signes caractéristiques et pour lequel l'étiologie, la pathologie et le pronostic sont connus ou non³². Le second modèle, largement répandu, se lit comme suit: «Altération de l'état de santé, se manifestant en règle [générale] par des symptômes et des signes³³.» L'Office québécois de la langue française reprend sensiblement les mêmes mots en y ajoutant une caractéristique: «Altération de l'état de santé, attribuée à des causes internes ou externes, se traduisant par des symptômes et des signes, et se manifestant par une perturbation des fonctions ou par des lésions.»

De façon générale, la maladie est donc définie en fonction de la santé, d'où l'importance de clarifier ce qu'est la santé.

Plusieurs des définitions de la santé, proposées surtout à titre de balises et de lignes directrices, visent l'atteinte d'un certain idéal de perfection. Ainsi, la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), inscrite dans sa constitution de 1946, a fait date: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité³⁴.» Plusieurs paliers gouvernementaux au Canada se sont largement inspirés de la définition de l'OMS dans leur définition de la santé. Ainsi, la Loi canadienne sur la santé stipule que «La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre³⁵.» Au Québec, la Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule que «[l]e régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie³⁶».

Ces définitions projettent une image positive de la santé. Outre les éléments de la santé physique et de la maladie, leur compréhension ouvre à d'autres déterminants, soit le bien-être individuel et social lié à l'accès à l'éducation et à l'emploi, au niveau de revenu, à la richesse des relations interpersonnelles et du réseau social, à la salubrité du logement, etc. En proposant un modèle d'intégration à l'environnement social et physique, ces définitions transcendent l'aspect proprement médical de la santé³⁷ pour tendre vers une normalité sociale, c'est-à-dire vers une adaptation aux règles et aux normes du milieu.

Elles posent également un défi particulier quand vient le temps d'évaluer le niveau ou l'acceptabilité de la santé d'une personne ou d'une population. En effet, si la santé comporte des variables quantifiables ou mesurables par des tiers, elle met aussi en jeu des dimensions psychoaffectives et relationnelles où la subjectivité prédomine : les personnes et les communautés auxquelles celles-ci appartiennent sont alors seules juges de la qualité de leur existence. De plus, les perceptions individuelles évoluent selon l'état de santé des personnes, leur âge, leur expérience de vie, les transformations de leur environnement, etc.³⁸. Il en découle que les définitions comportent toutes une forte dimension subjective et culturelle, tant au niveau du « patient », des groupes auxquels il appartient que du professionnel de santé.

S'il importe de bien définir ce qu'on entend par « santé », la Commission reconnaît qu'il existe plusieurs définitions de ce terme et qu'il n'y a pas de consensus opérationnel. En effet, la notion de santé exprime un « faisceau de valeurs constitutives de l'ethos de notre société, mais elle est mouvante dans sa définition et difficilement quantifiable³⁹ ».

La Commission relève aussi que la frontière entre la santé et la maladie est floue, et qu'il peut être particulièrement difficile de trancher dans le cas de troubles mentaux ou de certains troubles neurologiques. Par conséquent, il est approprié de penser les notions de « santé » et de « maladie » comme étant reliées sur un continuum où les deux pôles sont, d'un côté, une pathologie avérée et, de l'autre, la quête de la santé (ou du bien-être) parfaite⁴⁰. Entre ces deux pôles se trouve une vaste zone grise où coexistent des situations intermédiaires et le concept de prévention, mais aussi les notions d'amélioration et de performance. Or, comme cela vient d'être exposé, la notion de maladie se définit par rapport à la santé, et la notion de santé est relative et non absolue ; dès lors, les pôles des notions de « santé » et « maladie » sont variables dans le temps et dans l'espace, et la zone grise entre ces deux extrémités est d'autant plus sujette aux fluctuations.

32 « Any deviation from or interruption of the normal function of any part, organ, or system, or combination thereof, of the body that is manifested by a characteristic set of symptoms or signs, and whose etiology, pathology, and prognostic may be known or unknown » (« Disease », dans *Dorland's Medical Dictionary*, 1988).

33 Michel GARNIER et al., *Dictionnaire des termes de médecine*, 27^e éd., Paris, Maloine, 2003.

34 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), « Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale », Aide-mémoire n° 220, OMS, 2001b, adresse URL : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> (lu le 8 août 2008).

35 *Loi canadienne sur la santé*, L.R., 1985, chapitre C-6, art. 3.

36 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, art. 1.

37 Bruno LECLERC et al., *Pour une approche intégrée des enjeux éthiques en matière de santé et de services sociaux*, Recherche réalisée pour le Conseil de la santé et du bien-être, Rimouski, Groupe de recherche Ethos, 2004, p. 23-24.

38 *Ibid.*, p. 23.

39 *Ibid.*

40 Sur la notion de continuum, voir notamment COLLIN (2007), *op. cit.*, p. 99-102 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL DU CANADA, *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, Ottawa, 1988, 23 p.

Santé mentale et maladie mentale

Ces deux expressions, régulièrement utilisées, décrivent des réalités qui, tout en étant liées l'une à l'autre, sont différentes.

- La **santé mentale** peut se définir comme « la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale ». Ainsi, un **problème de santé mentale** se caractérise par une « perturbation des rapports entre la personne, le groupe et l'environnement », perturbation qui peut être causée par de multiples facteurs sociaux et physiques et être temporaire.
- La **maladie mentale** (ou **trouble mental**) se comprend comme une « maladie caractérisée, qui peut être diagnostiquée et qui entraîne une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives et relationnelles de l'individu. Les troubles mentaux résultent de facteurs biologiques, psychosociaux ou de problèmes de développement. »

MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL DU CANADA,
La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre, Ottawa, 1988, p. 7-8.

Il existe donc deux parcours :

- Celui lié à la maladie, qui inclut la capacité de la prévenir, de la traiter, d'en diminuer les conséquences, et tout cela en considérant le processus de guérison ou de détérioration, les rechutes, la chronicisation, etc.
- Celui davantage lié à la santé mentale ou au bien-être, qui renvoie à la capacité de s'épanouir et de se développer en présence ou non de maladie, de situations difficiles, etc. La présence de maladie peut empêcher le bien-être, mais peut aussi ne pas l'affecter si un nouvel équilibre de vie est atteint et vécu de manière épanouissante.

Ainsi, un individu ne souffrant d'aucune maladie avérée, mais vivant des événements pénibles (séparation, deuil, chômage, etc.), peut avoir une santé mentale fragilisée ou un problème de santé mentale. De même, une personne qui vit avec une maladie mentale sous contrôle et acceptée, tant par la personne elle-même que par son entourage, peut jouir d'une bonne santé mentale.

Pénurie de ressources dans le réseau public de la santé et des services sociaux

Plusieurs facteurs laissent présager une utilisation soutenue des ressources de la santé et des services sociaux dans les années à venir. L'augmentation du nombre de personnes âgées qui expriment des besoins plus fréquents qu'auparavant ou, encore, l'existence d'outils diagnostiques plus performants qui permettent de détecter et de traiter rapidement des troubles de santé en sont des exemples.

Or le système de soins de santé doit composer depuis plusieurs années avec une pénurie assez généralisée de ses ressources humaines, ce qui limite l'accès aux soins de première ligne (soins généraux) et de seconde ligne (soins spécialisés). Plusieurs corps d'emploi sont particulièrement touchés, dont les infirmières (techniciennes et bachelières), les pharmaciens (notamment dans les établissements publics de santé), les travailleurs sociaux, les psychologues, les psychoéducateurs et les médecins⁴¹. Ces derniers, qu'ils soient omnipraticiens ou spécialistes, au Québec comme ailleurs au Canada, pratiquent dans un contexte où ils peinent à répondre à la demande⁴².

Plusieurs conséquences découlent de cet état de fait. L'organisation du travail dans le réseau de la santé demeure un défi important dans un contexte où il faut intégrer des réformes successives visant à mieux répondre aux besoins de la population et des gens qui travaillent dans le réseau. De plus, le personnel du système de soins et de services sociaux subit une surcharge de travail et s'essouffle, ce qui entraîne un épuisement professionnel ou des décisions de réorientations de carrière⁴³, accroissant d'autant le manque de travailleurs qualifiés. Ce contexte de pénurie et de surcharge favorise le risque d'erreurs liées aux médicaments, celles-ci constituant la seconde cause des incidents recensés dans certains établissements publics de santé étudiés⁴⁴. Une étude canadienne récente concernant les infirmières d'hôpitaux conclut également qu'il existe des liens entre l'organisation de leur travail et le risque d'erreurs de médicaments⁴⁵. Finalement, le manque de personnel pour les soins à domicile, de travailleurs sociaux et de psychologues pour les thérapies non médicamenteuses* et de médecins de famille nuit à la continuité des soins et des services et ne permet pas de répondre adéquatement aux demandes. Il est à noter que ces pénuries affectent particulièrement certaines personnes, dont les autochtones et les personnes vivant en région éloignée ou rurale⁴⁶.

41 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), *Planification de la main-d'œuvre dans le secteur des services sociaux et de la santé mentale*, Québec, 2004, 182 p.; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), *Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux – Bilan des travaux 1999-2003*, Québec, 2003, 27 p.; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), *Planification de la main-d'œuvre en pharmacie*, Québec, 2001b, 141 p.

42 CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC, *Avis sur l'accessibilité aux services de santé: attente et attentes*, Québec, CMQ, 2001a, p. 25 et suiv.; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Consultation relative au document intitulé «Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficacité et de qualité» — Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales*, Montréal, 2006, 11 p.

43 Cette situation est documentée, notamment pour la profession des infirmières. Voir, entre autres: Linda O'BRIEN-PALLAS *et al.*, «The Impact of Nurse Turnover on Patient, Nurse, and System Outcomes: A Pilot Study and Focus for a Multicenter International Study», *Policy, Politics, & Nursing Practice*, vol. 7, n° 3, 2006, p. 169-179.

44 G. Ross BAKER *et al.*, «The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events among Hospital Patients in Canada», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 11, 2004, p. 1683.

45 «[d]es liens entre les risques pour les soins aux patients et certains aspects de l'organisation du travail et du milieu de travail des infirmières et infirmiers d'hôpital. L'habitude de travailler des heures supplémentaires, l'impression d'être surchargé de travail, les mauvaises relations entre les infirmières et les médecins, le manque d'effectifs et de ressources ainsi que le faible soutien de la part des collègues étaient liés aux erreurs de médicament» (Kathryn WILKINS et Margot SHIELDS, *Les corrélats des erreurs de médicament dans les hôpitaux*, 82-003-XWF, Ottawa, Statistique Canada, 2008, p. 12).

46 Michael J.L. KIRBY (président) et COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, *De l'ombre à la lumière: la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Ottawa, Sénat du Canada, 2006, p. 162; COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA (COMMISSION ROMANOW), *op. cit.*, p. 61. Le MSSS reconnaît également ce fait; la liste des régions dépourvues en professionnels de la santé comprend principalement des régions rurales ou éloignées des grands centres urbains (<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/medregion.nsf/2c8fcea3a3a329dbc85256d03006d3d34/794330451575b80f85256dd600571cdc?OpenDocument>), et ces régions se subdivisent en différents groupes et secteurs selon la sévérité des pénuries (par exemple, pour les médecins: <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/sujets/medregion.nsf/fae537bb5abe1e78852566de004c8586/d86ac4107d9b058385256dd6005d8fd1?OpenDocument>).

Le manque de médecins entraîne aussi des conséquences dans la relation « patient – médecin ». Les consultations médicales sont généralement brèves, ce qui peut nuire aux échanges d'information entre le patient et le médecin, à l'établissement d'un diagnostic, à la détermination du traitement approprié et à la transmission de l'information sur les médicaments proposés; ce constat s'applique aussi lors de l'évaluation en vue du renouvellement d'une prescription. Plusieurs facteurs expliquent la brièveté des consultations, notamment les connaissances préalables des patients sur la maladie et les médicaments en cause, l'expérience des médecins⁴⁷, les contraintes de temps et une faible participation de la part des patients⁴⁸, le mode de rémunération à l'acte⁴⁹, la connaissance du dossier personnel découlant d'un suivi à moyen et long terme. Des facteurs organisationnels y jouent à la fois négativement et positivement. Ainsi, l'accent mis sur l'accessibilité au réseau a généré une augmentation importante des plages de « sans rendez-vous ». Toutefois, cette situation amène le recours à un plus grand nombre de médecins qui ne connaissent souvent pas les patients, et cela nuit à l'intégration d'informations concernant un même patient et donc au suivi et à la continuité. Par ailleurs, de nouveaux modèles de pratique sont instaurés où interviennent d'autres professionnels de santé qui prennent le relais pour des aspects où leur expertise complète celle du médecin. Ces nouvelles pratiques visent à réduire le temps de la consultation avec le médecin sans amoindrir la qualité des soins reçus par les patients.

Toutefois, une constante demeure : les perceptions entre les informations relatives aux médicaments transmises par le médecin et celles reçues par les patients ne concordent pas toujours. En effet, dans une revue de littérature sur le sujet, des chercheurs mentionnent que les médecins surestiment le temps alloué à la transmission d'informations, notamment celles qui concernent les médicaments⁵⁰. Selon ces chercheurs, « on ne peut que constater la convergence des données de recherche sur la pauvreté des connaissances qu'ont les patients de la médication qu'ils utilisent et la difficulté des patients d'intégrer et de maîtriser ces informations⁵¹ ». À ce constat fait par des chercheurs s'ajoute la question du niveau de littératie* des individus : au Canada, la moitié des gens peinent à lire l'information qu'ils rencontrent dans leurs activités quotidiennes⁵². Les difficultés à lire les instructions des étiquettes apposées sur les contenants de médicaments ou des feuillets d'information peuvent engendrer une mauvaise utilisation des médicaments et des répercussions sur la santé de ces gens⁵³. Il s'agit d'un défi majeur pour s'assurer d'une utilisation sécuritaire des médicaments, et tant les médecins que les patients sont appelés à viser un partage de connaissances qui satisfasse les uns et les autres.

Finalement, la Commission tient à souligner que le manque de ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux impose une contrainte déontologique aux médecins puisqu'ils doivent soulager les patients. Dans ce contexte, les ordonnances de médicaments peuvent être vues comme des outils qui permettent de soulager temporairement, mais cela crée une situation favorable à la surprescription, phénomène complexe où jouent divers facteurs et où participent plusieurs acteurs. Toutefois, et sans passer sous silence le rôle des médecins, il importe de se demander si « dans un tel contexte, les intervenants, pour ne pas dire le système de santé lui-même, peuvent faire jouer au médicament un rôle de substitution [...] Ce que l'on nomme le mésusage n'exprime-t-il pas alors un autre niveau de problème⁵⁴ ? »

Montée de la prise en charge personnelle

La scolarisation croissante de la population et l'accès aux nouveaux canaux de communication (dont Internet) ont permis l'émergence d'un phénomène nouveau : des citoyens sont désormais en mesure de se constituer un savoir personnel sur la santé en puisant à diverses sources d'information. En effet, la relation traditionnelle « médecin – patient » s'est récemment modifiée et complexifiée. Les professions médicales demeurent empreintes d'autorité et continuent à imposer le respect, mais, selon les personnes et les situations en cause, cette attitude s'accompagne dorénavant d'un esprit critique.

Dans le contexte sociopolitique de la revendication des droits individuels et de la prise de parole critique des individus et des groupes communautaires, les usagers des établissements de services de santé et des services sociaux font valoir une autonomie de pensée et de décision pouvant aller jusqu'à remettre en question l'expertise des professionnels de la santé⁵⁵. Par exemple, dans cette perspective, se faire refuser un médicament par un médecin peut être seulement un léger contretemps : la personne n'aura qu'à « magasiner » ailleurs et il est bien possible qu'elle réussisse à obtenir une prescription d'un autre clinicien. De même, elle a la liberté de prendre ou non le médicament prescrit par un médecin ou de suivre les indications du pharmacien.

La modification de cette relation se déroule dans un contexte de pénurie des ressources humaines et matérielles du réseau de la santé et des services sociaux. Tant ce déséquilibre que le respect de la valeur « autonomie » des citoyens favorisent un discours public de responsabilité individuelle de prise en charge personnelle et d'autosoins*. Pour l'Association canadienne de l'industrie des médicaments en vente libre :

« Les autosoins, qui désignent les décisions et mesures prises par une personne pour se garder en santé et prévenir ou traiter certaines maladies, constituent un élément vital et souvent sous-évalué, des soins de santé. Pourtant, de plus en plus de preuves tendent à confirmer que le soutien des autosoins se traduit par une amélioration de la santé et de la qualité de vie⁵⁶. »

- 47 Claude RICHARD et Marie-Thérèse LUSSIER, « Measuring Patient and Physician Participation in Exchanges on Medications: Dialogue Ratio, Preponderance of Initiative, and Dialogical Roles », *Patient Education and Counseling*, vol. 65, n° 3, 2007a, p. 329-341 ; Claude RICHARD et Marie-Thérèse LUSSIER, « Pourquoi s'intéresser à la communication médecin-patient à propos de la médication ? », dans Joseph Josy LÉVY et Catherine GARNIER (dir.), *La chaîne des médicaments : perspectives pluridisciplinaires*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2007b, p. 346-347.
- 48 RICHARD et LUSSIER (2007b), *op. cit.*, p. 336 et 347.
- 49 COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA (COMMISSION ROMANOW), *op. cit.*, p. 137-138. Ingrid SKETRIS et al. présentent quelques études sur ce sujet dans *Prescription et utilisation optimales des médicaments au Canada : défis et possibilités*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 2007, p. 17-19.
- 50 RICHARD et LUSSIER (2007b), *op. cit.*, p. 344-345 et 353-355.
- 51 *Ibid.*, p. 355.
- 52 Rapporté par Chantal OUELLET et al., « Alphabétisme, santé et médicaments : des liens importants à connaître et à comprendre », dans LÉVY et GARNIER (dir.), *op. cit.*, p. 319.
- 53 OUELLET et al., *op. cit.*, présentent et analysent cette question dans leur étude.
- 54 DOUCET, *op. cit.*, p. 116-117.
- 55 LECLERC et al., *op. cit.*, p. 22.
- 56 Mémoire présenté aux auditions publiques, cité par SAIVES et al., *op. cit.*, p. 123.

À la notion d'autosoins s'ajoute celle d'automédication*, c'est-à-dire la prise de médicaments en l'absence d'avis médical⁵⁷. Cette pratique vise principalement des médicaments en vente libre, mais inclut aussi les médicaments résiduels d'une précédente ordonnance ou encore ceux obtenus de tierces personnes. Pour certains, l'automédication correspond à une autonomie accrue car l'automédication permet un contrôle sur sa propre santé. Dans d'autres cas, elle peut résulter d'une relation patient-médecin insatisfaisante ou d'une perte de confiance dans le système de santé. Elle peut aussi être vue comme un gain de temps, ce qui répond au contexte d'accessibilité réduite au réseau de santé et des services sociaux. Il est à noter que ce gain de temps et la prise en charge personnelle épousent également une certaine conception de la performance et de l'efficacité.

Ces phénomènes d'autosoins et d'automédication s'inscrivent dans une logique de « client », d'autonomie et de performance, dans laquelle « la responsabilisation de l'individu valorise l'affirmation d'une liberté de choix, d'une autonomie de décision face à une offre de services⁵⁸ ». En effet, en plus d'une recherche d'information et d'une prise de décision en vue de contrôler sa santé et son mieux-être, ils impliquent souvent l'achat de produits ou de services thérapeutiques. Cette conception de la responsabilisation et du contrôle de soi est soutenue selon certains auteurs par l'industrie pharmaceutique⁵⁹. De plus, cette responsabilisation personnelle peut s'opposer aux responsabilités professionnelles des médecins et des autres professionnels de la santé et des services sociaux, créant des tensions entre savoir profane et savoir expert, entre autonomie et autorité.

Médicalisation de traits et de comportements non pathologiques

Les difficultés de cerner et de définir les notions de « santé » et de « maladie », ainsi que celle de tracer leurs frontières respectives, mènent à un arbitrage constant entre les différents acteurs concernés. Les sciences humaines participent activement à ce débat et l'enrichissent. Elles montrent notamment l'importance des facteurs socioéconomiques et environnementaux dans la compréhension de notions généralement définies sous un angle biomédical grâce au « pouvoir du langage médical⁶⁰ » dans la société.

Ainsi, selon des auteurs, les sociétés occidentales assistent à une médicalisation d'événements, d'émotions, de choses qui ne relèvent pas nécessairement du domaine biomédical⁶¹. Le phénomène de médicalisation peut se définir comme un processus par lequel des problèmes non médicaux se qualifient et se traitent comme des problèmes médicaux, en décontextualisant les situations et en détournant l'attention de l'environnement social vers les individus⁶². Phénomène étudié depuis les années 1950, il ne s'agit pas d'un concept récent⁶³ ni prêt à disparaître⁶⁴.

Plusieurs facteurs interviennent dans ce processus de médicalisation⁶⁵. Notons l'importance des activités promotionnelles de l'industrie pharmaceutique, le discours de la santé publique axé sur la prévention et les risques ou encore la présentation de la santé en tant qu'objectif et norme. Même le marché des produits non médicamenteux participe de plus en plus à cette quête de la santé en promouvant des produits tels que les oméga-3, les antioxydants, les produits homéopathiques, les suppléments vitaminiques, etc.

La prise de médicaments n'implique pas pour autant que l'on traite une maladie. Par exemple, les pertes de mémoire⁶⁶, inhérentes au processus de vieillissement du corps, et la très grande timidité⁶⁷ sont dorénavant présentées de plus en plus comme des problèmes méritant d'être corrigés. Ainsi, les grands timides peuvent maintenant se faire prescrire des médicaments bêtabloquants⁶⁸ qui réduisent les réactions physiologiques liées au stress. De même, des personnes âgées aux États-Unis reçoivent des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, des médicaments destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, à la suite d'un diagnostic de « déficit cognitif léger » (*mild cognitive impairment – MCI*)⁶⁹; or, selon certains chercheurs, même si le déficit cognitif léger est une pathologie, ses critères diagnostiques controversés favorisent la médicalisation et la médication du processus normal de vieillissement⁷⁰.

- 57 Voir la revue de littérature sur l'automédication faite par Christine THOËR-FABRE *et al.*, « Le médicament dans les sciences sociales: une analyse documentaire d'un champ en construction », dans LÉVY et GARNIER (dir.), *op. cit.*, p. 39-40.
- 58 Marc LEMIRE, « L'accès aux médicaments sur internet ou les enjeux éthiques de la responsabilisation consumériste », *Éthique publique*, vol. 8, n° 2, 2006, p. 134.
- 59 Notamment Kalman APPLBAUM, « Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer », *PLoS Medicine*, vol. 3, n° 4, 2006, adresse URL: <http://medicine.plosjournals.org/perlserv?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030189> (lu le 9 février 2008); Dominick L. FROSCHE *et al.*, « Creating Demand for Prescription Drugs: A Content Analysis of Television Direct-to-Consumer Advertising », *Annals of Family Medicine*, vol. 5, n° 1, 2007, p. 9-12; Rod FLOWER, « Lifestyle Drugs: Pharmacology and the Social Agenda », *Trends in Pharmacological Sciences*, vol. 25, n° 4, 2004, p. 182-184.
- 60 Éric RACINE, « Thérapie ou amélioration? Éthique des neurotechnologies et philosophie des neurosciences », *Ethica*, vol. 14, n° 1, 2002, p. 89.
- 61 Henri DORVILLE, « Prise de médicaments et désinstitutionnalisation », dans Johanne COLLIN *et al.* (dir.), *Le médicament au cœur de la société contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006, p. 41; Marcelo OTERO, « Nervosité d'inadaptation. Une folie sociale nécessaire? », dans COLLIN *et al.*, *op. cit.*, p. 73; Pamela BJORKLUND, « Can There Be a "Cosmetic" Psychopharmacology? Prozac Unplugged: The Search for an Ontologically Distinct Cosmetic Psychopharmacology », *Nursing Philosophy*, vol. 6, n° 2, 2005, p. 132; Martha J. FARAH et Paul ROOT WOLPE, « Monitoring and Manipulating Brain Function: New Neuroscience Technologies and Their Ethical Implications », *Hastings Center Report*, vol. 34, n° 3, 2004, p. 41.
- 62 « [medicalisation is] "a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses and disorders," decontextualizing human problems and turning attention from the social environment to the individual » (Ichiro KAWACHI et Peter CONRAD [1996], cités par Barbara MINTZES, « For and Against: Direct to consumer Advertising is Medicalising Normal Human Experience », *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7342, 2002, p. 908.
- 63 Johanne COLLIN et Amnon J. SUISSA présentent un historique de l'évolution du concept (« Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 26).
- 64 FLOWER, *op. cit.*, p. 183.
- 65 Le périodique en ligne avec comité de lecture PLoS Medicine a publié en avril 2006 une série d'articles consacrés à la médicalisation (*Disease Mongering*) (vol. 3, n° 4, adresse URL: http://medicine.plosjournals.org/perlserv?request=browse&issn=1549-1676&method=pubdate&online_pubdate_start=04/11/2006&online_pubdate_end=04/11/2006&search_fulltext=1&order=online_date&row_start=1&limit=10). Voir aussi COLLIN et SUISSA, *op. cit.*, p. 26; COLLIN (2007), *op. cit.*, développe la notion de médicalisation et la place qu'y occupent les médicaments en analysant trois cas de maladies: hypertension artérielle, dysfonction érectile et dépression.
- 66 Peter J. WHITEHOUSE et Eric T. JUENGST, « Antiaging Medicine and Mild Cognitive Impairment: Practice and Policy Issues for Geriatrics », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 53, n° 8, 2005, p. 1417-1422.
- 67 HYMAN, *op. cit.*, p. 106; Joel LEXCHIN, « Lifestyle Drugs: Issues for Debate », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 10, 2001, p. 1449.
- 68 Joseph WALSH, « Shyness and Social Phobia », *Health & Social Work*, vol. 27, n° 2, 2002, p. 140.
- 69 Marina MAGGINI *et al.*, « Cholinesterase Inhibitors: Drugs Looking for a Disease? », *PLoS Medicine*, vol. 3, n° 4, 2006, adresse URL: <http://medicine.plosjournals.org/perlserv?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030140> (lu le 9 février 2008). Cette pratique serait plus que marginale au Québec.
- 70 BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (BMA), *Boosting Your Brainpower: Ethical Aspects of Cognitive Enhancements*, London, BMA, 2007, p. 11; MAGGINI *et al.*, *op. cit.*; WHITEHOUSE et JUENGST, *op. cit.*

Cette médicalisation de traits de personnalité et de comportements non pathologiques s'inscrit dans une tendance vers un réductionnisme biologique, génétique, médical ou d'un déterminisme⁷¹ du vécu. En médicalisant des événements de la vie, elle favorise le recours à des usages élargis non « traditionnels » des médicaments. Poussée à l'extrême, la médicalisation ignore l'importance du contexte social, culturel et environnemental et passe sous silence les construits sociaux qui définissent ce que sont la normalité, la santé, la performance. Elle tend aussi à minimiser le fait que l'immense majorité de la population est en bonne santé, la maladie ne touchant habituellement qu'une minorité d'individus. L'élargissement des possibilités diagnostiques et des usages thérapeutiques a pour effet que la population sous médication augmente et, paradoxalement, accroît l'impression que la maladie est fortement présente⁷², alors que dans les faits l'ensemble de la population jouit globalement d'une meilleure santé qu'auparavant.

En somme, le phénomène de la médicalisation est complexe et ne saurait être réduit à un « complot » tramé par certains qui en tireraient profit⁷³. Toutefois, force est de constater que les médicaments, surtout avec l'arrivée de nouvelles molécules, jouent un rôle dans la médicalisation du quotidien⁷⁴ car « [le médicament] recèle la promesse d'arriver rapidement et efficacement, souvent sans efforts et à moindre coût, à un état de bien-être, de confort, de performance, d'efficacité et d'équilibre⁷⁵ ». Il importe aussi de rappeler que s'écarter de la normalité ne signifie pas qu'il y a une maladie, ni qu'une intervention biomédicale est nécessaire.

LES ACTEURS

Plusieurs acteurs représentant des intérêts différents et possiblement contradictoires sont au cœur de la caractérisation du médicament dans la société. Les gouvernements, les professionnels de la santé, les citoyens, l'industrie pharmaceutique, les associations et groupes de pression de même que les médias y exercent une grande influence.

Gouvernements : régulation et bien-être commun

Les sociétés modernes ont donné le mandat à leur gouvernement de veiller, entre autres, à la sécurité et au bien commun. Si cette situation existe depuis longtemps, elle est devenue plus marquée avec la mise en place de l'État providence au 19^e siècle et de ses programmes sociaux à large portée (comme la protection des chômeurs, des malades et des travailleurs) et économiques à saveur interventionniste.

La santé physique et mentale étant primordiale pour le développement personnel et collectif, le gouvernement surveille de façon attentive ce qui concerne les dimensions de la santé et du bien-être, notamment les médicaments. Pour s'assurer de l'efficacité, de l'innocuité et de l'utilisation adéquate des médicaments, les différents paliers gouvernementaux ont recours à plusieurs moyens : lois, politiques, organes de conseil et de contrôle, campagnes de sensibilisation, financement de programmes communautaires, de santé publique et de R-D. En effet, si les médicaments sont plus accessibles que plusieurs autres thérapies pour soulager et guérir les maladies, ils ne sont pas pour autant inoffensifs. Le médicament peut soulager et guérir (santé), il peut aussi avoir des effets secondaires indésirables ou être mortel même s'il est fabriqué et testé selon les normes (sécurité).

Les gouvernements doivent également tenir compte des retombées économiques et des connaissances nouvelles que génèrent les activités de l'industrie pharmaceutique. En effet, la croissance économique et un savoir de haut niveau sont des éléments déterminants pour le développement d'une société moderne et, par ricochet, pour le bien-être de la population. Or, les emplois de qualité et les revenus fiscaux générés par l'industrie pharmaceutique ne sont pas négligeables.

Ainsi, les gouvernements réglementent les médicaments et ils veillent à fournir des soins et des services à la population. Ultimement, après avoir composé avec les intérêts des acteurs concernés, ils donnent la priorité aux valeurs de santé et de sécurité et tranchent en faveur du bien commun.

Professionnels de la santé: soins et pratiques professionnelles

Les thérapies médicamenteuses sont amorcées par une ordonnance de médicaments, elles se poursuivent par la distribution du médicament, par sa consommation (ou l'administration du médicament) et par un suivi professionnel. Plusieurs professions sont liées aux thérapies médicamenteuses, mais trois d'entre elles se distinguent particulièrement: les infirmières, les pharmaciens et les médecins. Si l'acte de prescription est réservé aux médecins, il existe également des circonstances prévues dans les lois où les pharmaciens, les dentistes, les optométristes, les sages-femmes et certaines infirmières peuvent prescrire des médicaments⁷⁶. Il est également à noter que la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (2002, c. 33)⁷⁷ a instauré un partage des actes anciennement réservés à certaines professions. Cette nouvelle dynamique a conduit à une certaine mouvance dans le milieu de la santé, entre autres du fait que les arbitrages concernant les délégations de ces actes se poursuivent.

Les *infirmières* dispensent de nombreux types de soins aux bénéficiaires du réseau de la santé – administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance, et faire le suivi clinique avec les médecins. En poursuivant leur scolarité, l'infirmière clinicienne (baccalauréat) et à l'infirmière praticienne (diplôme de deuxième cycle universitaire) voient leurs responsabilités s'accroître.

Au Québec, les *pharmaciens* sont les experts de la pharmacothérapie et des interactions médicamenteuses. Lorsqu'ils préparent les médicaments et les remettent aux personnes qui ont présenté une ordonnance, ils sont à même de leur prodiguer de multiples conseils sur la thérapie médicamenteuse: la façon optimale de prendre la médication, les effets indésirables potentiels, les interactions possibles avec d'autres médicaments ou produits non médicamenteux (comme les produits naturels et les suppléments vitaminiques), les activités physiques à surveiller, les aliments recommandés ou à éviter. La rémunération des pharmaciens se base principalement sur les honoraires professionnels perçus à chaque ordonnance réalisée, lesquels varient selon les régimes d'assurance médicaments des clients. Au Québec, cet honoraire professionnel est intégré au coût figurant sur la facture remise au client, ce qui laisse croire à un prix du médicament plus élevé qu'il ne l'est en réalité.

- 71 Martha J. FARAH, « Neuroethics: The Practical and the Philosophical », *TRENDS in Cognitive Sciences*, vol. 9, n° 1, 2005, p. 38; Linda F. HOGLE, « Enhancement Technologies and the Body », *Annual Review of Anthropology*, vol. 34, 2005, p. 707; FARAH (2002), *op. cit.*, p. 1127.
- 72 OTERO, *op. cit.*, p. 72; Nick BOSTROM et Rebecca ROACHE disent la même chose mais dans une autre perspective. La position des deux auteurs est en faveur des améliorations cognitives et donc de la « démedicalisation » de ce qui ne relève pas du domaine de la pathologie (« Ethical Issues in Human Enhancement », dans Jesper RYBERG et al. (dir.), *New Waves in Applied Ethics*, New York, Palgrave MacMillan, 2007, p. 141).
- 73 COLLIN (2007), *op. cit.*, p. 100.
- 74 COLLIN et SUISSA, *op. cit.*, p. 27-28.
- 75 Johanne COLLIN, « Médicaments psychotropes et société: quelques mythes à détruire », *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 4, n° 41/42, 2005, p. 129.
- 76 Voir Mathieu GAGNÉ, *Le droit des médicaments*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2005, p. 463-478.
- 77 Souvent nommée (mais de façon erronée) « la loi 90 ».

Les *médecins*, quant à eux, possèdent l'expertise de poser un diagnostic, de déterminer le traitement médical et de prescrire les médicaments qu'ils jugent appropriés à la situation de chaque personne.

Le rôle des médecins est souvent mis en cause dans la hausse de l'utilisation des médicaments. En effet, l'activité de prescription leur est réservée, ce qui leur confère une influence déterminante dans la place occupée par le médicament au Québec, d'autant plus que le médicament joue un rôle central dans l'exercice de la profession médicale⁷⁸. Les médecins peuvent également considérer que, pour des raisons cliniques, le recours aux meilleurs médicaments et thérapies disponibles a préséance sur leur coût⁷⁹, sans toujours tenir compte du gain réel d'efficacité par rapport à la hausse du coût ni du fait qu'ultimement les coûts engendrés doivent être absorbés, que ce soit par les utilisateurs ou par la collectivité.

Les phénomènes de prescription et de surprescription⁸⁰ sont cependant très complexes et ne peuvent se résumer de façon simpliste. Ainsi, l'action de prescrire « peut très bien être soutenue, du point de vue du médecin, par une rationalité qui déroge aux normes scientifiques et dites objectives⁸¹ ». Par exemple, l'intégration dans la pratique clinique de l'utilisation de médicaments – qui précède souvent les changements d'indications reconnues par Santé Canada – constitue un niveau de preuve scientifique autre que les essais cliniques; ou encore, comme il a été vu précédemment, le manque de ressources du système de santé peut mener à un recours accru aux médicaments afin de soulager les gens. D'autres facteurs se greffent aussi à la décision de prescrire ou non un médicament, particulièrement pour les médecins omnipraticiens. Parmi ces facteurs, notons les demandes – voire les pressions – des patients pour un soulagement rapide; l'inconfort de refuser de prescrire; le désir de maintenir la relation avec les patients; les valeurs personnelles des médecins; leur perception de la maladie et des traitements; les échantillons gratuits remis par les entreprises pharmaceutiques; l'incertitude vis-à-vis du diagnostic, dont la confusion que créent des symptômes reliés à plusieurs pathologies ou à des effets secondaires d'autres médicaments; le manque de connaissances appropriées; l'attente pour l'accès aux spécialistes tels que les psychiatres et les neurologues; l'expérience clinique et les habitudes de pratique⁸².

Individu : citoyen et patient

Face au médicament, les Québécois sont dans un double rapport : celui de citoyens et celui d'utilisateurs (potentiels ou avérés) du système de santé et de services sociaux.

À titre de citoyens, plusieurs sont de mieux en mieux renseignés grâce à l'accès à de multiples sources d'information⁸³. Plus récemment, certains sont devenus critiques envers les autorités politiques et professionnelles et ils revendiquent leur autonomie dans les prises de décision relatives à leur état de santé. De plus, ils façonnent les valeurs de la société dans laquelle ils vivent, comme la santé et la solidarité. Finalement, en tant que contribuables, les citoyens financent le système de santé et des services sociaux par le biais des taxes à la consommation (lors de l'achat de biens et de services) et des impôts sur le revenu⁸⁴.

Lorsque les citoyens consultent des professionnels de la santé pour obtenir une expertise, ils deviennent des usagers dont les attentes sont élevées. Ils désirent des services de qualité, et ce, rapidement. Or, depuis quelques années, l'accès au réseau de la santé et des services sociaux est plus difficile, ce qui se traduit par des délais plus longs pour obtenir certains soins. En plus, les attentes des patients incluent une grande demande pour des médicaments, facilement accessibles et réputés rapides et efficaces. Elles dénotent également un attrait pour le médicament le plus récent, même s'il est plus cher, car il est perçu comme meilleur que ceux déjà offerts pour un diagnostic identique⁸⁵, une perception qui n'est pas nécessairement appuyée sur des preuves scientifiques.

Les dimensions « usager » et « citoyen » se heurtent donc à l'occasion. Le coût du système de santé et des services sociaux augmente sous l'effet, entre autres, d'une utilisation en hausse des médicaments et de la disponibilité de nouveaux médicaments plus onéreux. Les citoyens/contribuables doivent donc payer davantage pour maintenir la même accessibilité au réseau. Toutefois, lorsqu'ils ont besoin de soins, ils doivent faire face aux délais d'attente et aux coûts d'obtention de leurs médicaments (franchise et primes d'assurance) et de certains soins. Ainsi, l'« usager », bénéficiaire des soins de santé, en veut plus alors que le « citoyen », contribuable, est généralement favorable à une rationalisation des coûts, bien qu'il soit sensible à la dimension d'accessibilité – minimalement pour lui-même ou ses proches.

Lorsqu'on conjugue cette réalité à des niveaux d'éducation et d'information élevés, on constate que les usagers/citoyens sont dorénavant en mesure d'exercer des pressions sur les médecins et les autres professionnels de la santé pour obtenir des soins et des services. Ils détiennent donc une part de responsabilité dans la prise en charge de leur santé individuelle, mais aussi dans l'offre de soins et de services offerts à la population et, par ricochet, dans la viabilité du système de santé et de services sociaux. Ainsi, les Québécois doivent concilier leurs besoins individuels et la solidarité collective.

Industrie pharmaceutique : R-D et intérêts financiers

Les activités des entreprises pharmaceutiques sont au cœur des innovations en matière de médicaments et de méthodes de fabrication. Encadrées par un ensemble de lois et de règlements, leurs recherches mènent à la découverte de molécules chimiques qui permettent de soulager des personnes souffrantes.

Au Québec, le secteur pharmaceutique est important⁸⁶. Plusieurs firmes sont présentes et regroupées principalement dans les régions de Montréal et de Québec, notamment Merck Frosst, GSK (GlaxoSmithKline), Pfizer, Novartis et Bristol-Myers Squibb. Leur apport économique est significatif. Certaines compagnies investissent dans la recherche, le développement et la fabrication de médicaments brevetés – les compagnies pharmaceutiques novatrices –, alors que d'autres produisent des médicaments génériques*. Elles procurent des emplois de qualité à des personnes hautement qualifiées et génèrent des revenus fiscaux – impôts des entreprises et des particuliers – et des taxes sur les médicaments qu'elles produisent.

- 78 Catherine GARNIER et Lynn MARINACCI, « Les représentations de la prescription des médecins surprescripteurs et non surprescripteurs », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 2, 2001, p. 189-197.
- 79 MSSS (2007), *op. cit.*, p. 15-16.
- 80 « Prescription excessive de médicaments ou de produits thérapeutiques reçue par une personne dont les besoins réels sont bien en deçà de ce qu'elle croit ou de ce qu'on lui a recommandé. Le phénomène de surprescription, qui représente un danger pour la santé, n'est pas nécessairement imputable uniquement à un médecin soignant. Il arrive que celui-ci ne sache pas que son patient consomme déjà une médication prescrite par un autre professionnel de la santé. Or, dans ce cas, on peut aussi parler de surprescription » (OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE).
- 81 COLLIN (2005), *op. cit.*, p. 120.
- 82 Voir les analyses et les revues de littérature présentées par THOËR-FABRE *et al.*, *op. cit.*, p. 39-40; COLLIN (2005), *op. cit.*, p. 119-121; ÉQUIPE DE RECHERCHE SUR LE MÉDICAMENT COMME OBJET SOCIAL (MÉOS), *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*, Rapport de recherche présenté au Conseil de la santé et du bien-être, Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 2005, p. 12-13.
- 83 La question de la littératie, abordée précédemment, occupe ici une place centrale dans la capacité d'être informé et de développer des habiletés à lire, à traiter et à mettre en perspective critique l'information disponible. Des sous-groupes de la population québécoise sont malheureusement peu outillés à cet égard.
- 84 Il est à souligner que les compagnies financent aussi le système de santé et de services sociaux.
- 85 MSSS (2007), *op. cit.*, p. 15.
- 86 Pour plus de détails, voir MSSS (2007), *op. cit.*, p. 59 et suiv.; INVESTISSEMENT QUÉBEC, *Sciences de la vie*, juillet 2007, adresse URL : <http://www.investquebec.com/fr/index.aspx?page=1873> (lu le 2 mars 2008).

En plus de leurs activités de R-D, les entreprises pharmaceutiques se sont dotées de services de promotion et de marketing dynamiques. Cette situation n'étonne pas puisque l'industrie pharmaceutique regroupe des entreprises à but lucratif, c'est-à-dire des compagnies qui cherchent à dégager un profit pour leurs actionnaires et à maximiser la valeur de leurs investissements. Comme la mise au point d'un nouveau médicament requiert plusieurs années de travail, qu'il s'agisse d'assurer un effet bénéfique supérieur à celui de ses concurrents ou de restreindre les effets indésirables et les interactions avec d'autres médicaments, les investissements financiers considérables réalisés doivent être rentabilisés. À cet effet, il existe diverses pratiques, dont le prix de vente des médicaments, le contrôle des coûts de production, le développement de nouveaux usages pour un médicament existant ainsi qu'un marketing actif. Concernant ce dernier point, le ministère de la Santé et des Services sociaux répertorie quelques exemples dans la Politique

« Du Canada, les pratiques commerciales des fabricants de médicaments revêtent différentes formes telles que la publicité auprès du grand public, la promotion auprès des professionnels de la santé, l'éducation médicale continue et la distribution d'échantillons [...].

D'autres activités comme la tenue d'« études cliniques de phase IV » (postcommercialisation) ou celles qui ont pour objet l'analyse de l'utilisation d'un médicament en vue de mieux le positionner sur le marché sont souvent des stratégies de commercialisation déguisées puisqu'elles cherchent à soutenir, à long terme, la croissance de la demande du produit. À cela, on pourrait ajouter d'autres pratiques commerciales communes à plusieurs secteurs d'activité, tels les offres de rabais de volume, les cadeaux ou encore la participation à des activités sociales. Ces pratiques sont aussi utilisées par les grossistes en médicaments⁸⁷. »

Ainsi, en 2004, selon les données fournies par l'industrie pharmaceutique, les sommes investies dans les départements de vente et de marketing étaient presque équivalentes à celles investies en R-D, soit respectivement 27,7 milliards de dollars américains⁸⁸ et 29,6 milliards de dollars américains⁸⁹. Toutefois, des chercheurs québécois et américains ont analysé ces données publiques, les ont comparées avec celles d'une autre source publique (CAM Marketing, une firme de recherche en marketing) et proposent une autre lecture de la situation. En comptabilisant le coût des publicités, des échantillons et des cadeaux offerts aux professionnels de la santé, des activités commanditées et des démarches des représentants pharmaceutiques, leur conclusion diffère grandement : en 2004, c'est plutôt 57,5 milliards de dollars américains qui auraient été dépensés dans des activités promotionnelles, soit presque le double de la rubrique R-D⁹⁰.

Nonobstant le dynamisme d'innovation, les bienfaits concrets des médicaments et les retombées financières de cette industrie à la fine pointe de la technologie, l'importance du rôle de l'industrie pharmaceutique dans la médicalisation de certains événements de la vie ou de comportements est fréquemment soulevée. Étant donné les sommes en jeu pour ces compagnies – tant pour le coût de R-D d'une nouvelle molécule qu'au regard du marché lucratif des médicaments –, leur influence sociale est à relever.

Fondations, associations et organismes communautaires : soutien et représentations

La participation d'ordres, de fédérations et de regroupements professionnels dans les débats publics est établie. À ces groupes s'ajoutent dorénavant les associations de patients, les fondations, les groupes de soutien et les organismes communautaires.

Ces différents groupes ont en commun qu'ils jouent des rôles d'information, de soutien – certains fournissant également des soins – et de pression. Leurs objectifs visent à faire valoir leur point de vue et à y sensibiliser les décideurs et le public. Ainsi, l'accent est souvent mis sur le volet éducatif, à savoir quelle est la maladie, quels sont ses symptômes, ses causes, ses facteurs de risque, ses traitements (médicamenteux ou non), son évolution dans le temps, les moyens de prévention, la recherche actuelle, etc.

La visée des groupes est fondamentalement positive : le partage de connaissances sur des situations de vie et le soutien aux personnes atteintes ainsi qu'à leur entourage. Toutefois, certains points sont à souligner. En premier lieu, comme c'est le cas de tout groupe voué à une cause, il y a un risque de biais informatif et de surreprésentation de leur cause. Ensuite, le cumul de toutes les activités de ces ordres, associations et groupes génère une certaine impression de fatalité : il serait en quelque sorte inévitable d'être atteint un jour ou l'autre d'une pathologie. En ce sens, la promotion et la quantité d'information véhiculée participent aux processus de médicalisation⁹¹ décrits précédemment. Enfin, la question du financement est soulevée à l'occasion. Celui-ci provient de trois sources principales : l'État, les dons personnels et le secteur privé. L'indépendance des propos et des activités peut souffrir d'apparence de conflits d'intérêts ou de non-objectivité lorsque ces groupes sont commandités ou soutenus logistiquement par des groupes d'intérêts ou des entreprises pharmaceutiques.

Malgré certains bémols quant aux informations transmises et à leur influence sur les autres citoyens, ces groupes dénotent une forme d'autonomie et témoignent d'une participation sociale des citoyens et de leur responsabilisation. Par leurs transformations des rapports sociaux et de la société civile, leur organisation et leurs réseaux, ils portent leur message et modifient le rapport de force avec les gouvernements et, à l'occasion, avec les regroupements professionnels. Et, par l'efficacité de leurs actions, leurs interventions publiques sont devenues incontournables.

Médias : informations et espace critique

Les médias constituent une source importante d'information et d'éducation. S'y côtoient des publications destinées aux scientifiques, aux personnes averties (possédant une base scientifique) ou au grand public, avec des canaux de distribution qui sont multiples.

Périodiques scientifiques

Les périodiques scientifiques sont la source principale des données probantes et des informations destinées aux professionnels de la santé. Dans plusieurs cas, les manuscrits que reçoivent les éditeurs sont soumis à un comité de lecture formé de pairs qui les lisent, les refusent ou les acceptent, en quel cas ils les critiquent et exigent

87 MSSS (2007), *op. cit.*, p. 53-54.

88 IMS HEALTH, *Total U.S. Promotional Spend by Type, 2004, 2005*, adresse URL : http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6599_49695992_75406357,00.html (accès avorté le 28 juillet 2009), cité par Marc-André GAGNON et Joel LEXCHIN, « The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States », *PLoS Medicine*, vol. 5, n° 1, 2008, adresse URL : <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371%2Fjournal.pmed.0050001> (lu le 11 février 2008).

89 PHARMACEUTICAL RESEARCH AND MANUFACTURERS OF AMERICA, *Pharmaceutical Industry Profile 2006*, Washington, D.C., PhRMA, 2006, p. 52 et 56.

90 GAGNON et LEXCHIN, *op. cit.*

91 FLOWER, *op. cit.*, p. 183 ; LEXCHIN, *op. cit.*, p. 1449.

des modifications avant leur publication. Les périodiques qui suivent cette démarche sont considérés comme plus rigoureux que ceux qui n'y ont pas recours, plus prestigieux aussi. Par conséquent, ils sont ciblés à la fois par les auteurs qui publient et par les scientifiques qui cherchent des données. Il est à noter qu'en plus des articles revus par le comité de lecture, certains périodiques présentent dans une section distincte des études non évaluées par des pairs, lesquelles, souvent, ont un aspect plus commercial.

Devant le grand nombre d'études scientifiques, dont les essais cliniques de médicaments, menées par des chercheurs qui désirent publier leurs résultats, les périodiques scientifiques doivent procéder à des choix. La décision de publier ou non des études scientifiques relève de divers facteurs, dont la visée de rentabilité et l'impact moindre auprès du lectorat des études présentant des résultats négatifs.

Le travail des maisons d'édition s'inscrit dans un contexte commercial. Lorsqu'ils représentent un regroupement de professionnels, comme c'est le cas pour le *Canadian Medical Association Journal* (CMAJ), les éditeurs promeuvent aussi leurs intérêts professionnels. De plus, comme toute entreprise à but lucratif, elles visent la rentabilité grâce à un important lectorat, à une réputation dans le milieu scientifique et à des revenus publicitaires. En ce qui concerne spécifiquement ce dernier point, dire que la publicité constitue une source de revenus importante pour tout média relève de l'évidence. Toutefois, celle qu'apportent les entreprises pharmaceutiques est souvent décriée⁹² car ces compagnies sont les principaux commanditaires des études publiées. Dès lors, leur influence sur les maisons d'édition et les décisions éditoriales demeure un sujet qui soulève l'intérêt.

En second, les études rapportant des résultats négatifs sont moins publiées que celles montrant des résultats positifs. Ce biais de publication est bien connu. Par exemple, une étude récente du *New England Journal of Medicine*⁹³ a comparé les résultats de tous les essais cliniques portant sur certains antidépresseurs. Les résultats publiés dans les périodiques scientifiques étaient positifs dans 94 % des cas, alors que les analyses des données de la FDA (soit la totalité des essais cliniques, publiés ou non) montrent un taux de résultats positifs de 51 % pour les mêmes types d'essais. Ainsi, dans cette étude, un essai clinique sur deux montrait une efficacité accrue pour les antidépresseurs étudiés, alors que les résultats publiés illustraient un taux nettement supérieur. Selon une autre méta-analyse portant sur quatre antidépresseurs ISRS⁹⁴, ceux-ci ne surpassent statistiquement que légèrement l'effet placebo⁹⁵ ce qui, cliniquement, signifie peu d'effets réels.

La quasi-absence des études montrant des résultats négatifs suscite deux commentaires critiques. D'abord, il est plausible que le jugement posé sur les méthodes utilisées dans ces études soit plus sévère en présence de résultats négatifs. Dans le cas de médicament, par défaut, on cherche un effet thérapeutique positif et des effets secondaires minimaux; il y a donc une double démonstration à faire: efficacité et innocuité (sécurité). Or, il est difficile de démontrer hors de tout doute qu'un effet n'existe pas. Ensuite, il faut reconnaître qu'il y a un prix à payer à ne pas publier les études dont les résultats sont validés comme étant négatifs. En effet, ces études contiennent une information scientifique pertinente pour les cliniciens et les décideurs, et leur publication éviterait une perte de temps et d'argent en permettant aux autres chercheurs d'ajuster en conséquence leurs hypothèses de recherche ou leur méthodologie.

Médias de masse

Les médias de masse, écrits et électroniques, rejoignent un vaste public et sont par conséquent des vecteurs privilégiés de transmission de connaissances. Toutefois, de façon générale, peu de médias de masse emploient des journalistes, scientifiques ou non, affectés à l'information scientifique⁹⁶.

Lorsqu'ils présentent des informations scientifiques sur les découvertes, les nouveaux médicaments ou les pratiques biomédicales, les médias électroniques (télévision et radio) utilisent généralement deux grands canaux, soient les bulletins de nouvelles et les émissions d'affaires publiques. Habituellement, les bulletins de nouvelles présentent brièvement les informations, avec une mise en contexte succincte, et ils reprennent souvent le contenu des fils de presse ou les communiqués des entreprises. Les émissions d'intérêt public développent davantage les sujets et on peut y retrouver des entrevues de fond avec des chercheurs et des praticiens.

Les médias écrits regroupent les journaux, les périodiques populaires, les journaux gratuits et, dans une moindre mesure, les livres. Le traitement des mêmes sujets est sensiblement le même que les bulletins d'information : les fils de presse sont régulièrement repris sans une vraie mise en contexte et peu d'entrevues de fond sont présentées aux lecteurs. Se retrouve également dans les médias écrits la « presse grise », c'est-à-dire la « multitude de petites publications qui échappent à tout répertoire en raison de l'irrégularité de leur parution, de leurs moyens limités ou de leur public très ciblé⁹⁷ ». Ce type de média est d'abord et avant tout un support publicitaire, mais qui transmet néanmoins une information de nature scientifique pouvant s'avérer utile⁹⁸.

92 Joel LEXCHIN et Donald W. LIGHT ont écrit un article portant sur certains biais induits par l'industrie pharmaceutique (« Commercial Influence and the Content of Medical Journals », *British Medical Journal*, vol. 332, n° 7555, 2006, p. 1444-1447). Voir aussi David HAILEY, « Scientific Harassment by Pharmaceutical Companies: Time to Stop », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 162, n° 2, 2000, p. 212-213.

93 Erick H. TURNER *et al.*, « Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy », *New England Journal of Medicine*, vol. 358, n° 3, 2008, p. 252-260.

94 Irving KIRSCH *et al.*, « Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration », *PLoS Medicine*, vol. 5, no 2, 2008, adresse URL : <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0050045> (lu le 26 février 2008).

95 L'effet placebo est l'amélioration de l'état de santé – qu'elle soit mesurable, observable ou ressentie, subjective – qui n'est pas attribuable à un traitement ou à la prise d'un médicament. Il peut être présent dans les essais cliniques, à la suite d'une consultation avec un professionnel de la santé et des services sociaux, lors d'un traitement (biomédical ou psychologique) ou de la prise de substances (placebo, médicaments, produits naturels et homéopathiques).

96 « Aucun des grands quotidiens ne compte de journaliste scientifique qui couvre l'actualité scientifique. Il en est de même pour les grandes chaînes de télé et les stations de radio. [...] On peut affirmer qu'il n'y a pratiquement pas de journalistes scientifiques québécois qui couvrent l'actualité scientifique quotidienne. Ou, pour utiliser une image, il n'y a pas de "Yanick Villedieu" qui suivent l'actualité scientifique dans les pages des grands quotidiens, sur les ondes et même sur les grands sites Internet comme Cyberpresse. » (Communication personnelle de Jean-Marc FLEURY le 29 août 2008. M. Fleury est titulaire de la Chaire de journalisme scientifique Bell Globemedia (Université Laval), directeur général de la Fédération mondiale des journalistes scientifiques depuis 2004 et il a été rédacteur en chef de la revue *Québec Science*). Voir aussi CONSEIL DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (CST), *Rapport de conjoncture 2004 – La culture scientifique et technique : une interface entre les sciences, la technologie et la société*, Québec, CST, 2004, p. 48-50; CONSEIL DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (CST), *La culture scientifique et technique au Québec : bilan*, Québec, CST, 2002, p. 115-123.

97 Corinne CHUARD, *Comment capter l'attention des médias? Conseils pour le travail d'information en matière de lutte contre le racisme et de promotion de l'intégration*, Berne, Service de lutte contre le racisme, Département fédéral de l'intérieur, 2005, p. 33.

98 Jean-Marc CARPENTIER, *La promotion et la diffusion de la culture scientifique et technique*, octobre 1999, adresse URL : http://www.sciencepourtous.qc.ca/references/communiques/communiqu_ oct_1999.htm#1.1 (lu le 4 mai 2009).

L'influence qu'ont les médias et les publicités sur les consommateurs et sur leur perception des médicaments ne constitue pas un phénomène récent⁹⁹. Le gouvernement du Québec note aussi cette influence : « On ne saurait, non plus, passer sous silence [...] l'influence des médias sur les demandes des patients pour de nouveaux médicaments parfois qualifiés de miraculeux par la presse¹⁰⁰. » Pourtant, les informations relayées par les médias de masse ne sont pas toujours présentées dans une perspective d'analyse critique¹⁰¹. En effet, elles insistent plus sur les bénéfices escomptés que sur les risques possibles¹⁰², et les détails relatifs à la méthodologie des essais cliniques sont souvent peu rapportés¹⁰³. Le ton est généralement enthousiaste, peu critique, et il soulève rarement des enjeux éthiques¹⁰⁴.

En plus de comporter un volet « informatif », il importe de souligner que les médias appartiennent à une industrie qui vise la rentabilité. Dans l'atteinte de cet objectif, les revenus de publicité provenant des compagnies qui promeuvent de nouvelles technologies ou de nouveaux produits, comme les entreprises pharmaceutiques ou biomédicales, ne sont pas négligeables. À titre d'exemple, aux États-Unis, les investissements en publicité directe des médicaments d'ordonnance (PDMO) ont été multipliés par 11 en dix ans, atteignant 4,2 milliards de dollars américains en 2005¹⁰⁵. La situation au Canada est différente puisque la publicité concernant les médicaments est soumise à des normes qui la restreignent¹⁰⁶.

Internet

Internet constitue un cas particulier. L'arrivée d'Internet a provoqué de profonds bouleversements quant à la disponibilité et à la circulation de l'information. Une quantité spectaculaire d'informations foisonne et circule, émanant de sources qui se multiplient. Gain de temps, diminution des déplacements, choix du moment de lecture, contre-vérification rapide des informations, augmentation des connaissances sont autant d'avantages apportés par le développement d'Internet. De façon globale, Internet a démocratisé l'accès à l'information : ce qui était autrefois accessible seulement dans les bibliothèques, publiques ou scolaires, ou possédé dans des pays lointains est dorénavant disponible rapidement à son domicile ou à son travail. De plus, cette disponibilité de l'information au moment choisi et à l'endroit désiré a aussi un effet positif pour les personnes souffrant de maladies stigmatisantes¹⁰⁷.

Toutefois, certaines questions se posent. L'information trouvée sur Internet est-elle valide ? Est-elle valable dans toutes les situations ? Comment le vérifier ? La réponse à ces questions est qu'on ne peut être certain des informations glanées sur Internet. Il existe des blogues¹⁰⁸ et des sites « populaires » où l'information circule sans que celle-ci soit nécessairement véridique. De même, des sites et revues électroniques pseudo-scientifiques se présentent de façon avantageuse, avec un langage scientifique ou vulgarisé (selon le public visé) et des chiffres à l'appui, bref, ils ont la même apparence que les sites dont les données sont vérifiées et vérifiables. La vigilance est de mise, individuellement et collectivement.

LE CADRE NORMATIF ENTOURANT LES MÉDICAMENTS

À l'échelle nationale et provinciale, de nombreuses balises ont été mises en place afin de diminuer la dangerosité inhérente aux médicaments et d'encadrer adéquatement les activités des multiples acteurs. Le processus d'homologation, la mise en marché, la fabrication, la distribution, la prescription, la publicité et les pratiques professionnelles sont ainsi couverts par des normes.

Au Canada, les gouvernements fédéral et provinciaux légifèrent et encadrent tout ce qui concerne les médicaments. Santé Canada est le ministère responsable de l'homologation des médicaments à l'échelle nationale, tandis que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) décide des inscriptions à faire sur la liste des médicaments remboursables au Québec.

La Commission présente ici de façon succincte des lois, codes déontologiques et lignes directrices qui constituent le portrait normatif de la fabrication, de la distribution, de la prescription et du suivi des médicaments au Québec.

Cadre légal

Environnement fédéral

Loi fédérale

La Loi sur les aliments et drogues (L.R., 1985, chapitre F-27) réglemente les aliments, les drogues, les cosmétiques et les instruments thérapeutiques. Dans cette loi, le mot «drogue» est employé dans le sens de «médicament» et se définit principalement comme «les substances ou mélanges de substances fabriqués, vendus ou présentés comme pouvant servir: a) au diagnostic, au traitement, à l'atténuation ou à la prévention d'une maladie, d'un désordre, d'un état physique anormal ou de leurs symptômes, chez l'être humain ou les animaux; b) à la restauration, à la correction ou à la modification des fonctions organiques chez l'être humain ou les animaux¹⁰⁹».

La loi supervise l'homologation des médicaments ainsi que le suivi de leurs effets, thérapeutiques ou non. Elle interdit aussi explicitement toute forme de publicité au public concernant un aliment, une drogue, un cosmétique ou un instrument à des fins de prévention, de traitement ou de guérison de maladies, de désordres ou d'états physiques anormaux¹¹⁰.

La Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA) de Santé Canada est l'autorité fédérale qui réglemente tous les produits pharmaceutiques destinés aux citoyens canadiens.

- 99 FROSCH *et al.*, *op. cit.*, p. 6-13 et THOËR-FABRE *et al.*, *op. cit.*, p. 36-38, recensent plusieurs études sur ce sujet.
- 100 MSSS (2007), *op. cit.*, p. 44.
- 101 Philippe MARCOTTE et Florian SAUVAGEAU présentent quelques études sur le sujet («Les journalistes scientifiques: des éducateurs? Enquête auprès des membres de l'Association des communicateurs scientifiques du Québec», *Les Cahiers du journalisme*, vol. 15, 2006, p. 175-176). Voir également une étude anglaise portant sur la couverture médiatique du modafinil (Catherine M. COVENEY *et al.*, «Modafinil in the Media: Metaphors, Medicalisation and the Body», *Social Science & Medicine*, vol. 68, n° 3, 2009, p. 487-495).
- 102 Éric RACINE *et al.*, «Brain Imaging: A Decade of Press Coverage», *Science Communication*, vol. 28, n° 1, 2006, p. 136; Alan CASSELS *et al.*, «Drugs in the News: An Analysis of Canadian Newspaper Coverage of New Prescription Drugs», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, n° 9, 2003, p. 1133-1137.
- 103 RACINE *et al.* (2006), *op. cit.*, p. 131 et 133.
- 104 *Ibid.*, p. 136.
- 105 KIRSCH *et al.*, *op. cit.*
- 106 La réglementation relative aux publicités des médicaments sera détaillée à la prochaine section.
- 107 Magdalena BERGER *et al.*, «Internet Use and Stigmatized Illness», *Social Science and Medicine*, vol. 61, n° 8, 2005, p. 1821-1807.
- 108 «Site Web personnel tenu par un ou plusieurs blogueurs qui s'expriment librement et selon une certaine périodicité, sous la forme de billets ou d'articles, informatifs ou intimistes, datés, à la manière d'un journal de bord, signés et classés par ordre antéchronologique, parfois enrichis d'hyperliens, d'images ou de sons, et pouvant faire l'objet de commentaires laissés par les lecteurs» (OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE).
- 109 L.R., 1985, chapitre F-27, art. 2.
- 110 *Ibid.*, partie 1, art. 3. Notons que le projet de loi C-51, *Loi modifiant la loi sur les aliments et drogues et modifiant d'autres lois en conséquence*, a été présenté à la Chambre des communes le 8 avril 2008. Plusieurs modifications à la loi actuelle y sont proposées, dont le changement de nom de la loi (*Loi concernant les aliments, les produits thérapeutiques et les cosmétiques*), le terme «produit thérapeutique» qui inclut les produits non délivrés par ordonnance (dont les produits naturels) et l'interdiction de la publicité pour les produits thérapeutiques. En date du 7 septembre 2008, à la dissolution du Parlement, le projet de loi n'avait pas été sanctionné.

Règlement fédéral

Le Règlement sur les aliments et drogues (C.R.C., chapitre 870) fixe les modalités d'application de la Loi sur les aliments et drogues. Plus précisément, la partie C du règlement détermine les exigences réglementaires concernant la commercialisation des médicaments, dont :

- les conditions d'homologation et d'attribution d'une identification numérique des drogues (ou *DIN*, en anglais), que cela soit pour un médicament déjà commercialisé dans d'autres pays ou pour un nouveau médicament¹¹¹ ;
- les rapports circonstanciels et les registres de suivi des réactions indésirables, survenus lors des essais cliniques ou des ventes en pharmacie ;
- les conditions de fabrication¹¹² ;
- les drogues destinées aux essais cliniques humains¹¹³.

La publicité directe plus en détail

En vertu du Règlement sur les aliments et drogues, « quiconque fait la publicité auprès du grand public d'une drogue mentionnée à l'annexe F [médicaments d'ordonnance vendus au Canada] doit ne faire porter la publicité que sur la marque nominative, le nom propre, le nom usuel, le prix et la quantité de la drogue¹¹⁴ ».

Relativement aux médicaments et aux publicités associées, trois catégories de publicités directes existent¹¹⁵ (publicité directe des médicaments d'ordonnance – PDMO ; en anglais : *Direct-to-Consumer Advertising – DTCA*). Deux d'entre elles sont légales au Canada.

La première forme de publicité permet d'exposer une condition de santé particulière et de recommander aux gens d'en parler avec leur médecin, sans nommer aucun traitement. Ce type de publicité est permis au Canada. Une publicité télévisée récente portant sur la dysfonction érectile et présentée par un ancien joueur étoile de hockey en est un exemple. La seconde forme de publicité permet de présenter un médicament sans nommer les motifs de prescription ni l'efficacité du médicament. Sauf quelques exceptions, on retrouve au Canada cette forme de publicité. Pour l'illustrer, mentionnons qu'il existe au Québec une publicité télévisée montrant la joie de vivre et qui se termine par l'image d'un médicament traitant la dysfonction érectile.

Le troisième type de publicité n'est permis qu'aux États-Unis (depuis 1982 et révisé en 1997) et en Nouvelle-Zélande. Dans ces pays, cette forme de publicité permet de citer le nom du médicament, de nommer les troubles de santé qu'il vise à traiter et d'insister sur son efficacité. Cette catégorie de publicité est généralement celle qui est sous-entendue lorsque le terme PDMO est utilisé.

Environnement provincial

Sans constituer une liste exhaustive, la Commission s'est attardée en particulier à quatre lois provinciales et à deux organismes qui encadrent les usages, les pratiques et le suivi relatifs aux médicaments.

Lois provinciales

- La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) vise le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes. Dans les établissements du réseau de santé et des services sociaux, lorsque des médicaments sont nécessaires pour atteindre cet objectif, seuls ceux qui ont reçu un avis de conformité du gouvernement fédéral pour des indications approuvées peuvent être prescrits¹¹⁶.
- La Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., chapitre A-29.01), adoptée en 1996, assure à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes. Il s'agit d'un régime à coûts partagés entre l'État et les citoyens, par le biais d'une cotisation annuelle et, pour les participants au régime général d'assurance médicaments, par une franchise à payer à chaque achat d'un médicament inscrit sur la liste des médicaments reconnus. Toute personne non bénéficiaire d'une assurance collective privée est obligatoirement couverte par la loi. Une politique du médicament, prévue par la loi, a été édictée en 2007¹¹⁷. La loi instaure également la liste de médicaments reconnus par le régime général¹¹⁸ ainsi que le Conseil du médicament (créé en 2003) à titre d'organe de conseil et de recommandation auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux¹¹⁹.

Lois professionnelles québécoises

- La Loi médicale (L.R.Q., chapitre M-9) encadre la profession médicale qui « consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir¹²⁰ ». De plus, elle instaure l'ordre professionnel des médecins et les activités réservées aux médecins, dont celle de « prescrire les médicaments et les autres substances¹²¹ ».
- La Loi sur la pharmacie (L.R.Q., chapitre P-10) régit « l'exercice de la pharmacie [qui] consiste à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir ou de rétablir la santé¹²² ». En plus, la loi institue l'ordre professionnel des pharmaciens et désigne leurs activités réservées, dont celle qui permet de « prescrire un médicament requis à des fins de contraception orale d'urgence et exécuter lui-même l'ordonnance, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre¹²³ ». Finalement, tout comme pour la Loi médicale, le ministre de la Justice est chargé de l'application de la loi.

111 C.R.C., chapitre 870, partie C, Titre 8.

112 *Ibid.*, Titre 2.

113 *Ibid.*, Titre 5.

114 *Ibid.*, partie C, Titre 1, C.01.044. Il s'agit de l'idée générale de l'article; certains détails ou exceptions sont prévus à la loi mais non repris ici.

115 Stephen G. MORGAN, « Direct-to-Consumer Advertising and Expenditures on Prescription Drugs: A Comparison of Experiences in the United States and Canada », *Open Medicine*, vol. 1, n° 1, 2007, adresse URL: <http://www.openmedicine.ca/article/view/23/26> (lu le 4 février 2008).

116 L.R.Q., chapitre S-4.2, art. 79 et 116.

117 L.R.Q., chapitre A-29.01, chapitre IV, section I « Politique en matière de médicaments ».

118 *Ibid.*, section III « Liste de médicaments ».

119 *Ibid.*, art. 53 et suiv.

120 L.R.Q., chapitre M-9, art. 31.

121 *Ibid.*

122 L.R.Q., chapitre P-10, art. 17.

123 *Ibid.*, art. 17 6.

Organismes gouvernementaux

Deux organismes provinciaux relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, c'est-à-dire le Conseil du médicament et la Régie de l'assurance maladie, ont dans leur mandat des rôles précis à remplir concernant les médicaments au Québec.

Conseil du médicament du Québec

Institué par l'article 53 de la Loi sur l'assurance médicaments, le Conseil du médicament du Québec remplace le Conseil consultatif de pharmacologie, le Comité de revue de l'utilisation des médicaments et le Réseau de revue de l'utilisation des médicaments. Son mandat est de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux et de lui faire des recommandations en ce qui concerne les médicaments à inscrire sur la liste, leur usage optimal ainsi que leur prix.

L'évaluation des médicaments en vue de leur inscription sur la liste se fait en fonction de cinq critères¹²⁴. Le premier consiste à évaluer la valeur thérapeutique en tenant compte des données probantes. Si celle-ci est reconnue, quatre critères sont considérés : la justesse du prix ; le rapport entre le coût et l'efficacité du médicament ; les conséquences de l'inscription du médicament à la liste sur la santé de la population et sur les autres composantes du système de santé ; l'opportunité de l'inscription du médicament sur la liste en regard de l'objet du régime général¹²⁵. Le premier critère est fondamental dans le processus d'évaluation, les trois critères suivants touchent les dimensions économiques et financières des médicaments, tandis que le dernier critère permet « d'apprécier le caractère raisonnable et équitable de l'inscription du médicament en tenant compte de l'aspect sociétal¹²⁶ ».

Les mandats et les pouvoirs qui lui sont conférés placent donc le Conseil du médicament au cœur de l'homologation et de l'accessibilité des médicaments au Québec.

Régie de l'assurance maladie du Québec

La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) gère le régime général d'assurance médicaments (RGAM)¹²⁷, soit la couverture des personnes âgées, des prestataires de l'assistance-emploi et des personnes non couvertes par un régime d'assurance privé.

Codes de déontologie

Le Code des professions (L.R.Q., chapitre C-26) exige que les ordres professionnels se dotent d'un code de déontologie. L'objectif premier d'un code de déontologie est d'assurer la protection du public lorsque celui-ci a recours aux services de ces professionnels. À cette fin, les codes de déontologie énoncent les règles de conduite et précisent les responsabilités, les obligations et les devoirs qui sont jugés essentiels à l'exercice d'une profession. Comme les lois, ils prévoient des sanctions lorsqu'il y a dérogation aux règles. Ils se distinguent néanmoins des autres éléments du cadre légal du fait qu'ils ne s'adressent pas à la population en général, mais aux seuls membres inscrits à un ordre professionnel¹²⁸.

Au Québec, deux professions sont directement engagées dans l'amorce et le suivi des thérapies médicamenteuses, soit les médecins et les pharmaciens. Le Code de déontologie des médecins (L.R.Q., chapitre M-9, r.4.1) encadre la pratique professionnelle des médecins, omnipraticiens comme spécialistes. Les pharmaciens sont assujettis au Code de déontologie des pharmaciens (L.R.Q., chapitre P-10, r.5.1). La santé des individus et la santé publique se retrouvent au début de l'énoncé des devoirs et des obligations des médecins et des pharmaciens.

Une autre profession, non médicale, est étroitement associée au traitement des troubles de santé mentale. Il s'agit des psychologues, dont les activités professionnelles sont régies par le Code de déontologie des psychologues (L.R.Q., chapitre C-26, r.148.1.001). S'ils ne possèdent pas de privilèges de pratiques liés à la prescription et à la distribution de médicaments, les psychologues sont des experts qui évaluent et accompagnent les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale, qu'elles prennent ou non des médicaments. Par leur pratique, les psychologues ont une connaissance clinique de plusieurs médicaments.

Autres formes d'encadrement

De multiples guides, lignes de conduite, lignes directrices, normes administratives et règlements complètent l'encadrement des médicaments.

Les gouvernements ainsi que les organisations nationales et internationales promulguent des lignes directrices. Ces documents administratifs sont généralement des énoncés de valeurs et de principes généraux. Les associations professionnelles, quant à elles, publient des guides et des lignes de conduite concernant les activités professionnelles de leurs membres. Ces formes d'encadrement servent à guider et à informer de nombreux groupes concernés : les chercheurs, les cliniciens, les comités d'éthique, les sujets de recherche, les associations de patients, etc.

Organisations internationales

Sur le plan international, l'encadrement normatif en place est diversifié, couvrant les dimensions de la pratique et de la recherche. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie et met à jour régulièrement des lignes directrices concernant l'utilisation de médicaments tels que les antirétroviraux ou la culture d'une plante utilisée dans les médicaments antipaludiques. Dans le domaine de la recherche, la Déclaration d'Helsinki constitue une déclaration de principes éthiques liée au recours à des sujets humains lors de recherches. Élaborée en 1972 par l'Association médicale mondiale et amendée six fois, elle a été révisée le 22 octobre 2008. Certains des articles qui concernent la publication de tous les résultats d'essais cliniques, positifs et négatifs, ainsi que la procédure des essais cliniques, ont été notamment réexaminés dans la version de 2008¹²⁹.

Organisations nationales (à l'exception du Canada)

Deux références majeures se distinguent en matière de lignes directrices dont s'inspirent de nombreuses associations professionnelles. Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)¹³⁰, au Royaume-Uni, a notamment publié en 2005 le *Clinical Guideline 28 – Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care* et en 2008 le *NICE clinical guideline 72 – Attention deficit hyperactivity disorder*. Aux États-Unis, l'American Psychiatric Association est également une référence au niveau international ; elle publie et met en ligne des lignes directrices portant sur plusieurs troubles mentaux¹³¹.

124 L.R.Q., chapitre A-29.01, art. 53.1.

125 CONSEIL DU MÉDICAMENT DU QUÉBEC, *Le choix des médicaments assurés au Québec : une démarche responsable et transparente. Information sur la démarche d'évaluation scientifique des médicaments*, Québec, CMQ, 2007a, 44 p.

126 *Ibid.*, p. 8.

127 L.R.Q., chapitre A-29.01, art. 3.

128 Mathieu GAGNÉ présente plus en détail certaines différences entre le droit civil et pénal et le droit disciplinaire (« Réflexions sur l'ensemble normatif dans lequel s'organise la régulation des médicaments », *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, vol. 37, n° 1, 2006, p. 81-84).

129 ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, *Déclaration d'Helsinki. Principes éthiques applicables aux recherches médicales sur des sujets humains*, AMM, 2008. Disponible (en anglais) à l'adresse URL : <http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf>.

130 <http://www.nice.org.uk>.

131 http://www.psych.org/MainMenu/PsychiatricPractice/PracticeGuidelines_1.aspx.

Gouvernements du Canada et du Québec

Sur le plan national, les deux paliers gouvernementaux publient également des lignes directrices. Ainsi, on peut retrouver sur le site Internet de Santé Canada plus de quinze thèmes possédant chacun plusieurs lignes directrices, notamment les médicaments et les modalités de déclaration de leurs effets indésirables¹³². Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux a édicté en 2007 sa Politique du médicament.

Instances canadiennes et québécoises

Plusieurs ordres et associations, dont l'Association médicale canadienne, publient des guides de bonnes pratiques et des lignes directrices relatives à des maladies, à des médicaments ou à des pratiques professionnelles. Il est à noter que, selon des codes de déontologie, les membres des ordres professionnels visés peuvent être tenus de respecter ces lignes directrices; c'est le cas pour les psychologues, alors que pour les médecins elles ne sont pas prescriptives mais constituent des règles de l'art reconnues. À titre d'exemple, le Collège des médecins du Québec a publié des lignes directrices concernant le TDA/H en collaboration avec l'Ordre des psychologues du Québec en 2001¹³³ et les a mises à jour en 2006¹³⁴. En 2006, une conférence tenue à Montréal sur le diagnostic et le traitement de la démence (*Third Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia*) a mené à des recommandations qui font encore l'objet de discussions. Une étude récente s'est penchée sur les recommandations portant sur le déficit cognitif modéré et la diminution cognitive sans démence. Elle a comparé ces recommandations avec des données probantes portant sur des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques*, ce qui a renforcé ou modéré les recommandations initiales¹³⁵. Trois autres articles récents¹³⁶ reprennent certaines recommandations et les illustrent par des histoires de cas, ce qui constitue une forme pratique de transfert de connaissances.

Enfin, il existe des normes et des règles organisationnelles propres à chaque établissement de santé de la province. Chacun doit créer un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) si au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens y exercent¹³⁷. Le CMDP assume plusieurs responsabilités, dont celles de contrôler et d'apprécier la qualité et la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans le centre, ainsi que de formuler des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de département clinique.

Les défis du cadre normatif

Cette brève présentation du cadre normatif montre bien que le processus réglementaire entourant l'homologation des médicaments, leur utilisation et le suivi qui vise à s'assurer de leur efficacité et de leur innocuité est, de façon générale, précis. Le cadre théorique couvre les nombreuses facettes du médicament; toutefois, l'application pratique des lois, règlements et normes soulève certaines inquiétudes auxquelles la Commission désire s'attarder.

Sécurité et Internet

Afin de garantir l'efficacité et la sécurité médicamenteuse (l'innocuité), les gouvernements ont mis en place un cadre réglementaire. Ainsi, selon un chercheur :

« Ce système [de régulation actuellement en place], tout en ayant montré ses limites d'efficacité à plusieurs reprises et dans divers contextes, s'est révélé le plus souvent un cadre légitimement reconnu et soutenu tant par la grande industrie que par la profession médicale et la population pour contrer les risques de manipulation, de dissimulation, d'abus et d'exploitation qu'un marché non régulé du médicament pouvait risquer d'engendrer¹³⁸. »

Or, le cadre légal en place ne répond pas efficacement aux nouveaux enjeux engendrés par l'essor d'Internet et des cyberpharmacies, qui contournent les cadres normatifs nationaux et internationaux. La validité scientifique des informations circulant sur Internet est en soi un problème. L'achat de médicaments fabriqués dans des conditions inconnues et vendus par des gens anonymes est également une source de préoccupation majeure. À l'heure actuelle, les méthodes de régulation et de surveillance, soit les lois et les politiques nationales de santé, répondent peu aux dérives observées sur Internet¹³⁹. La difficulté s'accroît grandement dans un contexte où des sites internationaux peuvent fermer en un clic de souris sans laisser de traces. Pour illustrer la complexité des faits : « Que l'on pense seulement aux problèmes que pose la volonté d'appliquer une loi quand le site commercial opère en Espagne, que le serveur Internet loge au Royaume-Uni, que les médicaments sont envoyés au Mexique, que l'argent transite par la Suisse et que le client réel se trouve en Australie¹⁴⁰. »

S'assurer que les médicaments et leurs usages demeurent sécuritaires dans un contexte où les informations relatives à l'origine des produits, à leur innocuité et à la responsabilité des acteurs sont largement inconnues et introuvables demeure un défi majeur.

- 132 SANTÉ CANADA, *Lignes directrices*, 2005, adresse URL : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/legislation/guide-ld/index_f.html (lu le 29 février 2008).
- 133 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec*, Montréal, 2001, 28 p.
- 134 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC, *Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité — Traitement pharmacologique (mise à jour). Lignes directrices du Collège des médecins du Québec*, Montréal, 2006, 14 p.
- 135 Fadi MASSOUD *et al.*, « Mild Cognitive Impairment and Cognitive Impairment, No Dementia: Part B, Therapy », *Alzheimer's & Dementia*, vol. 3, n° 4, 2007, p. 283-291.
- 136 Christopher PATTERSON *et al.*, « Diagnosis and Treatment of Dementia: 1. Risk Assessment and Primary Prevention of Alzheimer Disease », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 5, 2008, p. 548-556; Howard H. FELDMAN *et al.*, « Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 7, 2008, p. 825-836; Howard CHERTKOW *et al.*, « Diagnosis and Treatment of Dementia: 3. Mild Cognitive Impairment and Cognitive Impairment without Dementia », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 10, 2008, p. 1273-1285.
- 137 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, chapitre S-4.2, art. 213.
- 138 LEMIRE, *op. cit.*, p. 132.
- 139 *Ibid.*, p. 128-133.
- 140 *Ibid.*, p. 132-133.

Homologation

Le cadre réglementaire entourant l'homologation des médicaments suscite aussi quelques interrogations.

Les analyses scientifiques menées par les laboratoires fédéraux ou des organismes indépendants permettent de contre-vérifier les documents fournis par les compagnies pharmaceutiques concernant l'efficacité et l'innocuité des médicaments; de plus, elles éliminent les risques de conflit d'intérêts ou d'apparence de conflit d'intérêts. Or, comme les ressources allouées à cet effet ne peuvent de façon évidente suffire à la tâche, Santé Canada n'est pas en mesure de reproduire les essais cliniques. Dès lors, elle vérifie – avec compétence – les données scientifiques et les analyses fournies par les compagnies pharmaceutiques sans toutefois être en mesure de valider avec pleine exactitude les conditions de réalisation des essais cliniques.

Le besoin d'examen indépendants se fait encore plus évident pour les essais cliniques¹⁴¹ multicentriques internationaux. Cette forme d'essai clinique permet de recruter un grand nombre de sujets de recherche aux profils socioéconomiques et génétiques différents. Toutefois, il n'est pas facile de contrôler la validité des données provenant de multiples pays, surtout pour les pays où l'expertise locale peut être restreinte, les législations fort différentes ou les cadres éthiques presque inexistant¹⁴².

Publicité directe des médicaments d'ordonnance (PDMO)

Dans les formes de publicité directes existantes, présentées antérieurement dans cette section, la troisième forme permet de citer le nom du médicament, de nommer les troubles de santé qu'il vise à traiter et d'insister sur son efficacité. Seuls les États-Unis et la Nouvelle-Zélande autorisent cette forme de publicité. Toutefois, si cette catégorie de publicité directe fait l'objet d'une interdiction au Canada, cette contrainte est facilement contournable grâce à Internet, à l'écoute des chaînes de télévision américaines, à la lecture des journaux et des périodiques américains destinés à un public international et distribués au Canada.

De nombreuses études ont été menées sur les impacts de cette forme de publicité, la plus controversée parce que le contenu est géré par les services de marketing des entreprises pharmaceutiques. Pour ces dernières, toute forme de publicité directe permet de rejoindre les personnes concernées et de les aider dans la prise de décision en augmentant leurs connaissances¹⁴³. Cette interprétation relative à un meilleur choix et à la transmission d'informations est cependant contestée.

Ainsi, selon des chercheurs américains, les Américains peuvent visionner l'équivalent de 16 heures d'annonces publicitaires de médicaments par année. Partant de cette donnée, ces chercheurs ont mené une étude de quatre semaines sur les publicités présentées aux quatre principales chaînes de télévision américaines pendant les heures de grande écoute¹⁴⁴. Selon leurs résultats, les annonces présentent des faits et des arguments rationnels, mais 95 % de ces publicités ont recours à des arguments émotionnels, insistent sur la perte (58 %) ou le retour (85 %) du contrôle de sa vie grâce au médicament mentionné, sur l'approbation sociale (78 %) ou sur la capacité de s'adonner à des activités récréatives et sportives (56 %). Peu d'entre elles mentionnent les facteurs de risque ou les causes menant à la condition à corriger (26 %) ou, encore, sa prévalence* dans la population (25 %). Les auteurs en concluent que la valeur éducative de ces publicités est limitée. D'autres chercheurs qui ont fait une revue de littérature sur les publicités directes aux consommateurs parviennent à la même conclusion, c'est-à-dire que l'information n'est pas présentée de façon neutre aux consommateurs¹⁴⁵.

À la lumière de la littérature scientifique consultée, quatre constats se dégagent de la PDMO : l'information présentée est incomplète ; le contenu émotionnel s'adresse à une population souvent peu informée ou vulnérable¹⁴⁶ ; la possibilité de rejoindre les gens aux heures de grande écoute favorise la prise de médicaments sans pensée critique ; les médicaments largement publicisés encouragent l'utilisation chronique et ciblent un vaste marché (les antihypertenseurs, les dysfonctions érectiles, les antidépresseurs, etc.)¹⁴⁷, ce qui favorise les ventes des entreprises pharmaceutiques.

Il est important de mentionner que les impacts sociaux, financiers et de sécurité qui découlent de la publicité directe des médicaments d'ordonnance sont pris en compte dans le cadre législatif actuel. Cependant, malgré la volonté d'agir et de protéger les citoyens canadiens, le cadre législatif ne peut être appliqué et respecté dans son intégralité.

- 141 Pour plus de détails sur les essais cliniques, voir au chapitre 2, la section *Les données probantes : outil pour l'évaluation du rapport «risques/bénéfices»*.
- 142 NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS, *The Ethics of Research Related to Healthcare in Developing Countries – A Follow-up Discussion Paper*, London, NCoB, 2005, 128 p.
- 143 Sylvia A. BONACCORSO et Jeffrey L. STURCHIO, «For and Against: Direct to consumer Advertising is Medicalising Normal Human Experience», *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7342, 2002, p. 910.
- 144 FROSCH *et al.*, *op. cit.*, p. 6-13.
- 145 Barbara MINTZES, *What are the Public Health Implications? Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs in Canada*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 2006, p. 25-27.
- 146 Éric RACINE *et al.*, «Internet Marketing of Neuroproducts: New Practices and Healthcare Policy Challenges», *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 16, n° 2, 2007, p. 181-194; EUROPEAN PUBLIC HEALTH ALLIANCE, *Update 61: Direct-To-Consumer Advertising – For or Against?*, 2004, adresse URL : <http://www.epha.org/a/533> (lu le 14 août 2007).
- 147 RACINE *et al.* (2007), *op. cit.*, p. 181-194; MINTZES (2002), *op. cit.*, p. 908.





LE MÉDICAMENT PSYCHOTROPE

LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Les maladies mentales et les troubles neurologiques impliquent un dysfonctionnement du système nerveux central (SNC), généralement du cerveau. La dépression, les troubles anxieux, la maladie de Parkinson, la schizophrénie et les troubles bipolaires en sont des exemples. Afin de contrôler les symptômes, de soulager la douleur ou de mener à la guérison, les médecins ont recours aux médicaments psychotropes.

Éléments contextuels

Les troubles neurologiques et de santé mentale sont des pathologies invalidantes et stigmatisantes qui frappent de façon universelle sans égard à l'âge, au genre, à la richesse ou à l'intelligence. En 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait que 450 millions de personnes

souffraient de troubles mentaux ou neurologiques, dont 50 millions d'épileptiques et 24 millions de schizophrènes¹⁴⁸. Les organisations de santé nationales et internationales se penchent sur le sujet depuis quelques décennies. Elles sont ainsi en mesure de tracer un portrait historique et d'établir des prévisions de plus en plus précises. Grâce à leurs analyses, deux troubles de santé mentale se distinguent à l'heure actuelle, tant pour les diagnostics que pour le recours aux médicaments : la dépression et, particulièrement en Amérique du Nord, le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).

La lecture des statistiques relatives aux usages des médicaments

Les données sur l'usage des médicaments doivent être interprétées avec circonspection. En effet, les limites des informations accompagnant ces données ne permettent pas toujours d'avoir une vision juste de la réalité. Voici quelques exemples de ces sources de confusion.

- Chaque médicament possède un nom générique (par exemple, le nom générique du Ritalin^{MD} est le méthylphénidate). Il n'y a donc pas de confusion possible lorsque ces noms sont utilisés; toutefois, il est courant que des médicaments soient regroupés en classes et en sous-classes. Or, il existe deux principaux systèmes de classification (voir au chapitre 2, la section *Classes et classifications*). Bien qu'assez semblables, ces systèmes comportent des différences et il arrive fréquemment que le système de classification utilisé dans une publication ne soit pas précisé. De plus, certains auteurs regroupent des médicaments dans des classes qu'ils créent eux-mêmes. Ainsi, il est possible que le mot « psychotrope » utilisé dans trois ouvrages différents ne fasse pas référence exactement aux mêmes médicaments; dès lors, il devient hasardeux de faire des comparaisons entre les données présentées.
- L'analyse des données relatives aux ordonnances n'est pas simple. Ainsi, il n'est pas toujours précisé s'il s'agit de nouvelles ordonnances ou d'un ensemble comprenant les nouvelles ordonnances et les renouvellements. De plus, il faut distinguer les sources d'information utilisées: les ordonnances faites par les médecins, les réclamations faites par les pharmaciens aux régimes d'assurance médicaments et les utilisateurs eux-mêmes. Les prescriptions sont plus nombreuses que les réclamations, et les réclamations plus nombreuses que les médicaments réellement utilisés. Enfin, il n'est pas toujours facile de savoir si l'on considère le nombre d'ordonnances prescrites ou le nombre d'individus qui ont reçu une ordonnance; ainsi, « 10 000 Québécois qui prennent le médicament ABC durant l'année D » ne signifie pas la même chose que « 10 000 prescriptions d'ABC sont recensées au Québec durant la même année ».
- La présentation de données de consommation dans un groupe socioéconomique ou démographique peut aussi porter à confusion. Par exemple, dire que les personnes âgées ont doublé leur consommation de tranquillisants sans fournir les chiffres (passer de 1 % à 2 % ou de 10 % à 20 %) ou sans mentionner le mouvement démographique de ce groupe (si le nombre de personnes âgées a presque doublé durant la période étudiée, l'accroissement réel de la consommation par personne est plus faible) ne donne pas une information complète.
- Dans une étude, l'estimation de la consommation de médicaments peut porter sur une journée type ou sur une période plus longue. L'interprétation devra tenir compte de la période d'observation. S'il est observé dans une étude qu'un certain pourcentage de la population a une ordonnance de méthylphénidate active le 3 juin 2007, il ne faut pas en déduire que ce pourcentage de la population a pris du méthylphénidate pendant toute l'année 2007.
- Enfin, la comptabilisation « en silo » des dépenses du système de santé ne reflète pas fidèlement le portrait global. Par exemple, le coût des médicaments fournis lors des hospitalisations a diminué, notamment par le recours accru aux chirurgies d'un jour et à l'implantation du virage ambulatoire québécois en 1997. Par conséquent, les dépenses associées aux hôpitaux diminuent pendant que celles qui sont liées aux régimes d'assurance médicaments privés et publics augmentent.

148 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS, 2001a, p. x.

Éléments de contexte international

La hausse récente et marquée des consultations pour dépression est notable. Si l'on se base sur les projections de l'OMS, la dépression devrait continuer à progresser, jusqu'à devenir la seconde cause de morbidité en 2020¹⁴⁹. Au niveau mondial, la prévalence de la dépression est passée, depuis la fin des années 1980, de 100 personnes par million à 50 000-100 000 personnes par million¹⁵⁰, touchant ainsi de 300 à 600 millions de personnes¹⁵¹. Cette hausse coïncide avec la découverte des antidépresseurs de la nouvelle génération, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (dont le Prozac^{MD}), qui engendrent des effets secondaires indésirables beaucoup plus limités que ne le font les autres antidépresseurs. D'autres facteurs peuvent également expliquer, du moins partiellement, cette augmentation comme la détection précoce des symptômes dépressifs, la diminution des tabous sociaux et le désir, voire les pressions, d'amoinir les difficultés liées à certains événements douloureux de la vie.

Les diagnostics de dépression s'accompagnent généralement d'une ordonnance médicale pour un antidépresseur¹⁵², et environ 50 % des diagnostics de TDA/H chez les personnes mineures aux États-Unis s'accompagnent d'une prescription de psychostimulants¹⁵³. Sans généraliser ce résultat ou poser un lien causal clair entre un diagnostic et une ordonnance médicale, force est de constater que le segment des ventes de médicaments psychotropes est important. À l'échelle internationale, les ventes de médicaments du système nerveux central atteignaient 55,5 milliards de dollars américains en 2005¹⁵⁴ et ce marché était dominé par la classe des antidépresseurs, laquelle représentait plus de 30 % des ventes¹⁵⁵. Pour traiter le trouble de déficit d'attention avec hyperactivité, les ventes mondiales de médicaments atteignaient 2,4 milliards de dollars américains en 2003 et plus de 90 % de cette somme provenait de ventes réalisées aux États-Unis¹⁵⁶.

Éléments de contexte national

La situation canadienne s'inscrit dans la tendance mondiale. Ainsi, au Canada, les consultations médicales pour la dépression ont augmenté de 60 % entre 1995 et 2003, et le diagnostic pour dépression est celui qui connaît la croissance la plus élevée à l'extérieur des établissements publics¹⁵⁷. En 2002, les Canadiens se classaient parmi les plus grands consommateurs de médicaments psychotropes au monde¹⁵⁸. Le Québec ne se distingue pas de ce portrait. Au cours de l'année 2000, 19,4 % des Québécois âgés de plus de 65 ans, soit presque un sur cinq, a reçu au moins une ordonnance de benzodiazépines, un anxiolytique¹⁵⁹. Chez les personnes mineures, les ordonnances délivrées pour des psychostimulants (comme le Ritalin^{MD}) ont crû de plus de 200 % entre 1993 et 1999 (68 000 à 215 000)¹⁶⁰. Aussi, en 2006, une étude menée auprès des ressources des centres jeunesse (centres de réadaptation, foyers de groupes, ressources intermédiaires) révèle que près de deux jeunes sur cinq prenaient au moins un psychotrope au moment de l'enquête, indépendamment de la sévérité des troubles¹⁶¹.

L'utilisation de psychotropes s'accompagne de coûts. Ainsi, le coût des médicaments du système nerveux central pour la population assurée par le régime public – soit environ la moitié de la population – s'élevait à 620,8 millions de dollars en 2006, soit 19,6 % des coûts bruts de médicaments à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)¹⁶². De plus, comme pour les autres classes de médicaments, les nouvelles molécules psychotropes sont généralement plus coûteuses que les précédentes. Par exemple, le coût mensuel au Québec d'une version générique du méthylphénidate (un stimulant prescrit pour traiter le TDA/H) pris trois fois par jour s'élève à 16,12 \$ alors que le Concerta^{MD}, une capsule de méthylphénidate à prise unique quotidienne, va coûter 71,06 \$¹⁶³.

Organisation du réseau de la santé et troubles en santé mentale

La hausse des diagnostics et des suivis médicaux relatifs aux maladies mentales nécessite un besoin accru de services médicaux et sociaux. Or, les services en santé mentale ne sont pas épargnés par la pénurie des ressources humaines du système de santé. En 2001, le Conseil médical du Québec produisait un avis sur l'état de la situation des maladies mentales au Québec¹⁶⁴. Dans cet avis, le Conseil insistait sur le besoin de ressources humaines en première et deuxième ligne¹⁶⁵. Au fédéral, le rapport Kirby portant sur les services en soins mentaux est paru en 2006. Il souligne le fait que des recommandations émises au début des années 2000 n'ont pas corrigé cette pénurie¹⁶⁶. Insistant sur l'importance d'augmenter les effectifs, il reconnaît du même coup que cela demandera du temps. L'accent est aussi mis sur les omnipraticiens qui assurent l'essentiel des soins en santé mentale. Partant de là, les auteurs du rapport encouragent les formes de collaboration et recommandent de moduler des incitations financières pour la première ligne de soins, selon les services rendus à un patient et le temps consacré à ces tâches.

- 149 *Ibid.*, p. 30.
- 150 David HEALY, *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship between the Pharmaceutical Industry and Depression*, New York University Press, 2006, p. 20; Ronald C. KESSLER ET AL., « Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, vol. 51, n° 1, 1994, p. 8-19.
- 151 Il existe une grande variabilité de la prévalence entre les pays et entre les pays développés et ceux en développement. Selon l'OMS, environ 10 % de la population mondiale utilisait les structures de soins de santé primaires pour des troubles dépressifs, la prévalence variant de 4,0 % (Shanghai, Chine) à 29,5 % (Santiago, Chili) (2001a, *op. cit.*, p. 23-24).
- 152 IMS HEALTH, *In Canada, Depression Ranks as Fast-Growing Diagnosis*, 2004, adresse URL : http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6652_41382706_57069115,00.html (accès avorté le 28 juillet 2009).
- 153 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), « Mental Health in the United States: Prevalence of Diagnosis and Medication Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder – United States, 2003 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 54, n° 34, 2005, p. 842-847.
- 154 Steven SEGET, *CNS Market Trends, 2007 to 2010: Key Market Forecasts and Growth Opportunities - Summary*, 2007, adresse URL : http://www.urchpublishing.com/publications/therapeutic/cns_market_trends_2010.html (lu le 9 août 2007).
- 155 *Ibid.*
- 156 Richard M. SCHEFFLER et al., « The Global Market for ADHD Medications », *Health Affairs*, vol. 26, n° 2, 2007, p. 453; Arthur CAPLAN et Carl ELLIOTT, « Is It Ethical to Use Enhancement Technologies to Make Us Better than Well? », *PLoS Medicine*, vol. 1, n° 3, 2004, adresse URL : <http://medicine.plosjournals.org/perlserv?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0010052> (lu le 9 février 2008).
- 157 IMS HEALTH (2004), *op. cit.*
- 158 Jürgen REHM et John WEEKS, « Abuse of Controlled Prescription Drugs », dans CANADIAN CENTRE ON SUBSTANCE ABUSE, *Substance Abuse in Canada: Current Challenges and Choices*, Ottawa, CCSA, 2005, p. 31.
- 159 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées*, Québec, 2001, p. 17 et 35.
- 160 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2001), *op. cit.*, p. 4.
- 161 COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES SUIVIS PAR LES CENTRES JEUNESSE, *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre les problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec*, 2007, p. 16 et 50.
- 162 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Tableau AM.07 – Nombre de participants et d'ordonnances, nombre d'ordonnances par participant, coût brut des ordonnances et par participant, coût RAMQ des ordonnances et par participant selon la classe de médicaments et la catégorie de personnes assurées – 2006*, 2007a, Québec.
- 163 Coût au 19 mars 2008 pour 20 mg (total quotidien) de la marque générique du méthylphénidate ou 18 mg de Concerta^{MD}, pour un utilisateur du Régime d'assurance médicaments général. Le coût peut différer selon les doses prescrites et les honoraires des pharmaciens qui varient selon les régimes d'assurance privés.
- 164 CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC, *Avis sur les maladies mentales: un éclairage contemporain*, Québec, CMQ, 2001b, p. 61 et suiv.
- 165 *Ibid.*, p. 62-63 et 76.
- 166 KIRBY et COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, *op. cit.*, p. 140-143.

La médicalisation et la médication ne sont pas les seuls moyens de faire face aux troubles mentaux; les psychothérapies et les ressources du réseau social et communautaire sont aussi des outils privilégiés. Cependant, ces autres possibilités se heurtent à une double contrainte: elles doivent composer avec une pénurie de ressources humaines et financières et les frais de consultation pour y avoir accès ne sont pas toujours couverts par le régime public d'assurance maladie du Québec. Pour les personnes qui ne participent pas à un régime d'assurance privé, le fait de payer ces services peut constituer un frein important à leur accessibilité.

Les applications des médicaments psychotropes

Les psychotropes modifient la neurochimie et les communications électriques du cerveau. Ils sont employés dans le traitement de la douleur, des troubles cognitifs (touchant notamment la mémoire, l'attention, la vigilance, la concentration et la résolution de problèmes), des troubles de l'humeur (comme la dépression et la bipolarité), des troubles anxieux (comme l'anxiété et les phobies), des troubles de comportement, des troubles neurologiques (dont le TDA/H) et des troubles de la personnalité (comme la personnalité limite et le trouble obsessionnel-compulsif). Les neuromédicaments agissent principalement sur le niveau de concentration des neurotransmetteurs*, en modifiant leur action ou leur durée d'action¹⁶⁷.

Classes et classifications

Il existe deux principales classifications des médicaments: la classification Anatomique, Thérapeutique, Chimique (ATC, recommandée par l'OMS)¹⁶⁸ et l'*American Hospital Formulary System Pharmacological / Therapeutic Classification Scheme* (AHFS)¹⁶⁹, utilisée par la RAMQ. Ces deux classifications montrent des différences importantes dont il faut tenir compte lors de la lecture des statistiques et des études scientifiques qui les reprennent.

La classification ATC répertorie les médicaments en cinq niveaux, selon le site d'action (l'organe ou le système visé) et leurs propriétés thérapeutiques et chimiques¹⁷⁰. Les médicaments du système nerveux central se retrouvent dans plusieurs sous-classes sans que le mot « psychotrope » soit nommément utilisé (voir l'annexe).

La RAMQ utilise la classification américaine AHFS, qui regroupe les médicaments selon leurs effets thérapeutiques. Contrairement à l'ATC, une des sous-classes de médicaments qu'elle contient touchant le SNC s'appelle « psychotrope » (voir l'annexe) mais elle n'inclut que les antidépresseurs et les tranquillisants. Or, la définition retenue par la Commission est plus large et regroupe, notamment, les stimulants du SNC et les antipsychotiques. Ainsi, une lecture rapide des statistiques de la RAMQ pourrait donc sous-estimer la consommation réelle des psychotropes au Québec.

Sur le contrôle de l'humeur et des comportements

Si l'humeur peut être affectée par des troubles psychiatriques* et par des troubles neurologiques, elle est aussi intimement liée au contexte de vie et à la personnalité de chacun. Elle est sujette à des variations passagères selon les événements de la vie, tels le deuil d'un proche et des difficultés financières, sans nécessairement être caractérisée par un état pathologique durable.

Les troubles de l'humeur se distinguent des variations normales de l'humeur par leur intensité et leur persistance, ainsi que par la tendance à perturber l'individu dans son quotidien. Des variations accentuées de l'humeur peuvent néanmoins compromettre le bon fonctionnement de l'individu et sa qualité de vie. C'est dans cette perspective que des médicaments peuvent être prescrits sur une base temporaire.

Pour aider à soulager les symptômes liés aux troubles de l'humeur et de comportements, plusieurs types de médicaments ont été développés, soit pour calmer¹⁷¹, pour stimuler ou pour réguler l'humeur.

Les *anxiolytiques* sont des médicaments utilisés pour diminuer l'anxiété; les plus connus d'entre eux sont les benzodiazépines. Les *sédatifs* sont des médicaments généralement utilisés pour régler les troubles du sommeil. Ils s'apparentent aux médicaments hypnotiques et se partagent en deux grandes familles, les barbituriques et les benzodiazépines. Les *neuroleptiques* (ou antipsychotiques) sont prescrits dans certains cas d'état confusionnel aigu (délirium), de décompensation psychotique, de schizophrénie et, à l'occasion, dans les phases de manie des troubles bipolaires.

Les *antidépresseurs* sont des médicaments qui traitent des désordres affectifs comme la dépression majeure. L'arrivée d'une nouvelle génération d'antidépresseurs, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS, ou *SSRI* en anglais), a modifié les possibilités de traitement médicamenteux. En effet, ces antidépresseurs ont nettement moins d'effets secondaires indésirables que les précédents (comme les antidépresseurs tricycliques) et leur spectre d'action est moins large car ils ciblent spécifiquement certains neurotransmetteurs.

Les *stabilisateurs de l'humeur*, comme les sels de lithium, permettent d'atténuer les phases de manie et de dépression retrouvées dans les troubles bipolaires.

167 Deux classes de psychotropes régulièrement prescrites ne sont pas détaillées dans l'avis, soit les analgésiques (pour traiter la douleur) et les antimigraineux (pour traiter les maux de tête et les migraines). Deux raisons ont motivé ce choix. Premièrement, ces classes de médicaments soulagent des troubles physiques et non des troubles mentaux ou neurologiques. Ensuite, leurs usages élargis correspondent peu au propos de l'avis. Dans le cas des analgésiques, ceux-ci contiennent de l'opium (sous la forme de codéine ou de morphine, par exemple) et les usages élargis représentent une situation de toxicomanie découlant d'une consommation récréative ou d'une dépendance physique à la suite d'un traitement médical. Pour les antimigraineux, les usages élargis n'apparaissent pas comme probables, du moins au sens de l'avis.

168 Voir <http://www.whocc.no/atcddd/>.

169 Voir <http://www.ahfsdruginformation.com/>.

170 Pour plus de détails, voir Jocelyne MOISAN et al., *L'usage de médicaments psychotropes chez les travailleurs: prévalence, déterminants et conséquences*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2000, 78 p.

171 COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (CPLT), *La consommation de psychotropes: portrait et tendances au Québec*, Montréal, CPLT, 2003, p. 26.

Le tableau 1 montre des exemples de psychotropes visant à stabiliser l'humeur ainsi que des troubles de santé mentale visés :

TABEAU 1 EXEMPLES DE NEUROMÉDICAMENTS VISANT À MODIFIER L'HUMEUR ET L'ANXIÉTÉ

Classe de médicaments	Exemples de marques commerciales	Pathologies visées
Benzodiazépines	Valium ^{MD} , Ativan ^{MD}	Anxiété généralisée, stress post-traumatique, trouble d'adaptation
Antidépresseurs tricycliques	Trofanil ^{MD} , Aventil ^{MD} , Elavil ^{MD}	Dépression, panique, anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, stress post-traumatique
Antidépresseurs – Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)	Prozac ^{MD} , Paxil ^{MD} , Celexa ^{MD} , Effexor ^{MD} *	Dépression, panique, trouble obsessionnel-compulsif, phobie sociale, stress post-traumatique
Antipsychotiques atypiques	Risperdal ^{MD} , Zyprexa ^{MD} , Seroquel ^{MD}	Schizophrénie, troubles bipolaires
Stabilisateurs de l'humeur	Lithium, Lyrica ^{MD}	Troubles bipolaires, dépression

* L'Effexor^{MD} est un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine (ISRSN).
Source: MEYER et QUENZER (2005).

Sur l'amélioration des fonctions cognitives

La cognition peut se définir comme l'ensemble des processus utilisés dans l'acquisition des connaissances, ce qui inclut la perception, l'intuition et le raisonnement. S'y retrouvent notamment la capacité de comprendre les contextes, les relations entre les idées, l'identification de schèmes et de parallèles, la vitesse d'intégration des informations¹⁷². La cognition regroupe donc la mémoire, le raisonnement, l'apprentissage et l'attention, mais aussi l'ensemble des fonctions exécutives*, terme qui « recouvre la pensée abstraite et la capacité de planifier, d'initier, d'ordonner, de contrôler et d'inhiber des comportements complexes¹⁷³ ». Les interventions en vue d'améliorer les fonctions cognitives peuvent porter sur l'une ou l'autre de ces facultés.

Les fonctions cognitives peuvent être affectées par des troubles psychiatriques et neurologiques, donc par l'existence « de maladies, troubles et lésions du cerveau, de la moelle épinière et du système nerveux parmi lesquels figurent la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, les accidents cérébrovasculaires [sic], la sclérose en plaques, les lésions de la moelle épinière, la dépression, la schizophrénie, les maladies des organes sensoriels, les toxicomanies, les traumatismes cérébraux et la douleur chronique¹⁷⁴ ». On peut ajouter à cette liste toute forme de démence et le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).

Parmi les médicaments développés pour corriger les troubles de la mémoire ou de l'attention, deux classes de médicaments se démarquent : les *psychostimulants* et les *anticholinestérases*. Les premiers, malgré leur appellation, traitent les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. Les seconds, en modulant la dégradation de l'acétylcholine, neurotransmetteur majeur lié à la mémoire et à l'apprentissage, sont prescrits pour les personnes atteintes de certaines formes de démence.

Le tableau 2 mentionne quelques psychotropes stimulant la cognition.

TABEAU 2 EXEMPLES DE NEUROMÉDICAMENTS VISANT À STIMULER LES FONCTIONS COGNITIVES

Médicaments	Exemples de marques commerciales	Pathologies visées
Amphétamines	Dexedrine ^{MD} , Adderall ^{MD}	TDA/H, narcolepsie
Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase (ou cholinestérase)*	Donépézil (Aricept ^{MD}) Rivastigmine (Exelon ^{MD}) Galantamine (Reminyl ^{MD})	Maladie d'Alzheimer, autres démences
Méthylphénidate	Ritalin ^{MD} , Concerta ^{MD}	TDA/H, narcolepsie, apathie des démences
Modafinil	Provigil ^{MD} (États-Unis) Alertec ^{MD} (Canada)	Hypersomnolence causée par la narcolepsie et l'apnée du sommeil, troubles du sommeil, autres conditions cliniques associées à la fatigue

* Les médecins utilisent ces médicaments, mais ne les considèrent pas comme des psychotropes car les démences sont des maladies dégénératives.

Sources : NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2005), MEDLINE [s. d.], INSTITUT SUISSE DE PRÉVENTION DE L'ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES (2004), LUNDBECK INSTITUTE (2003).

172 BMA, *op. cit.*, p. 4.

173 Christian DEROUESNÉ, « Qu'est-ce que la démence ? », *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement*, vol. 1, n° 1, 2003, adresse URL : <http://www.john-libbey-eurotext.fr/en/print/e-docs/00/03/FA/97/article.md> (lu le 16 juillet 2007).

174 NEUROSCIENCE CANADA, *Le cerveau en bref*, [s. d.], adresse URL : http://www.neurosciencecanada.ca/files/Fr_BRAIN_FACTS_French.pdf (lu le 10 octobre 2007).

Certains profils d'utilisation des neuromédicaments

Au Québec, dès 1992, l'usage et l'abus de substances psychotropes étaient considérés comme des « problèmes majeurs¹⁷⁵ ». Dans le contexte de sa Politique de la santé et du bien-être, le MSSS fixait notamment l'objectif de réduire de 10% la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et les bénéficiaires de l'aide de dernier recours¹⁷⁶. L'évaluation de la Politique a montré que l'objectif fixé n'avait pas été atteint¹⁷⁷, la situation s'étant même détériorée « de façon considérable » en dix ans¹⁷⁸.

Les personnes qui ont recours à des psychotropes ne peuvent être classées dans des catégories bien définies. Sans dresser une liste exhaustive mais plutôt un portrait général, on note tout de même que certains groupes ou caractéristiques socioéconomiques se distinguent quant à l'usage de neuromédicaments. Ce sont les personnes mineures, les personnes âgées, le genre et la pauvreté.

Personnes mineures

La prévalence des prescriptions de psychotropes, notamment du neurostimulant Ritalin^{MD}, augmente¹⁷⁹, entre autres chez les enfants américains d'âge préscolaire¹⁸⁰. La hausse des diagnostics médicaux basés sur une évaluation clinique et des critères reconnus ne peut expliquer à elle seule ce niveau d'utilisation des stimulants. Ainsi, les pressions provenant des parents, des enseignants et des directions d'école sont un facteur important à souligner¹⁸¹. De façon générale, l'utilisation de psychotropes chez les enfants et les adolescents est en croissance. Aux États-Unis, une étude s'étalant sur dix ans montre qu'au cours des années 1990, le taux d'utilisation de psychotropes chez les personnes mineures a presque atteint celui trouvé chez les adultes¹⁸².

Personnes âgées

L'utilisation de certains neuromédicaments par les personnes âgées est très élevée : celles-ci forment 12% de la population québécoise mais consomment le tiers des anxiolytiques-sédatifs et hypnotiques¹⁸³. De plus, la consommation varie selon le genre, les femmes recourant plus aux psychotropes que les hommes, et elle tend à augmenter avec l'âge¹⁸⁴. Les benzodiazépines (anxiolytiques), les somnifères et les antidépresseurs sont les psychotropes les plus utilisés par les personnes âgées.

Genre

Deux grands constats émergent : les femmes consomment plus de psychotropes que les hommes, notamment les tranquillisants et les antidépresseurs¹⁸⁵, et les jeunes garçons se font plus souvent diagnostiquer un TDA/H et prescrire une ordonnance de psychostimulants que les jeunes filles¹⁸⁶.

Pauvreté

Les conditions socioéconomiques défavorables constituent un phénomène complexe où plusieurs facteurs interagissent¹⁸⁷. Notamment, la relation entre la pauvreté et la santé mentale peut jouer dans les deux sens et créer un cercle vicieux : les stress économiques risquent d'affecter la santé mentale, qui à son tour peut engendrer des obstacles dans la recherche ou le maintien d'un emploi. Néanmoins, une constante ressort des différentes études sur le sujet : les conditions socioéconomiques précaires exposent davantage les personnes à la consommation de psychotropes¹⁸⁸. Ainsi, en 2006, les quatre premières sous-classes de médicaments prescrits aux prestataires de l'assistance-emploi québécois étaient des neuromédicaments et représentaient 43,5% du total de leurs ordonnances¹⁸⁹.

En résumé, plusieurs utilisateurs montrent une vulnérabilité personnelle et sociale. Certaines de ces personnes vivent les contrecoups d'un isolement social, d'autres ont une capacité limitée à bien comprendre la situation et à consentir aux soins. De plus, les tabous et les préjugés entourant les troubles de santé mentale sont encore bien présents dans la société¹⁹⁰ et contribuent à isoler davantage les gens qui en souffrent.

- 175 MSSS (1992), *op. cit.*, p. 59.
- 176 *Ibid.*
- 177 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), *La Politique de la santé et du bien-être: une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002 – partie 1*, Québec, 2002a, p. 122.
- 178 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), *Les indicateurs de la Politique québécoise de la santé et du bien-être: exercice de suivi 2001*, Québec, 2002b, p. 6.
- 179 Denis LAFORTUNE *et al.*, «Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en centre jeunesse», *Enjeu*, vol. 15, n° 1, 2007, p. 15-16; Geneviève LEMELIN et Nathalie DAOUST, «Les enfants hyperactifs: mieux les connaître pour mieux intervenir», *Enjeu*, vol. 15, n° 1, 2007, p. 3.
- 180 Julie Magno ZITO *et al.*, «Trends in the Prescribing of Psychotropic Medications to Preschoolers», *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, n° 8, 2000, p. 1025-1030. Les données scientifiques canadiennes et québécoises sont peu documentées.
- 181 Christine B. PHILLIPS, «Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD», *PLoS Medicine*, vol. 3, n° 4, 2006, adresse URL: <http://medicine.plosjournals.org/perlserv?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030182> (lu le 9 février 2008); FARAH (2002), *op. cit.*, p. 1124; SANTÉ CANADA, *Enquête sur le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDADA) – Diagnostic et traitement au méthylphénidate chez les médecins canadiens*, Ottawa, 1999, p. 45.
- 182 Julie Magno ZITO *et al.*, «Psychotropic Practice Patterns for Youth. A 10-Year Perspective», *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 157, 2003, p. 17-25. Pour les personnes mineures, il s'agit principalement de neurostimulants et d'antidépresseurs. Les auteurs citent également des taux d'utilisation issus d'autres études que la leur.
- 183 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *Chronique PPM – Prévention en pratique médicale: consommation de psychotropes chez les personnes âgées de la région de Montréal*, 2006, adresse URL: <http://www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/chronique/2006/23052006.html> (lu le 18 octobre 2007).
- 184 Entre autres: AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *op. cit.*; Johanne COLLIN, «Médicaments psychotropes et personnes âgées: une socialisation de la consommation», *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 2, 2001, p. 1-24; MOISAN *et al.*, *op. cit.*, p. 22.
- 185 Cette donnée est documentée depuis de nombreuses années. Voir, entre autres, COLLIN (2001), *op. cit.*, p. 1-3; MOISAN *et al.*, *op. cit.*, p. 22; MSSS (1992), *op. cit.*, p. 29, 61.
- 186 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2001), *op. cit.*, p. 4; SANTÉ CANADA (1999), *op. cit.*, p. 27-28.
- 187 Il s'agit d'un fait connu et documenté. Voir à ce propos: Kristie N. CARTER *et al.*, «What is the Association Between Wealth and Mental Health?», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 63, n° 3, 2009, p. 221-226; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, 2008, p. 34; OMS (2001a), *op. cit.*, chapitre un (p. 1-17), 39-41; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, axes d'intervention, actions*, Québec, 2001a, 57 p.; MSSS (1992), *op. cit.*, p. 52-53, 59-63.
- 188 OMS (2001a), *op. cit.*, p. 14-15; MSSS (2001a), *op. cit.*, p. 13.
- 189 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, *Tableau AM.10 – Nombre d'ordonnances, leur coût brut et leur coût RAMQ selon les classes et les sous-classes de médicaments les plus fréquentes et la catégorie de personnes assurées, par ordre décroissant du nombre d'ordonnances – 2006*, 2007b, Québec.
- 190 Ainsi, en octobre 2007, le MSSS a lancé une campagne nationale de sensibilisation et d'information sur la dépression qui se déroule à la télévision, à la radio, dans les médias écrits, sur Internet et par affichage. Par exemple, dans un message télévisé, le lien entre la dépression et la lâcheté d'une personne dépressive, associant le congé de maladie à des vacances, était dénoncé.

Deux phénomènes importants

Durée de traitement

Les personnes traitées par une thérapie médicamenteuse suivent celle-ci pendant un temps déterminé selon la maladie, le médicament et des éléments de contexte. Toutefois, il peut arriver que la durée de traitement soit trop courte ou trop longue¹⁹¹.

La brièveté de la durée du traitement découlant d'une inobservance de la thérapie médicamenteuse est un phénomène assez répandu et complexe¹⁹². En effet, plusieurs psychotropes doivent être pris sur de longues périodes (par exemple les antipsychotiques). Ils peuvent agir après un délai pouvant prendre quelques semaines (comme plusieurs antidépresseurs) ou entraîner des effets indésirables sérieux ou perturbateurs de la vie quotidienne. Il peut donc être difficile, voire décourageant, de suivre les instructions fournies par les médecins. Devant l'absence d'une amélioration de leur santé, la présence d'effets secondaires très négatifs ou la perception que la maladie est sous contrôle, il arrive que des personnes cessent de prendre la médication prescrite. L'arrêt précoce du traitement pharmacologique peut signifier le retour d'un déséquilibre dans l'état de santé de ces personnes.

À l'inverse, des durées de traitement trop longues peuvent être observées¹⁹³, et ce, contrairement aux lignes directrices et aux monographies des médicaments, bien que la définition d'un usage « prolongé » ou « à long terme » ne fasse pas consensus. Par exemple, elle varie de 30 jours à 180 jours après le début du traitement dans le cas des benzodiazépines¹⁹⁴. De plus, il existe une tendance à renouveler la prescription même si le diagnostic ayant occasionné la prise de médicaments n'est plus en vigueur. Par exemple, dans le cas des traitements à long terme de la dépression, le but recherché est de prévenir une récurrence possible et le médicament psychotrope joue ici un rôle de prophylaxie pour éviter une rechute¹⁹⁵.

En lien avec le renouvellement des ordonnances, il faut souligner l'importance du rôle des patients. En effet, certains insistent pour que leur médecin répète l'ordonnance des psychotropes même si leur état de santé ne le justifie plus, soit parce qu'ils se sont sentis mieux avec la prise de médicaments, soit parce qu'ils ont peur de rechuter s'ils cessent d'en prendre¹⁹⁶. Dès lors, une dépendance psychologique¹⁹⁷ peut s'installer.

Polymédication

Les psychotropes peuvent être pris de façon concomitante¹⁹⁸. Bien qu'il s'agisse d'une situation connue depuis de nombreuses années chez les personnes âgées¹⁹⁹, l'ensemble des cohortes d'âge est maintenant touché par la polymédication. Par exemple, une étude québécoise portant sur des mineurs placés dans deux centres jeunesse métropolitains montre que, sur 48 enfants prenant des médicaments psychotropes, 20 en prennent plus d'un: 10 en ingèrent deux, 8 en ont trois, 1 en a quatre et 1 en prend six²⁰⁰. Curieusement, même si le phénomène est ancien, sa définition n'est pas clairement posée et ne fait pas l'objet d'un consensus. Ainsi, le terme « polymédication » est rarement défini; lorsqu'il y a mention du nombre de médicaments, certaines sources font mention de deux médicaments et plus²⁰¹, de cinq médicaments et plus²⁰² ou « d'un nombre de médicaments plus élevé que cliniquement indiqué²⁰³ ».

Il importe de souligner que la polymédication en soi n'est pas néfaste. En effet, il existe des cas où, de façon très évidente, elle est requise pour le bien-être des sujets; pensons par exemple aux personnes atteintes de cancer, à celles souffrant de schizophrénie paranoïde ou aux cas lourds de comorbidité. Toutefois, les risques d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses augmentent avec le nombre de médicaments que prend une personne.

La prise de plusieurs médicaments peut s'expliquer de diverses façons. Par exemple, lorsqu'un état de santé exige plus de soins, comme dans le cas de certaines maladies chroniques. Ensuite, l'âge peut être un facteur, car les personnes âgées ont des besoins accrus liés aux effets naturels du vieillissement. L'importance de la prévention médicamenteuse augmente aussi la consommation des médicaments. De plus, afin d'atténuer les risques et les effets indésirables d'un médicament, il est courant d'en prescrire un autre. Enfin, le traitement un à un de divers symptômes liés à une pathologie accentue également le recours à de nombreux médicaments. À titre d'exemple, la dépression se caractérise notamment par des humeurs dépressives et des troubles de sommeil; le traitement pharmacologique pourrait comporter un antidépresseur, un anxiolytique et un hypnotique (somnifère)²⁰⁴.

La question du nombre de médicaments pris par une personne peut frapper les esprits et devenir un sujet de controverse sur la place publique. Au-delà de la notion de quantité, trois questions primordiales sont posées par la polymédication : Les médicaments prescrits correspondent-ils aux besoins des personnes concernées ? Et s'accompagnent-ils d'interactions médicamenteuses ? Si celles-ci sont de nature négative, quelles en sont les conséquences physiques et mentales pour l'utilisateur, mais aussi pour son entourage ? Ce questionnement fait en sorte que la polymédication préoccupe de plus en plus les autorités et les intervenants en santé.

Les conséquences possibles de l'utilisation de psychotropes et la vulnérabilité de certains groupes d'usagers obligent à bien reconnaître l'état des connaissances actuelles sur le système nerveux central : sa structure, son mode d'action, ses neurotransmetteurs et les cascades biochimiques complexes qui s'y déroulent continuellement.

- 191 Les mots « court terme » et « long terme » appliqués à l'utilisation de neuromédicaments sont assez imprécis. Ainsi, les effets de plusieurs de ces médicaments apparaissent après quelques jours voire quelques semaines; d'autres doivent être utilisés pendant de longues périodes pour permettre une stabilisation de l'état de la personne. La durée du recours aux psychotropes variant selon le médicament en cause et la situation de l'individu, cela rend plus floues les notions de court et de long terme.
- 192 La problématique, et une revue de littérature à l'appui, est présentée par les chercheurs de MÉOS, *op. cit.*, p. 17-18.
- 193 Philippe LE MOIGNE, « Dépendre de soi. L'usage à long cours des médicaments psychotropes », dans COLLIN *et al.* (dir.), *op. cit.*, p. 95; MÉOS, *op. cit.*, p. 30 et 34 (avec une revue de littérature à l'appui); AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *op. cit.*; COLLIN (2001), *op. cit.*
- 194 Annick ROULEAU *et al.*, « Usage des benzodiazépines chez les personnes âgées : état des connaissances », *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n° 2, 2003, p. 150-151; COLLIN (2001) cite une étude qui parle d'une utilisation quotidienne durant 30 jours à une utilisation régulière d'un an et plus (*op. cit.*, p. 2).
- 195 LE MOIGNE, *op. cit.*, p. 95; RAYMOND *et al.*, *op. cit.*, p. 82.
- 196 LE MOIGNE, *op. cit.*, p. 102-104.
- 197 COLLIN (2001), *op. cit.*, p. 6-7.
- 198 MÉOS, *op. cit.*, p. 30 présente la problématique avec une revue de littérature à l'appui.
- 199 M. DE MEYERE *et al.*, « Une polymédication inéluctable en EBM? », *Minerva*, vol. 4, n° 8, 2005, p. 115; ROULEAU *et al.*, *op. cit.*
- 200 LAFORTUNE *et al.*, *op. cit.*, p. 22-24.
- 201 Mohamed BEN AMAR, *La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées*, Montréal, Centre québécois de lutte aux dépendances, 2007, p. 13.
- 202 DE MEYERE *et al.*, *op. cit.*, p. 115; ROULEAU *et al.*, *op. cit.*, p. 153.
- 203 DE MEYERE *et al.*, *op. cit.*, p. 115.
- 204 LE MOIGNE, *op. cit.*, p. 103. Pour les dépressions majeures, la clinique Mayo indique sur son site Internet la possibilité de recourir à une polymédication : « Other medication strategies: Your doctor may also suggest other medications to treat your depression. These may include stimulants, mood-stabilizing medications, anti-anxiety medications or antipsychotic medications. In some cases, your doctor may recommend combining two or more antidepressants or other medications for better effect, which is sometimes called augmentation. » (CLINIQUE MAYO, *Depression (Major Depression) – Treatment*, 2008, adresse URL : <http://www.mayoclinic.com/health/depression/DS00175/DSECTION=8> (lu le 28 mai 2008)).

LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL²⁰⁵

Le système nerveux central (SNC) est essentiel au maintien de la santé et de la vie de l'organisme. Avec le temps, son fonctionnement s'est raffiné afin de répondre aux nouvelles exigences de l'évolution. Un organe, le cerveau, s'est complexifié et les neurones*, des cellules du SNC, se sont spécialisés et se sont éloignés du schème cellulaire classique (par exemple, ils ne peuvent se reproduire).

Le système nerveux informe l'organisme sur ses besoins internes ainsi que sur les situations se déroulant dans son environnement externe²⁰⁶. En plus de ses fonctions de captage et de transmission de l'information, il possède les outils pour traiter ces informations et agir en conséquence (fuir devant un danger, boire et manger en réponse aux symptômes de manque, consoler une personne triste, etc.). Seul le règne animal est pourvu d'un système nerveux, et l'humain possède le plus développé.

Le fonctionnement du cerveau n'est pas constant dans le temps. De façon générale, durant la jeunesse, les capacités cognitives, et en corollaire les synapses*, croissent. En vieillissant, la plasticité cérébrale décroît, les gaines de myéline qui protègent les fibres nerveuses se détériorent et des accidents physiques ou neurologiques peuvent causer des lésions cérébrales. L'ingestion d'alcool ou de drogues peut également altérer le fonctionnement du cerveau.

Si la pratique d'activités physiques²⁰⁷ et le mode de vie peuvent renforcer les fonctions cognitives ou retarder leur dégradation, il est important de souligner que les altérations du système nerveux central font partie des effets naturels du vieillissement physique.

Structure du système nerveux central

Anatomiquement, le *système nerveux central (SNC)* comprend le cerveau et la moelle épinière, tandis que le *système nerveux périphérique* est constitué de certains neurones et des nerfs partant de la moelle épinière pour rejoindre les organes et les membres.

Au point de vue fonctionnel, il existe deux sous-systèmes : le *système nerveux somatique* et le *système nerveux autonome (ou végétatif)*, qui se subdivise lui-même en deux catégories, soit le *système nerveux sympathique* et le *système nerveux parasympathique*.

Le *système nerveux somatique*, grâce aux divers récepteurs sensoriels du corps, est en contact avec l'environnement externe. Selon les informations reçues, il permet au corps de réagir et de bouger ; il est ainsi responsable des fonctions sensitives et motrices. Quant au *système nerveux autonome*, il régule les fonctions vitales et automatiques comme le sommeil, l'appétit, la digestion et l'homéostasie. Plus précisément, le *système nerveux sympathique* prépare l'organisme à l'activité physique et intellectuelle en augmentant le rythme cardiaque, en libérant du glucose et en sécrétant plus d'adrénaline. Le *système nerveux parasympathique* ralentit les fonctions de l'organisme afin de conserver l'énergie, à l'exception de la fonction digestive et de l'appétit sexuel, qu'il active²⁰⁸.

Le cerveau, partie majeure du SNC, est un organe complexe constitué de plusieurs parties, certaines très anciennes (tels le cervelet, l'hippocampe et l'amygdale) et d'autres apparues plus récemment dans l'évolution (comme le cortex cérébral). Il reçoit et traite l'information provenant du corps et détermine par la suite des actions à entreprendre, des décisions, des pensées et des émotions. Par le fait même, il supervise et coordonne la plupart des mouvements et des comportements, la mémoire et l'homéostasie de l'organisme. Pour lui permettre de réaliser ses fonctions, le cerveau peut compter sur une extraordinaire malléabilité. En effet, ses réseaux de cellules se réorganisent en permanence en fonction des influences extérieures et des expériences personnelles, ce qui fait du cerveau l'organe possédant la plus grande capacité d'adaptation du corps humain²⁰⁹. Cette plasticité explique les importantes capacités d'apprentissage des enfants et les possibilités de récupérer des fonctions perdues après un accident vasculaire cérébral.

Les types de cellules du système nerveux central

Le tissu nerveux du système nerveux central est composé de deux grands types de cellules, les cellules gliales et les neurones.

Cellules gliales

Les cellules gliales constituent 90% des cellules du SNC. Elles jouent un rôle primordial en assurant l'isolement des tissus cérébraux (elles sont une composante de la barrière hémato-encéphalique* qui filtre le sang se dirigeant vers le SNC), les fonctions métaboliques et le soutien physique du tissu nerveux. De plus, de récents travaux montrent que certaines cellules gliales jouent également un rôle dans la transmission de l'influx nerveux²¹⁰.

Contrairement aux neurones, les cellules gliales peuvent se diviser et se reproduire tout au long de leur vie. C'est la raison pour laquelle la majorité des tumeurs cérébrales impliquent des cellules gliales²¹¹.

Neurones

Le cerveau contient plus de 100 milliards de neurones, sous l'un ou l'autre des 200 types de neurones recensés à ce jour. Cette grande variété des neurones en fait des cellules hautement spécialisées par la forme, la position occupée dans le SNC et les connexions qu'ils entretiennent avec d'autres neurones.

205 Cette section assez technique est vulgarisée afin de s'adresser à un large public. Pour les lecteurs avertis ou ceux qui désirent approfondir le sujet, il existe de nombreux ouvrages de référence et des articles plus spécialisés, dont quelques-uns sont mentionnés à la section *Bibliographie*.

206 UNIVERSITÉ MCGILL, *Le cerveau à tous les niveaux*, [s. d.], adresse URL: http://lecerveau.mcgill.ca/flash/index_a.html (lu le 17 décembre 2007).

207 Concernant l'importance de l'activité physique, voir Charles H. HILLMAN *et al.*, « Be Smart, Exercise your Heart: Exercise Effects on Brain and Cognition », *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 9, n° 1, 2008, p. 58-65.

208 CST (2005), *op. cit.*, p. 9; UNIVERSITÉ MCGILL, *op. cit.*

209 Walter GLANNON, *Bioethics and the Brain*, New York, Oxford University Press, 2007, p. 18.

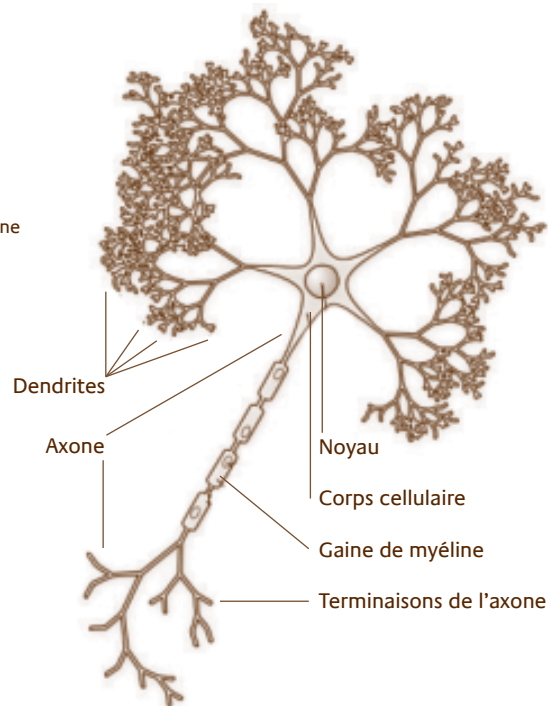
210 Aude PANATIER *et al.*, « Glia-Derived D-Serine Controls NMDA Receptor Activity and Synaptic Memory », *Cell*, vol. 125, n° 4, 2006, p. 775-784. Les auteurs présentent à l'appui une revue de littérature sur le sujet.

211 Alan R. CROSSMAN et David NEARY, *Neuroanatomie*, Paris, Elsevier, 2004, p. 33.

Leur métabolisme, exceptionnellement élevé, requiert un apport constant et abondant en oxygène et en glucose. Alors que le cerveau représente 2% du poids corporel, il utilise 20% de l'oxygène respiré et de 20% à 25% du glucose ingéré (ou transformé) quotidiennement par un adulte²¹². Une perturbation dans cet approvisionnement entraîne des conséquences graves. Ainsi, un manque prolongé ou répété de glucose peut causer des troubles neurologiques, alors que la mort cérébrale survient rapidement s'il y a arrêt d'oxygénation du cerveau.

Le neurone est l'unité de base du fonctionnement du SNC. Il recueille, traite et retransmet l'information aux autres neurones et aux diverses parties du corps. À cette fin, le neurone est constitué d'un corps cellulaire* et de prolongements, soient l'axone* et les dendrites*.

Figure 1. Structure d'un neurone
(Adapté de Nicolas ROUGIER)



Le *corps cellulaire* reçoit sans cesse de multiples informations, les analyse, puis relaie des ordres ou des informations aux autres neurones par l'intermédiaire de son *axone*. Celui-ci, protégé par une gaine de myéline, transmet l'influx électrique* de façon unidirectionnelle, c'est-à-dire du corps cellulaire vers l'extrémité de l'axone, à des ramifications appelées arborisations terminales (ou terminaisons de l'axone). Celles-ci renferment des vésicules contenant des neurotransmetteurs qui seront relâchés afin de relayer les informations. Les *dendrites*, très nombreuses, sont situées près des axones des neurones voisins afin de rester en contact chimique avec ceux-ci. Elles reçoivent les informations des neurones avoisinants et les transmettent à leur corps cellulaire.

Les corps cellulaires et les dendrites constituent la substance grise du cerveau (soit la réception et le traitement de l'information), tandis que les gaines de myéline des axones constituent la substance blanche (transmission de l'information).

Communications nerveuses et neurotransmetteurs

Les influx nerveux – ou potentiel d'action* – sont à l'origine de la pensée. Une fois celle-ci amorcée, les composantes des neurones ont chacune un rôle à jouer dans les communications interneurales. Le corps cellulaire du neurone transmet des données, sous forme d'influx électrique, vers ses terminaisons axonales, puis les dendrites des autres neurones capteront les informations.

Communications nerveuses

Les neurones communiquent entre eux sans qu'il y ait contact physique. Ce sont les neurotransmetteurs, des molécules chimiques synthétisées et libérées par les neurones selon les informations à transmettre, qui se chargent de véhiculer les flux d'information vers les autres neurones à partir de la zone spécialisée de contact : les synapses.

Les synapses sont composées de trois parties : l'élément présynaptique, l'élément postsynaptique et, entre les deux, la fente synaptique. L'élément présynaptique se situe dans les terminaisons de l'axone qui contiennent les neurotransmetteurs. Une fois ceux-ci relâchés dans la fente synaptique, ils sont captés par les récepteurs postsynaptiques logés dans les dendrites des neurones avoisinants.

Même si chaque neurone peut mettre en action jusqu'à 100 000 synapses simultanées, il en utilise régulièrement un nombre moindre et il établit un contact avec quelques milliers d'autres neurones en même temps. Chaque contact est susceptible de déclencher une cascade de réactions biochimiques complexes, dont plusieurs peuvent être simultanées, avec une boucle de rétroaction (*feedback*) qui active instantanément une nouvelle chaîne de réactions.

Cette myriade de synapses survient dans un réseau neuronal en constant changement. En effet, le cerveau a une plasticité d'apprentissage, c'est-à-dire une capacité à se réorganiser en fonction des expériences vécues et de son environnement. Les échanges interneuronaux modifient le traitement de l'information, soit par une modification du nombre de synapses, soit par la capacité de répondre à une même stimulation de façon différente, soit par la création de réseaux parallèles.

212 NEUROSCIENCE CANADA, *op. cit.* ; UNIVERSITÉ DE LILLE – FACULTÉ DE MÉDECINE, *Utilisation des substrats énergétiques à jeun et à l'état nourri*, 2002, p. 3, adresse URL : <http://medecine.univ-lille2.fr/pedagogie/contenu/discipl/nutritio/2002-12le17substrat.pdf> (lu le 28 mai 2008).

Ainsi, la communication électrique est à la base de toutes les pensées, émotions et actions, mais la communication interneuronale est chimique²¹³. La traduction de l'information électrique en molécule chimique puis, dans les neurones voisins, la retranscription de cette molécule chimique en information électrique identique sont des étapes cruciales pour le maintien de la santé de l'organisme. Devant la nature et la complexité des informations relayées dans le cerveau ou déclenchant une réaction physique, un processus extrêmement précis de communication existe qui implique les neurotransmetteurs.

Neurotransmetteurs

Le neurotransmetteur est une molécule chimique sécrétée par les neurones afin de véhiculer des informations d'un neurone à l'autre. Son activité est limitée au temps nécessaire à la transmission de l'information. Une fois celle-ci effectuée, le neurotransmetteur est détruit ou recapturé par le neurone émetteur afin d'être réutilisé ultérieurement.

Plus d'une soixantaine de neurotransmetteurs ont été recensés à ce jour. Certains sont connus, comme la dopamine et la sérotonine. Des hormones et des peptides peuvent aussi jouer le rôle de neurotransmetteurs. Par exemple, l'insuline, le glucagon, la vasopressine, la prolactine et l'angiotensine II peuvent modifier les influx nerveux.

Principaux neurotransmetteurs²¹⁴

Acétylcholine

Neurotransmetteur excitateur, l'acétylcholine remplit plusieurs fonctions. Elle intervient dans des fonctions végétatives comme la sexualité et la soif. Ses rôles pour la mémoire et l'apprentissage sont aussi importants. En effet, elle commande la capacité à retenir une information, à la stocker et à la retrouver au moment nécessaire. Elle joue également un rôle dans l'éveil, l'attention, la colère et l'agression.

Adrénaline (ou épinéphrine)

L'adrénaline permet au corps de réagir à une situation de stress physique ou mental, en le préparant à une réaction de type « fuite » ou « affrontement ». À cet effet, elle augmente le pouls et la pression sanguine, améliore la mémoire, diminue la réflexion, accroît la contraction musculaire et la capacité respiratoire et dilate les pupilles. Le stress en diminue les réserves, alors que l'exercice physique les accroît.

Dopamine

La dopamine est devenue « célèbre » lorsque son lien dans le circuit de la récompense, donc dans les mécanismes cérébraux de sensation de bien-être et de plaisir, a été mis en évidence. C'est un neurotransmetteur peu présent dans le SNC, les neurones qui le produisent ne représentant que 0,3 % des cellules du cerveau. Ses fonctions sont néanmoins essentielles. Physiologiquement, la dopamine est impliquée dans le contrôle du mouvement et de la posture, dans la croissance des tissus ainsi que dans le fonctionnement du système immunitaire. Elle joue aussi un rôle dans la mémoire et la régulation de l'humeur.

GABA (acide gamma-aminobutyrique)

Le GABA est très commun dans le cerveau (le GABA et ses récepteurs contribuent à près de 40% des synapses du SNC). Il est essentiellement un neurotransmetteur inhibiteur : en freinant la transmission de signaux nerveux, il empêche le système de s'emballer. En contrôlant l'hyperactivité neuronale, il favorise le calme et la relaxation, diminue la tonicité musculaire et ralentit le rythme cardiaque. Il intervient également dans certaines étapes de la mémorisation.

Glutamate

Le glutamate est le neurotransmetteur le plus commun, 50% des synapses du SNC étant glutaminergiques. Neurotransmetteur excitateur, il est associé à l'apprentissage et à la mémoire. Cependant, un surplus peut être toxique pour les neurones et un excès peut même les tuer.

Noradrénaline (ou norépinéphrine)

La noradrénaline remplit une grande variété de fonctions. Ainsi, elle joue un rôle dans l'attention, les émotions, le sommeil, le rêve, la sociabilité, la libido, l'apprentissage et la mémoire. Prévalente dans le système nerveux sympathique, elle est associée à l'état de vigilance en augmentant le rythme cardiaque et la pression sanguine. Finalement, elle stimule la libération de la graisse en réserve et contrôle la libération des hormones qui régulent la fertilité, la libido, l'appétit et le métabolisme.

Sérotonine

La sérotonine joue un rôle majeur dans les émotions et le jugement, de même qu'un rôle important dans le sommeil et la sensibilité aux migraines. Elle contribue aussi à la régulation de la température, de l'appétit et de la douleur.

213 Les synapses chimiques dominent très majoritairement la transmission des influx nerveux. Il existe aussi des synapses électriques, mais elles sont très rares chez l'être humain et les autres mammifères.

214 Sources : LUNDBECK INSTITUTE, *Focus on Brain Disorders*, [s. d.], adresse URL : <http://fr.brainexplorer.org/> (lu le 22 octobre 2007); George C. BOEREE, *General Psychology – Neurotransmitters*, 2003, adresse URL : <http://webpace.ship.edu/cgboer/genpsyneurotransmitters.html> (lu le 16 octobre 2007); LA NUTRITION, *Les 6 super-neurotransmetteurs de votre cerveau*, [s. d.], adresse URL : <http://www.lanutrition.fr/Les-6-super-neurotransmetteurs-de-votre-cerveau-a-815.html> (lu le 16 octobre 2007); UNIVERSITÉ MCGILL, *op. cit.*

Fonctions des neurotransmetteurs

Les neurotransmetteurs peuvent jouer trois rôles :

- **Excitateur/stimulateur.** Ils déclenchent et propagent un nouvel influx nerveux. La dopamine, l'adrénaline, la noradrénaline, le glutamate et l'acétylcholine jouent ce rôle.
- **Inhibiteur.** Ils ont pour fonction de réduire, voire de bloquer, l'activité neuronale en supprimant le déclenchement de l'influx nerveux. Le GABA est un exemple de neurotransmetteur inhibiteur.
- **Modulateur.** Présents dans la fente synaptique, ils influencent le fonctionnement du neurone en modifiant l'activité synaptique liée à un autre messager. L'action neuromodulatrice varie : elle peut enclencher, amplifier, inhiber ou atténuer l'action des autres neurotransmetteurs. Selon les situations, des peptides, des hormones ou des neurotransmetteurs deviennent des neuromodulateurs.

Un neurone peut relâcher plusieurs neurotransmetteurs à la fois, chacun avec des instructions et des rôles différents, et le même neurotransmetteur (par exemple la dopamine) peut transmettre plus d'un type d'information. Dès lors, une quantité considérable de molécules chimiques se retrouvent dans la fente synaptique. Les données qu'elles transportent sont décodées grâce à une affinité très forte des neurotransmetteurs avec leurs récepteurs postsynaptiques. Il existe à cette fin des centaines de types de récepteurs, dont plusieurs sous-types de récepteurs différents pour le même neurotransmetteur. Cette parfaite concordance vise à établir un équilibre dans le fonctionnement et les communications du système nerveux central, mais cet objectif n'est pas toujours atteint.

Dysfonctionnements du système nerveux central

Un déséquilibre de la production de neurotransmetteurs ou une atteinte aux récepteurs postsynaptiques modifient le fonctionnement du système nerveux et peuvent entraîner des problèmes neurologiques ou des troubles mentaux.

Une précision s'impose. La recherche sur les neurotransmetteurs a conduit à une meilleure compréhension des pathologies mentales et neurologiques, pour lesquelles elle a permis la mise au point de traitements pharmacologiques plus efficaces. Toutefois, plusieurs inconnues demeurent. Dans l'attente de nouvelles avancées scientifiques concernant le rôle des neurotransmetteurs, il apparaît important à la Commission de faire part des connaissances et hypothèses actuelles relatives aux neurotransmetteurs et des niveaux d'activité impliqués. Les limites des connaissances actuelles sont abordées à la section *Les incertitudes scientifiques liées aux psychotropes*.

Maladies mentales et activités de neurotransmetteurs en cause

Les troubles psychiatriques – ou maladies mentales – se caractérisent « par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués²¹⁵ ».

Certains niveaux de neurotransmetteurs pourraient jouer un rôle dans les maladies mentales²¹⁶. Par exemple, une carence de dopamine ou un surplus de sérotonine sont notés dans le cas de l'autisme. Pour la dépression, des surplus d'adrénaline et des carences en dopamine et/ou en noradrénaline et/ou en sérotonine sont observés. On constate chez les schizophrènes, entre autres, une carence en GABA et un surplus ou une carence de dopamine, voire les deux en même temps – selon le circuit de distribution de ce neurotransmetteur que prend la maladie. Les troubles bipolaires (aussi connus sous les appellations de trouble/maladie/psychose maniaco-dépressive) se divisent en deux phases: la phase dépressive et la phase de manie; dans la première phase, on peut noter une carence de noradrénaline et/ou de sérotonine, alors dans la phase de manie la noradrénaline et/ou la dopamine sont en surplus. Finalement, la concentration de sérotonine serait trop élevée chez les personnes atteintes de trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

Troubles neurologiques et activités de neurotransmetteurs en cause

La neurologie est la branche de la médecine qui étudie l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux²¹⁷. Toute altération physique qui affecte la structure ou le fonctionnement du SNC est donc un trouble neurologique. Un trouble neurologique peut aussi entraîner des modifications du comportement ou de l'humeur, mais dans ce cas-ci, l'origine de ces changements est principalement d'origine physique (comme la destruction de neurones ou une lésion cérébrale).

Comme pour les maladies mentales, des concentrations inadéquates de neurotransmetteurs pourraient avoir un effet. Dans le cas des troubles neurologiques, les niveaux observés des neurotransmetteurs seraient généralement trop bas. Ainsi, pour la maladie d'Alzheimer, on relève entre autres une carence d'acétylcholine et/ou de noradrénaline. Pour les autres formes de démence, la concentration de GABA et/ou d'acétylcholine serait trop basse. Une carence en GABA peut être notée chez les individus souffrant d'épilepsie. La maladie de Parkinson peut s'accompagner d'un manque de dopamine et/ou de GABA. Dans les cas de trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), une carence en dopamine est constatée.

215 GOUVERNEMENT DU CANADA, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada – 2006*, Ottawa, 2007, p. 30.

216 L'ouvrage de Jacques QUEVAUVILLIERS et al. (*Dictionnaire médical*, 5^e éd., Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2007) constitue la principale source sur les troubles mentaux et neurologiques de cette partie de l'avis.

217 OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE.

Relations entre neurotransmetteurs, psychotropes et récepteurs

Les psychotropes influencent de diverses manières les communications nerveuses, soit en modifiant la concentration des neurotransmetteurs présents dans le SNC, soit en accaparant les récepteurs des dendrites et des axones.

Deux grands types d'actions se dégagent. Le premier est une action antagoniste, soit « une molécule qui bloque l'effet qu'a normalement un neurotransmetteur sur le neurone postsynaptique²¹⁸ ». Le second est une action agoniste, soit « une molécule qui produit sur le neurone postsynaptique le même effet que celui de ce neurotransmetteur²¹⁹ ». Afin d'obtenir le résultat désiré – antagoniste ou agoniste –, les psychotropes ont plusieurs modes d'action²²⁰.

Ils peuvent se lier à des récepteurs postsynaptiques spécifiques situés sur les dendrites des neurones voisins, ce qui entraîne trois types de conséquences possibles :

- Leur présence empêche les neurotransmetteurs d'utiliser les récepteurs et bloque ainsi leurs effets (action, quête d'information, etc.) ;
- Cette même indisponibilité fait augmenter la concentration des neuromodulateurs et amplifie – ou prolonge – leur action chimique ;
- En se fixant sur les récepteurs, les psychotropes peuvent jouer le rôle des neurotransmetteurs et créer artificiellement une augmentation de la concentration de ces neurotransmetteurs et, donc, de leurs effets.

Les psychotropes agissent aussi d'autres façons. Par exemple, ils peuvent affecter la synthèse et la libération de neurotransmetteurs dans les terminaisons axonales du neurone émetteur. Les psychotropes peuvent également modifier la relâche de neurotransmetteurs des dendrites réceptrices, une fois l'information transmise. Ensuite, ils peuvent influencer la dégradation de neurotransmetteurs présents dans la fente synaptique. Finalement, les neuromédicaments peuvent favoriser la recapture de neurotransmetteurs par le neurone émetteur.

Chaque type de médicament a un mode d'action différent sur les neurotransmetteurs. Alors que certains médicaments ne visent qu'un neurotransmetteur, d'autres agissent sur plusieurs à la fois. Ainsi, plusieurs types d'antidépresseurs agissent en inhibant la recapture de la sérotonine, de la noradrénaline ou des deux à la fois²²¹. Pour leur part, les benzodiazépines, utilisées dans le traitement de l'anxiété et de l'insomnie, se fixent sur un site spécifique d'un récepteur GABA, ce qui permet de diminuer l'hyperactivité cérébrale associée à l'anxiété²²². Les anticholinestérases, des médicaments utilisés dans le traitement de la maladie d'Alzheimer, bloquent l'action de la cholinestérase, l'enzyme qui dégrade l'acétylcholine, neurotransmetteur déficient chez les patients atteints de cette maladie. Les amphétamines inhibent la recapture de la dopamine ; elles ont aussi une action libératrice de la noradrénaline et de la dopamine. Le méthylphénidate (dont le Ritalin^{MD} et le Concerta^{MD} sont des marques commerciales connues), un psychostimulant couramment utilisé dans le traitement du TDA/H chez les enfants et les adolescents, utilise les mêmes mécanismes d'action pharmacologique que les amphétamines et la cocaïne²²³ et il est considéré comme une drogue au Canada²²⁴. En se fixant également sur les récepteurs de la dopamine, le méthylphénidate augmente par le fait même la concentration du neurotransmetteur, ce qui aide à la mémoire, au contrôle du comportement et à la sensation de plaisir liée à la présence de dopamine²²⁵.

Autres médicaments ayant une influence sur le système nerveux

Plusieurs médicaments non psychotropes peuvent influencer le fonctionnement du système nerveux central, généralement à cause de leurs effets secondaires qui entraînent vertiges, étourdissements, irritabilité, modification du rythme de sommeil, etc.

Pour d'autres médicaments, des effets non recensés lors du processus d'homologation ont mené à de nouveaux usages. Par exemple, les bêtabloquants, prescrits dans le traitement de l'hypertension artérielle et d'autres problèmes cardiovasculaires, peuvent être utiles lors d'événements traumatisants ou de grand stress. Dans ces situations, l'adrénaline et la noradrénaline sont synthétisées en grande quantité. Les bêtabloquants agissent en bloquant l'action des récepteurs bêta-adrénergiques, ce qui réduit ou même élimine les symptômes physiques. Ces médicaments peuvent donc être utilisés pour combattre toute forme de stress, en plus d'être prescrits pour aider les grands timides à affronter leurs craintes en société²²⁶. Ils auraient également pour effet d'inhiber la formation des souvenirs à fort contenu émotionnel, ce qui les rendrait appropriés pour le traitement du stress post-traumatique²²⁷.

À titre de dernier exemple, une étude récente a montré qu'une catégorie d'antihypertenseurs, les inhibiteurs calciques, serait associée à une réduction du risque de développer la maladie de Parkinson²²⁸.

Ainsi, il existe des connaissances mais également des limites aux connaissances : malgré les progrès spectaculaires en biologie moléculaire et en techniques d'imagerie, malgré la mise en marché de nouveaux neuromédicaments, les cascades moléculaires du cerveau demeurent à ce jour peu comprises. La découverte d'effets insoupçonnés de certains médicaments sur le système nerveux central illustre bien que le fonctionnement du SNC demeure peu connu. Le cerveau n'agissant pas en silo, la capacité de modifier chimiquement certaines réactions moléculaires sans affecter d'autres fonctions du système nerveux reste à être démontrée. Médicalement, les effets à moyen et à long terme des neuromédicaments sont peu ou pas recensés.

218 UNIVERSITÉ MCGILL, *op. cit.*

219 *Ibid.*

220 *Ibid.*

221 LUNDBECK INSTITUTE [s. d.], *op. cit.*

222 LA NUTRITION, *op. cit.*, UNIVERSITÉ MCGILL, *op. cit.*

223 Scott H. KOLLINS, « A Qualitative Review of Issues Arising in the Use of Psycho-Stimulant Medications in Patients with ADHD and Co-Morbid Substance Use Disorders », *Current Medical Research and Opinion*, vol. 24, n° 5, 2008, p. 1345-1357; Motoyo YANO et Heinz STEINER, « Methylphenidate and Cocaine: The Same Effects on Gene Regulation? », *Trends in Pharmacological Sciences*, vol. 28, n° 11, 2007, p. 588-596.

224 *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (1996, chapitre 19), annexes I et III.

225 NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), *NIDA InfoFacts: Stimulant ADHD Medications - Methylphenidate and Amphetamines*, juin 2008, adresse URL : <http://www.drugabuse.gov/infofacts/ritalin.html> (lu le 23 juillet 2008).

226 WALSH, *op. cit.*, p. 137-140.

227 Frank B. SCHOENFELD *et al.*, « Current Concepts in Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder », *Psychiatric Services*, vol. 55, n° 5, 2004, p. 519-531.

228 Claudia BECKER *et al.*, « Use of Antihypertensives and the Risk of Parkinson Disease », *Neurology*, vol. 70, n° 16-Pt 2, 2008, p. 1438-1444.

LE RAPPORT « RISQUES/BÉNÉFICES » : ÉVALUER L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

L'état incomplet des connaissances ne concerne pas uniquement les neuromédicaments et le fonctionnement du cerveau. Cependant, la nature même du cerveau, avec sa plasticité qui lui permet de créer de nouveaux réseaux neuronaux, confère aux psychotropes un niveau de difficulté supérieur dans l'évaluation du rapport « risques/bénéfices ».

Définition

Le rapport « risques/bénéfices » soupèse, dans une situation précise, les risques possibles et les bénéfices espérés associés à la prise d'un médicament précis. Il vise à atteindre l'usage optimal, qui se définit comme « l'usage qui maximise les bienfaits et minimise les risques pour la santé de la population en tenant compte des diverses options possibles, des coûts et des ressources disponibles, des valeurs des patients et des valeurs sociales²²⁹ ».

L'évaluation de ce rapport se base sur les données probantes, les guides de bonnes pratiques, les lignes directrices et l'expérience clinique (ou le jugement professionnel). À une situation donnée, c'est-à-dire des indications pour lesquelles un médicament précis est approuvé, s'ajoute le contexte particulier de la consultation médicale et du positionnement du clinicien par rapport aux psychotropes. Ainsi, pour le même trouble de santé suspecté, le rapport « risques/bénéfices » va varier en fonction du médecin, de l'individu qui consulte, de son état de santé général, de sa médication actuelle et de ses antécédents médicaux.

Bénéfices reconnus des médicaments psychotropes

Le fait de vivre avec une maladie mentale ou un trouble neurologique a des effets importants sur la qualité de vie, la sécurité, l'estime de soi et les relations interpersonnelles. La personne qui en souffre et son entourage subissent ces impacts. Les médicaments psychotropes visent à traiter et à soulager de façon sécuritaire afin de favoriser une vie plus satisfaisante d'abord pour la personne atteinte, mais aussi pour ses proches. Si plusieurs effets bénéfiques sont à noter, il importe de garder à l'esprit que les bénéfices ne seront pas ressentis par tous les individus, ni à la même intensité ou de façon concomitante.

Voici certains des bénéfices des psychotropes²³⁰ :

- *Antidépresseurs* : diminution des symptômes dépressifs, diminution du stress et de l'anxiété, diminution des idées suicidaires, amélioration du sommeil, amélioration des tâches scolaires et professionnelles, augmentation de la confiance et de l'estime de soi, augmentation des contacts et comportements sociaux positifs.
- *Stimulants du système nerveux central* : diminution de la sensation de fatigue et du besoin de sommeil, augmentation de la concentration et de la capacité de travail, augmentation du niveau d'énergie, disparition de la sensation de faim, sentiment de vigilance et d'euphorie.
- *Antipsychotiques* : diminution des hallucinations et de l'agitation, baisse de la dangerosité pour la personne et pour son entourage, augmentation de la concentration, augmentation des contacts et comportements sociaux positifs.
- *Benzodiazépines (anxiolytiques) et hypnotiques (somnifères)* : diminution de l'anxiété, amélioration de la qualité du sommeil, diminution de l'évitement.
- *Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase* : ralentissement des pertes cognitives et de la mémoire.
- *Lithium* : stabilisation de l'humeur, atténuation des phases maniaques et dépressives, diminution de l'agressivité.

Risques et effets secondaires reconnus des médicaments psychotropes

Il importe de souligner qu'il n'existe aucun médicament dépourvu de risques et que tous peuvent s'accompagner d'effets secondaires selon diverses fréquences et divers degrés de dangerosité. Comme pour les bénéfices liés à la prise de psychotropes, les risques et effets secondaires ne seront pas nécessairement tous présents, ni à la même intensité ni au même moment de la thérapie médicamenteuse.

Certains risques et effets indésirables associés à la prise de psychotropes sont présentés ici²³¹ :

- **Antidépresseurs** : modification du rythme cardiaque (dont la tachycardie et l'arythmie, surtout avec les antidépresseurs tricycliques), risques accrus de suicide chez les 0-24 ans (pour les ISRS)²³², difficultés respiratoires, céphalées, nausées, problèmes digestifs, somnolence, insomnie, troubles psychomoteurs, étourdissements, gain et/ou perte de poids, irritabilité, dysfonctions sexuelles, bouche sèche, agitation.
- **Antipsychotiques** : gain de poids, problèmes cardiaques, somnolence, problèmes gastriques, fatigue, nausées, étourdissements, troubles psychomoteurs, insomnie, sédation, diabète, hyperlipidémie, photosensibilité (peau).
- **Benzodiazépines (anxiolytiques) et hypnotiques (somnifères)** : somnolence, faiblesse, fatigue, chutes et fractures, troubles de la mémoire, troubles psychomoteurs, étourdissements, bouche sèche, problèmes gastriques, dysfonctions sexuelles, dépendance physique.
- **Lithium** : faiblesse, fatigue, somnolence, nausées, problèmes cardiaques, vomissements, diarrhée, insuffisance rénale chronique, diabète insipide, tremblements, vertige, gain de poids, hypothyroïdie.
- **Stimulants du système nerveux central** : tachycardie, insomnie, céphalées, perte d'appétit, perte de poids, nervosité, étourdissements, tics, sentiments dépressifs, hypertension artérielle, éruption cutanée, ralentissement de la croissance (Ritalin^{MD}).

Il est à noter que de la même façon que les bénéfices liés aux neuromédicaments profitent à l'utilisateur et, indirectement, à son entourage, les effets indésirables peuvent aussi affecter plusieurs individus. Par exemple, s'ils surviennent lorsque la personne sous l'effet de psychotropes conduit un véhicule, la sécurité d'autrui peut être mise en danger.

Les incertitudes scientifiques liées aux psychotropes

Toute évaluation du rapport « risques/bénéfices » se fonde sur les bases théoriques et cliniques reconnues. Ce rapport est apprécié au meilleur des connaissances et, dans le cas d'incertitudes, les hypothèses utilisées doivent être explicites pour qu'une autre personne puisse parvenir au même résultat – même si les hypothèses sont contestées. D'où l'importance de bien distinguer ce qui est connu de ce qui est incertain.

229 CONSEIL DU MÉDICAMENT DU QUÉBEC, *Rapport annuel de gestion 2006-2007*, Québec, CMQ, 2007b, p. 13.

230 NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), *Prescription Drugs. Abuse and Addiction*, 2005 ; MEDLINE PLUS, *Drugs, Supplements, and Herbal Information*, US National Library of Medicine et National Institutes of Health, [s. d.], adresse URL : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginformation.html> (lu le 29 février 2008) ; LUNDBECK INSTITUTE, *Psychotropics*, 2003, adresse URL : <http://www.psychotropics.dk> (lu le 16 octobre 2007) ; INSTITUT SUISSE DE PRÉVENTION DE L'ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES, *Amphétamines et méthamphétamines – Informations pour les parents et le corps enseignant*, Lausanne, 2004.

231 Il faut ajouter à la liste précédente des références pour les bénéfices (sauf pour les stimulants) : Kalya Z. BEZCHLIBNYK-BUTLER et al., (dir.), *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*, 17^e éd., Seattle, Hogrefe & Huber Publishers, 2007, 380 p. ; Pierre LALONDE et al. (dir.), *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale. Tome II : Spécialités psychiatriques, traitements, sciences fondamentales et sujets d'intérêt*, Longueuil, Gaëtan Morin éditeur, 2001, 1254 p. Madame Elena MORARESCU, du Conseil du médicament du Québec, a produit un document de travail basé sur ces livres.

232 Notamment pour le *fluvoxamine* (Prozac^{MD}), le *paroxetine* (Paxil^{MD}) et le *citalopram* (Celexa^{MD}) (MEDLINE PLUS, *op. cit.*).

Connaissances sur les neurotransmetteurs

Les bases biochimiques du système nerveux central, les neurotransmetteurs, sont de plus en plus étudiées et documentées²³³. Ainsi, une concentration trop basse ou trop élevée de certains neurotransmetteurs est constatée lors de troubles neurologiques et de santé mentale.

Toutefois, le rôle des neurotransmetteurs sur les troubles mentaux fait l'objet de débats. Ainsi, la relation entre «trouble mental» et «neurotransmetteur» n'est pas clairement établie : le déséquilibre biochimique est-il à la base de troubles mentaux (cause) ou y a-t-il déséquilibre biochimique à cause de l'existence de troubles mentaux (symptôme)? De plus, est-ce un unique neurotransmetteur ou plusieurs d'entre eux qui interviendraient dans un trouble mental ou neurologique? Cette dernière hypothèse est de plus en plus reconnue. Par exemple, la dépression était auparavant qualifiée de maladie monoamine, c'est-à-dire qu'elle s'expliquait par une carence en sérotonine²³⁴; or, cette hypothèse a été réfutée car plusieurs neurotransmetteurs et des facteurs génétiques et environnementaux seraient en jeu. Dès lors, les connaissances par rapport au nombre de neurotransmetteurs, à leurs interactions et aux relations avec les gènes et l'environnement physique sont nécessaires pour utiliser les psychotropes de manière optimale.

En fait, un déséquilibre des neurotransmetteurs n'est plus considéré comme un facteur causal déterminant de l'apparition de troubles mentaux²³⁵.

À ce jour, plusieurs neuromédicaments sont utilisés – et ont un effet positif – sans que leurs modes d'action soient complètement élucidés. Par exemple, nous savons que le Ritalin^{MD} est généralement efficace, mais son mécanisme d'action est encore une source de discussion²³⁶. De même, le Prozac^{MD} permet l'augmentation du taux de sérotonine sans que la relation entre le taux de sérotonine et la dépression soit clairement établie²³⁷, ni que le délai de trois à six semaines avant que les effets soient ressentis soit expliqué²³⁸. Finalement, le modafinil, prescrit initialement dans les situations de narcolepsie, permet de rester éveillé sans que le processus d'activation de l'hypothalamus et d'autres régions du cerveau soit éclairci²³⁹.

Connaissances sur la structure du SNC

L'interrelation des réactions moléculaires et le nombre élevé de cascades biochimiques simultanées font en sorte qu'il est difficile de les étudier séparément ou d'en dégager certaines interactions et fonctions cognitives particulières²⁴⁰. De plus, sa plasticité, si utile pour l'apprentissage et la réparation tissulaire, complique la prévision des réactions cérébrales et, donc, la vérification des hypothèses.

Ses structures anatomique et fonctionnelle sont connues. Les aires cérébrales sont cartographiées, les zones relatives aux fonctions, par exemple celles du langage et de la créativité, sont identifiées. Toutefois, voir qu'une zone est activée par une stimulation quelconque ne donne, à l'heure actuelle, guère beaucoup plus que cette information. Certaines possibilités soulevées par les nouvelles technologies d'imagerie mentale (comme l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle [IRMf] dont l'utilisation permet d'obtenir des résultats concrets dans plusieurs champs de la neurologie) demeurent de l'ordre de l'anticipation. Les applications qu'elles permettraient, comme un meilleur diagnostic clinique, une méthode sûre de dépistage ou le neuromarketing²⁴¹, sont encore de nature spéculative.

Plusieurs questions relatives aux fonctions cognitives restent aussi, à l'heure actuelle, sans réponse. Le questionnement porte notamment sur les effets différés éventuels : La prise de psychotropes à un moment de la vie va-t-elle affecter la personne plus tard? Est-ce qu'augmenter l'attention affectera l'humeur ou la mémoire? Ensuite, les différences possibles entre un recours prolongé et une utilisation ponctuelle de neuromédicaments restent encore à démontrer. Finalement, les connaissances sur les répercussions d'un déséquilibre biochimique provoqué sont à développer, car à l'heure actuelle la science ignore si les effets sur les personnes «saines» seront les mêmes que pour les personnes en déséquilibre neurobiochimique au moment de la médication. Ces questions se posent particulièrement pour les mineurs car leur cerveau n'a pas encore atteint son plein

développement. À titre d'exemple, aucune étude longitudinale* portant sur les conséquences cognitives à moyen et à long terme n'existe concernant le Ritalin^{MD} même si ce médicament est sur le marché depuis 1944²⁴².

Pourtant, les professionnels de la santé doivent prendre des décisions malgré l'incertitude. Il leur faut une base et des points de repère établis pour prendre une décision, l'évaluer, et par la suite améliorer les connaissances en fonction des décisions précédentes. Les données probantes constituent un tel outil.

Les données probantes: outil pour l'évaluation du rapport «risques/bénéfices»

Depuis le début des années 1990, la « médecine fondée sur des faits démontrés » (*Evidence-Based Medicine – EBM*) est un concept central dans les pratiques biomédicales. Elle se présente comme « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient²⁴³ », et les données probantes constituent les « meilleures données actuelles ».

Définition

La notion des données probantes a été proposée par Archie Cochrane en 1972. Si elle a évolué depuis, l'essence de la définition de Cochrane demeure intacte²⁴⁴ : les traitements médicaux (soit les pratiques professionnelles) devraient être évalués systématiquement par des méthodes non biaisées, et les connaissances personnelles devraient continuellement être mises à jour afin de fournir le meilleur avis professionnel dans les circonstances. Développées comme un ensemble de techniques de lecture et d'évaluation de la qualité scientifique de la littérature médicale, les données probantes sont utilisées par les chercheurs, les cliniciens et les institutions décisionnelles qui se basent régulièrement sur ce type de données pour prendre des décisions. Elles proviennent de diverses sources : essais cliniques, observations, études longitudinales, méta-analyses, revues de littérature, études de cohorte, etc. Le tableau 3 présente un exemple de sources des données probantes ainsi que leurs niveaux de preuve (de validité scientifique).

(lu le 29 octobre 2007). La monographie ajoute : « Aucune donnée ne vient clairement établir le mécanisme par lequel le méthylphénidate exerce une action sur le psychisme et le comportement chez l'enfant, et l'on ne possède pas non plus de preuves concluantes sur la manière dont cette action est liée à l'état du système nerveux central. »

- 233 Danielle C. TURNER et Barbara J. SAHAKIAN, « Neuroethics of Cognitive Enhancement », *BioSocieties*, vol. 1, 2006, p. 115.
- 234 Leemon McHENRY, « Ethical Issues in Psychopharmacology », *Journal of Medical Ethics*, vol. 32, n° 7, 2006, p. 405.
- 235 Stephen M. STAHL, *Psychopharmacologie essentielle. Bases neuroscientifiques et applications pratiques*, Paris, Flammarion, 2002, p. 102-103; Walter J. FREEMAN, « Consciousness, Intentionality, and Casuality », dans Susan POCKETT et al. (dir.), *Does Consciousness Cause Behavior?*, Cambridge, Mass., MIT Press, 2006, p. 98-99.
- 236 NOVARTIS PHARMA CANADA INC., *Renseignements posologiques sur Ritalin*, Dorval, 2007, p. 3; disponible à l'adresse URL : <http://www.novartisophthalmics.ca/products/fr/pharmaceuticals-r.shtml> (lu le 29 octobre 2007).
- 237 Jerrold S. MEYER et Linda F. QUENZER, *Psychopharmacology. Drugs, the Brain, and Behaviour*, Sunderland, Mass., Sinauer Associates, 2005, p. 401-402; Sylvain BARTOLAMI, *Les maladies du système nerveux central – Une introduction aux pathologies neuropsychologiques*, [s. d.], adresse URL : <http://schwann.free.fr/neuropathologie.html> (lu le 16 octobre 2007); UNIVERSITÉ McGill, *op. cit.*
- 238 UNIVERSITÉ McGill, *op. cit.*
- 239 Brian VASTAG, « Poised to Challenge Need for Sleep, "Wakefulness Enhancer" Rouses Concerns », *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, n° 2, 2004, p. 168.
- 240 PARLIAMENTARY OFFICE OF SCIENCE AND TECHNOLOGY (POST), *Better Brains*, POSTnote No. 285, London POST, 2007, p. 3.
- 241 « Marketing qui utilise la neuro-imagerie fonctionnelle pour identifier les mécanismes cérébraux qui sous-tendent le comportement d'achat des consommateurs, dans le but d'accroître l'efficacité des actions commerciales des entreprises » (OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE).
- 242 Joël MONZÉE, « La médicalisation des humeurs des enfants », *Éthique publique*, vol. 8, n° 2, 2006, p. 79. Il existe des études longitudinales (période variant d'un à dix ans) portant principalement sur les taux de prescription, les durées de traitement, les effets à court terme sur des fonctions cognitives des jeunes usagers, les effets sur la croissance physique, l'apparition d'autres troubles (dépendance, cancer...) et la persistance des effets bénéfiques ou indésirables (entre deux mois et cinq ans). À notre connaissance, aucune ne porte sur un suivi à long terme du fonctionnement des fonctions cognitives des jeunes usagers une fois devenus adultes. Également, deux chercheurs québécois ont souligné la quasi-absence d'études concernant l'utilisation de longue durée du méthylphénidate (Lily HECHTMAN et Brian GREENFIELD, « Long-Term Use of Stimulants in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Safety, Efficacy, and Long-Term Outcome », *Paediatric Drugs*, vol. 5, n° 12, 2003, p. 787). Les deux auteurs présentent ces quelques études dans leur article.
- 243 « De la recherche aux pratiques : 1. Rôle des preuves issues de la recherche dans les décisions cliniques – Définition », *EBM Journal*, dernière modification le 20 janvier 2006, adresse URL : http://www.ebm-journal.presse.fr/EBM/pour_approfondir/preuves.php (lu le 3 avril 2009).
- 244 Richard E. ASHCROFT, « Current Epistemological Problems in Evidence Based Medicine », *Journal of Medical Ethics*, vol. 30, n° 2, 2004, p. 131.

TABEAU 3 NIVEAUX DE PREUVE POUR LA DÉTERMINATION DE L'AMÉLIORATION DES BIENFAITS THÉRAPEUTIQUES

Niveau	Thérapie/Prévention	Analyses économiques et analyses des décisions
1a	RS (avec homogénéité*) d'ECR	RS (avec homogénéité*) d'études économiques de niveau 1
1b	ECR individuel (avec intervalle de confiance étroit)	Analyse basée sur des coûts ou des alternatives cliniquement sensibles; revue(s) systématiques(s) des preuves; inclusion d'analyses de sensibilité multidirectionnelles
1c	Série de cas de type « tous ou aucun » [§]	Analyse de « meilleure valeur » ou de « pire valeur » absolue [†]
2a	RM (avec homogénéité*) d'études de cohortes	RM (avec homogénéité*) d'études économiques de niveau > 2
2b	Étude de cohortes isolée (y compris ECR de faible qualité; par exemple avec un suivi de <80%)	Analyse basée sur des coûts ou des alternatives cliniquement sensibles: revue(s) limitée(s) des preuves ou études isolées; et inclusion d'analyses de sensibilité multidirectionnelles
2c	Études de « morbi-mortalité »; Études écologiques	Audit ou études de « morbi-mortalité »
3a	RS (avec homogénéité*) d'études cas-témoins	RS (avec homogénéité*) d'études de niveau 3b ou meilleures
3b	Étude cas-témoins individuelle	Analyse fondée sur des solutions alternatives ou des coûts limités, des estimations de mauvaise qualité des données, mais avec des analyses de sensibilité incorporant des variations cliniquement sensibles
4	Série de cas (et études de cohortes et cas-témoins de mauvaise qualité ^{§§})	Analyse sans analyse de sensibilité
5	Opinion d'expert sans évaluation critique explicite ou fondée sur la physiologie, des travaux expérimentaux ou des « principes physiopathologiques primaires »	Opinion d'expert sans évaluation critique explicite ou fondée sur la physiologie des travaux expérimentaux ou des « principes physiopathologiques primaires »

RS: Revue systématique de la littérature

ECR: Essai clinique randomisé

Rx: Thérapie

* Homogénéité désigne une revue systématique sans variation préoccupante (hétérogénéité) des directions et des degrés des résultats des différentes études. Les revues systématiques ayant une hétérogénéité statistique importante ne sont pas nécessairement préoccupantes et, inversement, les revues ayant une hétérogénéité préoccupante ne sont pas toutes statistiquement importantes. Tel que mentionné précédemment, les études ayant une hétérogénéité préoccupante doivent être identifiées au moyen de “-” suivi de leur niveau désigné.

§ Cas rencontrés lorsque tous les patients sont décédés avant que la thérapie ne devienne disponible, mais certains patients vivent encore grâce à cette thérapie; d’autres sont décédés avant que la thérapie ne devienne disponible. Aucun patient sous traitement ne décède.

§§ Une étude de cohorte de mauvaise qualité ne définit pas clairement les groupes de comparaison et (ou) ne mesure pas les expositions et la morbidité d’une façon objective (de préférence à l’aveugle) chez les patients exposés et non exposés et (ou) n’identifie pas ou ne contrôle pas d’une façon appropriée les variables confusionnelles connues et (ou) qui n’ont pas fait le suivi ou pas suffisamment fait le suivi complet des patients.

† Traitements de meilleure valeur sont aussi bons, mais moins coûteux ou, encore, plus efficaces pour un même coût ou pour un coût moindre. Les traitements de pire valeur sont aussi bons et plus chers ou, encore, pires et aussi chers sinon plus chers.

Source: CONSEIL D’EXAMEN DU PRIX DES MÉDICAMENTS BREVETÉS (2008), p. 24 (où il est mentionné que «ce tableau ci-haut présenté s’inspire du tableau du Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence d’Oxford (Mai 2001) – Il est élaboré depuis novembre 1998 par Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes et Martin Dawes»).

Essais cliniques²⁴⁵

« Recherche sur des sujets humains dont l'objet est soit de découvrir ou de vérifier les effets cliniques, pharmacologiques ou pharmacodynamiques d'une drogue pour usage humain, soit de déceler les incidents thérapeutiques liés à cette drogue, soit d'en étudier l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'élimination ou soit d'en établir l'innocuité ou l'efficacité. »

Règlement sur les aliments et drogues, C.R.C., chapitre 870, partie C, Titre 5, art. C.05.001.

Les essais cliniques sont divisés en quatre phases :

Phase I. Cette phase permet habituellement d'étudier la toxicité pharmacologique (l'innocuité) de nouveaux médicaments chez les humains, de déterminer les effets pharmacologiques et les effets pharmacocinétiques (métabolisme, absorption, élimination et voie d'administration préférentielle) du médicament ainsi que les effets secondaires associés à l'augmentation du dosage. Ils font souvent appel à des sujets sains en petit nombre.

Phase II. Cette phase vise essentiellement à étudier l'innocuité à court terme et l'efficacité des médicaments chez un nombre restreint de patients souffrant de maladies précises. Elle déterminera également les effets secondaires ou les risques liés au médicament. Les essais de phase II peuvent également être utilisés pour tester des médicaments déjà en vente, mais destinés à un nouvel usage. La plupart des études de cette phase répartissent les participants au hasard dans des groupes (deux ou plus), à simple ou double insu.

Phase III. Cette phase sur de larges cohortes permet d'analyser l'efficacité pharmacologique des nouveaux médicaments. Elle a pour objectif de recueillir des renseignements supplémentaires sur l'efficacité et la sécurité du médicament, nécessaires à l'évaluation des risques et des avantages. Durant cette phase, des essais sont également conduits auprès de populations spéciales de patients afin d'améliorer les chances de survie ou la qualité de vie. Recourant à un grand nombre de participants, la plupart des études de cette phase les répartissent au hasard dans des groupes (deux ou plus), à simple ou double insu, et elles s'étendent sur plusieurs années. Si cette phase est franchie avec succès, la compagnie pharmaceutique peut envoyer à Santé Canada la demande d'homologation du médicament.

Phase IV. Cette phase, également appelée étude de surveillance suivant la mise en marché, permet surtout d'examiner la toxicité et l'efficacité à long terme des médicaments déjà commercialisés.

Contrairement aux essais cliniques des phases I à III pour lesquels une demande d'autorisation séparée, pour chaque phase, doit être examinée par Santé Canada, les essais cliniques de phase IV ne nécessitent pas de demande d'autorisation.

Toutefois, elles se construisent principalement à partir des essais cliniques et des méta-analyses :

- Les **essais cliniques** constituent la source principale des données probantes. Plusieurs types d'essais cliniques existent, et l'un des plus reconnus du point de vue scientifique est l'essai clinique aléatoire à double insu (*double-blind randomized clinical trial*) dans lequel la distribution des sujets de recherche dans les différents groupes se fait de façon aléatoire sans que l'investigateur et les sujets connaissent le traitement administré. Ils se déroulent en suivant un processus étroitement encadré par Santé Canada.

Au Canada et aux États-Unis, les compagnies pharmaceutiques financent la majeure partie de la recherche biomédicale²⁴⁶, donc des données probantes. Les données récoltées et les analyses subséquentes sont présentées aux organismes subventionnaires et aux instances gouvernementales d'homologation des médicaments, soit la Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis et la Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada (DGPSA) au Canada. Ces dernières vérifient les rapports des compagnies, demandent des éclaircissements et, au final, acceptent ou non le nouveau médicament ou son nouvel usage. Étant les autorités qui décrètent les indications des médicaments, c'est-à-dire les conditions médicales pour lesquelles un médicament spécifique devra être utilisé, elles ont plein pouvoir pour encadrer la posologie, modifier les conditions d'utilisation et émettre des avertissements.

La publication des résultats de recherche dans les revues savantes va permettre de faire partie des futures revues de littérature et d'être intégré dans une méta-analyse, et le tout influence les lignes directrices ainsi que les guides de bonnes pratiques.

- Les **méta-analyses** constituent une démarche visant à rassembler les résultats de revues de littérature et de diverses études, dont les essais cliniques, qui portent sur un problème donné. Elles exigent du temps et des analyses statistiques complexes pour comparer des essais cliniques isolés les uns des autres et utilisant divers protocoles de recherche. Le portrait qui s'en dégage permet de fournir un résumé et de donner une indication plus juste de l'état actuel des résultats de recherche ainsi que, possiblement, de remettre en question des conclusions généralement acceptées.

245 Tiré de COMMISSION DE L'ÉTHIQUE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (CEST), *Pour une gestion éthique des OGM*, Québec, CEST, 2003, p. 40; SANTÉ CANADA, *Essais cliniques*, 2001, adresse URL : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2001/2001_69bk1_f.html (lu le 8 avril 2008) et du CATALOGUE & INDEX DES SITES MÉDICAUX FRANCOPHONES, *Essais cliniques*, [s. d.], adresse URL : <http://www.chu-rouen.fr/ssf/santpathe.html> (lu le 3 avril 2009). Voir aussi le site de l'unité de l'éthique du MSSS : <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/146.0.0.1.0.0.phtml>.

246 STATISTIQUE CANADA, *Science Statistics - Estimates of Total Spending on Research and Development in the Health Field in Canada, 1989 to 2006*, 88-001-XIE, Ottawa, 2007, 19 p. Les chiffres concernant les recherches menées dans les universités incluent les recherches commanditées, mais que la Commission considère comme relevant du secteur privé.

Limites des données probantes

Celles issues des essais cliniques

Ces données probantes sont tirées de procédures rigoureuses, validées par des pairs, approuvées par des comités d'éthique de la recherche et vérifiées par des instances gouvernementales. Elles répondent aux critères d'objectivité requis par la démarche scientifique.

Elles possèdent cependant une limite importante : les conditions de réalisation des essais cliniques, principales sources des données probantes par leurs résultats directs et leur utilisation dans les méta-analyses, correspondent peu à la réalité²⁴⁷, et ce, sous plusieurs aspects.

Premièrement, dans les essais cliniques, les groupes sont constitués d'un nombre réduit de personnes, ce qui peut nuire à la précision des résultats des analyses statistiques. Deuxièmement, les personnes ciblées dans les études ne sont pas pleinement représentatives de la population visée. Par exemple, la polymédication et la comorbidité, telles que définies dans chaque protocole de recherche, sont fréquemment des critères d'exclusion ; or, dans la réalité, ces situations se présentent régulièrement. Troisièmement, peu de participants aux études cliniques sont des mineurs (particulièrement les jeunes enfants) et des femmes enceintes. Des raisons évidentes liées au consentement et à la sécurité expliquent la rareté de ces sujets de recherche, mais cela complique la décision clinique de prescrire le médicament et la détermination de la posologie pour ces groupes. Quatrièmement, les essais se déroulent sur une période dont la durée diffère souvent de l'utilisation clinique qui en sera faite. Autre élément à considérer : les personnes respectent généralement plus les exigences de la prise des médicaments (plus grande observance) lors des essais cliniques que dans la réalité. Elles bénéficient aussi d'un suivi médical plus serré que dans la réalité clinique usuelle. Enfin, cinquièmement, les données issues des essais cliniques sont nombreuses, mais difficiles à analyser puisque des problèmes importants de méthodologie sont souvent présents²⁴⁸.

Par conséquent, les résultats des essais cliniques sont peu transposables à l'échelle d'une grande population, qui ne remplit pas les conditions expérimentales. Ce constat ne signifie pas que les médicaments testés et accessibles à la population sont inefficaces. Il souligne que les données issues des essais cliniques montrent surtout l'efficacité théorique des médicaments. S'il existe un écart statistique significatif par rapport à un médicament existant ou à un placebo, cette efficacité supérieure n'est pas toujours observable dans la réalité clinique²⁴⁹.

Celles issues des méta-analyses

Les données probantes provenant des méta-analyses rencontrent deux limites, soit les biais de sélection des publications et les niveaux de preuve.

Le biais de sélection découle de l'absence d'obligation de publier les résultats des essais cliniques, notamment les résultats d'essais qui se révèlent négatifs²⁵⁰. En effet, le choix de publier ou non relève du chercheur, de la compagnie pharmaceutique ainsi que des éditeurs des périodiques scientifiques. Récemment, ce tri sélectif de publication a été mis en évidence en ce qui concerne certains antidépresseurs. Conséquemment, ce ne sont pas toutes les informations scientifiques qui sont disponibles pour les cliniciens et les décideurs. Certes, les instances gouvernementales telles que la FDA et la DGPSA possèdent ces informations, mais pour une équipe de chercheurs, les extraire et les analyser sont des processus laborieux et complexes. Il n'est donc pas erroné de penser que la littérature scientifique disponible aux chercheurs et aux cliniciens ne reflète pas nécessairement la réalité complète.

La seconde limite tient aux niveaux de preuve scientifique des études utilisées dans les méta-analyses, qui vont de l'anecdotique à une méthodologie rigoureuse. Par exemple, les revues de littérature, les études d'observation, les essais cliniques, les études de cohorte et les études de cas ne montrent pas le même niveau de preuve scientifique²⁵¹. La pertinence des méta-analyses dépend donc en partie des types d'études qu'elles utilisent.

Ainsi, les données probantes constituent des fondements utiles et vérifiables pour la pratique médicale et l'élaboration des lignes directrices et des politiques publiques. Il importe toutefois de rappeler que l'on parle de deux réalités différentes: un contexte de recherche aux conditions contrôlées et une réalité clinique plus complexe.

247 Smadar Valérie TOURJMAN, « La psychiatrie et la prescription piégée: entre les données de la recherche et la réalité », *Éthique publique*, vol. 8, n° 2, 2006, p. 26-28.

248 *Ibid.*, p. 27.

249 Joanna MONCRIEFF et Irving KIRSCH, « Efficiency of Antidepressants in Adults », *British Medical Journal*, vol. 331, 2005, p. 155-157.

250 La sous-section du chapitre 1 *Médias: informations et espace critique – Périodiques scientifiques* présente plus en détail cette situation.

251 UNIVERSITÉ DE LIÈGE – FACULTÉ DE MÉDECINE, *Introduction à l'« Evidence-Based Medicine » (EBM)*, mis à jour le 19 octobre 2002, adresse URL: <http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/ebm.htm#étude> (lu le 3 avril 2009).

Psychotropes : les conséquences d'un rapport « risques/bénéfices » incertain

La première conséquence importante concerne les ajustements de la médication. Au moment de la consultation médicale, un psychotrope sera prescrit avec une posologie généralement basée sur le minimum recommandé dans la monographie et les guides de pratique. L'âge de la personne, son poids et les symptômes sont également des facteurs pris en compte dans la détermination de la dose.

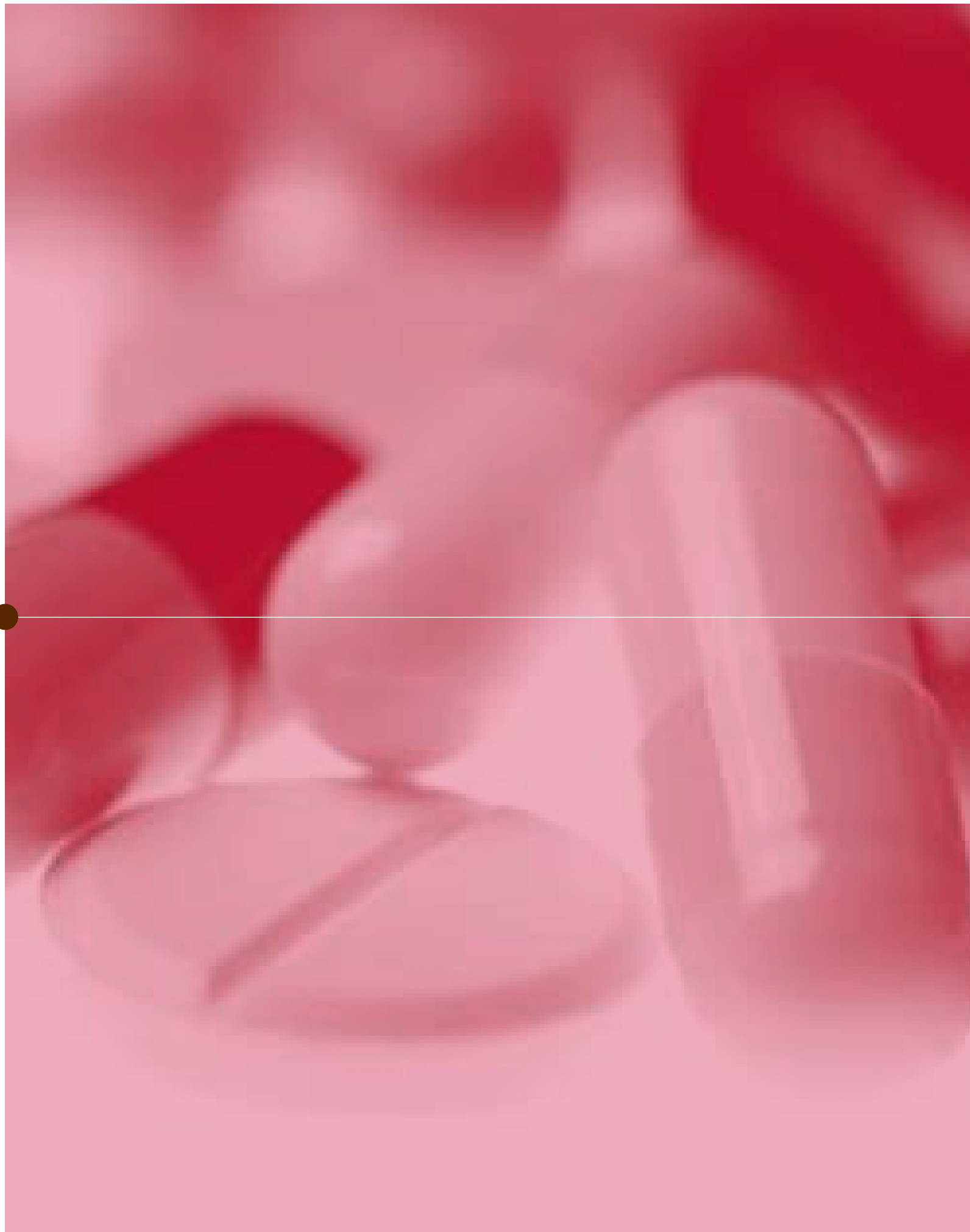
Si les bénéfices espérés tardent à venir ou si les effets indésirables persistent, l'explication peut provenir de divers facteurs, dont une action lente du médicament, un dosage inadéquat (trop faible ou trop élevé), des interactions avec des médicaments ou des produits non médicamenteux (par exemple les antioxydants et les suppléments vitaminiques), une mauvaise observance ou un médicament inapproprié pour cette personne. Il peut s'ensuivre une série d'« essais/erreurs » dans les molécules prescrites ou dans la posologie administrée. La difficulté de parvenir au médicament le plus approprié et à la dose adéquate augmente chez les enfants, les femmes enceintes et les personnes qui prennent déjà des médicaments, car les références théoriques (soit les données probantes) et cliniques sont rares.

Une fois le médicament approprié et la dose optimale déterminés, il faut estimer la durée du traitement et donc le moment de son arrêt. Or, les guides de pratique et les lignes directrices relatifs à la prescription de neuromédicaments sont peu précis à cet égard. En effet, s'ils indiquent les pathologies visées par les psychotropes, ils sont peu explicites quant au moment où il faut arrêter la thérapie médicamenteuse²⁵². Le jugement professionnel intervient, mais dans un contexte de grande incertitude vu l'absence d'études sur les effets à long terme des psychotropes.

D'un autre côté, la pratique clinique allie l'expérience du professionnel de la santé à l'analyse systématique des observations cliniques, de manière reproductible et non biaisée. L'appel à une certaine subjectivité et au jugement professionnel incorpore l'idée de dynamisme dans le traitement. Les lignes directrices, les monographies et les essais cliniques ne peuvent prendre en compte toute la complexité des cas cliniques, ni la singularité de la personne qui consulte. En effet, l'évaluation des risques et des bénéfices n'est pas la même pour tous les individus et la pathologie en cause. Il importe donc qu'une marge de manœuvre subsiste pour le médecin clinicien.

Enfin, les rapports « risques/bénéfices » liés aux psychotropes créent des marges de manœuvre qui rendent possibles des usages non prévus par Santé Canada. Les indications médicales approuvées pour chaque médicament sont déterminées par les données probantes. Ainsi, toute utilisation qui ne les respecte pas intégralement est, par définition, un usage *off label*; toutefois, une justification basée sur l'expérience et le jugement professionnel peut favoriser graduellement ces usages. Cette ouverture à de nouvelles indications médicales de nature clinique fait en sorte que le médicament continue à soigner et à soulager, mais il peut aussi servir à améliorer les performances ou à répondre à une demande qui n'est pas thérapeutique. On passe de l'élargissement des usages aux usages élargis, ce qui constitue le cœur du prochain chapitre.

252 Ce point a été présenté dans la sous-section du chapitre 2 *Certains profils d'utilisation des neuromédicaments – Deux phénomènes importants.*



LES USAGES ÉLARGIS
DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

LES USAGES ÉLARGIS DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

La difficulté de déterminer si un recours aux psychotropes est fondé ou non est réelle. En effet, la justification de l'usage est liée à l'individu, au contexte et au médicament lui-même. Les différences liées à des éléments comme l'état de santé, l'âge, la culture, l'environnement social font en sorte que chaque situation doit être analysée au cas par cas. Il arrive toutefois que la motivation sous-jacente au recours s'éloigne de l'usage reconnu des médicaments et vise à améliorer la performance dans les cours, le travail ou les sports, ou encore à gérer des situations personnelles difficiles. L'objectif du chapitre est de permettre de cerner les usages élargis des médicaments psychotropes, leurs logiques respectives ainsi que certains de leurs effets sur la société québécoise; autant d'éléments qui permettront d'introduire les enjeux éthiques qui en découlent.

LES USAGES ÉLARGIS : UNE NOTION À PRÉCISER

Pour désigner les usages non reconnus par les instances réglementaires ou qui se situent dans la zone grise du continuum « santé – maladie », plusieurs expressions existent mais ne décrivent pas la même réalité : usage hors indication médicale (*off label*), usage non optimal, usage élargi, mésusage. Dans cet avis, la Commission privilégie le terme « usage élargi » entendu comme un usage en dehors des pratiques établies et combinant les dimensions médicale et sociale.

Au sens strict, un usage élargi déborde les indications médicales établies par Santé Canada lors de l'homologation d'un médicament. Toutefois, cliniquement, il est assez fréquent que les usages ne respectent pas intégralement les indications

approuvées²⁵³. Rappelons que celles-ci sont déterminées à la suite des essais cliniques; or, la pratique clinique répond aux besoins de personnes ne cadrant pas nécessairement dans le schéma des essais cliniques (qui se déroulent avec un nombre restreint de personnes ne représentant pas nécessairement la population ciblée pour la médication étudiée). Par exemple, la plupart des prescriptions faites aux enfants et aux femmes enceintes sont des pratiques établies. Dans les situations concrètes, le jugement professionnel du médecin oriente la décision de prescrire ou non le médicament.

Il faut savoir que la pratique clinique est régulièrement en amont des modifications apportées aux indications approuvées. En effet, une fois un médicament homologué, son utilisation à plus grande échelle et sur des personnes aux profils de santé multiples peut produire des effets non décelés lors des essais cliniques. Ces effets imprévus et les nouveaux usages qui en résultent peuvent être très positifs, puisque « la prescription hors indication principale ou s'écartant des lignes directrices a été à la base d'innovations importantes dans la pratique clinique. La découverte d'effets thérapeutiques dans d'autres conditions que celles indiquées est fréquente dans la pratique médicale²⁵⁴. » Ultimement, de nouvelles indications médicales pourront être reconnues par Santé Canada, et ces usages ne seront dès lors plus « élargis ». C'est ainsi que l'éventail des usages recommandés pour un médicament s'élargit. Par exemple, les antidépresseurs ne s'appliquent plus uniquement aux situations de dépression majeure. Dorénavant, ces médicaments sont aussi utilisés pour les troubles anxieux, les douleurs neuropathiques (liées au SNC et aux nerfs), l'arrêt du tabagisme, les syndromes prémenstruels, de même que pour des usages non reconnus – et en expansion – lors de troubles de sommeil, de migraines et de fibromyalgie²⁵⁵.

Par ailleurs, les hausses des diagnostics de maladies mentales et des prescriptions de psychotropes soulèvent des questions. Les augmentations peuvent effectivement être d'origine biomédicale. Par exemple, elles peuvent s'expliquer par l'établissement de diagnostics plus précis ou plus rapides, ou encore par de nouvelles indications médicales approuvées. Le recours à une solution accessible comme le médicament, qui peut paraître à l'individu relativement peu coûteux en argent, en efforts personnels et en temps, est également un facteur explicatif.

D'autres tendances sociales et culturelles interviennent également. Ainsi, la prise en charge médicale de certains événements de la vie ou de traits de personnalité influence l'établissement d'un diagnostic ou la décision de prescrire. Les augmentations des prescriptions peuvent aussi être la conséquence d'une tolérance faible de l'individu ou des personnes qui l'entourent à la souffrance psychique ou aux comportements dits dérangeants, comme la tristesse, la colère ou l'agitation. Finalement, elles peuvent être liées à l'utilisation faite par des personnes à des fins de performance : mémoire, vigilance, absence de sensation de fatigue, etc.

Devant les multiples facteurs et motifs invoqués dans les recours aux psychotropes, il est peu probable que l'on parvienne à une définition consensuelle de l'usage élargi. La Commission dégage néanmoins deux constats de sa réflexion. En premier lieu, les recours à des neuromédicaments pour des utilisations clairement non thérapeutiques (comme l'optimisation des performances,

253 TOURJMAN, *op. cit.*, p. 29.

254 *Ibid.*

255 RAYMOND *et al.*, *op. cit.*, p. 82.

les usages récréatifs et l'augmentation de la résistance à la fatigue) mettent en évidence l'existence d'usages élargis. En second lieu, les motivations sous-jacentes aux usages élargis visent différentes finalités : améliorer les relations interpersonnelles, la performance, le bien-être personnel, les capacités mentales, etc.

Amélioration et méliorisme

L'amélioration de l'être humain est un désir vieux comme le monde, mais sa conception change selon les époques. Ainsi, le philosophe grec Aristote incitait l'humain à s'améliorer en mettant l'accent sur la vertu et l'atteinte de la vie bonne, lesquelles ne sont pas naturelles à l'être humain²⁵⁶.

Vers la fin du 19^e et le début du 20^e siècle, une époque axée sur l'optimisme et l'idée positiviste du progrès, se développe la conception contemporaine du méliorisme. Cette doctrine considère que le monde peut être rendu meilleur – amélioré – par des efforts humains convenablement raisonnés et dirigés. Influencé par les découvertes scientifiques, le méliorisme intègre alors les avancées de la médecine et de la biologie. Poussé à l'extrême, il a mené à l'idéologie eugénique qui visait à éliminer les gènes considérés comme indésirables et, possiblement, à stériliser, voire éliminer, les individus porteurs de ces gènes, constituant donc une forme d'amélioration « biologique » de l'espèce humaine.

De nos jours, grâce aux psychotropes, il serait plus facile de vivre « mieux que bien²⁵⁷ ». La disponibilité et l'accessibilité de neuromédicaments dont les effets peuvent rehausser les capacités des personnes en santé ouvrent en effet de nouvelles perspectives sur le « perfectionnement de nos capacités naturelles » et la présence de « traits de caractère que nous désirerions ne pas avoir et contre lesquels nous luttons [...] car ils assombrissent tant notre relation avec nous-même qu'avec les autres²⁵⁸ ».

Certaines avancées neuropharmacologiques alimentent le méliorisme « biologisant » et, malgré le manque d'informations sur les effets à long terme que pourraient subir les utilisateurs, il y a une demande pour des usages médicamenteux améliorants²⁵⁹. Par exemple, une conception actuelle de l'amélioration l'assimile à la performance et à la réalisation de soi, et ne rejette pas le recours aux médicaments psychotropes pour y parvenir. Les idéologies transhumaniste et posthumaniste se sont développées dans la même ligne de pensée. Pour leurs tenants, l'être humain évolue sans cesse et il peut et doit utiliser les technologies existantes pour dépasser sa nature biologique et poursuivre l'amélioration de ses capacités grâce aux thérapies géniques, à la bio-informatique, aux médicaments psychotropes, aux nanotechnologies, etc.²⁶⁰.

DEUX CATÉGORIES D'USAGES ÉLARGIS DES NEUROMÉDICAMENTS

Deux grandes catégories d'usages élargis émergent, issues de sources médicales et de sources sociales. Ces catégories ne sont pas indépendantes l'une de l'autre. D'une part, plusieurs acteurs et éléments de contexte sont communs aux deux catégories proposées. D'autre part, les recherches et les applications scientifiques sont guidées par des standards culturellement déterminés²⁶¹; séparer le contexte médical du contexte social dans lequel il baigne et qu'il modifie en retour amoindrirait la présence et la force des interrelations. Toutefois, les deux catégories ont été distinguées aux fins de démonstration et de discussion.

Les usages élargis de type « Médical »

Les usages élargis de type « Médical » s'inscrivent dans un contexte de pratiques professionnelles qui contribue à l'élargissement des usages des neuromédicaments. Par exemple, l'incertitude scientifique attribuable au manque de connaissances sur le fonctionnement du cerveau, sur les rôles et les interactions des neurotransmetteurs et sur les modes d'action des psychotropes crée des conditions d'usages hors indications approuvées. De même, une organisation non optimale du réseau de soins au Québec nuit au suivi médical et non médical des personnes ayant des besoins en santé mentale. Enfin, l'importance accordée à la notion de prévention joue un rôle, en particulier si un développement ou des conséquences négatives pour la personne – problèmes de santé mentale, difficultés relationnelles, atteinte à l'estime de soi, etc. – sont anticipés.

Cette section s'intéresse aux usages élargis « Médicaux », à leur contexte et à certaines de leurs conséquences. La détermination d'un diagnostic en santé mentale, les notions de « thérapie » et d'« amélioration », les facteurs influençant les pratiques de prescription ainsi que les conséquences, positives et négatives, de ces usages élargis y seront développés.

La difficulté du diagnostic en santé mentale

Pour qu'il y ait une prescription de médicament, les médecins doivent au préalable établir un diagnostic. Or, en ce qui concerne les maladies mentales, le degré de difficulté pour parvenir à un diagnostic est élevé.

Les troubles mentaux, par leurs diverses étiologies, sont moins objectivables que les troubles d'ordre physique, comme le soulignent le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec pour le TDA/H : « Comme pour plusieurs maladies ou syndromes en santé mentale, il n'y a pas de marqueur biologique pour poser le diagnostic de TDA/H, celui-ci reposant sur l'observation d'un ensemble de comportements²⁶². » Ainsi, une mémoire défaillante chez une personne âgée ou des problèmes comportementaux chez un jeune enfant ne résultent pas pour autant d'un état pathologique, mais peuvent découler, dans un cas, du processus normal de vieillissement et, dans l'autre, des conditions de l'environnement (familial, social, économique). De même, des variations de l'humeur ou du comportement habituels d'une personne pourraient être considérées comme des symptômes psychologiques et être traitées médicalement.

256 Jean-Louis LABARRIÈRE, « Aristote », dans Monique CANTO-SPERBER (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, 3^e éd., Paris, Presses universitaires de France, 2001, p. 88-89.

257 Traduction de *Better than well*. L'expression vient de Peter D. KRAMER, un psychiatre américain qui a écrit le livre *Listening to Prozac* (1993) portant sur l'usage des antidépresseurs. Carl ELLIOT, un professeur en bioéthique et en philosophie, l'a consacrée dans son ouvrage *Better than Well* (2003).

258 Bernard BAERTSCHI, « De la bioéthique à la neuroéthique », *Contrepoint philosophique*, juin 2005, adresse URL : <http://www.contrepointphilosophique.ch/Ethique/Sommaire/Neuroethique.html?Article=Neuroethique.htm> (lu le 8 octobre 2007).

259 BMA, *op. cit.*, p. 10.

260 C. Christopher HOOK, « Transhumanism and Posthumanism », dans Stephen G. POST (dir.), *Encyclopedia of Bioethics*, 3^e éd., New York, Thomson Gale, 2004; Nick BOSTROM, *The Transhumanist FAQ – A General Introduction*, World Transhumanist Association, 2003, p. 4-7, adresse URL : <http://www.transhumanism.org/resources/FAQv21.pdf> (lu le 15 décembre 2008).

261 Paul ROOT WOLPE, « Treatment, Enhancement, and the Ethics of Neurotherapeutics », *Brain and Cognition*, vol. 50, n° 3, 2002, p. 388.

262 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2001), *op. cit.*, p. 5.

Afin de poser un diagnostic, les médecins et les psychologues se réfèrent à la présence de symptômes qui sont gradués selon une échelle d'intensité (de faible à élevée). Ils établissent ensuite leur diagnostic selon les deux principaux ouvrages de référence en santé mentale, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR* (DSM-IV-TR) de l'American Psychiatric Association (APA) et la *Classification internationale des maladies 10* (CIM-10, 1992 et mise en œuvre en 2006 au Québec) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Fait à noter, et qui démontre à la fois la complexité des troubles mentaux et l'influence culturelle, la CIM-10 et le DSM-IV-TR peuvent différer dans leurs critères diagnostiques, comme c'est le cas pour le TDA/H²⁶³ ou les démences²⁶⁴, pour ne citer que ces deux exemples. En Amérique du Nord, le DSM-IV-TR est la classification la plus utilisée.

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)²⁶⁵

Le *DSM* est un manuel de référence mondialement utilisé pour diagnostiquer les troubles psychiatriques et psychiques. Publié par l'American Psychiatric Association (APA) pour la première fois en 1952 (DSM-I), il a évolué avec les pratiques médicales et les avancées de la recherche. La version actuelle, le DSM-IV-TR (2000), est une révision mineure du DSM-IV (1994).

Il s'agit d'une grille d'analyse qui évalue la présence d'une maladie mentale dans une vision bio-psycho-sociale. À cette fin, l'évaluation comprend cinq axes principaux (qui se subdivisent en catégories et sous-catégories) :

Axe I – Les troubles cliniques ou autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique (comme les problèmes relationnels, l'excès alimentaire, la simulation en contexte médico-légal)

Axe II – Les troubles de la personnalité et le retard mental

Axe III – Les affections médicales générales (santé physique)

Axe IV – Les troubles psychosociaux et environnementaux

Axe V – L'évaluation globale du fonctionnement.

L'axe I recense les symptômes décrits par l'individu ou observés par un professionnel de la santé et des services sociaux. Les axes suivants examinent les dimensions à considérer comme causes possibles et facteurs aggravants des symptômes. L'établissement du diagnostic combine à la fois les résultats issus de l'examen et une évaluation quantitative (par exemple, à l'axe I, il faut qu'au moins 6 symptômes sur une liste de 9 soient notés pour penser à un diagnostic d'inattention).

Le passage du DSM-II au DSM-III a entraîné de profondes modifications dans la conception des maladies mentales et neurologiques. Un changement paradigmatique s'est produit : à partir de l'approche traditionnelle du diagnostic principal, très influencée par la psychanalyse et les causes, le DSM-III a privilégié une approche davantage axée sur des symptômes spécifiques ; toutefois, ceux-ci peuvent se retrouver dans plusieurs catégories diagnostiques²⁶⁶. Cette approche se veut athéorique, c'est-à-dire qu'elle se fonde sur des faits (symptômes et évaluation quantitative) et non sur un cadre théorique. Ainsi, avec le DSM-III et le DSM-IV, un psychiatre et un psychologue behavioriste peuvent arriver au même diagnostic. Toutefois, selon certains chercheurs, le fait de présenter le DSM-III comme athéorique et de promouvoir une neutralité quant aux possibles causes des maladies mentales entraîne une perte de sens du symptôme²⁶⁷. En effet, celui-ci se produit dans un contexte relationnel et socioculturel dont il faut tenir compte lors de la détermination du traitement²⁶⁸. Enfin, le DSM-IV-TR rappelle que les concepts qui définissent les troubles mentaux sont, entre autres, « [la] souffrance, mauvaise capacité de contrôle de soi, désavantage, handicap, rigidité, irrationalité, modèle syndromique, étiologie et déviation statistique²⁶⁹ ». Ces concepts sont difficiles à définir de façon explicite et objective. De plus, le dernier critère – la déviation statistique – relève moins d'un diagnostic précis que d'une relation avec une norme et une normativité changeantes ; en ce sens, il contient « une promesse d'ajustement perpétuel²⁷⁰ ».

L'importance accordée aux symptômes pose aussi des difficultés pratiques. En premier lieu, la façon d'énoncer les symptômes varie d'une personne à l'autre. La résistance à la douleur, la peur de la stigmatisation, le manque de vocabulaire, la comorbidité et la relation de confiance avec le professionnel de la santé sont autant d'éléments qui entrent en ligne de compte dans la reconnaissance et la formulation des symptômes. Deuxièmement, un symptôme peut se manifester dans plus d'un trouble mental ou neurologique. Par exemple, l'agressivité se retrouve dans la dépression, l'alcoolisme, les démences et la schizophrénie. Troisièmement, une maladie peut avoir une étiologie multifactorielle, c'est-à-dire être causée par la présence de plusieurs facteurs biologiques, sociaux et environnementaux. Ces facteurs peuvent engendrer des symptômes, objectivables ou non, à différents degrés de sévérité, et certains symptômes ne sont pas traitables par la pharmacologie. Le choix de les traiter ou non doit donc tenir compte de l'ensemble du contexte.

Le diagnostic en santé mentale peut par conséquent être difficile à établir, particulièrement pour les médecins omnipraticiens. Pour pallier cette difficulté, plusieurs praticiens formuleront « une impression diagnostique²⁷¹ » plutôt que de poser un diagnostic. Toutefois, cette ouverture aide peu lorsque le médecin doit répondre à certaines questions cruciales : la personne souffre-t-elle d'une maladie mentale ou non ? Dans l'affirmative, à quel degré de sévérité se situe la maladie ? Quel traitement doit être proposé ?

263 MÉOS, *op. cit.*, p. 32.

264 DEROUESNÉ, *op. cit.*

265 Principalement tiré de AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Frequently Asked Questions about DSM*, [s. d.], adresse URL : <http://www.dsmivtr.org/2-1faqs.cfm> (lu le 3 juillet 2008).

266 COLLIN (2007), *op. cit.*, p. 110.

267 Jacques GASSER et Michael STIGLER, « Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM », dans Alain EHRENBURG et Anne M. LOVELL (dir.), *La Maladie mentale en mutation*, Odile Jacob, 2001, p. 234-239.

268 *Ibid.*

269 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e éd.- Texte révisé (DSM-IV-TR), Paris, Éditions Masson, 2000, p. XXXV.

270 OTERO, *op. cit.*, p. 76.

271 COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES SUIVIS PAR LES CENTRES JEUNESSE, *op. cit.*, p. 10.

Ces difficultés, jumelées à l'importance du jugement professionnel et à une certaine subjectivité, sont réelles, comme le montre encore une fois l'exemple du TDA/H :

« Dans la pratique courante, on constate qu'un nombre grandissant d'enfants et, plus récemment, d'adolescents et même d'adultes portent une étiquette de TDA/H à cause de la grande variabilité dans l'utilisation des critères diagnostiques. De fait, en raison des diversités culturelles et des différentes méthodologies retenues dans les études, les données de prévalence varient considérablement²⁷². »

Thérapie ou amélioration ?

Étant donné les souffrances et les difficultés quotidiennes vécues par les gens aux prises avec un trouble mental ou neurologique, les difficultés de poser un diagnostic doivent être limitées au minimum. À cet égard, les nouveaux psychotropes qui engendrent des effets indésirables moins sévères donnent aux médecins une marge de manœuvre supplémentaire. En effet, devant un doute diagnostique, il apparaît plus approprié de prescrire un neuromédicament de la nouvelle génération que de ne rien prescrire. En conséquence, les degrés de sévérité des symptômes pour lesquels un traitement médicamenteux est administré tendent à diminuer²⁷³. Par ricochet, l'abaissement des seuils diagnostiques de ces maladies pourrait aussi contribuer à transformer une condition auparavant « normale » en une condition désormais « médicale²⁷⁴ ».

Les possibilités qu'offrent ces psychotropes d'entraîner des effets indésirables moindres mettent en évidence le besoin de distinguer entre *thérapie* et *amélioration*. Une *thérapie* vise à prévenir ou à guérir, chez une personne, un déficit de santé avéré ou anticipé, c'est-à-dire une condition médicale ou un dysfonctionnement physiologique reconnu. Une *amélioration* vise à rehausser une fonction au-delà des capacités habituelles de cette personne, et ce, en l'absence d'un dysfonctionnement identifié²⁷⁵.

Enhancement et amélioration

La littérature anglophone utilise le terme anglais *enhancement* qui se définit comme « *the act of enhancing or state of being enhanced* »²⁷⁶ ; le verbe *enhance* signifie pour sa part : « *to increase or improve in value, quality, desirability, or attractiveness* »²⁷⁷. *Enhancement* se traduit toutefois mal en français. « Amélioration » est le plus souvent utilisé, mais le mot anglais inclut les idées de perfectibilité et de performance qui ne sont pas clairement reprises dans la traduction usuelle. Des suggestions peuvent être faites, comme *amélioration des potentialités*, *rehaussement des potentialités*, *amélioration des performances*, *augmentation des performances*, mais le débat reste à tenir.

Dans son avis, la Commission utilise le mot « amélioration » dans un sens qui intègre les notions de performance et de perfectibilité de l'individu.

Elle note aussi que cette absence de correspondance « parfaite » ajoute encore à la difficulté des débats entourant les mots « amélioration » et « thérapie ».

Cette différence entre « thérapie » et « amélioration » se situe généralement dans la zone grise du continuum « santé/bien-être – maladie », et une difficulté conceptuelle de taille survient alors : comment distinguer une amélioration d'un traitement ? Une définition étroite du terme « amélioration » est exclue, notamment parce que les concepts de maladie et de santé sont reliés sur le continuum et rattachés à un contexte culturel et historique, lui-même fondé sur des compromis sociaux et des valeurs. Ainsi, la compréhension de ce qu'est une « amélioration » prend des sens multiples selon le ou les systèmes de valeurs en place. Ces compréhensions différentes d'une réalité donnée s'observent à l'intérieur même d'une société, particulièrement dans une société pluraliste comme la société québécoise.

Néanmoins, un *modus operandi* se dégage : « On détermine plutôt un seuil d'optimalité, variable selon les temps et les lieux, en dessous duquel on intervient en invoquant le fonctionnement normal²⁷². » La question de la normalité est donc au cœur de la notion d'amélioration : chercher à améliorer une fonction se fait par rapport à un point de référence personnel ou social. Constater ce fait ne répond cependant pas à la question : l'amélioration par rapport à quoi ? Ou par rapport à qui ? Ainsi, dans la pratique clinique, la singularité de chaque individu, le jugement professionnel et les autres facteurs intervenant dans la décision font en sorte que, pour une maladie donnée, il sera question de thérapie pour une personne et d'amélioration chez une autre.

La notion d'amélioration peut aussi se confondre avec celle de prévention. Améliorer une fonction cognitive encore fonctionnelle ou un comportement qui déroge à certains standards pourrait permettre d'éviter des conséquences perçues comme plus dommageables, par exemple des difficultés scolaires, des évaluations professionnelles négatives ou une stigmatisation par les pairs. Dans ces situations, certains invoqueront la prévention plutôt que de parler de méliorisme.

En outre, l'interprétation littérale de la définition de la santé de l'OMS (« la santé est un état de *complet bien-être* physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité²⁷³ »), qui a inspiré celles utilisées par le Québec et le Canada, vient brouiller la frontière entre amélioration et thérapie. En effet, comme les notions de bien-être et de complétude sont vagues, il devient relativement facile de ne pas se considérer comme étant en santé²⁸⁰. Ainsi, une intervention visant une amélioration pourrait être présentée comme thérapeutique si elle sert à assurer le bien-être de l'individu.

Ces différents éléments permettent donc, d'une part, l'émergence de nouvelles demandes de la part des individus et, d'autre part, une justification pour les médecins qui visent le bien-être des personnes et la réponse à leurs attentes – qu'elles soient réelles ou perçues comme telles par les médecins.

272 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2001), *op. cit.*, p. 4.

273 POST, *op. cit.*, p. 2.

274 *Ibid.*

275 BMA, *op. cit.*, p. 5.

276 WEBSTER'S THIRD NEW INTERNATIONAL DICTIONARY OF THE ENGLISH LANGUAGE UNABRIDGED, 2002.

277 MERRIAM-WEBSTER'S ONLINE DICTIONARY, [s. d.], adresse URL : <http://www.merriam-webster.com/dictionary/enhance> (lu le 4 mai 2009).

278 BAERTSCHI, *op. cit.*

279 La Commission souligne.

280 OTERO, *op. cit.*, p. 68.

Certains facteurs intervenant dans les pratiques de prescription

La Commission s'est particulièrement intéressée à quatre facteurs susceptibles d'influencer les pratiques de prescription des médecins, soit les limites des connaissances sur les psychotropes ainsi que sur les maladies mentales et neurologiques, l'influence de l'industrie pharmaceutique, l'organisation du système de santé et de services sociaux et les demandes provenant des patients.

Les limites des connaissances sur les psychotropes ainsi que sur les maladies mentales et neurologiques

Lignes directrices et pratiques cliniques

De façon générale, les lignes directrices et les guides de bonnes pratiques s'inspirent des données probantes. Or, celles-ci sont tirées d'essais cliniques qui se déroulent dans des contextes reproduisant peu la réalité quotidienne et la singularité des personnes. Par conséquent, les données probantes et les normes qui en découlent ne sont pas toujours d'une aide avérée pour les médecins praticiens, comme le souligne le directeur des National Institutes of Mental Health des États-Unis : « En psychiatrie, trop d'études [...] offrent peu de pertinence immédiate pour la pratique et trop peu de pratique repose sur des résultats de recherche²⁸¹. » D'autres chercheurs cliniciens arrivent au même constat : « À notre époque de médecine factuelle, la rareté des données probantes de grande qualité en santé mentale est frappante. Souvent, les professionnels de la santé mentale n'arrivent pas à obtenir d'information utile pour appuyer leurs décisions cliniques²⁸². »

Périodiques scientifiques

Les périodiques scientifiques sont la source principale des données probantes et des informations pour les professionnels de la santé. Leur crédibilité et leur indépendance sont donc au cœur du système actuel d'informations scientifiques.

Cependant, les périodiques ne sont pas à l'abri des cas de fraude ou de biais de publication pouvant affecter leur réputation et ternir la confiance des scientifiques qui les lisent, tel le biais de la quasi-absence d'études montrant des résultats négatifs abordé précédemment²⁸³. Pourtant, la publication de toutes les études apporte des connaissances nécessaires puisqu'un résultat négatif représente en soi une source d'information. De plus, l'accès à cette information empêche la répétition des mêmes expériences – un gain précieux de temps et d'argent pour les chercheurs – et fournit aux décideurs et aux cliniciens des informations plus complètes pour l'approbation des indications médicales d'un médicament.

Il importe donc de rappeler, d'une part, l'importance d'une information fiable et complète et, d'autre part, le besoin de moyens de contrôle pour s'assurer de cette fiabilité.

L'influence de l'industrie pharmaceutique

Le recours à la publicité et aux objets promotionnels ainsi que l'utilisation de représentants commerciaux sont d'excellents outils de promotion. Il s'agit de techniques reconnues que l'on retrouve dans toutes les sphères du commerce de biens et de services. Toutefois, certaines pratiques soulèvent des questionnements dont quelques-uns sont discutés ci-après.

Le montant des investissements affectés en promotion et marketing

Les données concernant les sommes investies par les entreprises dans leurs services de vente et de marketing sont difficiles à obtenir et à analyser. C'est aux États-Unis que les données sont les plus nombreuses. Les principales sources de renseignements sont les états financiers, les rapports d'associations et de l'IMS Health, une firme spécialisée dans le marketing pharmaceutique et reconnue comme une source crédible.

Ainsi qu'il a été vu au chapitre un²⁸⁴, les sommes investies en 2004 dans les services de vente et de marketing étaient presque équivalentes à celles investies en R-D. Des chercheurs québécois et américains ont analysé ces données publiques et proposent une autre lecture de la situation²⁸⁵. En comptabilisant d'autres coûts de promotion, les activités promotionnelles des entreprises pharmaceutiques s'élevaient à 57,5 milliards de dollars américains, presque le double de la rubrique R-D.

Les données canadiennes et québécoises ne sont pas disponibles, mais la présence d'actions promotionnelles visant les médicaments laisse peu de doutes; en effet, il s'agit d'un phénomène observé à l'échelle internationale et les sociétés pharmaceutiques sont des multinationales présentes ici comme ailleurs. S'il est permis de croire que la place occupée par la vente et la promotion dans les activités des compagnies pharmaceutiques est importante, le contexte canadien se différencie toutefois de la situation américaine sur deux points principaux. En premier lieu, l'encadrement plus strict de la publicité directe au Canada limite les contenus des messages et, possiblement, les sommes investies dans la publicité. La seconde différence concerne les associations d'entreprises pharmaceutiques. Aux États-Unis, ces entreprises sont regroupées dans l'association PhRMA qui s'est dotée de lignes directrices et d'énoncés de principes concernant les essais cliniques et les pratiques de marketing²⁸⁶. Au Canada, l'association nationale Rx&D, qui regroupe plus de cinquante compagnies faisant de la recherche pharmaceutique et responsables du développement de 90 % des médicaments actuellement sur le marché, s'est dotée en plus d'un code d'éthique²⁸⁷. Ce cadre normatif autorégulatoire n'est pas exempt de critiques mais il démontre un souci d'encadrement des activités professionnelles de la part des membres. Son application prévoit, en cas de non-respect des règles établies, des sanctions allant de l'amende à l'expulsion de l'association.

Les impacts des activités promotionnelles sur l'offre de thérapies

La majeure partie des dépenses de promotion et de marketing cible les médecins, qu'il s'agisse de la promotion faite par des représentants aux médecins pratiquant en cabinet privé et dans les établissements publics, de la remise d'échantillons gratuits, des séminaires de formation continue ou de la publicité dans les revues médicales.

Or, les relations entre les professionnels de la santé et l'industrie pharmaceutique s'inscrivent dans une dualité. D'une part, les codes de déontologie stipulent que les professionnels de la santé ne doivent pas conclure d'entente qui entamerait leur indépendance d'exercice²⁸⁸. D'autre part, les compagnies pharmaceutiques investissent temps et argent dans des activités promotionnelles en vue d'en obtenir des résultats positifs tangibles.

Il est connu que certains professionnels de la santé peuvent sentir des pressions sur leurs pratiques professionnelles, notamment sur leur prise de décision de prescrire (ou non) ainsi que sur le choix du médicament prescrit. Par exemple, dans une étude québécoise, des médecins ont souligné que les entreprises pharmaceutiques exercent des pressions sur eux afin d'améliorer la vente de leurs produits et qu'un contexte de forte concurrence exacerbe ces pratiques

281 Thomas R. INSEL (2006), cité par Miriam SHUCHMAN et Paul C. HÉBERT, « Éditorial : Établir une base de recherche en psychiatrie », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 10, 2008, p. 1259.

282 SHUCHMAN et HÉBERT, *op. cit.*, p. 1259.

283 Voir la section du chapitre 1 *Médias : informations et espace critique*.

284 Voir la section du chapitre 1 *Industrie pharmaceutique : R-D et intérêts financiers*.

285 GAGNON et LEXCHIN, *op. cit.*

286 Pour plus de détails : http://www.phrma.org/principles_and_guidelines/.

287 Pour plus de détails sur Rx&D : http://www.canadapharma.org/About_Rx&D/Overview/index_f.html; leur code d'éthique : http://www.canadapharma.org/Pharm_comm/Code/Code%20of%20Ethical%20Practices%20FR%20-%20January%202009.pdf (mis à jour en janvier 2009).

288 Par exemple, pour les médecins : « Le médecin ne doit adhérer à aucune entente ni accepter aucun bénéfice susceptible de compromettre son indépendance professionnelle, notamment dans le cadre des activités de formation médicale continue » (L.R.Q., chapitre M-9, r.4.1, art. 80).

commerciales en accentuant l'emprise sur les médecins²⁸⁹. Une autre étude détaille différents types de contacts et d'activités organisés par les compagnies pharmaceutiques pour rejoindre les médecins dès la formation universitaire, puis lors de formations continues et à travers leurs activités de recherche (principalement les essais cliniques)²⁹⁰. Finalement, dans une revue de littérature analysant les résultats de 29 études portant sur les relations entre les médecins et l'industrie pharmaceutique, l'auteure a établi quelques éléments détaillés de ces relations²⁹¹. Celles-ci débutent dès la formation universitaire et se poursuivent mensuellement au cours de la pratique professionnelle. Les visites des représentants pharmaceutiques sont perçues comme des demandes de modification des pratiques de prescription et d'ajout de nouveaux médicaments dans l'établissement où les médecins pratiquent. Les formations continues commanditées insistent également davantage sur les médicaments brevetés par les compagnies commanditaires que sur les autres traitements médicamenteux.

L'influence des activités promotionnelles sur l'offre de thérapies s'exerce donc sur deux plans. Le premier consiste à privilégier certains médicaments au détriment d'autres médicaments possiblement aussi efficaces et/ou moins coûteux. Le second valorise le traitement médicamenteux au détriment potentiel des autres formes de thérapies possibles²⁹².

Les pharmaciens sont également visés par des activités promotionnelles d'entreprises pharmaceutiques. Toutefois, alors que les médecins sont les principaux clients des compagnies novatrices, les pharmaciens constituent la clientèle des compagnies de médicaments génériques et des grossistes²⁹³. À cet égard, la Politique du médicament a fixé un plafond aux allocations professionnelles²⁹⁴ remises aux pharmaciens propriétaires. Dorénavant, c'est un maximum de 20 % de la valeur des ventes de chaque fabricant qui pourra leur être remis²⁹⁵.

L'organisation du système de santé et des services sociaux

Certains éléments liés à l'organisation actuelle du réseau de la santé et des services sociaux ont été présentés dans un chapitre précédent²⁹⁶, notamment la pénurie de personnel pour plusieurs catégories professionnelles en santé et services sociaux.

D'autres facteurs organisationnels contribuent aussi aux usages élargis de neuromédicaments. Ainsi, les médecins omnipraticiens prennent en charge la majorité des cas de maladies mentales²⁹⁷. Toutefois, la complexité de ces pathologies et la difficulté de poser un diagnostic impliquent un besoin élevé de connaissances et une expertise clinique qui peuvent se révéler insuffisants.

Ensuite, le fonctionnement en silo des différentes composantes du système de santé et des services sociaux complique le suivi des patients²⁹⁸. En favorisant des contacts professionnels isolés au détriment d'un continuum de soins et d'une intégration des services, ce modèle d'organisation ne permet pas un recours optimal à l'éventail de l'offre de services (diagnostic, suivi, observance du traitement médicamenteux, compétences différentes des professionnels de la santé et des services sociaux, etc.) et crée des conditions propices aux usages élargis. Par exemple, à propos de l'utilisation du Ritalin^{MD}, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec commentent ainsi la situation:

« Souvent dénoncée par les médias, l'utilisation de ce médicament est vue comme une « pilule institutionnelle » prescrite pour pallier les lacunes du suivi de ces enfants, que ce soit sur le plan médical ou scolaire, et le manque de ressources pour assurer une approche combinant plusieurs modes d'intervention²⁹⁹. »

Il est à noter que la situation change³⁰⁰. De nouveaux modèles de soins, fondés sur des équipes multidisciplinaires ou sur des réseaux d'établissements, prennent de l'ampleur au Québec et améliorent l'accessibilité et le suivi des soins requis par des personnes souffrant, notamment, de maladies mentales ou neurologiques.

Les demandes des patients

La Commission désire insister sur cet élément, déjà décrit au chapitre un³⁰¹, mais trop souvent passé sous silence.

De façon générale, les valeurs d'« autonomie », de « prise en charge personnelle » et de « responsabilisation » sont véhiculées par les vecteurs médiatiques et sociaux. Avant même de consulter un professionnel de la santé, une personne a accès à des sources abondantes d'information : télévision, Internet, livres et périodiques scientifiques ou grand public, publicités, etc. L'importance de la santé et de la prévention, mise en évidence par les acteurs de la santé publique et par les médias, est très présente dans l'information disponible. De même, les activités de promotion et de marketing des compagnies pharmaceutiques visent aussi à influencer les individus.

Ainsi, la personne qui se présente devant un professionnel de la santé – médecin, infirmière, psychologue, travailleur social, pharmacien, etc. – peut avoir une opinion préétablie et des demandes précises. Dans un contexte de relation et de suivi médical, ce professionnel de la santé n'est pas « imperméable » à ces demandes, voire à ces pressions. Il en émerge un ajustement de la relation thérapeutique caractérisée par la modification du partage des responsabilités : bien que le professionnel de la santé ne puisse évidemment s'y soustraire, l'individu porte dorénavant sa part.

Les conséquences des usages élargis de type « Médical »

Les bénéfices et les risques reconnus des psychotropes ont été présentés dans le second chapitre³⁰². Cette sous-section se concentre sur les usages élargis de type « Médical » des neuromédicaments et décrit le principal bénéfice escompté, soit les avancées des connaissances, ainsi que quatre conséquences potentielles : l'accessibilité et la qualité des soins, les risques pour la sécurité des personnes, la banalisation des psychotropes et le rôle des médecins dans le méliorisme.

Avancées des connaissances

Le principal bénéfice espéré consiste dans la découverte d'usages thérapeutiques insoupçonnés lors de l'homologation d'un médicament par Santé Canada. Il s'agit d'un fait déjà établi dans le milieu médical. Il faut se rappeler que les essais cliniques, les lignes directrices et les guides de bonnes pratiques ne prévoient pas toutes les conditions de vie et de santé existantes dans la population. Dès lors, une utilisation clinique peut faire ressortir des effets positifs non décelés par les conditions d'utilisation prévues initialement. Subséquemment, des études cliniques et des analyses supplémentaires peuvent appuyer par des données probantes ces avancées empiriques.

289 GARNIER et MARINACCI, *op. cit.*, p. 197.

290 Stephen GREEN, « Ethics and the Pharmaceutical Industry », *Australasian Psychiatry*, vol. 16, n° 3, 2008, p. 158-160, 162-163.

291 Ashley WAZANA, « Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, n° 3, 2000, p. 373-380.

292 LEXCHIN, *op. cit.*, p. 1450.

293 MSSS (2007), *op. cit.*, p. 55.

294 « Une allocation professionnelle est une réduction sous forme de rabais, de ristournes ou de primes, un bien, un service, une gratification ou tout autre avantage accordé, payé ou fourni, directement ou indirectement, par un fabricant de médicaments génériques à un pharmacien propriétaire » (*Règlement sur les avantages autorisés à un pharmacien*, chapitre A-29.01, r.1.01, art. 2). Ces montants servent à couvrir les dépenses courantes liées à l'exploitation d'une pharmacie et les services offerts à la clientèle.

295 MSSS (2007), *op. cit.*, p. 55-56.

296 Voir au chapitre 1 la sous-section *Les notions incontournables – Pénurie de ressources dans le réseau public de la santé et des services sociaux*.

297 KIRBY et COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE, *op. cit.*, p. 141.

298 COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA (COMMISSION ROMANOW), *op. cit.*, p. 131.

299 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2001), *op. cit.*, p. 5.

300 Raynald PINEAULT et al., *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 104 p.

301 Sur ce sujet, voir au chapitre 1 la section *Individu : citoyen et patient*.

302 Pour plus de détails, voir au chapitre 2 les sections *Bénéfices reconnus des médicaments psychotropes* et *Risques et effets secondaires reconnus des médicaments psychotropes*.

Accessibilité et qualité des soins

Les usages élargis de psychotropes peuvent aussi créer un cercle vicieux. En effet, il faut qu'il y ait une consultation médicale pour qu'une personne obtienne, possiblement, une prescription. Dans un contexte où le réseau de santé et des services sociaux réussit difficilement à répondre aux besoins, les professionnels de la santé pourraient « par défaut » favoriser la thérapie médicamenteuse afin de ne pas laisser les personnes sans soins. Paradoxalement, la hausse des consultations en résultant pourrait faire en sorte que les maladies mentales et neurologiques avérées d'autres usagers soient moins dépistées et leur suivi nécessaire moins adéquat. Les ressources humaines affectées aux consultations et aux suivis suffiraient encore moins à la demande, et ainsi de suite.

Les usages élargis ont également pour conséquence une augmentation de la prescription des médicaments psychotropes, ce qui joue sur la viabilité du réseau. En effet, qu'ils soient remboursés par les régimes public ou privé d'assurance médicaments, le poids financier engendré par un recours accru à ces médicaments devra être supporté par la société.

Ainsi, les usages élargis des neuromédicaments entraînent des conséquences sur le réseau de la santé et des services sociaux. Ils accroissent les pressions financières et humaines, nuisent à l'accessibilité aux soins et services et risquent de conduire à une remise en question du panier de soins et de services offert par le système de soins.

Risques pour la sécurité des personnes

Si l'on tient compte de l'élargissement des seuils diagnostiques de plusieurs maladies mentales et neurologiques ainsi que de l'augmentation des indications médicales approuvées pour les psychotropes, le scénario d'une utilisation accrue de psychotropes est plausible. En outre, si leur utilisation augmente – par la quantité de médicaments par usager ou par le nombre global d'usagers –, les prévalences des effets indésirables et des interactions médicamenteuses présentes lors d'une polymédication ou de la prise concomitante de produits non médicamenteux risquent d'augmenter.

Les risques associés aux benzodiazépines, utilisées comme anxiolytiques et sédatifs, et aux antipsychotiques sont assez bien connus; ceux concernant d'autres neuromédicaments le sont moins. Selon les connaissances relatives aux benzodiazépines, deux catégories de risques en particulier attirent l'attention, soit la sécurité au travail et la sécurité routière:

- Sécurité au travail – Le risque d'accident au travail est susceptible d'augmenter et d'affecter la santé des travailleurs et, possiblement, celle de leurs collègues. Des répercussions pour l'employeur, occasionnées entre autres par l'absentéisme, et pour la société québécoise, par le biais des indemnités versées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), sont également à prévoir.
- Sécurité routière – Le risque d'accidents routiers – automobile, camion, bicyclette, quadriporteurs, etc. – peut également augmenter³⁰³, mettant en jeu la santé du conducteur, des passagers et des passants. Les coûts associés à ces accidents, notamment les frais d'hospitalisation, les indemnités versées par la Société de l'assurance automobile du Québec et les pertes salariales relatives à l'absentéisme, ne sont pas à négliger.

En somme, les risques pour la sécurité des personnes qui découlent de l'utilisation de neuromédicaments sont susceptibles de toucher les individus et d'entraîner également des conséquences au niveau collectif.

Banalisation des psychotropes

Il existe des situations sans équivoque de troubles mentaux; toutefois, dans la zone entre les deux pôles du continuum « santé – maladie », la caractérisation de l'état de santé mentale d'une personne peut s'avérer difficile. Dans ce contexte d'incertitude, la possibilité d'un « surdiagnostic » des maladies mentales et neurologiques est possible. L'augmentation de la prévalence de ces troubles se traduira possiblement par une augmentation des prescriptions, puisque ces diagnostics sont souvent associés à des prescriptions de neuromédicaments³⁰⁴.

Également, devant une incertitude diagnostique, et lorsqu'on connaît les perturbations quotidiennes que vivent les personnes atteintes de troubles psychiques, le fait de poser un diagnostic et de prescrire un psychotrope peut représenter une solution clinique justifiée. Le risque qui s'ensuit est de médicaliser des événements de la vie qui sont désagréables, stressants ou pénibles, mais inévitables au cours de l'existence; ils ne relèvent donc pas nécessairement du domaine biomédical.

Toutefois, la présence d'un diagnostic médical pourra modifier la perception qu'a une personne de la gravité de sa situation. Lorsqu'un expert établit qu'un état de santé mentale est problématique, il soutient l'idée qu'il s'agit d'une maladie. Lorsqu'il suggère de prendre des médicaments, il en légitime le traitement. De là découle un certain risque de voir diminuer l'importance du rôle que chacun peut exercer dans sa propre vie, notamment d'utiliser ses propres capacités pour faire face aux événements de la vie et pour développer son esprit critique, puisque la prescription de psychotropes justifie leur utilisation pour un usage non médical.

Le rôle des médecins dans le méliorisme

La prescription de neuromédicaments constitue un usage élargi à visée améliorante lorsque les capacités cognitives ou mentales d'une personne sont fonctionnelles ou correspondent à des conditions physiques non pathologiques. Par exemple, l'âge, le stress, la fatigue liée à des horaires de travail prolongés sont des facteurs qui expliquent des variations dans l'humeur et la cognition sans toutefois constituer des symptômes de maladies. Dans ces situations, prescrire des psychotropes représente pour les médecins un rôle où ils élargissent les frontières de la relation thérapeutique traditionnelle³⁰⁵.

Divers motifs pourraient expliquer leurs gestes. Certains ont été abordés précédemment, dont le manque de temps pour les consultations et les suivis, le mode de facturation à l'acte qui favorise un nombre plus élevé de services offerts³⁰⁶. Il peut aussi s'agir d'une manière de maintenir le contact avec leurs patients, de leur fournir de l'information valable et de mieux contrôler leur prise de psychotropes. Dans un tel contexte relationnel, les médecins sont sensibles aux demandes des patients et des répondants (parents, tuteur, curateur), ce qui peut influencer leur décision de prescrire ou non³⁰⁷. Il importe également de rappeler qu'en tant qu'individus, ils évoluent dans un contexte social de performance exigée d'eux, mais auquel ils peuvent aussi adhérer personnellement.

303 Maxime BRAULT et al., *Le rôle de l'alcool et des autres drogues dans les accidents mortels de la route au Québec : résultats finaux*, 17^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, tenue du 8 au 13 août 2004 à Glasgow, Québec, Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), 2004, 9 p.

304 Notamment pour la dépression et le TDA/H : David COHEN et al., *Déficit d'attention/hyperactivité : perceptions des acteurs et utilisation de psycho-stimulants*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 1999, 90 p.; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2001), *op. cit.*, p. 5; IMS HEALTH (2004), *op. cit.*

305 Walter GLANNON, « Psychopharmacological Enhancement », *Neuroethics*, vol. 1, n° 1, 2008, p. 53.

306 Voir au chapitre 1 la sous-section *Les notions incontournables – Pénurie de ressources dans le réseau public de la santé et des services sociaux*.

307 THOËR-FABRE et al., *op. cit.*, p. 40; COLLIN (2005), *op. cit.*, p. 120.

Toutefois, en prescrivant des psychotropes à des fins non thérapeutiques, les médecins contribuent à alimenter le courant du méliorisme et de performance ainsi que celui de la banalisation du recours aux médicaments.

Les usages élargis de type « Mode de vie » (*Lifestyle*)

Souvent qualifiés de *lifestyle drugs*, certains psychotropes, par leurs effets attendus, sont utilisés pour répondre à des attentes sociales – performance, productivité, santé, « jeunesse », changements rapides. Or, le recours aux médicaments pour correspondre à un style de vie et aux valeurs sous-jacentes se distingue du recours visant la guérison d'une maladie mentale ou neurologique avérée. Ici, l'équivoque est moins grande : il est question de méliorisme, de conformisme ou de récréation.

Cette section présente les usages élargis « Mode de vie », leur contexte ainsi que certaines de leurs conséquences. Plusieurs éléments seront abordés, soit la notion de « normalité », des exemples d'utilisation de psychotropes à des fins « Mode de vie », des facteurs intervenant dans les choix de vie des personnes ainsi que des conséquences, positives et négatives, de ce type d'usage élargi.

Vers une redéfinition de la « normalité » sociale

La normalité peut être comprise comme la notion statistique de « distribution normale ». Il s'agit alors de la distribution mathématique des caractéristiques d'une population donnée, illustrée par une courbe symétrique en forme de cloche où la moyenne se situe au centre. La valeur de la moyenne est un chiffre précis servant de référence : une personne sera plus ou moins près de la moyenne statistique.

La normalité peut aussi correspondre à un jugement social ou subjectif³⁰⁸. Les comportements qui s'écartent des attentes sociales sont alors évalués de façon positive ou négative. Ainsi, le « fonctionnement normal » est une question sociale en constante redéfinition :

« Être un humain fonctionnel n'est pas une question de biologie, sinon indirectement, car les normes de la fonctionnalité dépendent de la manière dont nous vivons, ce qui fait référence à la compréhension sociale de l'homme et à la compréhension de l'homme tout court, bref à ce que cela signifie pour un humain d'être et d'agir comme un humain³⁰⁹. »

Ce ne sont donc pas uniquement les caractéristiques biologiques qui définissent ce qu'est une maladie ou qui déterminent son importance dans la société, mais aussi les normes et les valeurs³¹⁰. Plusieurs groupes d'acteurs interviennent lorsqu'il est question de définir ce qu'est la « maladie » : les professionnels de la santé, les associations et groupes de pression professionnels et caritatifs, les citoyens, les médias, les entreprises pharmaceutiques et les différents paliers politiques. Ces acteurs s'influencent mutuellement, il est difficile d'isoler l'apport respectif des uns et des autres ; toutefois, il ne serait pas plus justifié d'oblitérer leurs rôles et leurs responsabilités.

De la normalité à une normativité

Normalité et norme sont intimement liées : une normalité sociale ou axiologique (basée sur les valeurs) peut mener à une norme, c'est-à-dire à un énoncé qui décrit ce qu'il faut faire ou s'abstenir de faire. Les énoncés normatifs font généralement référence à un type d'action, précisant quels agents doivent ou non agir et dans quelles circonstances³¹¹.

De façon générale, les attentes sociales conduisent à des normes qui se transposent en comportements attendus (« On ne se demande si quelqu'un a un cerveau normal que lorsque son comportement ne l'est pas³¹² »). Selon un chercheur québécois, « la norme

désigne toujours une mesure servant à apprécier ce qui est conforme à la règle [...] la norme tire sa valeur du jeu des oppositions entre ce qui “pose problème” et ce qui “ne pose pas problème”³¹³». Dans les sociétés occidentales, le « jeu des oppositions » pour la notion de santé est principalement lu à travers un prisme biomédical, mais cette tendance n'est pas isolée de la culture ambiante. Elles se nourrissent l'une l'autre :

« Les médicaments s'avèrent en fait être de puissants instruments de socialisation, et pour certains de mise en conformité, dans des sociétés caractérisées par un individualisme de masse, où prévaut une exigence d'adaptation permanente à des changements rapides et à une normativité sociale axée sur la responsabilité individuelle, la performance continue et la valorisation de l'autonomie »³¹⁴.



Cette « normativité sociale », si elle devient prégnante, peut ostraciser les personnes qui en dévient par des comportements jugés inappropriés ou, plus généralement, qui sont moins « performantes ».

L'impact des psychotropes sur le concept de normalité

Selon deux chercheurs, la notion d'« amélioration » peut se décliner en trois concepts : la normalisation, la réparation et la performance³¹⁵. Il s'agit de *normalisation* lorsque les psychotropes sont utilisés dans le but d'atteindre une moyenne statistique ou une attente sociale ; il s'agit de *réparation* lorsque les neuromédicaments sont pris avec l'objectif de récupérer un niveau de fonctionnement antérieur ; il s'agit de *performance* lorsque les psychotropes sont utilisés en vue de rehausser des fonctions cognitives dans un but de pure performance. Cette conceptualisation de la notion d'amélioration fait ressortir toute la complexité des liens entre la société et l'individu par rapport à l'usage de neuromédicaments en vue d'améliorer les performances.

La place actuellement occupée par des valeurs telles que la performance et l'individualisme tend à réduire les bornes d'acceptabilité vis-à-vis des individus qui s'en écartent. Bien que les valeurs de performance, d'efficacité et d'amélioration soient des valeurs positives qui traversent les âges et les sociétés, leur perception idéalisée soulève des questionnements. Ce qui devait être un moyen de parvenir à une fin devient une fin en soi.

Cette normalisation de la conduite, des humeurs, des effets du vieillissement risque de conduire à une homogénéisation sociale³¹⁶. En utilisant des médicaments psychotropes pour répondre à certaines normes sociales ou à un idéal, la définition de *normalité* change de registre : s'il devient « normal » de recourir à des médicaments dans un but non thérapeutique, il s'agit dès lors d'une *normalité médicamentée*. La normalisation qui s'ensuit augmente la pression sociale pour s'y conformer³¹⁷ et donne une apparence de légitimité aux psychotropes.

- 308 Barbara NICHOLAS, *Neuroethics - A Literature Review Prepared for Toi te Taiao : the Bioethics Council*, Wellington, New Zealand, Toi te Taiao : the Bioethics Council, 2006, p. 26 ; HOGLE, *op. cit.*, p. 698-699 ; Ruwen OGIE, « Normes et valeurs », dans CANTO-SPERBER (dir.), *op. cit.*
- 309 BAERTSCHI, *op. cit.*
- 310 HOGLE, *op. cit.*, p. 698 ; Norman DANIELS, « Normal Functioning and the Treatment-Enhancement Distinction », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 9, n° 3, 2000, p. 313.
- 311 OGIE, *op. cit.*, p. 1111.
- 312 BAERTSCHI, *op. cit.*
- 313 OTERO, *op. cit.*, p. 74.
- 314 Johanne COLLIN *et al.*, « Le médicament, entre science, norme et culture », dans COLLIN *et al.*, *op. cit.*, p. 3. Pierre-Luc ST-HILAIRE va dans le même sens lorsqu'il écrit : « L'usage plastique [...] rejoint l'individu dans sa nécessité d'ajustement aux exigences sociales » (« De l'usage “plastique” des antidépresseurs », dans COLLIN *et al.*, *op. cit.*, p. 124). Pour Patrick LAURE, médecin français en santé publique : « Depuis une décennie environ, la quête de la performance, de la productivité et du rendement se traduit de plus en plus par une exigence du “tout, tout de suite” [...]. Les conduites dopantes s'inscrivent en partie dans cette course effrénée à l'immédiateté du résultat. » (« Doit-on blâmer ou encourager les conduites dopantes ? », *Éthique publique*, vol. 8, n° 2, 2006, p. 64).
- 315 Peter CONRAD et Deborah POTTER, « Human Growth Hormone and the Temptations of Biomedical Enhancement », *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, n° 2, 2004, p. 201-202. Les auteurs analysent la notion d'amélioration à partir de l'usage d'une hormone de croissance ; leur analyse se transpose adéquatement aux psychotropes.
- 316 Alex BOOD, *Human Enhancement*, La Haye (Pays-Bas), Health Council of the Netherlands - Centre for Ethics and Health, 2003, p. 14 ; LEXCHIN, *op. cit.*, p. 1450.
- 317 BOOD, *op. cit.*, p. 14.

Quelques applications de psychotropes liées au mode de vie

Qu'il s'agisse d'apparence physique ou de performance, l'idée de recourir à des médicaments ou à des techniques biomédicales afin de répondre à un idéal n'est pas nouvelle. Ainsi, si le dopage sportif est interdit, des possibilités dites « cosmétiques » sont offertes en toute légalité au Québec : implants mammaires pour augmenter le volume des seins, injections de Botox^{MD} pour effacer les rides de l'âge ou des sourires ou encore pour traiter l'hyperhidrose (qui se manifeste par une sudation immodérée sous les bras), lissage du visage (*lifting*) pour supprimer l'affaissement de la peau causée par l'âge, liposuccion pour retirer des cellules adipeuses.

Concernant les psychotropes, quelques-uns de leurs effets intéressent particulièrement l'industrie pharmaceutique et les fabricants de produits non médicamenteux (comme les produits naturels et les produits homéopathiques)³¹⁸. Les services de R-D se pencheront de plus en plus sur le développement de neuromédicaments destinés à améliorer chez les personnes en santé certaines fonctions cognitives et végétatives ainsi que l'humeur, notamment :

- Le *maintien et la stimulation de la mémoire et des fonctions cognitives* sont un marché appelé à se développer. Les personnes de plus de 50 ans vivent, naturellement, une certaine diminution de la mémoire et un ralentissement psychomoteur. Ces personnes, plus nombreuses et plus riches qu'auparavant, jouissent d'une bonne santé physique, sont actives et désireuses de conserver intacte leur vivacité d'esprit³¹⁹.
- Améliorer la *capacité d'attention et le contrôle de la fatigue* pourrait intéresser de larges couches de la population³²⁰. La possibilité d'augmenter l'attention ou de diminuer les conséquences de la fatigue peut intéresser plusieurs catégories de personnes : les jeunes dans leur cheminement scolaire ; les personnes qui travaillent dans des emplois compétitifs ou à quart d'emploi variable ; celles qui sont soumises aux décalages horaires ; les corps d'emploi qui exigent de longs horaires de travail ou une attention soutenue – comme les professionnels de la santé, les contrôleurs aériens ou les camionneurs, etc.
- La *stabilisation et le contrôle de l'humeur* peuvent être un soulagement pour certaines personnes³²¹. Leurs relations sociales ainsi que leur capacité à mener à terme des projets personnels et professionnels seraient renforcées. Dans la même logique, l'entourage des gens aux comportements agités ou perturbateurs pourrait demander que ces derniers reçoivent des psychotropes.
- Diminuer l'*anxiété* serait vu positivement par plusieurs personnes³²². Parler en public, passer une entrevue ou entrer en contact avec autrui n'est pas toujours facile. La peur de ne pas avoir les bons mots, de manquer de répartie et d'entregent, d'être ridicule, de bégayer ou de transpirer est un sentiment assez commun.

Certains facteurs intervenant dans les choix de vie

Sans constituer une liste exhaustive, la Commission s'est arrêtée à trois facteurs pouvant influencer les usages élargis liés au mode de vie : l'influence de l'industrie pharmaceutique, les médias et Internet ainsi que la différenciation entre les neuromédicaments et d'autres stimulants/dépresseurs du SNC.

L'influence de l'industrie pharmaceutique

Les impacts des activités promotionnelles sur l'offre de thérapies

Les entreprises pharmaceutiques ont reconnu le potentiel de croissance du marché des usages améliorants des psychotropes³²³. Par conséquent, elles y investissent de fortes sommes d'argent en commandite, en publicité et sur leurs sites Internet³²⁴.

La promotion d'un produit vise, entre autres, à renforcer une perception positive à son égard ou à modifier les comportements en vue de favoriser sa consommation. Cependant, cette promotion augmente ici la tendance à la médicalisation et à la médication³²⁵. Si ces deux phénomènes sont des sujets de débat en soi, force est de constater que la promotion des thérapies médicamenteuses détourne l'attention des autres formes de thérapies existantes et renforce la perception que les médicaments sont utiles, voire nécessaires, pour des situations de vie pénibles mais non médicales.

Les impacts des activités promotionnelles sur le prix des médicaments

Les dépenses effectuées pour la vente et la promotion des médicaments sont incluses dans le prix des médicaments et donc payées par les personnes qui les achètent. Selon un auteur, cette situation se constate particulièrement depuis la levée de plusieurs restrictions sur la publicité directe des médicaments d'ordonnance (PDMO) aux États-Unis en 1997³²⁶. L'écart entre le montant par personne des dépenses de médicaments d'ordonnance entre le Canada et les États-Unis est passé de 31 \$ CA en 1995 à 356 \$ CA en 2005, sans que des facteurs démographiques, économiques ou de politiques publiques puissent expliquer cette hausse. Aux États-Unis, les répercussions sur la capacité financière des individus, des compagnies d'assurance et des systèmes publics sont donc considérables.

Les médias et Internet

Sources d'information majeure, les médias présentent les médicaments d'une façon généralement positive et peu critique³²⁷. La diffusion d'émissions et celle de publicités mettant en valeur un style de vie actif ou l'importance de la santé et de la jeunesse sont autant de messages véhiculant la même conception attrayante de la vie.

L'Internet constitue un cas particulier par son degré de pénétration dans la société, son utilisation régulière, la quantité d'information véhiculée et l'anonymat relatif des sources et des gens qui y naviguent. Il permet la transmission d'informations sans égard à leur véracité; toutefois, si certains sites Internet offrent une information de qualité douteuse, il en existe plusieurs où elle est fiable. En effet, des périodiques scientifiques ont développé un site Internet où il est possible de commander en ligne des articles. Les périodiques scientifiques uniquement accessibles sur Internet sont de plus en plus nombreux et certains ont recours à un comité de lecture – ce qui leur accorde la même crédibilité que leurs homologues sur papier. Finalement, des dictionnaires, des encyclopédies et des sites de recherches indépendantes sont également offerts sur Internet.

318 Jeroen A. J. SCHMITT *et al.*, « Serotonin and Human Cognitive Performance », *Current Pharmaceutical Design*, vol. 12, n° 20, 2006, p. 2473-2486; BOOD, *op. cit.*, p. 5; Tim ATKINSON, « Lifestyle Drug Market Booming », *Nature Medicine*, vol. 8, n° 9, 2002, p. 909.

319 BMA, *op. cit.*, p. 5, 10-11; SCHMITT *et al.*, *op. cit.*, p. 2473-2486.

320 Entre autres : D. TURNER *et al.*, *op. cit.*; YESAVAGE *et al.*, *op. cit.*. D'autres auteurs citent des études dont : HYMAN, *op. cit.*, p. 105; Anjan CHATTERJEE, « Cosmetic Neurology: The controversy Over Enhancing Movement, Mentation, and Mood », *Neurology*, vol. 63, 2004, p. 969-970; FARAH et ROOT WOLPE, *op. cit.*, p. 41; FARAH (2002), *op. cit.*, p. 1123-1124.

321 CHATTERJEE (2004), *op. cit.*, p. 969-970; FARAH et ROOT WOLPE, *op. cit.*, p. 41; Tom WALLY, « Lifestyle Medicines and the Elderly », *Drugs Aging*, vol. 19, n° 3, 2002, p. 166.

322 GLANNON (2008), *op. cit.*, p. 49-50; WALSH, *op. cit.*

323 Voir notamment APPLBAUM, *op. cit.*; CHATTERJEE (2004), *op. cit.*, p. 968-974; LEXCHIN, *op. cit.*, p. 1451; Steven G. MORGAN *et al.*, « Buying Science, Selling Drugs », *Health Matters*, n° 43, 2001, p. 12-13.

324 Ce point a déjà été abordé, notamment dans ce chapitre et au chapitre 1.

325 Théodore Bienvenu NGOUNDO MBONGUE *et al.*, « "Medication" of Society, Non-Diseases and Non-Medications: A Point of View from Social Pharmacology », *European Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 61, n° 4, 2005, p. 309-313.

326 MORGAN, *op. cit.*

327 À ce sujet, voir au chapitre 1 la section *Médias : informations et espace critique*.

Les compagnies pharmaceutiques ont aussi créé leur site Internet et y proposent une information plus complète que celle présentée dans leurs messages publicitaires. On y trouve souvent – avec la recommandation de consulter un professionnel de la santé – des outils d'autodiagnostic³²⁸.

L'essor d'Internet s'est accompagné plus récemment du phénomène des cyberpharmacies³²⁹. Leurs activités sont interdites au Canada mais les caractéristiques d'Internet font en sorte que cet interdit est facilement contournés³³⁰. Leur mode d'action est connu : elles recourent aux pourriels, c'est-à-dire des courriels indésirables et des publicités envoyés à des adresses électroniques. Ces pourriels proposent souvent des médicaments qui renvoient à une certaine image de type « Mode de vie », proposant par exemple des augmentations mammaires ou des moyens de vaincre la calvitie.

Les pratiques actuelles des cyberpharmacies soulèvent plusieurs inquiétudes. Premièrement, la validité de l'information qui s'y retrouve, lorsqu'elle est présente, sur les avantages de la médication et sur les procédés de fabrication, est incertaine ou discutable. Deuxièmement, certains sites proposent des consultations, sans que la personne puisse vérifier la qualification des répondants, ou des outils d'autodiagnostic. Troisièmement, les médicaments vendus ne satisfont pas nécessairement les conditions de fabrication en place au Canada. Enfin, les consommateurs ne sont pas informés que l'Agence des services frontaliers du Canada peut saisir les médicaments qui sont achetés à l'étranger.

La Commission est préoccupée par la qualité de l'information scientifique accessible sur Internet et par les activités des cyberpharmacies. Elle s'inquiète du fait que des personnes puissent être influencées par cette information et décider par la suite d'acheter des médicaments ou des produits non médicamenteux sans posséder les connaissances suffisantes ou sans avoir obtenu les conseils d'une personne experte. Les décisions sont prises sans être informées, voire minimalement sensibilisées, aux risques réels et potentiels liés à la méconnaissance du produit acheté : péremption, contrefaçon, présence d'ingrédients toxiques, etc. Les conséquences sur leur santé peuvent être sérieuses pour ces personnes.

Différences entre les psychotropes et certains autres stimulants et dépresseurs du SNC?

Chercher à profiter de la plasticité du cerveau et à améliorer les performances mentales n'est pas un phénomène récent. Pour ce faire, le recours à des substances ou à des techniques est fréquent et peut faire partie du quotidien.

Par exemple, des produits tels que le ginseng, le ginkgo biloba et les infusions de plantes sont consommés depuis des siècles et encore utilisés de nos jours. Plus récemment, des suppléments vitaminiques et de minéraux se sont ajoutés à l'offre de produits en vente libre dans plusieurs types d'établissements. Bien que les effets de ces produits ne soient pas scientifiquement démontrés³³¹, leur utilisation est fréquente au Québec. D'autres stimulants comme la caféine, le glucose et la nicotine se retrouvent couramment dans l'alimentation ou font partie d'un mode de vie. Plus rarement, des stimulants issus de substances transformées ou de nature chimique, telles les amphétamines et la cocaïne, seront consommés dans certains contextes et milieux de vie. Enfin, outre l'utilisation de produits améliorants, des techniques d'entraînement comme la mémorisation, le yoga, la visualisation et la méditation sont pratiquées pour augmenter des capacités cognitives, même si les résultats des études scientifiques sont équivoques³³².

Dans ce contexte, le marché des neuromédicaments se trouve une niche. Ainsi, dans la perception de certaines personnes, la prise de psychotropes se compare sur le plan des risques avec la consommation de produits courants comme le café et l'alcool, pourtant reconnus comme dommageables lorsqu'ils sont pris en grande quantité. En effet, la consommation de ces produits est légale au Canada et ils sont fabriqués de façon sécuritaire³³³. Ils peuvent effectivement avoir des effets sur toutes les personnes, certaines étant plus sensibles que d'autres à la force et à la durée des effets. Finalement, les effets néfastes d'une consommation excessive ou prolongée du café et de l'alcool sont connus — et pourtant, ils demeurent accessibles et populaires —, alors que pour les psychotropes, les effets à long terme sont peu documentés. Dès lors, certains considèrent que les preuves de la spécificité et de la dangerosité des psychotropes ne sont pas nécessairement établies, et qu'il n'y a pas de différence entre un neuromédicament et les autres neurostimulants³³⁴.

Les conséquences des usages élargis de type « Mode de vie »

Les bénéfices et les risques reconnus des psychotropes ont été présentés précédemment³³⁵. Dans cette sous-section, seuls les bénéfices espérés et les risques potentiels des usages élargis de type « Mode de vie » des neuromédicaments seront décrits.

Il est à noter que les bénéfices espérés découlent à la fois de preuves scientifiques et de la perception des gens. La part de l'un et de l'autre n'est pas facile à déterminer car les effets des psychotropes sur les personnes en santé sont encore largement inconnus. À ce jour, seules quelques études scientifiques ont porté sur certains neuromédicaments utilisés à des fins strictement améliorantes. Par conséquent, plusieurs des bénéfices escomptés des usages élargis de type « Mode de vie » sont extrapolés à partir des bénéfices reconnus scientifiquement dans le traitement de maladies; toutefois, il demeure hasardeux de transposer ces données probantes et de les appliquer à des utilisations faites par des personnes en santé. De plus, il faut rappeler que les effets reconnus scientifiquement varient en nombre et en intensité pour chaque individu, et que ce fait devrait s'appliquer également pour les usages élargis améliorants.

328 RACINE *et al.* (2007), *op. cit.*, p. 181-194.

329 Au sujet des cyberpharmacies, voir l'article de LEMIRE, *op. cit.*, p. 134.

330 Voir au chapitre 1 la sous-section *Les défis du cadre normatif – Sécurité et Internet*.

331 BMA, *op. cit.*, p. 8-9; POST, *op. cit.*, p. 1; HALL, *op. cit.*, p. 1107; Steven P.R. ROSE, « "Smart Drugs": Do They Work? Are They Ethical? Will They Be Legal? », *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 3, n° 12, 2002, p. 976-977.

332 Brendan D. KELLY, « Buddhist Psychology, Psychotherapy and the Brain: A Critical Introduction », *Transcultural Psychiatry*, vol. 45, n° 1, 2008, p. 5-30; Richard J. DAVIDSON *et al.*, « Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation », *Psychosomatic Medicine*, vol. 65, n° 4, 2003, p. 564-570.

333 Pour les psychotropes : à condition qu'ils aient été administrés dans un établissement de santé ou achetés dans une pharmacie ; cela exclut donc les psychotropes achetés sur Internet, donnés par des proches ou acquis illégalement. Concernant l'alcool, les produits « maison » peuvent présenter des caractéristiques variables (produits de base, ajouts au cours de la fermentation, degré d'alcool du produit final).

334 ROSE, *op. cit.*, p. 978, parle des étudiants, des artistes et des courtiers de titres. RACINE et FORLINI proposent trois types de perceptions de l'utilisation du méthylphénidate, dont celle du « Mode de vie ». Selon les auteurs, le méthylphénidate y est alors perçu comme une aide aux études, un outil, au même titre que le tutorat ou les pilules de caféine. Dans cette perception, il s'avère non seulement un moyen de traitement des personnes, mais également de développement personnel en fonction de leurs propres objectifs de vie. Il est présenté comme un choix individuel dans une société libérale notamment influencée par une forme de consumérisme médical. (Éric RACINE et Cynthia FORLINI, « Cognitive Enhancement, Lifestyle Choice or Misuse of Prescription Drugs? Ethics Blind Spots in Current Debates », *Neuroethics (Online First)*, 2008, adresse URL : <http://www.springerlink.com/content/u22547313857t607/fulltext.pdf> [lu le 5 septembre 2008]).

335 Au chapitre 2, dans les sous-sections *Bénéfices reconnus des médicaments psychotropes* et *Risques et effets secondaires reconnus des médicaments psychotropes*.

Amélioration de fonctions cognitives

L'amélioration de certaines capacités cognitives est l'un des objectifs poursuivis par les consommateurs de psychotropes. Le rehaussement des capacités mentales qui permettent l'apprentissage, le traitement de l'information et la mémoire est alors considéré comme une plus-value personnelle et sociale.

Ainsi, lorsqu'on adhère à cette vision des choses, des stimulants comme les amphétamines et le méthylphénidate (dont le Ritalin^{MD} et le Concerta^{MD}) sont utiles puisqu'ils peuvent accroître la mémoire et le niveau de concentration. Tant les personnes mineures que les adultes sont sensibles à ces effets et pourraient en tirer avantage³³⁶. De fait, le méthylphénidate est particulièrement populaire chez les étudiants des collèges et des universités, notamment américains³³⁷. Aux États-Unis, chez les collégiens, une étude a estimé que les usages illicites des neurostimulants excèdent les usages médicaux³³⁸.

Le méthylphénidate et le risque d'abus de drogues³³⁹

Le méthylphénidate (dont le Ritalin^{MD} constitue la marque la plus connue) a la particularité de partager le même mode d'action neuropharmacologique que la cocaïne. Ce médicament est utilisé régulièrement pour traiter le TDA/H. Or, le TDA/H étant diagnostiqué principalement chez les jeunes enfants et les adolescents, les autorités médicales et celles de la santé publique ont porté une attention particulière à la possibilité de créer une dépendance physique ou de favoriser postérieurement la consommation de drogues et d'alcool.

Selon la littérature biomédicale récente, la prise de méthylphénidate chez les jeunes souffrant de TDA/H ne créerait pas de dépendance ou de conditions favorisant les abus, et ce, peu importe l'âge des mineurs au moment de la prise du psychotrope. Pour certains auteurs, l'usage médical du méthylphénidate permettrait aussi de diminuer le risque de voir les jeunes prendre des drogues ou de l'alcool plus tard dans leur vie. En effet, les traits et les comportements dérangeants étant stabilisés, la vie sociale et scolaire des jeunes serait plus harmonieuse et leur estime de soi plus forte.

Cependant, deux situations favorisant la dépendance physique ont été répertoriées à ce jour :

- La première consiste en l'injection intraveineuse de méthylphénidate qui reproduit la rapidité et les effets de la cocaïne. Il s'agit d'une situation théorique de laboratoire ou d'un usage élargi illicite puisqu'aucun usage thérapeutique ne prévoit de traitement par voie intraveineuse.
- L'observance de la posologie reconnue cliniquement ne causerait pas de dépendance ni de prédisposition aux abus. Toutefois, si les doses ne sont pas respectées et qu'elles sont prises en nombre supérieur à la posologie recommandée, les effets sur le cerveau et leur rapidité ressemblent à ceux induits par la cocaïne.

De même, la concentration et la résistance à la fatigue sont susceptibles d'être améliorées par le modafinil, un stimulant utilisé dans les traitements de narcolepsie et de fatigue inhabituelle. Ce médicament démontre aussi des résultats positifs significatifs sur d'autres fonctions cognitives comme la rapidité de prise de décision et la vigilance³⁴⁰.

D'autres classes de neuromédicaments ont la capacité d'améliorer la mémoire et des fonctions cognitives, dont les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase. Ces médicaments sont utilisés pour retarder les symptômes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence, mais ils peuvent aussi produire des bénéfices chez les personnes non démentes. Par exemple, le donépézil, prescrit pour traiter la maladie d'Alzheimer, a été testé par des pilotes d'avion lors de simulations; il a amélioré les performances dans des situations d'urgence et à la phase d'approche pour l'atterrissage³⁴¹.

Les fonctions cognitives améliorées contribuent également à répondre aux exigences du marché du travail, compte tenu des gains tant pour les employeurs que pour les employés. Par exemple, les neurostimulants peuvent démontrer leur utilité dans certains métiers où la sécurité d'autrui est centrale – pilotes d'avion, professionnels dans les centres hospitaliers, contrôleurs aériens, etc. – et qui requièrent dès lors une attention constante. Dans leur cas, l'usage élargi des psychotropes stimulants pourrait se traduire par des gains sur le plan de la sécurité publique, du moins apparemment et à court terme. À cet effet, une étude québécoise arrive à la conclusion que, pour les personnes interrogées, l'usage de psychotropes par les employés d'un milieu de travail ne pose pas de problème majeur³⁴².

De plus, dans leur vie personnelle, les gens ont un rythme de vie souvent sous pression. À la conciliation « travail-famille », un exemple classique au Québec, viennent s'ajouter les sorties culturelles, les activités sportives, les engagements bénévoles, etc. Bref, pour certaines personnes, les psychotropes stimulants répondent à des besoins ou à des attentes de notre vie quotidienne.

Régularisation de l'humeur et des comportements

Une autre catégorie importante de bénéfices escomptés regroupe l'amélioration de comportements, de traits de personnalité et de l'image de soi. Par exemple, être affable et se sentir à l'aise en public sont des traits de caractère appréciés; induire ou renforcer ces qualités permet de mieux outiller les gens relativement aux stress de la vie professionnelle et personnelle. Les psychotropes permettent rapidement de se sentir mieux et ils favorisent une meilleure intégration; du moins, c'est l'espoir de plusieurs utilisateurs.

- 336 D. TURNER *et al.*, *op. cit.*, p. 260-269; NIDA (2008), *op. cit.*
- 337 Sean Esteban McCABE *et al.*, « Medical Use, Illicit Use and Diversion of Prescription Stimulant Medication », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 38, n° 1, 2006, p. 43-56. FARAH et ROOT WOLPE en discutent et présentent quelques études (*op. cit.*, p. 42).
- 338 McCABE *et al.* (2006), *op. cit.*
- 339 L'encadré est tiré de: Salvatore MANNUZZA *et al.*, « Age of Methylphenidate Treatment Initiation in Children with ADHD and Later Substance Abuse: Prospective Follow-up into Adulthood », *American Journal of Psychiatry*, vol. 165, n° 5, 2008, p. 604-609; KOLLINS (2008), *op. cit.*, p. 1345-1357; Stanislav I. SVETLOV *et al.*, « Performance Enhancing, Non-Prescription Use of Ritalin: A Comparison with Amphetamines and Cocaine », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 26, n° 4, 2007, p. 1-6; NIDA (2008), *op. cit.*; YANO et STEINER, *op. cit.*, p. 588-596; Lily HECHTMAN, « Long-Term Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) », *Current Psychiatry Reports*, vol. 8, n° 5, 2006, p. 398-408; Russell A. BARKLEY *et al.*, « Does the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Stimulants Contribute to Drug Use/Abuse? A 13-Year Prospective Study », *Pediatrics*, vol. 111, n° 1, 2003, p. 97-109; Scott H. KOLLINS, « Comparing the Abuse Potential of Methylphenidate Versus Other Stimulants: A Review of Available Evidence and Relevance to the ADHD Patient », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 64, n° Suppl. 11, 2003, p. 14-18; James M. SWANSON et Nora D. VOLKOW, « Serum and Brain Concentrations of Methylphenidate: Implications for Use and Abuse », *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 27, n° 7, 2003, p. 615-621; Timothy E. WILENS *et al.*, « Does Stimulant Therapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Beget Later Substance Abuse? A Meta-Analytic Review of the Literature », *Pediatrics*, vol. 111, n° 1, 2003, p. 179-185.
- 340 WESENSTEN, *op. cit.*, p. 2457-2471; WALSH *et al.*, *op. cit.*, p. 434-439; D. TURNER *et al.*, *op. cit.* Des limites à ces améliorations ont été relevées, notamment par RANDALL *et al.*, *op. cit.*, p. 547-555.
- 341 YESAVAGE *et al.*, *op. cit.*, p. 123-125.
- 342 MOISAN *et al.*, *op. cit.*, p. 35.

La régularisation de l'humeur et des comportements peut être induite par plusieurs psychotropes : antidépresseurs, stimulants, lithium, benzodiazépines (anxiolytiques). La prise de ces médicaments vise à produire des résultats sur les plans personnel et professionnel : relations interpersonnelles harmonieuses, personnalité plus attrayante, sociabilité accrue, meilleure coopération, initiatives, meilleure productivité, absences moins nombreuses, etc.³⁴³ D'un côté, les sentiments de peine et de tristesse diminuent et, de l'autre, l'estime de soi et le sentiment de performance, d'efficacité seraient accrus. Ainsi, un état de mieux-être ou de bien-être serait atteint.

Accroissement du niveau de vie

Il existe une corrélation positive entre les fonctions cognitives et le niveau de vie : une légère augmentation des fonctions cognitives entraîne une hausse des revenus et de la qualité de vie³⁴⁴. Plusieurs facteurs accroissent la cognition : une bonne alimentation, des exercices physiques, des stimulations intellectuelles, des relations sociales satisfaisantes, etc.³⁴⁵. Toutefois, certaines personnes ont des capacités cognitives limitées et peu susceptibles d'amélioration ; ce sont ces personnes qui auraient le plus à gagner d'un rehaussement pharmacologique de leurs fonctions cognitives.

En somme, les bénéfices découlant des usages élargis de presque toutes les classes de psychotropes laissent espérer une estime de soi plus forte, une reconnaissance extérieure des résultats par une promotion professionnelle, une vie sociale enrichie, une réputation avantageuse, etc.

Certains auteurs suggèrent également que la somme de ces gains individuels tendrait à hausser les niveaux d'éducation et de productivité de la société, et tous profiteraient de cette situation³⁴⁶. Pour d'autres, il faut prendre en compte d'autres conséquences, dont l'augmentation de la compétitivité aux dépens d'autres valeurs sociales ou, encore, les impacts sur la santé des individus que pourraient engendrer le travail accru ou la diminution des heures de sommeil³⁴⁷.

Ainsi, les usages élargis des psychotropes de type « Mode de vie » ne laissent pas qu'entrevoir des bénéfices. Des risques liés à ce type d'utilisation sont possibles, notamment les risques pour la sécurité des personnes, les pressions externes, la dépendance psychologique et la banalisation du psychotrope.

Risques pour la sécurité des personnes

À court terme, ne pas suivre la posologie indiquée peut entraîner des effets indésirables. Également, recourir à des psychotropes fournis par des amis, achetés sur Internet ou de manière illicite expose le consommateur à deux genres de risques : ceux associés à la prise de psychotropes et ceux relatifs à la qualité mal connue ou inconnue des médicaments ingérés. Parmi ces risques, la Commission inclut les effets médicamenteux indésirables, les interactions avec d'autres substances prises de manière concomitante et les effets secondaires pouvant provoquer, par exemple, des accidents routiers, des accidents de travail ou des comportements agressifs. Dans ces trois exemples, la sécurité d'autrui entre également en ligne de compte.

À long terme, qu'il s'agisse de stimulants, d'antidépresseurs ou d'inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, la science ignore les effets des psychotropes sur le cerveau des personnes en santé. Il est possible que le fait de modifier ou d'améliorer une fonction cognitive influe – positivement ou négativement – sur d'autres dimensions mentales, incluant l'humeur et les émotions³⁴⁸. À l'heure actuelle, à l'exception des tranquillisants et des benzodiazépines (anxiolytiques), les données probantes concernant ces conséquences et leur amplitude sur le système nerveux central sont rarissimes. En particulier, les effets négatifs que pourraient subir dans le futur des adolescents ou de jeunes adultes recourant aux neuromédicaments demeurent un champ largement inconnu.

Les usages élargis qui participent d'un mode de vie impliquent d'autres risques pour la sécurité des consommateurs. D'abord, lorsque l'utilisation des neuromédicaments se fait sans l'avis préalable d'un professionnel de la santé, les risques liés à leur utilisation augmentent. Ils s'accroissent également si les médicaments sont achetés ailleurs que dans des pharmacies licenciées car alors la fiabilité du produit – ses composants, son processus de fabrication et sa date de péremption – ne peut être démontrée. Or, certains usages élargis échappent au contrôle des professionnels du réseau de la santé. Par exemple, les échanges ou les dons de psychotropes entre des personnes sous médication³⁴⁹, le recours aux cyberpharmacies et aux achats à des grossistes sur Internet³⁵⁰ représentent des moyens détournés de posséder des neuromédicaments sans supervision médicale.

De plus, certains usages « Mode de vie » peuvent altérer la santé physique et mentale des utilisateurs. Par exemple, le neurostimulant modafinil (commercialisé sous le nom d'Alertec^{MD} au Canada) est prescrit pour les cas de narcolepsie et de perturbations sévères du cycle veille/sommeil. Recourir au modafinil à d'autres fins, comme performer durant de longues heures, réduire les effets d'un horaire de travail segmenté et diminuer l'attention aux signes de fatigue, risque de modifier certaines fonctions cognitives. En effet, les conséquences de l'insomnie, dont le manque de sommeil ou le manque de qualité du sommeil représentent les premiers critères diagnostiques du DSM-IV-R, font en sorte que les personnes qui en souffrent risquent de présenter des difficultés en ce qui a trait à la mémoire de travail³⁵¹, la mémoire épisodique³⁵² ou des fonctions exécutives³⁵³. En général, le manque de sommeil peut entraîner des difficultés à fonctionner pendant la journée, ce qui se traduit par la présence de fatigue, de somnolence, d'une diminution de la performance cognitive³⁵⁴ et d'une diminution de la capacité d'intégration des émotions dans la prise de décision³⁵⁵. Le manque de sommeil constitue également un facteur de risque pour des maladies physiques telles que l'hypertension³⁵⁶ et le diabète de type 2³⁵⁷. Dormir représente donc un processus physiologique important pour la plasticité neuronale, pour la consolidation des connaissances fraîchement acquises et pour une bonne santé physique³⁵⁸.

- 343 Neil LEVY, *Neuroethics: Challenges for the 21st Century*, New York, Cambridge University Press, 2007, p. 90-91; FARAH et ROOT WOLPE, *op. cit.*, p. 41-42.
- 344 BMA, *op. cit.*, p. 16; Anders SANDBERG et Nick BOSTROM relèvent quelques études et statistiques à ce sujet (« Converging Cognitive Enhancements », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1093, 2006, p. 216-217). D'autres auteurs parlent plutôt d'une relation causale, dont Richard H. DEES, « Better Brains, Better Selves? The Ethics of Neuroenhancements », *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 17, n° 4, 2008, p. 373-374; Martha J. FARAH *et al.*, « Neurocognitive Enhancement: What Can We Do and What Should We Do? », *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 5, n° 5, 2004, p. 423.
- 345 HILLMAN *et al.*, *op. cit.*; GOUVERNEMENT DU CANADA (2007), *op. cit.*, p. 25.

- 346 Dont BMA (*op. cit.*, p. 18-19) qui présente des arguments et des études à cet effet.
- 347 Dont BMA (*op. cit.*, p. 19-20) qui aborde ces conséquences.
- 348 BMA, *op. cit.*, p. 4; ROSE, *op. cit.*, p. 978; ROOT WOLPE (2002), *op. cit.*, p. 393-394.
- 349 Deux chercheurs américains ont documenté ce phénomène chez les élèves du secondaire (Sean Esteban McCABE et Carol J. BOYD, « Sources of Prescription Drugs for Illicit Use », *Addictive Behaviors*, vol. 30, n° 7, 2005, p. 1342-1350). Les résultats d'une étude canadienne montrent que le vol de médicaments et les pressions pour les donner sont des réalités pour de jeunes Canadiens (Christiane POULIN, « Medical and Nonmedical Stimulant Use among Adolescents: From Sanctioned to Unsanctioned Use », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, n° 8, 2001, p. 1039-1044).
- 350 Sur le rôle d'Internet, voir LEMIRE, *op. cit.*, p. 128-138.
- 351 A. C. RANDOZZO *et al.*, « Impaired Cognitive Function in Insomniacs vs Normals », *Sleep*, vol. 23, n° Suppl 2, 2000, p. A4; Annie VIGNOLA *et al.*, « Effects of Chronic Insomnia and Use of Benzodiazepines on Daytime Performance in Older Adults », *Journal of Gerontology B: Psychological Science and Social Sciences*, vol. 55, n° 1, 2000, p. 54-62; Peter J. HAURI, « Cognitive Deficits in Insomnia Patients », *Acta Neurologica Belgica*, vol. 97, n° 2, 1997, p. 113-117.
- 352 Waldemar SZELENBERGER et Szymon NIEMCEWICZ, « Event-Related Current Density in Primary Insomnia », *Acta Neurobiologiae Experimentalis (Warsaw)*, vol. 61, n° 4, 2001, p. 299-308; RANDAZZO *et al.*, *op. cit.*
- 353 N. K. ILNICZKY *et al.*, « Neuropsychological Functioning in Patients with Primary Insomnia », *Sleep*, vol. 25, 2002, p. A477; RANDAZZO *et al.*, *op. cit.*
- 354 Nikki L. ROGERS *et al.*, « Sleep, Waking and Neurobehavioural Performance », *Frontiers in Bioscience*, vol. 8, 2003, p. 1056-1067; Hans P.A. VAN DONGEN *et al.*, « The Cumulative Cost of Additional Wakefulness: Dose-Response Effects on Neurobehavioral Functions and Sleep Physiology from Chronic Sleep Restriction and Total Sleep Deprivation », *Sleep*, vol. 26, n° 2, 2003, p. 117-126; Kelly JONES et Yvonne HARRISON, « Frontal Lobe Function, Sleep Loss and Fragmented Sleep », *Sleep*, vol. 5, n° 6, 2001, p. 463-475.
- 355 William D. KILLGORE *et al.*, « The Effects of 53 Hours of Sleep Deprivation on Moral Judgment », *Sleep*, vol. 30, n° 3, 2007, p. 345-352.
- 356 Walter GLANNON, « Neuroethics », *Bioethics*, vol. 20, n° 1, 2006, p. 49.
- 357 James E. GANGWISCH *et al.*, « Sleep Duration as a Risk Factor for Diabetes Incidence in a Large U.S. Sample », *Sleep*, vol. 30, n° 12, 2007, p. 1667-1673.
- 358 Tiré de GLANNON (2006), *op. cit.*, p. 49.

Pressions externes

Il ne faut pas négliger l'importance des pressions sociales dans le processus de prise de décision individuelle, ni la possibilité de coercition.

Les usages élargis de type « Mode de vie » cherchent à correspondre à un certain idéal, à une image de soi ou de groupe, tant sur le plan professionnel que dans la vie personnelle. Par conséquent, des pressions directes et indirectes pour s'y conformer peuvent venir de plusieurs sources : du réseau social, des supérieurs hiérarchiques, des collègues de travail, de la culture organisationnelle, de la famille, des parents, des établissements scolaires, des médias, etc.

Dépendance psychologique

Il est possible de développer une dépendance psychologique aux neuromédicaments. Pour ceux qui ont recours aux psychotropes et qui en tirent un bénéfice, la crainte de voir cesser les effets bienfaisants constitue un motif puissant pour la poursuite de leur consommation de médicaments psychotropes, même lorsque les conditions médicales ne sont plus présentes³⁵⁹.

D'aucuns pourraient faire de l'usage des psychotropes une stratégie pour affronter les événements de la vie désagréables ou pénibles³⁶⁰. Ce type d'usage médicamenteux peut engendrer la perception que les difficultés de la vie sont susceptibles d'être résolues par le recours aux médicaments³⁶¹. Face à ces situations, un recours chronique aux neuro-médicaments viserait davantage les symptômes au détriment de la mobilisation des ressources personnelles pour y faire face. Cela risque aussi d'entraîner une dévalorisation des autres formes de thérapies³⁶² ou des façons d'affronter les difficultés de la vie, ainsi qu'une faible tolérance à la tristesse, à la fatigue, à la gêne, à la douleur, aux troubles de sommeil, etc.

Banalisation du psychotrope

Ce point a été abordé à la section précédente portant sur les usages élargis de type « Médical ». La question se pose de manière particulièrement forte dans les usages élargis « Mode de vie » puisque ces utilisations de psychotropes visent à correspondre à un idéal de normes, d'images ou de valeurs devenues des fins en soi. Également, le fait que les consommateurs surévaluent les bénéfices escomptés et sous-évaluent les risques accentue la banalisation d'y avoir recours à de telles fins.

Une brève synthèse

La Commission a choisi de distinguer deux catégories d'usages élargis de psychotropes : les usages élargis « Médical » et « Mode de vie ». Quelques points d'intérêts communs se dégagent du portrait des usages élargis de neuromédicaments.

Premièrement, même si le terme « usage élargi » est utilisé pour les deux catégories, la première catégorie représente plutôt un élargissement des usages thérapeutiques des neuromédicaments alors que la seconde illustre davantage les usages élargis dans lesquels cette visée est absente. Deuxièmement, bien que quelques facteurs soient propres à chacune des catégories, les mêmes acteurs s'y retrouvent souvent. Troisièmement, puisqu'il n'est pas toujours facile de distinguer entre une thérapie et une amélioration, il est relativement aisé pour chacun de justifier un recours à un neuromédicament. Quatrièmement, l'importance d'une information scientifique de qualité, largement diffusée et transparente apparaît clairement ; toutefois, il appert que cet aspect préalable n'est pas toujours présent, tant pour la population en général que pour les professionnels de la santé et des services sociaux. Cinquièmement, le manque de connaissances des effets des psychotropes sur des personnes en santé fait en sorte que les bénéfices anticipés demeurent des promesses, alors que les risques sont souvent négligés, voire ignorés. Enfin, indépendamment des catégories, l'utilisation accrue de médicaments psychotropes pour des usages élargis pose la question de l'identité de la personne et de la normalité des comportements socialement attendus.

Cette synthèse ouvre sur les enjeux éthiques des usages élargis à visée améliorante. Les questionnements éthiques qui seront abordés dans le prochain chapitre portent sur la problématique des usages ou des prescriptions à des fins d'amélioration et non sur celle liée à des problèmes d'utilisations à des fins thérapeutiques ou à des difficultés d'organisation du réseau de la santé et des services sociaux.

359 LE MOIGNE, *op. cit.*, p. 93-94 ;
COLLIN (2001), *op. cit.*, p. 6-7.

360 La problématique et une revue de littérature
sont présentées par les chercheurs de MÉOS,
op. cit., p. 32-33.

361 MÉOS, *op. cit.*, p. 32-33 ; WALSH, *op. cit.*, p. 140.

362 WALSH, *op. cit.*, p. 140.





UN QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE
SOULEVÉ PAR LES USAGES
ÉLARGIS DES MÉDICAMENTS
PSYCHOTROPES

UN QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE SOULEVÉ PAR LES USAGES ÉLARGIS DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Qu'ils soient de type « Médical » ou « Mode de vie », les usages élargis des médicaments psychotropes sont présents au Québec. Ils touchent des valeurs et soulèvent plusieurs questions d'ordre éthique dont certaines s'appliquent à des situations précises, alors que d'autres sont transversales aux divers usages élargis identifiés. Dans sa réflexion, la Commission a été particulièrement interpellée par la protection de la santé et de la sécurité des personnes, l'autonomie et l'affirmation de la liberté individuelle, l'équité et les représentations de l'humain.

Dans son avis, la Commission considère deux grandes catégories d'usages élargis, soit ceux de nature « Médicale » et ceux qui participent davantage d'un « Mode de vie ». La première relève de la sphère d'expertise des médecins qui effectuent l'activité réservée de prescrire les médicaments pour traiter des maladies et sont donc en mesure de légitimer leur utilisation. La seconde catégorie concerne l'utilisation des neuromédicaments pour satisfaire un style de vie. Bien que distinctes, ces catégories concernent plusieurs des mêmes acteurs ; de plus, elles se situent sur un continuum où la frontière entre l'usage médical thérapeutique reconnu et l'usage élargi peut être floue.

Le chapitre précédent a identifié plusieurs promesses ainsi que certains risques liés aux usages élargis des médicaments psychotropes. Parmi les bénéfices espérés, l'avancée des connaissances, l'augmentation des fonctions cognitives, la régularisation de l'humeur et l'amélioration du niveau de vie personnel et sociétal sont à relever. Quant aux risques potentiels, certains se démarquent comme le manque de sécurité de la personne qui utilise des psychotropes et de celle d'autrui, l'accessibilité au réseau de la santé et des services sociaux, les pressions externes, la banalisation du médicament et la médicalisation de certains événements de la vie.

L'analyse de ces risques et de ces bénéfices soulève plusieurs questions, dont celles-ci :

- Les valeurs fondamentales de la Loi sur les services de santé et les services sociaux – notamment l'équité, l'accessibilité, la justice et l'autonomie – sont-elles menacées par un accroissement des usages élargis ?
- Les recours à certains usages élargis des psychotropes servent-ils à pallier certaines déficiences du réseau de la santé et des services sociaux ?
- Les pressions externes influencent-elles le choix de prendre ou non des neuromédicaments ?
- Une personne est-elle plus « elle-même » si le recours aux psychotropes stabilise ses humeurs ou rehausse des fonctions cognitives ?
- Les usages élargis des psychotropes modifient-ils la notion d'identité et la conception de l'être humain ?

Plusieurs autres valeurs sous-jacentes à ces questions sont également interpellées, dont la protection des personnes, la liberté, la responsabilité, la disponibilité de l'information et la qualité de cette information. La notion de normalité est également en cause.

Les questions éthiques liées aux usages élargis des neuromédicaments sont complexes et il importe de les exposer et d'en débattre sereinement. Dans sa réflexion sur ces enjeux, la Commission a retenu quatre valeurs qui englobent et permettent de répondre aux questions soulevées, soit la protection de la santé et de la sécurité des personnes, l'autonomie et l'affirmation de la liberté individuelle, l'équité et les représentations de l'être humain.

LA PROTECTION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES PERSONNES

Les psychotropes sont des médicaments puissants. Même sous supervision médicale, les bénéfices peuvent s'accompagner d'effets indésirables prononcés, incluant des étourdissements, des problèmes cardiaques, de la somnolence, des perturbations gastro-intestinales et des troubles psychomoteurs (notamment des chutes et des difficultés de motricité fine)³⁶³. Dans les cas de polymédication³⁶⁴, des interactions médicamenteuses potentielles ajoutent un niveau de risque pour la personne qui consomme des neuro-médicaments. Ces effets indésirables ne peuvent être prédits avec exactitude, car le cerveau de chaque individu est singulier et ses réseaux de connexions neuronales varient dans le temps.

Les psychotropes ne peuvent donc échapper à la logique de la sécurité médicamenteuse, celle-ci visant la protection des personnes, l'une des valeurs fondamentales du système de santé et des services sociaux.

La sécurité médicamenteuse est une préoccupation constante dans nos sociétés. Les psychotropes posent cependant des défis particuliers du fait qu'ils induisent des variations biochimiques sur le fonctionnement du cerveau. Ils cherchent explicitement à changer la plasticité neuronale et les concentrations de neurotransmetteurs afin de modifier des fonctions cognitives, des émotions, des comportements et des habiletés motrices. Or, à ce jour, le fonctionnement du cerveau demeure largement méconnu; par le fait même, les effets potentiels à moyen et à long terme découlant de la prise de neuromédicaments le sont également. Par conséquent, la protection des personnes contre les risques peu connus des psychotropes appelle un besoin accru de connaissances dans ce domaine, comme l'explicitent les prochains paragraphes.

Approfondir les connaissances: un préalable essentiel

Les travaux faits dans le cadre de l'avis ont démontré le besoin de connaissances à court terme et à long terme tant sur le fonctionnement du cerveau que sur les médicaments psychotropes.

À court terme, en plus des risques inhérents aux neuromédicaments, les modes d'action des neuromédicaments demeurent largement méconnus. Ils agissent sans que leurs mécanismes d'action au niveau neurologique soient clairement établis; il arrive également que leur utilisation n'entraîne pas les effets reconnus et attendus. Les connaissances sur la durée optimale des traitements pharmacologiques posent aussi problème car elles divergent selon les auteurs, et les lignes directrices n'établissent pas toujours clairement quand et comment mettre fin aux traitements. Or, la durée du traitement représente une donnée importante pour le bien-être et la santé de la personne. En effet, si le traitement est trop court, la maladie n'est pas contrôlée; si le traitement est trop long, la personne est inutilement médicamentée.

Les effets à long terme d'une utilisation de psychotropes soulèvent plusieurs questions fondamentales: Des fonctions cognitives seront-elles affectées – et, si oui, par quels psychotropes, de quelle façon, pour combien de temps? Leurs effets seront-ils réversibles ou permanents? Une utilisation ponctuelle aura-t-elle les mêmes effets qu'une utilisation chronique? Le genre ou l'âge de la personne au moment de l'utilisation représentent-ils des facteurs importants? La durée de consommation des neuromédicaments est-elle un élément clé? La modification d'une fonction particulière affectera-t-elle d'autres fonctions cognitives? Quelles conséquences physiologiques pourront survenir? Les changements biochimiques provoqués chez des personnes en santé se compareront-ils à ceux observés chez les personnes souffrant de maladies avérées?

Les effets à long terme que pourraient subir les jeunes utilisateurs de neuromédicaments, particulièrement les enfants et les adolescents, soulèvent des inquiétudes particulières. En effet, si des conséquences négatives sur la santé physique ou mentale apparaissent à long terme, elles pourraient se déclarer tôt dans la vie adulte de ces personnes, les obligeant à composer avec ces séquelles pour le reste de leur vie.

À ce jour, il existe très peu de données scientifiques issues d'études longitudinales qui permettraient de répondre à ces questions primordiales et, devant l'augmentation anticipée de l'utilisation de psychotropes, le besoin de connaissances sur ces médicaments devient encore plus crucial. Parallèlement, il existe un besoin de tracer un portrait des usages de psychotropes et d'en suivre le développement. En effet, le portrait des usages élargis au Québec ne peut être établi avec précision par manque de données scientifiques et cliniques (diagnostic, intention thérapeutique, etc.). Aussi, afin d'être en mesure de quantifier et de qualifier les effets à court, moyen et long terme des neuromédicaments au Québec, la Commission recommande :

Recommandation n° 1

Que les principaux acteurs approfondissent les connaissances liées aux médicaments psychotropes, notamment :

- a) que le ministre de la Santé et des Services sociaux confie au Conseil du médicament le mandat de dresser le portrait actuel des usages des psychotropes dans la population québécoise et d'en suivre l'évolution dans le temps ;
- b) que les organismes subventionnaires québécois incluent dans leur programmation le financement d'études quantitatives et qualitatives sur les usages des psychotropes et leurs différents types d'impacts ;
- c) que les associations et les ordres professionnels concernés documentent les pratiques de leurs membres concernant les usages des psychotropes.

Améliorer les divers modes d'information

Lors d'une consultation médicale, le médecin prend en compte les conséquences découlant de l'usage de psychotropes et les met en relation avec les bénéfices dont profiterait la personne qui consulte. Dans le cas de l'automédication ou des usages élargis de type « Mode de vie », les effets indésirables et les risques possibles des usages élargis de psychotropes sont souvent méconnus ou sous-estimés par ceux qui y ont recours sans l'avis d'un expert.

Dans tous les cas, les individus obtiennent de l'information par divers canaux, notamment par l'entremise d'Internet et des autres médias.

363 Voir au chapitre 2 la sous-section *Risques et effets secondaires reconnus des médicaments psychotropes*.

364 Sur la notion de polymédication, voir au chapitre 2 la sous-section *Certains profils d'utilisation des neuromédicaments – Deux phénomènes importants*.

Les influences d'Internet

Internet a révolutionné – et continue de modifier – les modes de communication. Son essor rend ce média incontournable dans les lieux de travail, les réseaux scolaires, les communications interpersonnelles, en plus de modifier des habitudes de consommation grâce aux achats en ligne. Internet exerce également une influence sur la diffusion des savoirs par l'intermédiaire de sites d'information scientifique pour spécialistes, mais également par des sites d'information scientifique vulgarisée, des forums de discussion et des blogues. De nombreux avantages découlent de la popularité et de l'accessibilité d'Internet, dont la diversité des sources et l'information qu'on y trouve, qui peut être utile et éducative pour les gens qui la consultent.

Cependant, la qualité de cette information est inégale et sa validité est difficile à vérifier. Par conséquent, elle peut être incomplète, partielle et aller jusqu'à la désinformation. Or, la qualité de cette information et son degré de vulgarisation sont d'autant plus importants lorsque le niveau de littératie des lecteurs est peu élevé.

Lorsqu'il s'agit d'information sur les médicaments, les conséquences peuvent être sérieuses, puisque des sites Internet sont en mesure de rejoindre des individus sensibles à l'utilisation de neuromédicaments³⁶⁵ ou des personnes plus vulnérables car elles s'inquiètent de leur état de santé ou souffrent déjà d'une maladie³⁶⁶. De même, l'essor des cyberpharmacies et des achats en ligne – avec une absence de suivi après-achat – soulève la question de la validité des informations fournies et de l'innocuité des médicaments vendus.

Devant la difficulté de discriminer la qualité de l'information retrouvée sur Internet et afin de s'assurer que les citoyens consomment de façon sécuritaire des psychotropes, la Commission recommande :

Recommandation n° 2

Que les principaux acteurs s'assurent de la fiabilité de l'information transmise à la population par Internet, notamment :

- a) que le ministre de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Conseil du médicament et les associations et les ordres professionnels concernés, propose à l'intention du public des sources ou des sites d'information vulgarisée fiables sur Internet;
- b) que l'Ordre des pharmaciens du Québec sensibilise la population aux risques de se fier uniquement à l'information trouvée sur Internet et à l'importance de valider cette information auprès des professionnels de la santé.

L'influence des autres médias

Les messages diffusés dans les médias de masse et ceux que l'on trouve dans la littérature savante sur la notion d'amélioration varient selon la nature des améliorations qui sont susceptibles d'être apportées. Ainsi, les améliorations physico-esthétiques sont socialement acceptées, les améliorations physico-sportives par dopage sont réprouvées et les améliorations cognitives comme la régularisation des comportements et de l'humeur au moyen de psychotropes sont généralement présentées de manière très positive³⁶⁷.

Du côté de la *littérature scientifique*, trois tendances se dégagent quant aux neuromédicaments. La première, de moindre importance, considère que le développement des usages améliorants indique une appropriation biologique comme moyen de résoudre des problèmes sociaux³⁶⁸, tels que le vieillissement, mal perçu et mal vécu, et l'iniquité socioéconomique. La seconde, plus fréquente, reprend l'idée de la résolution de problèmes personnels ou sociaux à l'aide de médicaments, sans toutefois insister sur l'aspect biologique et déterministe³⁶⁹. Enfin, la tendance la plus répandue se retrouve dans la littérature biomédicale, qui reconnaît l'existence d'usages élargis des psychotropes mais considère qu'il est utopique de vouloir les interdire³⁷⁰ : c'est l'argument d'inévitabilité³⁷¹ ; par conséquent, il vaut mieux les accepter et les réglementer.

Les *médias grand public*, écrits et électroniques, bénéficient pour leur part d'une large pénétration dans les foyers québécois. Au regard des incertitudes qui subsistent en neurosciences, particulièrement en ce qui concerne les neuromédicaments, ils ont un devoir incontournable de compétence scientifique. Or, la place et le traitement accordés aux avancées scientifiques, notamment en matière de médicaments, accusent des lacunes importantes³⁷². En raison de leur influence, les acteurs du domaine de l'information – les journalistes, les chercheurs, le personnel cadre et les propriétaires – ont la responsabilité de présenter une information juste à leur public. À cet effet, les membres d'un ensemble d'organismes associatifs, tels que la Fédération professionnelle des journalistes du Québec (FPJQ), l'Association des journalistes indépendants du Québec (AJIQ) et l'Association des communicateurs scientifiques du Québec (ACS), peuvent s'appuyer sur des codes de déontologie ou des codes d'éthique.

Enfin, les réseaux des bibliothèques publiques jouent un rôle important dans la diffusion des savoirs puisqu'ils rejoignent 95% de la population québécoise, dont environ 30% y sont abonnés³⁷³. Il est à noter l'importance de la Grande Bibliothèque du Québec dont la mission nationale en fait une bibliothèque incontournable au Québec. Quant aux réseaux de bibliothèques municipales, ils seraient renforcés par la désignation locale d'une bibliothèque servant de centre documentaire en santé et nourrissant les autres bibliothèques de sa municipalité ou de sa région. Cette bibliothèque offrirait une information scientifique complète et à jour, et intégrerait diverses plateformes d'information – périodiques, livres et encyclopédies, en format papier et en ligne, expositions et accès Internet, etc. Ultimement, la création d'une médiathèque consacrée à la santé pourrait voir le jour, comme le propose le modèle de la Cité de la santé implantée au sein de la Bibliothèque de la Cité de la science et de l'industrie de La Villette (Paris).

- 365 Cette notion de vulnérabilité de certains utilisateurs a été abordée dans le chapitre 2, à la section *Certains profils d'utilisation des neuromédicaments*.
- 366 EUROPEAN PUBLIC HEALTH ALLIANCE, *op. cit.*, BERGER *et al.*, *op. cit.*, et RACINE *et al.* (2007), *op. cit.*, présentent quelques études à ce sujet.
- 367 En 2008, le périodique scientifique *Nature* a mené sur Internet une consultation concernant les utilisations de trois médicaments (méthylphénidate, modafinil et les bêtabloquants). Entre autres résultats de cette enquête informelle, 80% des répondants (1 400 provenant de 60 pays) ont répondu que des adultes en santé devraient avoir accès à des usages améliorants s'ils le désirent (Brendan MAHER, « Poll Results: Look Who's Doping », *Nature*, vol. 452, n° 7188, 2008, p. 675). Voir aussi Henry T. GREELY *et al.*, « Towards Responsible Use of Cognitive-Enhancing Drugs by the Healthy », *Nature*, vol. 456, n° 7223, 2008, p. 702-705; RACINE et FORLINI, *op. cit.*, ainsi que la sous-section du chapitre 1 *Médias: informations et espace critique*.
- 368 Notamment HOGLE, *op. cit.*, p. 696. Le philosophe Michel FOUCAULT s'est penché dès les années 1970 sur la place de plus en plus centrale qu'occupent la biologisation et la médicalisation dans notre compréhension du monde (entre autres dans *Surveiller et punir, La volonté de savoir, Le souci de soi* et « La naissance de la médecine moderne », dans *Dits et écrits*).
- 369 Cette idée a été présentée notamment dans le chapitre 3, à la sous-section *Les usages élargis de type « Mode de vie »* (Lifestyle).
- 370 Voir entre autres: RACINE et FORLINI, *op. cit.*; Susan S. BUSH, « Neurocognitive Enhancement: Ethical Considerations for an Emerging Subspecialty », *Applied Neuropsychology*, vol. 13, n° 2, 2006, p. 125-136; HALL, *op. cit.*, p. 1105-1109; ROSE, *op. cit.*, p. 975-979.
- 371 DEES, *op. cit.*, p. 374; Anjan CHATTERJEE, « Cosmetic Neurology and Cosmetic Surgery: Parallels, Predictions, and Challenges », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 16, n° 2, 2007, p. 131-132; Thomas H. MURRAY, « Enhancement », dans Bonnie STEINBOCK (dir.), *The Oxford Handbook of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 2007, p. 500.
- 372 Ce point est détaillé dans le chapitre 1, à la section *Médias: informations et espace critique*. Notamment CASSELS *ET AL.*, *op. cit.*, p. 1133-1137 analysent la couverture de journaux canadiens concernant cinq nouveaux médicaments.
- 373 Ils desservent exactement 94,96% de la population, dont 29,73% détiennent un abonnement (MINISTÈRE DE LA CULTURE, DES COMMUNICATIONS ET DE LA CONDITION FÉMININE, *Bibliothèques publiques: statistiques 2006*, Québec, 2008, p. 9).

Ainsi, en présentant avec nuance les risques, les bénéfices et les questions, les médias et les diffuseurs d'information scientifique participent activement et objectivement aux débats sociaux autour des psychotropes et de leurs usages élargis. À cet effet, la Commission recommande :

Recommandation n° 3

Que les acteurs du domaine de l'information s'assurent de diffuser une information scientifique critique, équilibrée et complète sur les connaissances et les incertitudes relatives aux troubles en santé mentale, aux usages des médicaments psychotropes et aux traitements non pharmacologiques utilisés dans le traitement de troubles mentaux et neurologiques.

La Commission invite les acteurs de l'information à évaluer leurs rôles et leurs pratiques en matière d'information sur la santé. Pour ce faire, ils peuvent faire appel aux groupes de recherche québécois qui étudient les médicaments psychotropes, les troubles de santé mentale ou l'influence des médias dans la société.

D'autres acteurs à interpeller dans une perspective globale

En plus de la protection de l'individu, il apparaît à la Commission que les usages élargis des psychotropes touchent la protection de la population. Trois sources de risques et de coûts sociaux découlant des usages élargis de neuromédicaments ont été signalées dans l'avis : les pressions exercées sur le réseau de soins et de services de santé, le modèle actuel de pratique médicale et la forte représentation de certains profils d'utilisation.

- *Les pressions exercées sur le réseau de soins et de services* constituent une conséquence directement liée à la conduite des individus. Comme il a été mentionné au chapitre précédent, la hausse du recours aux psychotropes est susceptible d'entraîner une augmentation des accidents routiers et des accidents de travail, ainsi que des comportements impulsifs ou agressifs envers autrui. Or, le filet de sécurité sociale québécois prend en charge les frais médicaux en cas d'accidents ou à la suite de comportements agressifs, et prévoit un revenu d'appoint en cas d'accident de travail ou d'accident de la route par le truchement des prestations de la CSST et de la SAAQ. Il en résulte des pressions sur le personnel du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des pressions financières, celles-ci étant supportées par la collectivité.
- *Le modèle de pratique médicale*, c'est-à-dire le recours à la prescription de psychotropes pour pallier parfois la difficulté de diriger vers un autre professionnel comme un travailleur social ou un psychologue. Ces limites actuelles du système participent aux phénomènes de médicalisation, de médication et de banalisation des psychotropes, phénomènes qui préoccupent la Commission. Ce modèle exerce également des pressions financières sur le réseau de soins et de services de santé quand on considère les honoraires de consultations médicales pour la prescription et le suivi, les honoraires des pharmaciens ainsi que sur le coût global des médicaments³⁷⁴.
- Les coûts sociaux associés à *la forte représentation de certains profils d'utilisation* sont plus difficiles à cerner. Les profils en question sont liés à l'âge, au genre et à la situation économique³⁷⁵. Ainsi, les personnes mineures, les aînés, les femmes et les personnes socioéconomiquement défavorisées se démarquent dans l'utilisation des psychotropes. Dès lors, quelles pourraient être les répercussions des usages élargis de neuromédicaments sur les perceptions sociales de ces groupes ainsi que sur la perception de soi pour les personnes qui se trouvent dans ces groupes?

Dans la prise en compte de la valeur « protection de la santé et de la sécurité des personnes », les professionnels du réseau de santé et des services sociaux, l'industrie pharmaceutique et l'État sont les principaux acteurs concernés.

Les professionnels du réseau de santé et des services sociaux

Les médecins, les pharmaciens, les infirmières, les psychologues et les travailleurs sociaux sont les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux les plus directement concernés par les usages des médicaments. Les conditions de leurs pratiques professionnelles sont exigeantes. En effet, les intervenants travaillent dans un réseau dont l'organisation n'est pas optimale, ce qui ne les dégage pas de l'obligation de maîtriser une quantité d'informations très spécialisées. Les médecins et les pharmaciens sont également l'objet de diverses pressions exercées par l'industrie pharmaceutique ainsi que par les patients ou leur entourage. C'est dans cet univers complexe que s'exerce dorénavant la responsabilité professionnelle des intervenants.

Pour les médecins qui sont les prescripteurs des neuromédicaments, deux nouvelles questions se posent ; la première est liée à l'incertitude face aux psychotropes et la deuxième concerne leur responsabilité sociale.

Comme il a été exposé précédemment, de nombreuses inconnues persistent³⁷⁶ sur des aspects tels que les cascades moléculaires, les mécanismes sous-jacents à la plasticité neuronale, les rôles des neurotransmetteurs, les répercussions possibles d'un neuromédicament sur les autres régions du cerveau, les effets potentiels à moyen et à long terme des psychotropes, etc. Ces incertitudes peuvent créer chez les médecins cliniciens un inconfort dans la prise de décision, voire mener à un dilemme moral, et ce, particulièrement chez les médecins omnipraticiens. En effet, ceux-ci prennent en charge la majorité des patients souffrant de troubles mentaux ou neurologiques ; or, même pour eux, l'information existante est d'un niveau élevé de complexité, souvent éparse ou difficile d'accès. Ils gagneraient à accéder à une information scientifique plus centralisée et organisée. C'est pourquoi la Commission recommande :

Recommandation n° 4

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Conseil du médicament, les associations et les ordres professionnels concernés :

- a) mette sur pied un mécanisme accessible de diffusion de l'information relative aux psychotropes ainsi qu'à l'état des connaissances sur les traitements non pharmacologiques ;
- b) élabore des lignes directrices sur les meilleures pratiques cliniques en santé mentale ;
- c) développe des outils d'aide à la décision.

374 Les impacts financiers ne sont cependant pas démontrés au niveau de l'individu. En effet, les autres formes d'intervention professionnelle – psychologues, travailleurs sociaux et autres experts – se retrouvent principalement dans le système privé de services et non dans le système public. Leurs honoraires constituent des coûts directs pour les individus, contrairement au biais indirect des impôts et des taxes. Si ces ressources extra-médicales venaient à prendre une place accrue dans le réseau public, il faudrait en dégager les impacts financiers nets. Ce point sera abordé plus loin dans l'avis.

375 Voir au chapitre 2 la section *Certains profils d'utilisation des neuromédicaments*.

376 Le chapitre 2 aborde en plusieurs endroits des incertitudes liées à la connaissance du SNC.

La deuxième question renvoie les médecins à la dimension sociale de leur rôle. Leur expertise dans le domaine de la santé confère à leurs avis et à leurs gestes médicaux une autorité et une légitimité sociales. Dès lors, il apparaît important qu'ils se penchent sur le rôle qu'ils jouent ou qu'ils se reconnaissent dans les phénomènes de médicalisation et de médication de situations et d'événements de la vie, comme un deuil, un échec professionnel ou une grande timidité. De même, la place accordée aux thérapies non pharmacologiques lors des consultations médicales relatives à ces événements représente un autre aspect de leur rôle social. Leur rôle dans l'élargissement de la sphère thérapeutique et leur part de responsabilité sociale quant aux conséquences en découlant constituent, en ce sens, des éléments de débat. À cet effet, la Commission recommande :

Recommandation n° 5

- a) Que les associations et les ordres professionnels concernés sensibilisent leurs membres aux phénomènes de médicalisation et de médication ainsi qu'à l'existence et aux conséquences possibles des usages élargis des psychotropes.
- b) Que les universités ainsi que les associations et les ordres professionnels concernés offrent des programmes intégrés en santé mentale dans les cursus de base et dans les programmes de formation continue.
- c) Que les universités ainsi que les associations et les ordres professionnels concernés intègrent les traitements non pharmacologiques dans les cursus de base et dans les programmes de formation continue.

Enfin, la Commission invite les associations, fédérations et ordres professionnels présents dans le réseau de santé et des services sociaux, ainsi que leurs membres, à réfléchir de façon large à deux dimensions de leur responsabilité professionnelle.

Il s'agit en premier lieu de la prise en compte du caractère asymétrique de la relation entre le professionnel et le profane. En effet, lorsque les gens consultent des experts, ils se reconnaissent une certaine vulnérabilité, un savoir qui leur manque et que les experts possèdent. Un pouvoir implicite est ainsi accordé à ces derniers³⁷⁷. Leur responsabilité est immense : elle est liée au savoir qu'ils possèdent, et leur pouvoir sur les gens qui les consultent est à la hauteur de leur savoir³⁷⁸.

En second lieu, de nouveaux questionnements émergent de certains gestes professionnels. Par exemple : la place accordée à la prévention augmente-t-elle la fréquence des usages élargis de type « Médical » et « Mode de vie » ? Comment réagissent les professionnels de la santé devant l'ampleur du phénomène des usages élargis ? Comment se positionner à l'égard de sa responsabilité professionnelle lorsqu'on doit composer avec la réalité des usages élargis et la demande du « mieux que bien » ?

Les entreprises pharmaceutiques

Au Canada, les entreprises pharmaceutiques novatrices sont les principaux commanditaires des essais cliniques qui constituent la base de l'homologation des médicaments; elles jouent également un rôle de premier ordre dans la veille pharmacologique une fois ceux-ci commercialisés. Par conséquent, les entreprises pharmaceutiques constituent des acteurs centraux dans l'information relative à la sécurité des personnes. Elles doivent dès lors concilier les impératifs d'efficacité et d'innocuité de leurs produits avec leur visée de rentabilité et leur responsabilité sociale.

Or, selon plusieurs auteurs, les entreprises pharmaceutiques sont activement impliquées dans les phénomènes de médication et de médicalisation (ou *Disease Mongering*)³⁷⁹. Elles tirent avantage de l'existence des usages élargis de type « Médical », notamment à la suite de l'élargissement des indications médicales approuvées associées aux seuils diagnostiques. À cet égard, on retiendra qu'en ce qui concerne les indications médicales reconnues, la Food and Drug Administration (FDA, États-Unis) a publié en 2009 un guide de pratiques qui permet aux compagnies pharmaceutiques d'utiliser des articles scientifiques revus par des pairs et qui portent sur des usages non approuvés³⁸⁰. De façon générale, la reconnaissance de nouvelles indications médicales, et maintenant la publication de certains résultats dans des périodiques scientifiques avec comité de lecture, pour un médicament déjà sur le marché augmente le bassin de consommateurs³⁸¹.

L'importance donnée par les entreprises pharmaceutiques aux différentes activités de recherche, de formation, de promotion et de commercialisation des médicaments est connue³⁸². De ce constat, la Commission dégage quatre niveaux de responsabilité :

- **Sur le plan de la recherche**, le développement des médicaments est encadré par divers processus normatifs. La phase IV des essais cliniques vise particulièrement la pharmacovigilance, c'est-à-dire le suivi des médicaments et de leurs effets une fois qu'ils sont commercialisés. La façon dont cette phase est menée par l'industrie fait l'objet de critiques, notamment parce qu'elle peut servir de stratégie de commercialisation³⁸³. Outre la pharmacovigilance, la R-D devrait aussi porter sur les effets à moyen et à long terme des psychotropes mis en marché. Cette forme de vigilance augmenterait les connaissances – que l'avis a relevées comme insuffisantes – sur l'innocuité et l'efficacité à moyen et à long terme des médicaments.

377 Ce pouvoir lié au savoir n'est pas exclusif au domaine de la santé et des services sociaux. Pensons aux avocats, aux fiscalistes, aux conseillers en placement, aux architectes, aux ingénieurs, etc.

378 Plusieurs philosophes ont abordé cette question sous diverses perspectives, dont Michel FOUCAULT, entre autres dans *La volonté de savoir* et *Surveiller et punir*; Hans JONAS, *Le Principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*; Paul RICOEUR, notamment « Postface », dans Frédéric LENOIR (dir.), *Le temps de la responsabilité*, Paris, Fayard, 1991, p. 251-270 et « Le concept de responsabilité. Essai d'analyse sémantique », dans *Le juste*, Paris, Seuil, 1995, p. 41-70.

379 Des références de la sous-section du chapitre 1 *Les notions incontournables – Médicalisation de traits et de comportements non pathologiques* s'intéressent à leur rôle, dont la série d'articles de *PLoS Medicine* (« Disease Mongering », vol. 3, n° 4, 2006, adresse URL : http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=browse&issn=1549-1676&method=pubdate&online_pubdate_start=04/11/2006&online_pubdate_end=04/11/2006&search_fulltext=1&order=online_date&row_start=1&limit=10).

380 Janice Hopkins TANNE, « FDA Allows Drug Firms to Distribute Journal Articles about Unapproved Uses », *British Medical Journal*, vol. 338, n° 7688, 2009, p. 193. Le guide de la FDA peut être consulté à l'adresse suivante : <http://www.fda.gov/oc/opj/goodreprint.html>.

381 David GILBERT et al., « Lifestyle Medicines », *British Medical Journal*, vol. 321, n° 7272, 2000, p. 1342.

382 Cet élément a été abordé au chapitre 1, à la section *Industrie pharmaceutique : R-D et intérêts financiers* et au chapitre 3, à la sous-section *Les usages élargis de type « Médical » – Certains facteurs intervenant dans les pratiques de prescription – L'influence de l'industrie pharmaceutique*.

383 Voir notamment MSSS (2007), *op. cit.*, p. 29 et 53-54.

- **Sur le plan de la diffusion des résultats**, les recherches menées par les pharmaceutiques sont à la base de l'homologation des médicaments et de plusieurs avancées de connaissances scientifiques. Il importe donc que l'information qui découle de ces recherches soit transparente et diffusée systématiquement, quels que soient les résultats des recherches. Or, certaines pratiques nuisent à cette nécessité de transparence, dont la rareté de publication des résultats d'essais cliniques négatifs, les clauses de confidentialité des contrats qui empêchent les chercheurs de discuter de leurs recherches et les retards dans la divulgation d'effets indésirables.
- **Sur le plan de la commercialisation**, les entreprises pharmaceutiques doivent trouver l'équilibre entre la recherche du profit et le bien commun. Afin d'atteindre l'objectif de profit fixé par les actionnaires, des investissements sont effectués dans des outils promotionnels et des activités de formation ciblés pour les professionnels de la santé et qui font valoir les éléments bénéfiques des médicaments proposés. Les entreprises développent également des outils promotionnels destinés au grand public. Afin de permettre aux professionnels et aux individus de prendre une décision éclairée, l'information sur les neuromédicaments ainsi que sur leurs bénéfices et leurs risques, autant avérés que potentiels, devrait être présentée de façon compréhensible, équilibrée et exhaustive.
- **Sur le plan de l'éducation et de la formation**, les entreprises pharmaceutiques s'impliquent activement dans des activités de formation, dont leur financement, s'adressant aux professionnels de la santé, en particulier les médecins. Cette dimension de la formation donnée aux médecins est encadrée par le code de déontologie du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM)³⁸⁴ et par le code d'éthique du regroupement des compagnies de recherche pharmaceutiques canadiennes Rx&D³⁸⁵. Devant son importance pour la santé de la population, il importe de répéter que la formation offerte par les pharmaceutiques devrait inclure des connaissances présentées de manière objective et exhaustive.

L'État

Les attentes de la part des citoyens quant à l'innocuité et à l'efficacité des médicaments qu'ils prennent sont élevées. Le fait que ces médicaments soient reconnus par Santé Canada et qu'ils soient prescrits par des médecins tend à renforcer ces attentes et la perception de sécurité. Ainsi, la transparence et la justesse de l'information relative aux risques et aux bénéfices des médicaments sont au cœur de la confiance que les citoyens accordent aux autorités de surveillance, aux entreprises pharmaceutiques et aux prescripteurs. L'État, garant du bien commun, est un acteur majeur qui intervient et régule la recherche de cette information et sa transmission.

Au regard de la protection de l'individu et de la population, deux éléments relatifs au cadre réglementaire ont attiré l'attention de la Commission, soit la publicité directe des médicaments d'ordonnance (PDMO) et le processus d'homologation des médicaments.

Le cadre réglementaire canadien actuel s'adapte mal à la déréglementation intervenue aux États-Unis en 1997 en matière de publicité qui autorise, sans grandes restrictions, la publicité directe des médicaments d'ordonnance (PDMO). Cette forme de publicité est interdite au Canada et fait l'objet de plusieurs règlements³⁸⁶. Toutefois, l'accès aux chaînes de télévision, aux journaux et aux périodiques américains accessibles au Canada a pour effet de contourner aisément cette interdiction. À cause de cette perméabilité, des pressions sont exercées afin que la PDMO soit permise au Canada³⁸⁷.

Ainsi qu'il a été mentionné précédemment, l'un des arguments utilisés en faveur de la déréglementation est que la PDMO permet de rejoindre directement les gens et de mieux les informer par le fait même³⁸⁸. À cet égard, la Commission se distance de cet argument et, faisant sienne la position du Conseil du médicament du Québec³⁸⁹, elle recommande :

Recommandation n° 6

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux intervienne auprès du ministre responsable de Santé Canada pour

- a) que soit maintenue l'interdiction de la publicité directe des médicaments d'ordonnance (PDMO) au Canada aussi longtemps que l'industrie pharmaceutique ou les publicitaires n'auront pas fait la preuve de ses avantages sur la santé de la population et sur le système de santé³⁹⁰;
- b) que la réglementation permette de préserver la spécificité du régime de santé canadien, fondé sur la solidarité³⁹¹;
- c) qu'il s'assure que les règlements existants concernant l'interdiction de la troisième forme de PDMO (mentionnant le médicament, les pathologies visées et les bénéfices associés à son utilisation) soient appliqués aux publicités provenant des États-Unis.

Le processus d'homologation des médicaments retient également l'attention de la Commission. La complexité du fonctionnement du système nerveux central et la rareté des connaissances sur les effets à moyen et long terme des psychotropes appellent une grande prudence dans le processus d'homologation de ces médicaments. À ce sujet, deux faiblesses méritent d'être soulignées :

- le peu de place accordé aux vérifications indépendantes des résultats produits par les entreprises pharmaceutiques;
- les limites théoriques et cliniques sur lesquelles reposent les homologations des médicaments³⁹², dont la petite taille des cohortes de participants aux essais cliniques, le peu d'interactions médicamenteuses dans les essais cliniques et le processus de suivi des effets (les positifs comme les indésirables) une fois le médicament proposé à la population.

Si ce processus n'est pas actualisé et doté d'outils d'évaluation indépendants de l'industrie pharmaceutique, il pourrait ne pas répondre aux attentes élevées et légitimes des citoyens concernant la sécurité des médicaments qu'ils consomment. À cet égard, le nouveau processus d'« homologation progressive³⁹³ » proposée par Santé Canada « repose sur le fait que la connaissance d'un médicament donné progresse au fil du temps³⁹⁴ ». Cette initiative que Santé Canada entend implanter constituerait une amélioration puisqu'elle tient compte de plusieurs critiques adressées au processus actuel.

384 Sur le CQDPCM : <http://www.cemcq.qc.ca/fr/index.cfm>; pour leur code d'éthique en éducation médicale continue : http://www.cemcq.qc.ca/fr/documents/Code_ethique_fr.pdf. L'article 80 du code de déontologie du Collège des médecins rappelle l'indépendance professionnelle et mentionne spécifiquement la formation médicale continue.

385 http://www.canadapharma.org/Pharm_comm/Code/Code%20of%20Ethical%20Practices%20FR%20-%20January%202009.pdf.

386 Voir au chapitre 1 la section *Le cadre normatif entourant les médicaments*.

387 Dont BONACCORSO et STURCHIO, *op. cit.*, p. 910. Le CONSEIL DU MÉDICAMENT DU QUÉBEC discute de cette assertion et la dénonce dans *Publicité directe auprès des consommateurs : le point de vue du Conseil*, Québec, CMQ, 29 mars 2004, 4 p.

388 Voir au chapitre 1 la sous-section *Les défis du cadre normatif – Publicité directe des médicaments d'ordonnance (PDMO)* au sujet de cet argument et des contre-arguments.

389 CONSEIL DU MÉDICAMENT DU QUÉBEC (2004), *op. cit.*

390 *Ibid.*

391 *Ibid.*

392 Pour plus de détails, voir la sous-section du chapitre 1 *Les défis du cadre normatif – Homologation* et la sous-section du chapitre 2 *Les données probantes : outil pour l'évaluation du rapport « risques/bénéfices »*.

393 SANTÉ CANADA, *Projet d'homologation progressive*, 2008a, adresse URL : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/homologation-licensing/plfs_hpfd-fra.php (lu le 28 août 2008); SANTÉ CANADA, *Homologation progressive*, 2008b, adresse URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/homologation-licensing/index-fra.php> (lu le 28 août 2008).

394 SANTÉ CANADA, *Homologation progressive – Contexte*, 2007, adresse URL : <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/homologation-licensing/info-renseign/index-fra.php> (lu le 28 août 2008).

Aussi, des organismes de régulation ont-ils invité les entreprises pharmaceutiques à inscrire dans un registre la totalité des résultats de leurs recherches. L'Organisation mondiale de la santé a créé le *Système international d'enregistrement des essais cliniques* qui vise, d'une part, à réunir les registres existants en un guichet unique de consultation et, d'autre part, à proposer des normes applicables à tous les registres³⁹⁵. L'Association médicale mondiale a rappelé, lorsqu'elle a adopté la révision de la Déclaration d'Helsinki en octobre 2008, l'importance de la publication de tous les résultats – positifs, neutres et négatifs – des essais cliniques³⁹⁶. Au Canada, Santé Canada encourage également l'enregistrement et la divulgation des résultats cliniques dans un registre public³⁹⁷. De son côté, le Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche propose dans sa révision de *L'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* que « tous les essais cliniques devraient être consignés dans un registre public reconnu et facilement accessible par Internet³⁹⁸ ».

À ce jour, ces initiatives reposent sur la participation volontaire des chercheurs et des entreprises pharmaceutiques³⁹⁹. Pour contribuer au maintien du lien de confiance, assurer une meilleure circulation des connaissances et permettre une plus grande transparence,

Recommandation n° 7

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux intervienne auprès du ministre responsable de Santé Canada afin que celui-ci rende obligatoire l'inscription des essais cliniques et de tous leurs résultats dans un registre accessible et qu'il s'assure de sa mise à jour régulière.

Le souci de la sécurité médicamenteuse à l'égard des psychotropes constitue une forme de prudence dont la responsabilité est portée par de multiples acteurs selon diverses modalités. Néanmoins, résoudre les difficultés liées à la gestion du risque et parfaire les connaissances scientifiques ne rendraient pas pour autant les usages élargis des psychotropes nécessairement acceptables sur les plans social et éthique. En effet, l'éthique a une portée beaucoup plus large. Elle s'intéresse au « comment agir » avec les avancées technoscientifiques – leurs utilisations, leurs impacts, avérés ou anticipés, la détermination des enjeux et leur régulation – et au vivre-ensemble. D'autres préoccupations éthiques sont ainsi soulevées par les usages élargis des psychotropes. L'une d'entre elles concerne l'autonomie et l'affirmation de la liberté individuelle.

L'AUTONOMIE ET L’AFFIRMATION DE LA LIBERTÉ INDIVIDUELLE

Dans un contexte où l'autonomie, la liberté et la responsabilisation sont valorisées, la question du lien entre les choix individuels et les limites qui peuvent être imposées est primordiale. Cette question qui est au cœur des débats contemporains se pose, d'une manière particulièrement délicate, dans le cadre de cet avis.

Le sujet moral: un être pensant

Doué de raison et capable de réflexion, autonome et libre, le sujet moral est en mesure de penser ses actions, de répondre de leurs conséquences et d'en être responsable. Cette responsabilité du sujet moral implique un lien de causalité, une capacité de raisonnement, une conscience des actes et des conséquences et une liberté d'agir (ou non). Elle repose sur un postulat: la personne a la capacité de faire ses choix et de prendre ses décisions⁴⁰⁰.

C'est ainsi que durant les dernières décennies, le discours de la responsabilité de l'individu sur sa santé a commencé à prendre forme⁴⁰¹. À la source de ce discours se retrouvent, entre autres, la reconnaissance des droits de l'individu, mais aussi l'impact considérable du style de vie d'une personne sur sa santé⁴⁰². Par conséquent, plusieurs individus ont haussé leur niveau de connaissances et sont devenus plus critiques. Certains sont également sensibles aux pratiques d'autosoins, dont quelques-unes sont promues par les instances gouvernementales⁴⁰³, ou ils s'intéressent à l'automédication.

La Commission est d'avis que le fait de mettre l'accent sur l'autonomie, la liberté et la responsabilité du sujet lui permet d'être un acteur dans la prise en charge de sa propre santé. Dans ce contexte, peut-on imposer, et comment le faire, des limites à l'usage des psychotropes que l'individu juge bons pour lui? Sur quels critères déterminer le moment où les besoins des individus passent avant ceux de la collectivité? Comment concilier autonomie, relations personnelles et solidarité? Peut-on imposer des limites à la prise de décision individuelle lorsque les conséquences négatives (par exemple: intoxication, accidents, chutes) sont assumées par l'ensemble de la société? Que répondre à la personne qui invoque sa propre qualité de vie, notion éminemment subjective, et son autodétermination pour obtenir des psychotropes? Que dire à la personne qui désire des neuromédicaments afin de maintenir ou d'améliorer ses performances?

- 395 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *L'Organisation mondiale de la santé annonce la mise au point de nouvelles normes pour l'enregistrement de tous les travaux de recherche médicale sur des sujets humains*, OMS, 2006, adresse URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr25/fr/index.html> (lu le 5 novembre 2008).
- 396 ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, *op. cit.*
- 397 SANTÉ CANADA, *Avis – Enregistrement et divulgation de renseignements sur les essais cliniques*, Référence 07-128165-369, Ottawa, novembre 2007, 2 p.; SANTÉ CANADA et GROUPE DE TRAVAIL EXTERNE SUR L'ENREGISTREMENT ET LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS SUR LES ESSAIS CLINIQUES (GTE-EC), *Solutions visant à améliorer l'accès du public aux renseignements sur les essais cliniques sur les produits de santé au Canada*, Ottawa, Santé Canada, décembre 2006, 24 p.
- 398 Art. 11.12 (GROUPE CONSULTATIF INTER AGENCES EN ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE, *Proposition de la 2^e édition de L'Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, Secrétariat interagences en éthique de la recherche, décembre 2008).
- 399 Le projet de loi C-51 *Loi modifiant la Loi sur les aliments et drogues et modifiant d'autres lois en conséquence*, déposé à la Chambre des communes le 8 avril 2008 et reporté à la suite de la dissolution du Parlement le 7 septembre 2008, prévoyait d'exiger que tous les essais cliniques cités à l'appui d'une demande de licence aient préalablement été enregistrés.
- 400 Ce qui exclut les personnes mineures et les adultes inaptes (souffrant de démence, de retard mental, etc.).
- 401 Allan M. BRANDT, « Behavior, Disease, and Health in the Twentieth-Century United States », dans Allan M. BRANDT et Paul ROZIN (dir.), *Morality and Health*, New York, Routledge, 1997, p. 63-70.
- 402 Olivier JEANNERET et Theodor ABELIN, « Éthique », dans Felix GUTZWILLER et Olivier JEANNERET (dir.), *Médecine sociale et préventive. Santé publique*, Berne, Éditions Hans Huber, 1996, p. 68.
- 403 À ce sujet, voir au chapitre 1 la sous-section *Les notions incontournables – Montée de la prise en charge personnelle*.

Suggérer de limiter les sujets dans leurs décisions et leurs actions heurte une conception « forte » de l'autonomie dans laquelle les individus sont libres et ont le droit de vivre leur vie comme ils l'entendent, limités seulement par le droit des autres d'en faire autant⁴⁰⁴. Dès lors, si les risques de recourir aux psychotropes ne sont pas démontrés avec certitude ou, s'ils sont acceptés par les utilisateurs, d'autres enjeux éthiques et sociaux sont peu considérés. Pourtant, la question de l'équilibre entre les intérêts individuels et les intérêts collectifs reste entière.

Les pressions externes

L'être humain, dans une société, se reconnaît dans des groupes et il partage des valeurs sociales. S'il est vrai qu'il veut conserver la liberté de ses choix et s'oppose à ce qu'on limite cette dernière, il n'en demeure pas moins que de fortes influences viennent de toutes parts pour que les individus se conforment à différents modèles de groupe, d'attentes professionnelles, d'idéal de comportement ou d'apparence, etc. Ce fait est particulièrement avéré en ce qui concerne l'usage élargi des psychotropes.

L'expression « Tout le monde le fait, fais-le donc » illustre bien les pressions à la conformité qui s'exercent sur l'individu. Elle s'utilise dans de nombreux champs d'activité : à l'école, au travail, dans les loisirs artistiques ainsi que dans les sports. En plus d'encourager la course à la performance, cette expression banalise le recours aux psychotropes qui permet de dominer cette course. De plus, le refus de prendre des psychotropes peut entraîner un jugement moral négatif à l'égard de la personne concernée et, en outre, faire en sorte qu'elle se fasse distancer par ses pairs.

Ainsi, l'autonomie et la liberté de choix des sujets moraux prennent place dans un cadre où l'usage élargi à visée améliorante revêt un sens et s'inscrit dans des finalités sociales⁴⁰⁵. Trop insister sur l'autonomie et la responsabilité individuelle risque de faire oublier les « autres facteurs responsables de la santé d'un individu⁴⁰⁶ », dont l'environnement physique, le milieu social, les valeurs dominantes, de même que les responsabilités des autres acteurs : gouvernement, entreprises, médias, groupes de pression, etc. En outre, certains usages élargis de psychotropes répondent à des exigences sociales⁴⁰⁷ et en taisent les causes sociales⁴⁰⁸. Par conséquent, cette médicalisation de problèmes sociaux par le biais d'usages élargis de type « Médical » ou « Mode de vie » ne s'attaque pas aux sources de ces problèmes⁴⁰⁹.

Si la vision de la performance et de l'amélioration qui s'impose à la société peut mettre en cause l'autonomie de l'individu, il faut ajouter qu'il en va de même pour d'autres groupes « à risque » d'usage élargi des neuromédicaments qui sont souvent vulnérables et se retrouvent dans un rapport de force rarement favorable. Pensons ici aux personnes mineures, aux individus peu scolarisés ou en situation de pauvreté, aux personnes âgées en perte d'autonomie ou isolées, aux travailleurs ne pouvant refuser une « demande » de l'employeur.

Mise en garde de la Commission à propos des pressions externes

La Commission craint que les pressions qui s'exercent dans les multiples sphères et activités sociales et qui visent à homogénéiser les comportements ne conduisent à la prise régulière de médicaments psychotropes.

L'ÉQUITÉ

L'équité peut se comprendre comme le caractère de ce qui est conforme à l'idéal de justice, et ce, considéré indépendamment du droit en vigueur⁴¹⁰. Dans le cadre de l'avis, l'équité signifie que les personnes reçoivent les soins et les services qui répondent à leurs besoins de santé physique et mentale. Cela implique le droit et le sentiment d'avoir un accès au système de soins et de services, un accès aux soins qu'exige leur état spécifique de santé, une continuité dans ces soins, et ce, pour tous les groupes d'utilisateurs.

Or, les usages élargis des médicaments psychotropes tels qu'ils se développent soulèvent des questions d'équité.

D'une part, l'usage des psychotropes va en s'élargissant. Dès 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux ciblait la diminution des usages de certains psychotropes auprès de clientèles précises comme un des objectifs de sa politique de santé et de bien-être⁴¹¹. Or, la révision de cette orientation en 2001 montre que l'objectif n'a pas été atteint et que la situation s'est même détériorée⁴¹². Les données québécoises et canadiennes sur la prévalence de la dépression ainsi que sur la consommation d'antidépresseurs et de psychostimulants illustrent la place prépondérante actuellement occupée par les psychotropes⁴¹³. Les statistiques récentes et les prévisions actuelles concernant le recours aux usages des neuro-médicaments suggèrent que leur utilisation augmentera.

De plus, il ressort de la lecture de la documentation scientifique que les prix des nouveaux psychotropes sont plus élevés que ceux de leurs prédécesseurs. Par conséquent, même si les recours aux neuromédicaments n'augmentent pas, le coût global des dépenses liées aux psychotropes va s'accroître.

Mise en garde de la Commission concernant l'accessibilité aux médicaments

Devant l'augmentation probable de l'utilisation des psychotropes causée par les usages élargis de types « Médical » et « Mode de vie », la Commission est préoccupée par ses conséquences sur l'accessibilité aux médicaments. Elle s'inquiète des répercussions que cette hausse peut avoir sur la liste des médicaments remboursés, sur l'accessibilité financière aux régimes d'assurance médicaments et sur la possibilité que des personnes aux prises avec des pathologies soient placées devant des obligations financières hors de leur portée.

404 DEES expose l'argument sans le partager (*op. cit.*, p. 373). Il s'agit de la posture qu'endossent notamment Maxwell J. MEHLMAN, « Cognition-Enhancing Drugs », *The Milbank Quarterly*, vol. 82, n° 3, 2004, p. 483-506 ainsi que Wrye SENTENTIA, « Neuroethical Considerations: Cognitive Liberty and Converging Technologies for Improving Human Cognition », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1013, 2004, p. 221-228.

405 RACINE (2002), *op. cit.*, p. 89.

406 LEMIRE, *op. cit.*, p. 135.

407 *Ibid.*

408 Erik PARENS, « Is Better Always Good? The Enhancement Project », dans Erik PARENS (dir.), *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, Washington, D.C., Georgetown University Press, 1998, p. 2.

409 BOOD, *op. cit.*, p. 14.

410 Adapté de LAROUSSE, « Équité », *Nouveau Larousse encyclopédique*, 1998, et de Paul FOULQUIÉ, « Équité », dans *Dictionnaire de la langue philosophique*, 6^e éd., Paris, Presses universitaires de France, 1992.

411 MSSS (1992), *op. cit.*, p. 59-60.

412 MSSS (2002a), *op. cit.*, p. 122; MSSS (2002b), *op. cit.*, p. 6.

413 Voir au chapitre 2 la sous-section *Les médicaments psychotropes – Éléments contextuels*.

D'autre part, les usages élargis de type « Médical » et « Mode de vie » seraient favorisés par les ruptures dans la continuité des soins et des services. Le contexte des cliniques « sans rendez-vous », par exemple, se prête très bien aux consultations courtes et aux cas d'urgence, mais n'est pas conçu pour aborder des situations complexes de problèmes de santé mentale ou pour assurer un suivi régulier pour des problèmes de santé chroniques ou récurrents. Ce besoin, normalement satisfait par un rendez-vous avec son médecin omnipraticien ou spécialiste, se heurte à la réalité des délais d'attente. Le psychotrope peut devenir le moyen de faire taire le problème, mais non de le traiter. Les patients ne reçoivent alors pas les soins appropriés.

Cette situation met en évidence une tension sur l'accessibilité au système de santé et de services sociaux puisqu'un cercle vicieux se crée : la pénurie de professionnels de la santé ainsi que l'organisation du réseau faciliteraient les usages élargis de psychotropes ; ceux-ci devant être prescrits par un médecin, le nombre de consultations médicales augmente, réduisant d'autant la disponibilité de ces professionnels ; impossible de boucler la boucle. Ainsi, la rupture dans la continuité des soins et des services met en place des conditions qui engendrent à la fois des usages élargis plus fréquents et une accessibilité moindre au réseau de la santé.

Les défis étant alors de coordonner les soins et de partager les informations, la Commission recommande :

Recommandation n° 8

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux poursuive la mise en œuvre de pratiques intégrées en santé mentale afin d'assurer une meilleure continuité dans les soins et les services et de contribuer à réduire les usages élargis.

Quant aux thérapies non médicamenteuses pertinentes, comme les consultations avec des psychologues, des travailleurs sociaux ou des orthophonistes, les frais des consultations ne sont pas couverts par le système public lorsqu'elles se déroulent dans les cliniques privées ; or, cette situation est fréquente puisqu'il existe une pénurie de ces professionnels dans le réseau public. Certains régimes d'assurance privés remboursent une portion de ces coûts, mais ce ne sont pas tous les Québécois qui ont accès à ces régimes. Ce contexte entraîne une inégalité d'accès aux soins et services pour des services non médicaux.

Cette situation d'iniquité relativement à l'accès aux soins est d'autant plus préoccupante que, dans plusieurs situations de maladies mentales et neurologiques, la combinaison « traitement médicamenteux – psychothérapie » donne de meilleurs résultats à court terme pour les individus souffrants⁴¹⁴. Certaines études montrent qu'à long terme des thérapies non médicamenteuses – notamment les psychothérapies, une alimentation saine et l'exercice physique – donneraient des résultats positifs durables pour plusieurs troubles mentaux ou neurologiques, comme la dépression, l'anxiété et les pathologies liées à la diminution des fonctions cognitives⁴¹⁵.

Afin d'assurer l'équité et l'accessibilité au réseau de soins et aux différents régimes d'assurance médicament, valeurs fondatrices du système de soins de santé québécois, la Commission recommande :

Recommandation n° 9

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux :

- a) mette en place les conditions pour améliorer l'offre de service au sein du système public de services offerts par des professionnels pour des thérapies non pharmacologiques utilisées dans le traitement de troubles mentaux et neurologiques ;
- b) étudie les conditions d'un remboursement par le régime d'assurance maladie du Québec de services professionnels privés fournis pour des thérapies non pharmacologiques utilisées dans le traitement de troubles mentaux et neurologiques.

Il est à noter que les effets positifs d'un accès accru aux thérapies non médicamenteuses sur le réseau restent à démontrer, tant sur le réseau de soins que sur la santé des personnes et le bien-être collectif. En effet, il est possible que l'effort global demandé aux professionnels de la santé et des services sociaux ne diminue pas, ou que les sommes allouées au budget du ministère de la Santé et des Services sociaux ne soient pas revues à la baisse. Toutefois, la Commission pense qu'il serait intéressant d'explorer cette avenue afin de vérifier l'existence de gains d'efficacité pour les ressources humaines et financières du réseau. De plus, un recours plus systématique et accessible aux thérapies non pharmacologiques pourrait permettre de démedicaliser et démédicamenter certains événements de la vie qui ne relèvent pas nécessairement de la sphère médicale. Ce repositionnement des différents acteurs pourrait aussi avoir comme effet de réduire la fréquence des usages élargis de type « Médical ». Pour être en mesure de caractériser les effets possibles sur le réseau public d'un accès aux traitements non pharmacologiques, la Commission recommande :

Recommandation n° 10

Que les organismes subventionnaires québécois incluent dans leur programmation le financement d'études quantitatives et qualitatives portant sur les effets d'un recours accru aux thérapies non pharmacologiques sur le système public de services.

414 Voir entre autres : Ian M. ANDERSON *et al.*, « Evidence-Based Guidelines for Treating Depressive Disorders with Antidepressants: A Revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology Guidelines », *Journal of Psychopharmacology*, vol. 22, n° 4, 2008, p. 343-396 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, Québec, 2005, notamment p. 43 ; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2001), *op. cit.* ; COMITÉ DE REVUE DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS (CRUM), *Étude sur les stimulants utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Rapport d'étude*, Québec, CRUM, 2001, p. 23 ; Francine DUFORT *et al.* présentent une revue de littérature à ce sujet (« À propos de quelques incursions de la psychologie dans la chaîne du médicament. Le cas des médicaments psychotropes », dans LÉVY et GARNIER (dir.), *op. cit.*, p. 373-377). Des auteurs de méta-analyses de revues de littérature concluent que, dans certaines études portant sur des pathologies et un type de population précis, des traitements psychologiques démontrent la même efficacité que des thérapies médicamenteuses (ANDERSON *et al.*, *op. cit.* ; David H. BARLOW, « Psychological Treatments », *American Psychologist*, vol. 59, n° 9, 2004, p. 871-873 ; CRUM, *op. cit.*, p. 68).

415 Notamment : Falk LEICHSENRING et Sven RABUNG, « Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-analysis », *Journal of the American Medical Association*, vol. 300, n° 13, 2008, p. 1551-1565 ; BMA, *op. cit.*, p. 8-9 ; POST, *op. cit.*, p. 1.

LES REPRÉSENTATIONS DE L'ÊTRE HUMAIN

Les neuromédicaments influencent le fonctionnement du cerveau, organe représentant les facultés supérieures, le siège de l'esprit, de l'âme, de l'identité personnelle. Par conséquent, les effets symboliques sur la relation avec le « soi », l'identité individuelle et la conception de l'être humain diffèrent de ceux qu'ont les autres classes de médicaments. C'est pourquoi les psychotropes suscitent, dans la foulée des neurosciences, des débats philosophiques de fond à propos de la nature humaine⁴¹⁶.

Voici quelques-unes de ces questions : Sommes-nous « nous-mêmes » lorsque nous agissons sous l'influence de médicaments qui modifient nos schèmes de pensée, nos comportements, notre humeur et nos fonctions cognitives ? Jusqu'à quel point ces médicaments modifient-ils l'identité de la personne et transforment-ils son rapport au monde ? Est-ce que nos pensées et nos gestes sont perçus alors comme étant authentiques ? Les actions posées sous l'effet des psychotropes sont-elles reconnues comme « nôtres » par notre entourage ? Est-ce qu'un usage ponctuel, à l'effet limité dans le temps, diffère d'un usage régulier qui modifie de façon durable le fonctionnement habituel ? Doit-on juger différemment la moralité des actes posés sous usage élargi de psychotropes ?

Bien que ces questions ne soient pas exclusives aux usages élargis des neuromédicaments, elles se posent avec moins d'intensité lorsque l'usage des médicaments vise des fins thérapeutiques. Dans ces situations, les médicaments permettent de recouvrer la santé ou de la maintenir, ce qui n'est pas le cas de tous les usages élargis de psychotropes.

Nature humaine et méliorisme

La volonté de s'améliorer fait partie de la condition humaine, et cela inclut l'amélioration des fonctions cognitives. En effet, « avoir une meilleure mémoire, être plus capable d'attention et de concentration, ce sont là des perfectionnements de nos capacités naturelles, dont on peut difficilement prétendre qu'ils altèrent le sens que cela a d'être un être humain⁴¹⁷ ».

La question de l'amélioration par des médicaments psychotropes suscite des débats sur les visions que l'on entretient de l'être humain, de la vie réussie et de la réalisation de soi. À ce sujet, la Commission s'est déjà penchée sur la relation entre les avancées technoscientifiques des neurosciences et les questionnements qu'elles soulèvent sur le statut ontologique de l'humain :

« Certains développements – même s'il s'agit surtout d'interventions physiques dans un esprit de bénéfices thérapeutiques – soulèveront bon nombre d'interrogations fondamentales en ce qui concerne les représentations personnelles et sociales de l'identité humaine : ce que nous comprenons et considérons comme être *humain*, ce qui est jugé normal (ou *acceptable*) et ce qui ne l'est pas⁴¹⁸. »

En effet, les sociétés occidentales placent le cerveau au centre de la conception de ce qu'est une personne et de son identité. Il est l'organe de la pensée, de la conscience, de l'agir/non-agir, des souvenirs, de l'individualité⁴¹⁹. Perdre nos capacités cognitives – dont la mémoire – peut modifier ce qui nous définit comme individu⁴²⁰. Or, les médicaments psychotropes touchent aux fondements chimiques et biologiques du cerveau, et, par conséquent, renvoient à ce que nous sommes, à notre essence. Si ce débat sur la nature humaine a déjà été entamé avec l'essor de la génétique, il revient avec force avec les neuromédicaments, plus faciles d'utilisation que les techniques génétiques et ayant une relation plus directe avec notre « soi »⁴²¹.

Nature humaine et amélioration – l’humanisme et le transhumanisme/posthumanisme

L’humanisme moderne instaure une coupure radicale : il distingue l’Homme de la Nature et place le premier au-dessus de la seconde. L’Homme devient une fin en soi et il ne peut être instrumentalisé, même à des fins améliorantes. Il existe donc une « authenticité » de l’être humain, et l’intégrité de la nature humaine doit être respectée.

Le transhumanisme et le posthumanisme postulent la plasticité⁴²² physique et neurologique de l’être humain. Celui-ci peut recourir aux technologies existantes afin d’améliorer les capacités physiques et cognitives et d’accélérer l’évolution, notamment par les thérapies géniques, les médicaments psychotropes, les implants cérébraux, etc.⁴²³. La différence entre ces deux idéologies en est une de degré : le transhumanisme recourt aux techniques pour améliorer ses capacités physiques, intellectuelles et psychologiques de l’humain, tandis que le posthumanisme vise à transformer et à dépasser la nature humaine jusqu’au point où, possiblement, aucune caractéristique physique définissant actuellement l’être humain ne subsiste⁴²⁴.

Ces deux conceptions, l’humanisme et le transhumanisme/posthumanisme, s’opposent franchement⁴²⁵.

Les promesses portées par les psychotropes pour l’amélioration des fonctions cognitives heurtent ceux qui croient que la nature humaine est basée sur l’évolution naturelle et progressive. Pour les

416 Lire notamment Jean-Pierre CHANGEUX, *L’homme de vérité*, Paris, Odile Jacob, 2002, 446 p.; Francis FUKUYAMA, *La fin de l’homme*, Paris, Gallimard, 2004, 448 p.; Dominique LECOURT, *Humain, posthumain*, Paris, Presses universitaires de France, 2003, 192 p.

417 BAERTSCHI, *op. cit.*

418 COMMISSION DE L’ÉTHIQUE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (CEST), *Éthique et nanotechnologies : se donner les moyens d’agir*, Québec, CEST, 2006, p. 57.

419 FARAH (2005), *op. cit.*, p. 38-39. Le texte de RACINE (2002, *op. cit.*, p. 69-100) analyse cette question. Dans sa revue de littérature portant sur la neuroéthique, Barbara NICHOLAS présente quelques métaphores sur le cerveau (*op. cit.*, p. 10).

420 BMA, *op. cit.*, p. 18, 25-26; DEES, *op. cit.*; ROOT WOLPE (2002), *op. cit.*, p. 387-388, 393-394; ROSE, *op. cit.*, p. 975.

421 FARAH (2002), *op. cit.*, p. 1128. Alex MAURON en fait l’objet d’un article : « Renovating the House of Being: Genomes, Souls, and Selves », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1001, 2003, p. 240-252.

422 MURRAY, *op. cit.*, p. 502-503. Le journaliste québécois Antoine ROBITAILLE a fait une présentation intéressante de ces courants dans *Le Nouvel Homme nouveau. Voyage dans les utopies de la posthumanité*, Montréal, Éditions du Boréal, 2007, 220 p.

423 HOOK, *op. cit.*; BOSTROM, *op. cit.*, p. 4-7.

424 BOSTROM, *op. cit.*, p. 4-7. Voir également une analyse éthique du discours transhumaniste et du concept de plasticité dans Bruno LECLERC et Geneviève TRÉPANIER, « L’être humain est-il perfectible et expérimentable ? Réflexions autour du postulat transhumaniste de la plasticité du vivant », dans Jean-Pierre BÉLAND (dir.), *L’Homme biotech : humain ou posthumain ?*, Québec, Presses de l’Université Laval, 2006, p. 45-54.

425 Comme le démontre Hubert DOUCET, « À l’ère des neurosciences, l’éthique ne peut-elle être que naturaliste ? », dans Solange LEFEBVRE (dir.), *Raisons d’être. Le sens à l’épreuve de la science et de la religion*, Montréal, Presses de l’Université de Montréal, 2008, p. 77-88.

tenants d'une nature humaine « authentique », les neuromédicaments peuvent être utilisés afin de soigner et de soulager les gens souffrant d'une maladie ; les améliorations cognitives résultant du recours aux neuromédicaments ne sont pas naturelles, et, partant, elles sont inacceptables. De plus, elles bouleversent l'ordre des choses et, de ce fait, l'être humain « se prend pour Dieu »⁴²⁶ – au-delà du sens religieux, il s'agit du manque d'humilité et du non-respect des choses données ; de plus, il faut comprendre que l'humain agit ainsi avec des forces non maîtrisées et aux conséquences inconnues.

Pour les transhumanistes/posthumanistes, l'être humain ne se contente pas de ses limites naturelles. Au contraire, il cherche toujours à les dépasser et n'hésite pas à recourir à des techniques externes. Par exemple, il chasse avec des armes qu'il a inventées et forgées, il porte des lunettes pour améliorer sa vision. Dans les visées transhumaniste et posthumaniste, les neuromédicaments font partie de l'évolution humaine ; en plus des usages thérapeutiques, ils doivent être accessibles à des fins améliorantes tout en étant encadrés afin de réduire les risques pour la santé des gens.

Ces deux conceptions de l'être humain sont difficilement réconciliables. Pour les uns, la manipulation des fondements biologiques représente un affront à notre humanité⁴²⁷ ; pour les autres, cette possibilité fait partie intégrante de notre nature.

Quelques représentations de l'être humain

Dans les sociétés modernes, trois représentations de l'humain se distinguent particulièrement et modulent les dimensions de la responsabilité, du libre arbitre, de la conscience et de la spiritualité⁴²⁸.

- La première représentation de l'être humain est de nature religieuse⁴²⁹. Dans celle-ci, l'humain est la création de Dieu. En découle une première interprétation : modifier la nature humaine par des usages améliorants de médicaments revient à modifier l'œuvre de Dieu, voire à se prendre pour Dieu. En cherchant les progrès scientifiques qui paraissent dépasser le cours normal des choses, l'être humain ne reconnaît plus ses limites : il prendrait la place de Dieu et ferait donc acte d'idolâtrie⁴³⁰. Cette conception n'est pas la seule que l'on retrouve dans les traditions religieuses. Ainsi, une deuxième reconnaît que l'évolution de la vie et de l'humain se fait lentement et naturellement, sans recours externes à la nature⁴³¹. Une troisième affirme même qu'en améliorant les conditions de la vie humaine, l'être humain collabore avec Dieu pour accomplir l'œuvre de la création : n'est-il pas créé à son image⁴³² ?

- La deuxième représentation de l'être humain est fondée sur un certain naturalisme⁴³³. Différentes formes existent, et l'une des plus connues postule que l'être humain est déterminé biologiquement et génétiquement. Les pensées, les décisions et les actions sont les produits exclusifs des connexions interneuronales et des concentrations chimiques de divers neurotransmetteurs.
- La troisième représentation, le dualisme, consiste à reconnaître que si le cerveau et l'esprit sont reliés, ils n'en sont pas moins de nature différente⁴³⁴: le premier est constitué de matière alors que le second est immatériel. Par exemple, il est possible de déduire le fonctionnement du cerveau à l'aide d'équipement d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf), mais nul n'a jamais vu une pensée. Ainsi, selon cette école, « être humain » englobe la partie biologique, mais la dépasse en incluant la conscience, les pensées, les souvenirs, l'anticipation, les comportements⁴³⁵. Tenant compte de la dimension biologique, cette représentation reconnaît une part de déterminisme dans les décisions et les actions humaines⁴³⁶.

Ces représentations de l'être humain sont bouleversées par l'avancée des connaissances neuroscientifiques ainsi que de certains usages des psychotropes. Ainsi, les usages améliorants et régularisants de neuromédicaments, qu'ils soient de source « Médicale » ou « Mode de vie », influencent certains fondements des conceptions de l'être humain et de la vie en société, dont la normalité, la souffrance, la performance et l'effort, dont il faut prendre acte.

La normalité

Que signifie être « normal » ? Comme il a été mentionné précédemment⁴³⁷, les réponses varient dans le temps et selon les personnes, les groupes et les sociétés. Statistiquement ou socialement, être « normal » signifie correspondre à un standard. Toutefois, la diversité humaine rend difficile d'imaginer qu'il existe un standard étalon concernant les fonctions cognitives⁴³⁸. Toute définition de la normalité se veut donc complexe, subjective et évolutive.

426 Michael J. SANDEL, « The Case against Perfection », *The Atlantic Monthly*, vol. 293, n° 3, 2004, p. 51-62 ; Nick BOSTROM et Anders SANDBERG, « Cognitive Enhancement: Methods, Ethics, Regulatory Challenges », manuscrit non publié, 2006, 33 p., adresse URL: <http://www.nickbostrom.com/cognitive.pdf> (lu le 24 octobre 2007).

427 ROOT WOLPE (2002), *op. cit.*, p. 394. :

428 Martha J. FARAH, « Neuroethics: A Guide for the Perplexed », *Cerebrum*, vol. 6, n° 4, 2004, p. 29-38 ; « Editorial: Does Neuroscience Threaten Human Values? », *Nature Neuroscience*, vol. 1, n° 7, 1998, p. 535-536.

429 Paul ROOT WOLPE, « Religious Responses to Neuroscientific Questions », dans Judy ILLES (dir.), *Neuroethics: Defining the Issues in Theory, Practice, and Policy*, New York, Oxford University Press, 2006, p. 289-292 ; Kenneth S. KOSIK, « Neuroscience Gears Up for Duel on the Issue of Brain versus Deity », *Nature*, vol. 439, n° 7073, 2006, p. 138 ; « Editorial: Does Neuroscience Threaten Human Values? », *op. cit.*, p. 535.

430 Edmund L. ERDE, « Studies in the Explanation of Issues in Biomedical Ethics: (II) On "on Play(ing) God" », *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 14, n° 6, 1989, p. 593-615.

431 Certains parlent aussi d'une évolution qui s'inscrit dans un « dessein intelligent » pensé par Dieu (ou *Intelligent Design*). Le site Internet *Intelligent Design* fournit des informations plus détaillées sur ce courant: <http://www.intelligentdesign.org/>.

432 Allan VERHEY, « "Playing God" and Invoking a Perspective », *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 20, n° 4, 1995, p. 347-364.

433 Éric RACINE, « Which Naturalism for Bioethics? A Defense of Moderate Naturalism », *Bioethics*, vol. 22, n° 2, 2008, p. 92-100 ; Éric RACINE, « Pourquoi et comment tenir compte des neurosciences en éthique ? Esquisse d'une approche neurophilosophique émergentiste et interdisciplinaire », *Laval théologique et philosophique*, vol. 61, n° 1, 2005, p. 77-105.

434 LEVY, *op. cit.*, p. 9-10 ; FARAH (2004), *op. cit.*

435 GLANNON (2007), *op. cit.*, p. 7-9, 13-44 ; William P. BANKS, « Does Consciousness Cause Misbehavior? », dans POCKETT *et al.* (dir.), *op. cit.*, p. 245.

436 « Editorial: Does Neuroscience Threaten Human Values? », *op. cit.*, p. 535.

437 Voir au chapitre 3 la sous-section *Les usages élargis de type « Mode de vie » (Lifestyle) – Vers une redéfinition de la « normalité » sociale*.

438 TURNER et SAHAKIAN, *op. cit.*, p. 117.

Ainsi, un trait « normal » pour une personne ou un processus physiologique comme le vieillissement peuvent devenir une anormalité qu'il faut traiter, et cela, en fonction « d'une cible idéale⁴³⁹ ». Toutefois, est-ce que la personne vit ce trait comme étant anormal ? Et en quoi les pressions externes modifient-elles sa perception de sa situation ou son comportement afin de se conformer aux pressions ?

Si le recours aux psychotropes pour s'améliorer, « performer » et présenter des comportements et des humeurs régularisés se banalise, cette *normalité médicamentée* risque d'appuyer « “une tendance à la normalisation” en homogénéisant la diversité et en ostracisant davantage les déviants de notre société⁴⁴⁰ ». Les effets de cette tendance homogénéisante pour les individus et pour la société dans son ensemble retiennent l'attention de la Commission. S'ils restent à être démontrés de façon détaillée, l'atténuation des différences personnelles et culturelles ne semble pas pouvoir survenir sans conséquences : perte de la diversité culturelle et sociale, absence d'ouverture aux différences pouvant mener à une intolérance, coercition – douce ou non – et donc atteinte à l'autonomie des sujets moraux, moralisation à l'égard du comportement des personnes responsables (par exemple le sujet moral lui-même ou l'autorité parentale).

La souffrance

Le recours aux médicaments psychotropes en vue de maintenir ou d'atteindre un niveau de performance, d'efficacité et de stabilité de l'humeur ne signifie pas nécessairement que les utilisateurs seront plus heureux ou satisfaits. L'atteinte, comme la non-atteinte, de ces objectifs peut entraîner un désarroi, voire de la souffrance physique et mentale.

D'un côté, la perception de la souffrance varie d'une personne à l'autre. Elle navigue entre deux extrêmes : la valeur que lui accordent certaines personnes, certaines religions, certains courants spirituels et sociétés, et l'intolérance à sa présence : pourquoi la subir quand on peut l'éviter ? Entre ces deux pôles se retrouve un éventail de nuances.

D'un autre côté, la cause de cette souffrance est souvent occultée : un rythme de travail et de vie trépidant est susceptible d'entraîner des problèmes de santé physique, de nuire aux relations interpersonnelles et familiales. D'où le besoin de psychotropes pour corriger un problème de santé mentale causé par ce rythme. Toutefois, les conséquences sur les personnes et leur entourage ne peuvent être ignorées : ces personnes souffrent et, il faut l'espérer, reçoivent une aide appropriée. Faudrait-il les laisser sans soins sous prétexte que la cause relève en partie du niveau sociétal et non d'une pathologie avérée ? La Commission y répond par la négative, tout en estimant que cette forme de souffrance devrait conduire à nous interroger sur une tendance sociale qui se met en place.

La performance

La Commission, dans un avis précédent, s'est posé deux questions qui demeurent d'actualité : « Jusqu'où l'être humain est-il prêt à aller dans la recherche de la perfection ? Jusqu'où la société est-elle prête à laisser les individus aller dans cette avenue⁴⁴¹ ? »

L'importance qu'ont les valeurs de performance et de réalisation de soi dans la société ne peut être passée sous silence. Ces valeurs se retrouvent à divers niveaux et s'expriment de diverses façons à travers le temps et les sociétés. La satisfaction personnelle et la reconnaissance publique aident au sentiment de se réaliser et renforcent la perception positive de la performance ; ce sont autant de moteurs puissants et créatifs du bien-être personnel et collectif.

Le rôle que pourraient jouer les neuromédicaments dans l'atteinte de ces valeurs ne peut laisser indifférent. Dans les sociétés industrialisées, la performance, l'efficacité et le dépassement de soi occupent une place importante et contribuent à la réalisation de soi. Cependant, ces valeurs peuvent être détournées de leur objectif lorsqu'elles deviennent des fins. Recourir aux psychotropes afin de rehausser ses capacités cognitives et physiques pour mieux « performer », et donc se réaliser, représente des usages élargis qui se retrouvent dans plusieurs milieux de vie : scolaire, travail, loisirs. Cette conception de la réalisation de soi passe par la banalisation de l'utilisation des psychotropes et laisse peu de place aux diverses lectures de ce que peut signifier « se réaliser » ainsi qu'aux divers moyens d'y parvenir⁴⁴². Ainsi, la prise de neuromédicaments afin d'atteindre cet objectif a pour effet de normaliser les usages élargis améliorants des psychotropes. Dans un tel cas, la fin justifie les moyens, et ce, sans égard à la santé ou au sens critique de remise en question des valeurs.

L'effort

Dans la perspective de performance, d'amélioration et de réalisation de soi, les notions d'effort et de tricherie surgissent. En effet, le résultat d'une action sera souvent jugé favorablement s'il est le fruit d'un effort, d'un investissement personnel. De plus, l'utilisation des ressources personnelles, l'effort et la discipline sont souvent valorisés dans plusieurs sociétés et courants spirituels.

Dans la littérature scientifique, le parallèle entre la tricherie, l'effort et les recours aux psychotropes pour améliorer les performances cognitives et émotionnelles est un lieu commun qui inclut généralement une comparaison avec le dopage sportif. Un constat peut être fait : si le dopage sportif est assez unanimement discrédité, le « dopage » cognitif est mieux perçu ou il est considéré de façon nuancée⁴⁴³. Le constat est encore plus clair pour les usagers en ce qui concerne la consommation du méthylphénidate. En effet, la prise de ce médicament n'est pas perçue comme relevant de la tricherie. Selon des articles canadiens et américains portant sur les usages élargis du méthylphénidate, ce neurostimulant n'est pas considéré comme un médicament mais plutôt comme un outil⁴⁴⁴, et sa consommation dans le cadre d'usages élargis rejoint, voire dépasserait sa consommation médicale⁴⁴⁵.

La réflexion sur l'importance accordée à la valeur « effort » dans la société québécoise dépasse le cadre de cet avis. Toutefois, les recherches effectuées suggèrent qu'il serait pertinent de s'interroger sur la place et les interprétations de « l'effort » dans les diverses dimensions de la vie sociale et personnelle.

439 COLLIN (2007), *op. cit.*, p. 104.

440 RACINE (2002), *op. cit.*, p. 90.

441 CEST (2006), *op. cit.*, p. 58.

442 MURRAY, *op. cit.*, p. 498-499.

443 Notamment : MAHER, *op. cit.*, p. 674-675 ; BOSTROM et ROACHE, *op. cit.*, BMA, *op. cit.*, p. 23 ; LAURE, *op. cit.* ; HALL, *op. cit.*, MEHLMAN, *op. cit.*

444 RACINE et FORLINI, *op. cit.*

445 Sean Esteban McCABE *et al.*, « Medical and Nonmedical Use of Prescription Drugs among Secondary School Students », *Journal of Adolescent Health*, vol. 40, n° 1, 2007, p. 76-83 ; McCABE *et al.* (2006), *op. cit.*, p. 43-56.

Les découvertes récentes tendent à renforcer une vision matérialiste radicale, voire déterministe, de la nature humaine. Cela n'est pas surprenant en soi puisqu'elles résultent de l'utilisation d'outils technoscientifiques qui examinent le cerveau et les gènes que l'on pense impliqués dans son fonctionnement. Toutefois, des questions demeurent sans réponse, telle la prédictibilité des pensées et des actes. De plus, selon certains, ce type d'analyse, par ailleurs tout à fait pertinent dans son ordre, ne peut prendre en compte « le psychique riche de l'être intégral⁴⁴⁶ ».

En somme, les diverses conceptions de l'être humain et des aspects culturels, religieux et traditionnels qui en découlent coexistent dans les sociétés modernes. Leur pluralité explique en partie la nécessité d'élargir le débat concernant le rôle des neuromédicaments et la place de leurs usages élargis au Québec.

Espaces de discussion

Lorsqu'il est question de définir ce que sont la santé, la maladie, l'usage thérapeutique et l'amélioration cognitive, les débats sont nombreux mais les consensus rares. Dès lors, plusieurs questions surgissent : Qui peut tracer la ligne entre les dimensions médicale et sociale de la santé⁴⁴⁷ ? Est-ce un devoir moral que de se transformer en vue de s'améliorer (fonctions cognitives, stabilité des comportements et de l'humeur)⁴⁴⁸ ? Est-ce désirable de repousser sans restrictions les limites physiques et cognitives grâce aux neuromédicaments ? Qui peut décider si une amélioration des fonctions cognitives est acceptable ou non ? Quels sont les critères pour la prise de décision ? Quels sont les moyens pris pour communiquer les critères et les arguments ?

Dans le contexte démocratique et pluraliste qui caractérise les sociétés contemporaines, il est difficile de recourir à une vision unitaire du bien commun. En effet, élaborer des projets de société, décider des mesures à prendre et déterminer les risques en jeu, ceux-ci passant d'une définition passive de « risque acceptable » à une définition légitimée de « risque accepté », représentent des finalités collectives à coconstruire :

« Dans la vie sociale que nous menons, caractérisée par la compétition et la concurrence entre individus, il faut des règles de telle manière qu'une égalité des chances soit, autant que faire se peut, garantie, ce qui est incompatible avec la libre décision de chacun. [...] Mais comment la société décide-t-elle ? Dans les faits, par de multiples arbitrages [...] »⁴⁴⁹

Pour présider ces arbitrages, l'autorité politique est toute désignée. En effet, dans notre société démocratique, c'est aux élus qu'incombe la responsabilité de décider ce qu'est le bien commun et de s'assurer que les intérêts de certains ne sont pas actualisés au détriment des valeurs de la collectivité.

Toutefois, l'expertise des professionnels de la santé – notamment les médecins, les pharmaciens, les infirmières, les psychologues et les travailleurs sociaux – s'impose afin de mieux évaluer les risques et les bénéfices « techniques » des neuromédicaments et de leurs usages élargis. D'ailleurs, les scientifiques reconnaissent l'existence des usages élargis et des enjeux éthiques qui en découlent, et la lecture de la littérature biomédicale montre une position commune : ils existent, ils sont là pour durer et ils prendront de l'importance au fur et à mesure que les découvertes de molécules auront moins d'effets indésirables et agiront sur les personnes en santé⁴⁵⁰. De plus, la plupart des auteurs n'endossent nullement l'idée de démissionner devant le fait accompli : les usages élargis de type « amélioration » doivent être encadrés, régulés, et les enjeux sociaux et éthiques discutés⁴⁵¹. Cependant, ce travail ne peut être réservé aux seuls professionnels de la santé et le dialogue avec les spécialistes en sciences humaines et sociales contribue à élargir les perspectives.

Également, les usages élargis débordent largement ces différents cadres d'expertise et s'inscrivent dans une dynamique citoyenne. Il faut sortir de la relation « expert – classe politique » dans le processus décisionnel qui détermine le choix des enjeux. Plusieurs autres acteurs, à commencer par le citoyen en tant qu'utilisateur, sont concernés et devraient participer aux débats sociaux et éthiques relatifs aux usages élargis des neuromédicaments. À cet égard, ceux qui ne possèdent pas nécessairement le langage technique et le savoir expert devraient aussi participer aux discussions entourant les usages élargis. Les exclure minerait la légitimité et l'efficacité des décisions prises par d'autres.

L'intégration d'une diversité de points de vue favorise les conditions d'une meilleure acceptabilité sociale des enjeux et des décisions, en plus de diminuer le risque d'un paternalisme soit de l'État, soit des groupes d'experts de la santé et des services sociaux. À cet effet, la Commission recommande :

Recommandation n° 11

- a) Que le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport favorisent la participation de la société civile aux débats et aux décisions que soulève la place du médicament, en particulier les usages élargis des psychotropes.
- b) Que le Commissaire à la santé et au bien-être mène un débat public sur les usages élargis des psychotropes.

446 Selon les mots de Paul RICŒUR dans ses entretiens avec Jean-Pierre CHANGEUX (Paul RICŒUR et Jean-Pierre CHANGEUX, *Ce qui nous fait penser. La nature et la règle*, Paris, Odile Jacob, 1998, p. 89).

447 LEXCHIN, *op. cit.*, p. 1449.

448 Monique CANTO-SPERBER, *Que peut l'éthique ? Faire face à l'homme qui vient*, Paris, Textuel, 2008, p. 71-72.

449 BAERTSCHI, *op. cit.*.

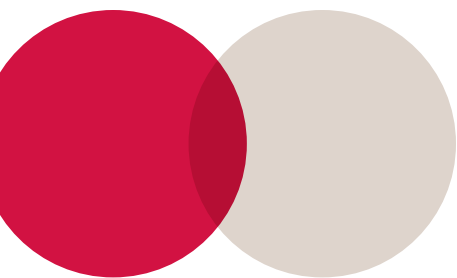
450 Entre autres: GREELY *et al.*, *op. cit.*; BUSH, *op. cit.*, p. 134; HALL, *op. cit.*, p. 1105-1109 et ROSE, *op. cit.*, p. 975-979.

451 GREELY *et al.*, *op. cit.*; BUSH, *op. cit.*, p. 134; HALL, *op. cit.* et ROSE, *op. cit.*





CONCLUSION



CONCLUSION

Grâce aux psychotropes, les progrès réalisés dans les traitements thérapeutiques des problèmes de santé mentale et neurologique sont, pour les personnes qui en sont atteintes et leur entourage, un réel soulagement. Toutefois, la hausse des diagnostics de certains troubles mentaux et neurologiques ainsi que celle des prescriptions de neuromédicaments ne peuvent s'appuyer uniquement sur des raisons médicales. Si plusieurs facteurs interviennent dans ces hausses, les usages élargis des médicaments ont retenu l'attention de la Commission, qui s'est intéressée aux motifs sous-jacents de ces usages non strictement thérapeutiques ainsi qu'aux conséquences qui en découlent.

Rapidement, il est apparu que le phénomène des usages élargis était complexe et qu'il débordait largement le cadre médical. L'absence d'une définition consensuelle de ce qu'est

un « usage élargi » des psychotropes ne remet pas en doute leur existence. Elle met toutefois en relief l'existence de perceptions différentes d'une même réalité ainsi que des différences majeures sur le plan du langage, de l'évaluation des risques et des questionnements éthiques que soulèvent les usages élargis des neuromédicaments. Ce pluralisme constitue une caractéristique fondamentale du contexte éthique entourant les usages élargis des psychotropes et représente un défi supplémentaire dans l'articulation des enjeux éthiques.

En effet, la place des neuromédicaments et de leurs usages dans la société est modelée par la présence de nombreux acteurs sociaux, aux intérêts variés, par la complexité de leurs interrelations ainsi que par leurs influences sociales et économiques. Illustrant la complexité du phénomène, la Commission a découvert au fil de ses travaux la

multiplicité des perceptions. Celles qui sont relatives aux risques et aux bénéfices, les premiers souvent minimisés et les seconds trop espérés. Celles qui sont liées à la conception des valeurs de la performance et de la réalisation de soi, créatrices à la base mais qui, poussées vers l'absolu, banalisent les psychotropes et instrumentalisent le cerveau. Celles qui découlent de l'action du temps sur le corps et les fonctions cognitives, diminutions acceptées, subies ou refusées. Celles qui définissent la responsabilité individuelle, nécessaire lorsque l'individu peut contribuer à sa mesure à la résolution d'un problème, mais détournée de son sens si elle est invoquée pour résoudre un problème dont les racines sont de nature sociale.

De même, les difficultés de délimiter les frontières entre des notions aussi essentielles que « santé » et « maladie », « thérapie » et « amélioration », « usage » et « usage élargi » sont réelles. Toutefois, ces notions sont nécessaires afin de pouvoir baliser les débats.

De fait, plusieurs consensus émergent quant aux usages élargis des psychotropes. Premièrement, les médicaments psychotropes demeurent fondamentalement nécessaires et utiles dans un contexte de maladie mentale ou neurologique avérée. Deuxièmement, les usages élargis de type « Médical » et de type « Mode de vie » existent à l'heure actuelle au Québec, et il s'agit d'un mouvement de fond. Troisièmement, les connaissances sur le fonctionnement du cerveau sont encore limitées, et les conséquences à moyen et long terme de l'utilisation de neuromédicaments demeurent, à quelques exceptions près, inconnues. Quatrièmement, les promesses des usages élargis de psychotropes et leurs risques reposent sur peu de données scientifiques et relèvent plutôt du spéculatif. Cinquièmement, l'idée de modifier le cerveau, siège de la pensée et symbole du « Soi », laisse rarement indifférent. Enfin, plusieurs valeurs sont touchées par les usages élargis de neuromédicaments, tant des valeurs individuelles – telles que l'autonomie, le bien-être, la confiance en soi, la performance et la sécurité – que des valeurs collectives comme la solidarité et l'accessibilité.

Trois dérives potentielles des usages élargis de psychotropes retiennent l'attention de la Commission, notamment parce qu'elles concernent certaines des valeurs mentionnées. La première consiste en la présence de pressions extérieures à l'individu et d'une information partielle, voire partielle, relative aux psychotropes et à leurs bénéfices. La Commission y voit le risque d'une homogénéisation des humeurs et des comportements et, par conséquent, la démonstration d'une intolérance envers les individus qui dérogent à une « normalité » dorénavant médicamentée. La deuxième dérive est liée à la banalisation des recours aux usages élargis « Mode de vie » et, dans une moindre mesure, « Médicaux ». Pour la Commission, des situations de vie surviennent et nécessitent sans aucune ambiguïté l'utilisation de psychotropes. Toutefois, leurs usages en vue d'atteindre des objectifs personnels et professionnels, ou encore de faire face à des événements de vie, douloureux mais inévitables, marquent un glissement vers la maximisation des résultats rapides et la minimisation des ressources personnelles. Finalement, la troisième dérive met en cause la notion d'identité personnelle et la représentation de l'être humain. La réalisation de soi intègre la réussite et la performance, mais tous les moyens pour y parvenir sont-ils souhaitables ? Est-ce que le recours à des neuromédicaments pour ce faire augmente la confiance en soi et l'autonomie ? Le cerveau humain est-il un objet instrumentalisable ou différencie-t-il non seulement les humains des autres animaux, mais également chaque être humain ?

Les questionnements éthiques soulevés par les usages élargis des médicaments psychotropes apparaissent nombreux, complexes et d'actualité. Pour y répondre, la Commission formule des recommandations dont plusieurs convergent vers un besoin d'information. Il existe des besoins liés aux connaissances sur le fonctionnement du cerveau, sur les modes d'action des médicaments psychotropes et sur les usages actuels des psychotropes. Ensuite, afin de recueillir des données sur les effets à moyen et à long terme des neuromédicaments, il importe d'entreprendre des études menées par des équipes de divers horizons scientifiques et de les poursuivre dans le temps. Finalement, l'information validée doit être transmise tant aux professionnels de la santé qu'aux décideurs et au public.

Les enjeux éthiques examinés dans l'avis s'inscrivent dans la mission de la Commission qui consiste, d'une part, à informer, à sensibiliser, à susciter la réflexion et à organiser des débats sur les enjeux éthiques du développement de la science et de la technologie, et, d'autre part, à proposer des orientations susceptibles de guider les acteurs concernés dans leur prise de décision. Ainsi, c'est en lien avec sa mission que la Commission adresse ses recommandations et ses mises en garde, et qu'elle suggère la mise en place rapide d'espaces de débat public afin de ne pas accuser trop de retard sur la réalité des usages élargis⁴⁵², surtout en ce qui a trait à un objectif de régulation. La Commission y voit une place de choix pour la réflexion multipartite et la prise de décision concertée, car « ces questions [...] sont appelées à se poser avec une acuité croissante dans les années à venir⁴⁵³ ». La Commission ne prétend pas avoir la réponse aux nombreuses questions soulevées dans cet avis, mais elle estime que plusieurs sont fondamentales et qu'il y a nécessité de les soumettre à des débats citoyens.

452 Comme le montre M. Patrick ROBERT, ex-vice-recteur aux affaires publiques et au développement de l'Université de Montréal, dans une entrevue en 2004 : « En génétique, par exemple, les progrès sont tellement rapides et fondamentaux qu'ils remettent en question les fondements mêmes de l'existence humaine. À ce moment-là, les percées scientifiques et techniques impliqueront naturellement une plus grande participation des sciences humaines dans le futur » (cité par Jean-Guillaume DUMONT, « Le Québec des sciences humaines – Bilan positif, avenir incertain », *Le Devoir*, 29 mai 2004, p. H-3).

453 Anne-Catherine HATTON, *Neurosciences, nanotechnologies et éthique : un état des lieux*, manuscrit, Faculté de droit, Université Laval, avril 2004 (non publié), p. 26.





GLOSSAIRE



AUTOMÉDICATION : Utilisation de *médicaments* par des personnes en dehors de toute prescription médicale. (CEST, tiré de OQLF)

AUTOSOINS : Actions par lesquelles une personne prend des décisions et pose des gestes concrets pour prévenir la maladie ou faire face à ses problèmes de santé en vue d'améliorer son état.

AXONE : Prolongement unique du *neurone*, entouré ou non d'une gaine de myéline, qui assure la conduction de l'*influx nerveux* à partir du *corps cellulaire*. Il se divise en terminaisons axonales qui transmettent l'*influx nerveux* à d'autres *neurones* (voir *Synapse*). (CEST, tiré de OQLF et UNIVERSITÉ MCGILL, *op. cit.*)

BARRIÈRE HÉMATO-ENCÉPHALIQUE : Barrière anatomique formée de vaisseaux sanguins isolant le cerveau de la circulation sanguine. Ces vaisseaux contrôlent les échanges entre le cerveau et le sang, laissant passer l'oxygène et les nutriments et bloquant les substances indésirables. (CEST, tiré de OQLF, UNIVERSITÉ MCGILL, *op. cit.* et Thierry BUCLIN et Jérôme BIOLLAZ, « Regards récents sur la barrière hémato-encéphalique », *Revue médicale suisse*, vol. 14, 2005, adresse URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=30272> [lu le 2 octobre 2008])

COMPAGNIE (ENTREPRISE) PHARMACEUTIQUE (IN)NOVATRICE : Entreprise pharmaceutique qui travaille à la recherche, au développement, à la fabrication et à la commercialisation d'un nouveau *médicament*. (CEST, tiré de MSSS [2007], *op. cit.*, p. 60)

COMPAGNIE (ENTREPRISE) PHARMACEUTIQUE PRODUISANT DES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES : Entreprise pharmaceutique fabriquant des copies d'un *médicament* après expiration du brevet accordé à la *compagnie pharmaceutique novatrice*. Cette copie est soumise préalablement à des règles d'homologation de Santé Canada pour s'assurer que la composition du *médicament* générique ainsi que ses effets pharmacologiques et pharmacocinétiques sont les mêmes que ceux du *médicament* d'origine. (CEST, tiré de MSSS [2007], *op. cit.*, p. 39)

CORPS CELLULAIRE : Partie du *neurone* comprenant le noyau. Les informations provenant d'autres *neurones* ou d'autres cellules (nerveuse, musculaire, etc.) y sont traitées. (CEST, tiré de OQLF et UNIVERSITÉ MCGILL, *op. cit.*)

DENDRITE : Prolongement court et ramifié du *neurone*. Les dendrites sont très nombreuses et captent les *influx nerveux* provenant de l'extérieur du *neurone* (voir *Synapse*). (CEST, tiré de OQLF et UNIVERSITÉ MCGILL, *op. cit.*)

EFFET (SECONDAIRE) INDÉSIRABLE : Activité d'un *médicament* dans un domaine autre que celui pour lequel il est administré, qui est gênante, dangereuse ou limite l'utilisation du *médicament*. (CEST, tiré de OQLF).

ENJEU: Ce que l'on peut gagner ou perdre dans un projet, une lutte, une élection, une activité, etc.

ÉTUDE LONGITUDINALE: Étude au cours de laquelle un événement est mesuré chez un groupe de sujets à différents moments dans le temps.

FONCTIONS COGNITIVES: Fonctions intellectuelles qui se divisent en quatre classes : 1) les fonctions réceptives permettant l'acquisition, le traitement, la classification et l'intégration de l'information ; 2) la mémoire et l'apprentissage permettant le stockage et le rappel de l'information ; 3) la pensée ou le raisonnement concernant l'organisation et la réorganisation mentales de l'information ; 4) les fonctions expressives permettant la communication ou l'action.

FONCTIONS EXÉCUTIVES: Fonctions non spécifiques mais essentielles à tout comportement dirigé, autonome et adapté. Elles sont incluses dans les *fonctions cognitives* et touchent la pensée abstraite et la capacité de planifier, d'initier, d'ordonner, de contrôler et d'inhiber des comportements complexes (DEROUESNÉ, *op. cit.*). L'anticipation, la sélection d'un but, la planification, l'organisation de la démarche, l'évaluation des résultats, la formulation d'hypothèses différentes, l'autocritique, l'autocorrection, la souplesse mentale, la persistance dans la tâche, la capacité d'ajustement en cours de route et la capacité d'adaptation aux changements en sont des exemples. (CEST, tiré de l'OQLF)

INFLUX ÉLECTRIQUE: voir *Influx nerveux*.

INFLUX NERVEUX: À la suite d'une stimulation reçue par un *neurone* et qui appelle une réponse, l'information part du *corps cellulaire* et se propage vers l'*axone* afin d'être retransmise à l'extérieur du *neurone* (vers d'autres neurones ou des cellules musculaires, par exemple). L'influx nerveux se déplace le long du *neurone* grâce à des modifications au niveau de la membrane cellulaire et des concentrations de certains ions. (CEST, tiré de UNIVERSITÉ MCGILL, *op. cit.*)
Synonymes: *potentiel d'action, influx électrique*.

LITTÉRATIE: Capacité de comprendre, d'utiliser et de traiter l'information écrite nécessaire pour bien fonctionner en société, réaliser des objectifs personnels, développer ses compétences et acquérir des connaissances. Notion liée étroitement à l'alphabétisme. (CEST, tiré de OQLF)

MALADIE MENTALE: Maladie caractérisée par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués des capacités cognitives, affectives et relationnelles de l'individu. Les troubles mentaux résultent de facteurs biologiques, psychosociaux ou de problèmes de développement. (MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL DU CANADA, *op. cit.*, p. 7-8)

Synonymes: *trouble mental, trouble psychiatrique*.

MALADIE NEUROLOGIQUE: Toute altération physique qui affecte la structure ou le fonctionnement du *système nerveux central*. (CEST)

Synonyme: *trouble neurologique*.

MÉDICALISATION: Processus par lequel des problèmes non médicaux se qualifient et se traitent comme des problèmes médicaux, en décontextualisant les situations et en tournant l'attention du social vers l'individu. (KAWACHI et CONRAD (1996), cités par MINTZES [2002], *op. cit.*, p. 908)

MÉDICAMENT: Toute substance ou mélange de substances pouvant être employé i) au diagnostic, au traitement, à l'atténuation ou à la prévention d'une maladie, d'un désordre, d'un état physique ou psychique anormal, ou de leurs symptômes, chez l'homme ou chez les animaux ; ou ii) en vue de restaurer, corriger ou modifier les fonctions organiques chez l'homme ou chez les animaux. (Loi sur la pharmacie, L.R.Q., chapitre P-10, art. 1 h))

454 Sauf indication autre, la référence est l'OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE (OQLF).

MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE: Copie d'un *médicament* commercialisée après l'expiration du brevet accordé à la *compagnie pharmaceutique novatrice*. Cette copie est soumise préalablement à des règles d'homologation de Santé Canada pour s'assurer que la composition du médicament générique ainsi que ses effets pharmacologiques et pharmacocinétiques sont les mêmes que ceux du *médicament* d'origine. (CEST, tiré de MSSS [2007], *op. cit.*, p. 39)

MÉDICAMENT PSYCHOTROPE: voir *Psychotrope*.

MÉDICAMENTATION: Utilisation de *médicaments* en vue de traiter des problèmes d'ordre médical et non médical. (CEST, tiré de NGOUNDO MBONGUE *et al.*, *op. cit.*, p. 309)

MÉMOIRE DE TRAVAIL: Mémoire dans laquelle l'information est emmagasinée et maintenue active de façon transitoire, pendant une période qui n'excède pas quelques dizaines de secondes, mais qui est suffisante pour l'exécution des activités cognitives courantes.

MÉMOIRE ÉPISODIQUE: Mémoire qui n'indexe principalement que les caractéristiques biographiques, épisodes ou événements singuliers de la vie de l'individu qui ne peuvent en aucun cas être assimilés à des connaissances générales.

NEUROMÉDICAMENT: voir *Psychotrope*.

NEURONE: Cellule hautement spécialisée, constituant l'élément fondamental du tissu nerveux, qui a pour fonctions de recevoir, de conduire, de transmettre et d'intégrer les *influx nerveux*. Le neurone est formé d'un *corps cellulaire*, d'un *axone* et de *dendrites*. (CEST, tiré de l'OQLF)

NEUROPHARMACOLOGIE: Branche de la pharmacologie qui étudie les *médicaments* affectant le *système nerveux central*, tels les *psychotropes* modifiant l'humeur et les comportements, les anesthésiques, les sédatifs, les anticonvulsifs et les narcotiques. (COOPER *et al.*, *op. cit.*, p. 1)

NEUROTRANSMETTEUR: Substance chimique qui assure la transmission de l'*influx nerveux* entre un *neurone* et un autre *neurone* ou une cellule musculaire, sensorielle ou glandulaire cible. (CEST, tiré de OQLF)

POTENTIEL D'ACTION: voir *Influx nerveux*.

PRÉVALENCE: Nombre de fois qu'un événement a été observé dans un milieu déterminé, à un moment donné ou pendant une période écoulée, et sans distinction entre les nouvelles manifestations de cet événement et les anciennes.

PSYCHOTROPE: *Médicament* prescrit ayant un effet sur le *système nerveux central* et le psychisme. (CEST. L'OQLF propose une définition plus large: Substance d'origine naturelle ou artificielle capable de modifier l'activité mentale et dont l'action essentielle s'exerce sur le *système nerveux central* et le psychisme.)

Synonymes: *médicament psychotrope, neuromédicament.*

SANTÉ MENTALE: Capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale. (MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL DU CANADA, *op. cit.*, p. 7-8)

SEUIL: Valeur minimale (seuil bas) ou maximale (seuil haut) que peuvent prendre une grandeur ou un facteur de risque. (CEST, tiré de OQLF)

SEUIL DIAGNOSTIQUE: Une valeur se situant au-delà ou en deçà d'un seuil donné, qui peut démontrer l'existence d'une maladie, mener à un diagnostic et justifier un traitement thérapeutique. (CEST)

SYNAPSE: Zone de contact entre deux *neurones* par laquelle s'effectue la transmission électrique ou chimique de l'*influx nerveux*. La synapse est formée de trois éléments: l'élément présynaptique (situé sur les terminaisons *axonales* du *neurone* émetteur), l'élément postsynaptique (situé sur les *dendrites* du *neurone* récepteur) et la fente synaptique (située entre les deux *neurones* impliqués dans l'*influx nerveux*). (CEST, tiré de OQLF et UNIVERSITÉ MCGILL, *op. cit.*)

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL: Partie du système nerveux formée par l'encéphale (contenu dans la boîte crânienne et composé du cerveau, du cervelet et du tronc cérébral) et la moelle épinière. (CEST, tiré de OQLF)

THÉRAPIE (TRAITEMENT) NON MÉDICAMENTEUSE: Thérapie (traitement) qui ne recourt pas à des *médicaments* et dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée. (CEST)

Synonyme: *thérapie (traitement) non pharmacologique.*

THÉRAPIE (TRAITEMENT) NON PHARMACOLOGIQUE: voir *Thérapie non médicamenteuse.*

TROUBLE MENTAL: voir *Maladie mentale.*

TROUBLE NEUROLOGIQUE: voir *Maladie neurologique.*

TROUBLE PSYCHIATRIQUE: voir *Maladie mentale.*

VALEUR: La valeur est la finalité d'une action. C'est elle qui donne sens à l'action; de ce fait, elle reflète la motivation d'agir. C'est elle qui permet de justifier l'action. But à atteindre, finalité d'une action, la valeur renvoie à ce qu'une personne ou une population donnée désire atteindre et promouvoir, ou encore protéger. (CEST [2003], *op. cit.*, p. 54)





BIBLIOGRAPHIE



BIBLIOGRAPHIE ⁴⁵⁵

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Chronique PPM – Prévention en pratique médicale : consommation de psychotropes chez les personnes âgées de la région de Montréal*, 2006. [<http://www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/chronique/2006/23052006.html>].

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Frequently Asked Questions about DSM*, [s. d.]. [<http://www.dsmivtr.org/2-1faqs.cfm>].

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e éd. - Texte révisé (DSM-IV-TR), Paris, Éditions Masson, 2000, 1064 p.

ANDERSON, Ian M. *et al.* « Evidence-Based Guidelines for Treating Depressive Disorders with Antidepressants: A Revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology Guidelines », *Journal of Psychopharmacology*, vol. 22, n° 4, 2008, p. 343-396.

APPLBAUM, Kalman. « Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer », *PLoS Medicine*, vol. 3, n° 4, 2006. [<http://medicine.plosjournals.org/perlserv?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030189>].

ASCHCROFT, Richard E. « Current Epistemological Problems in Evidence Based Medicine », *Journal of Medical Ethics*, vol. 30, n° 2, 2004, p. 131-135.

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE, *Déclaration d'Helsinki. Principes éthiques applicables aux recherches médicales sur des sujets humains*, AMM, 2008. Disponible (en anglais) à l'adresse URL : <http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf>.

ATKINSON, Tim. « Lifestyle Drug Market Booming », *Nature Medicine*, vol. 8, n° 9, 2002, p. 909.

BAERTSCHI, Bernard. « De la bioéthique à la neuroéthique », *Contrepoint philosophique*, juin 2005. [<http://www.contrepointphilosophique.ch/Ethique/Sommaire/Neuroethique.html?Article=Neuroethique.htm>].

BAKER, G. Ross *et al.* « The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events among Hospital Patients in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 11, 2004, p. 1678-1686.

BANKS, William P. « Does Consciousness Cause Misbehavior? », dans Susan Pockett *et al.* (dir.), *Does Consciousness Cause Behavior?*, Cambridge, Mass., MIT Press, 2006, p. 235-256.

BARKLEY, Russell A. *et al.* « Does the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Stimulants Contribute to Drug Use/Abuse? A 13-Year Prospective Study », *Pediatrics*, vol. 111, n° 1, 2003, p. 97-109.

BARLOW, David H. « Psychological Treatments », *American Psychologist*, vol. 59, n° 9, 2004, p. 869-878.

BARTOLAMI, Sylvain. *Les maladies du système nerveux central – Une introduction aux pathologies neuropsychologiques*, [s. d.]. [<http://schwann.free.fr/neuropathologie.html>].

BECKER, Claudia *et al.* « Use of Antihypertensives and the Risk of Parkinson Disease », *Neurology*, vol. 70, n° 16 - Pt 2, 2008, p. 1438-1444.

BEN AMAR, Mohamed. *La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées [échantillon du livre]*, Montréal, Centre québécois de lutte aux dépendances, 2007.

BERGER, Magdalena *et al.* « Internet Use and Stigmatized Illness », *Social Science & Medicine*, vol. 61, n° 8, 2005, p. 1821-1827.

BEZCHLIBNYK-BUTLER, Kalyna Z. *et al.* (dir.). *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*, 17^e éd., Seattle, Hogrefe & Huber Publishers, 2007, 380 p.

BJORKLUND, Pamela. « Can There Be a “Cosmetic” Psychopharmacology? Prozac Unplugged: The Search for an Ontologically Distinct Cosmetic Psychopharmacology », *Nursing Philosophy*, vol. 6, n° 2, 2005, p. 131-143.

BOEREE, George C. *General Psychology – Neurotransmitters*, 2003. [<http://webpace.ship.edu/cgboer/genpsyneurotransmitters.html>].

BONACCORSO, Sylvia N. et Jeffrey L. Sturchio. « For and Against: Direct to consumer Advertising is Medicalising Normal Human Experience », *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7342, 2002, p. 910-911.

BOOD, Alex. *Human Enhancement*, La Haye (Pays-Bas), Health Council of the Netherlands - Centre for Ethics and Health, 2003, 24 p.

BOSTROM, Nick. *The Transhumanist FAQ – A General Introduction*, World Transhumanist Association, 2003, 56 p. [<http://www.transhumanism.org/resources/FAQv21.pdf>].

BOSTROM, Nick et Anders SANDBERG. « Cognitive Enhancement: Methods, Ethics, Regulatory Challenges », manuscrit non publié, 2006, 33 p. [<http://www.nickbostrom.com/cognitive.pdf>].

BOSTROM, Nick et Rebecca ROACHE. « Ethical Issues in Human Enhancement », dans Jesper RYBERG *et al.* (dir.), *New Waves in Applied Ethics*, New York, Palgrave MacMillan, 2007, p. 120-152.

BRANDT, Allan M. « Behavior, Disease, and Health in the Twentieth-Century United States », dans Allan M. BRANDT et Paul ROZIN (dir.), *Morality and Health*, New York, Routledge, 1997, p. 63-70.

BRAULT, Maxime *et al.* *Le rôle de l'alcool et des autres drogues dans les accidents mortels de la route au Québec: résultats finaux*, 17^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière tenue du 8 au 13 août 2004 à Glasgow, Québec, Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), 2004, 9 p.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. *Boosting Your Brainpower: Ethical Aspects of Cognitive Enhancements*, London, BMA, 2007, 42 p.

BUCLIN, Thierry et Jérôme BIOLLAZ. « Regards récents sur la barrière hémato-encéphalique », *Revue médicale suisse*, vol. 14, 2005. [<http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?id=30272>].

BUSH, Susan S. « Neurocognitive Enhancement: Ethical Considerations for an Emerging Subspecialty », *Applied Neuropsychology*, vol. 13, n° 2, 2006, p. 125-136.

CANTO-SPERBER, Monique. *Que peut l'éthique? Faire face à l'homme qui vient*, Paris, Textuel, 2008, 107 p.

CAPLAN, Arthur et Carl ELLIOTT. « Is It Ethical to Use Enhancement Technologies to Make Us Better than Well? », *PLoS Medicine*, vol. 1, n° 3, 2004. [<http://medicine.plosjournals.org/perlserv?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0010052>].

455 Sauf mention particulière, toutes les adresses Internet étaient accessibles le 28 juillet 2009, soit directement ou par le biais des archives de certains sites.

- CARPENTIER, Jean-Marc. *La promotion et la diffusion de la culture scientifique et technique*, octobre 1999. [http://www.sciencepourtout.qc.ca/references/communiques/communiqu_e_oct_1999.htm#1.1].
- CARTER, Kristie N. *et al.* « What is the Association Between Wealth and Mental Health? », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 63, n° 3, 2009, p. 221-226.
- CASSELS, Alan *et al.* « Drugs in the News: An Analysis of Canadian Newspaper Coverage of New Prescription Drugs », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, n° 9, 2003, p. 1133-1137.
- CATALOGUE & INDEX DES SITES MÉDICAUX FRANCOPHONES. *Essais cliniques*, [s. d.]. [<http://www.chu-rouen.fr/ssf/santpathe.html>].
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Mental Health in the United States: Prevalence of Diagnosis and Medication Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder – United States, 2003 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 54, n° 34, 2005, p. 842-847.
- CHANGEUX, Jean-Pierre. *L'homme de vérité*, Paris, Odile Jacob, 2002, 446 p.
- CHATTERJEE, Anjan. « Cosmetic Neurology: The controversy Over Enhancing Movement, Mentation, and Mood », *Neurology*, vol. 63, 2004, p. 968-974.
- CHATTERJEE, Anjan. « Cosmetic Neurology and Cosmetic Surgery: Parallels, Predictions, and Challenges », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 16, n° 2, 2007, p. 129-137.
- CHERTKOW, Howard *et al.* « Diagnosis and Treatment of Dementia: 3. Mild Cognitive Impairment and Cognitive Impairment without Dementia », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 10, 2008, p. 1273-1285.
- CHUARD, Corinne. *Comment capter l'attention des médias? Conseils pour le travail d'information en matière de lutte contre le racisme et de promotion de l'intégration*, Berne, Service de lutte contre le racisme, Département fédéral de l'intérieur, 2005, 51 p.
- CLINIQUE MAYO. *Depression (Major Depression) – Treatment*, 2008. [<http://www.mayoclinic.com/health/depression/DS00175/DSECTION=8>].
- COHEN, David *et al.* *Déficit d'attention/hyperactivité: perceptions des acteurs et utilisation de psychostimulants*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 1999, 90 p.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC. *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec*, Montréal, 2001, 28 p.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC. *Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité – Traitement pharmacologique (mise à jour). Lignes directrices du Collège des médecins du Québec*, Montréal, 2006, 14 p.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Consultation relative au document intitulé « Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficacité et de qualité » – Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales*, Montréal, 2006, 11 p.
- COLLIN, Johanne. « Médicaments psychotropes et personnes âgées: une socialisation de la consommation », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 2, 2001, p. 1-24.
- COLLIN, Johanne. « Médicaments psychotropes et société: quelques mythes à détruire », *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 4, nos 41/42, 2005, p. 115-133.
- COLLIN, Johanne. « Relations de sens et relations de fonction: risque et médicament », *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 1, 2007, p. 99-122.
- COLLIN, Johanne *et al.* (dir.). *Le médicament au cœur de la société contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006, 300 p.
- COLLIN, Johanne *et al.* « Le médicament, entre science, norme et culture », dans Johanne COLLIN *et al.* (dir.). *Le médicament au cœur de la société contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006, p. 1-15.
- COLLIN, Johanne et Amnon J. SUISSA. « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 25-33.
- COMITÉ DE REVUE DE L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS. *Étude sur les stimulants utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Rapport d'étude*, Québec, CRUM, 2001, 79 p.
- COMITÉ DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES SUIVIS PAR LES CENTRES JEUNESSE. *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre les problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec*, 2007, 68 p.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE. *La consommation de psychotropes: portrait et tendances au Québec*, Montréal, CPLT, 2003, 50 p.
- COMMISSION DE L'ÉTHIQUE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE. *Pour une gestion éthique des OGM*, Québec, CEST, 2003, 117 p.
- COMMISSION DE L'ÉTHIQUE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE. *Éthique et nanotechnologies: se donner les moyens d'agir*, Québec, CEST, 2006, 121 p.

- COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA (COMMISSION ROMANOW). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2002, 427 p.
- CONRAD, Peter et Deborah POTTER. « Human Growth Hormone and the Temptations of Biomedical Enhancement », *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, n° 2, 2004, p. 184-215.
- CONSEIL D'EXAMEN DU PRIX DES MÉDICAMENTS BREVETÉS. *Avis et commentaires – Ébauche des Lignes directrices révisées*, Ottawa, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, août 2008, 51 p.
- CONSEIL DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE. *La culture scientifique et technique au Québec : bilan*, Québec, CST, 2002, 215 p.
- CONSEIL DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE. *Rapport de conjoncture 2004 – La culture scientifique et technique : une interface entre les sciences, la technologie et la société*, Québec, CST, 2004, 125 p.
- CONSEIL DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE. *Les neurosciences au Québec : un créneau d'excellence au bénéfice de la société*. Québec, CST, 2005, 49 p.
- CONSEIL DU MÉDICAMENT DU QUÉBEC. *Publicité directe auprès des consommateurs : le point de vue du Conseil*, Québec, CMQ, 2004, 4 p.
- CONSEIL DU MÉDICAMENT DU QUÉBEC. *Le choix des médicaments assurés au Québec : une démarche responsable et transparente. Information sur la démarche d'évaluation scientifique des médicaments*, Québec, CMQ, 2007a, 44 p.
- CONSEIL DU MÉDICAMENT DU QUÉBEC. *Rapport annuel de gestion 2006-2007*, Québec, CMQ, 2007b, 71 p.
- CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur l'accessibilité aux services de santé : attente et attentes*, Québec, Conseil médical du Québec, 2001a, 106 p.
- CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur les maladies mentales : un éclairage contemporain*, Québec, Conseil médical du Québec, 2001b, 125 p.
- COOPER, Jack R. et al. *The Biochemical Basis of Neuropharmacology*, 8^e éd., New York, Oxford University Press, 2003, 416 p.
- COVENEY, Catherine M. et al. « Modafinil in the Media: Metaphors, Medicalisation and the Body », *Social Science & Medicine*, vol. 68, n° 3, 2009, p. 487-495.
- CROSSMAN, Alan R. et David NEARY. *Neuroanatomie*, Paris, Elsevier, 2004, 174 p.
- DANIELS, Norman. « Normal Functioning and the Treatment-Enhancement Distinction », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 9, n° 3, 2000, p. 309-322.
- DAVIDSON, Richard J. et al. « Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation », *Psychosomatic Medicine*, vol. 65, n° 4, 2003, p. 564-570.
- « De la recherche aux pratiques : 1. Rôle des preuves issues de la recherche dans les décisions cliniques – Définition », *EBM Journal*, dernière modification le 20 janvier 2006. [http://www.ebm-journal.presse.fr/EBM/pour_approfondir/preuves.php].
- DE MEYERE, M. et al. « Une polymédication inéluctable en EBM? », *Minerva*, vol. 4, n° 8, 2005, p. 115-116.
- DEES, Richard H. « Better Brains, Better Selves? The Ethics of Neuroenhancements », *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 17, n° 4, 2008, p. 371-395.
- DEROUESNÉ, Christian. « Qu'est-ce que la démence? », *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement*, vol. 1, n° 1, 2003. [<http://www.john-libbey-eurotext.fr/en/print/e-docs/00/03/FA/97/article.md>].
- DODDS, Chris et al. « Effects of Psychostimulants on Alertness and Spatial Bias in Healthy Participants », *Journal of Cognitive Neuroscience*, vol. 21, n° 3, 2008, p. 529-537.
- DORLAND'S MEDICAL DICTIONARY, « Disease », *Dorland's Medical Dictionnary*, 1988.
- DORVIL, Henri. « Prise de médicaments et désinstitutionnalisation », dans Johanne COLLIN et al. (dir.), *Le médicament au cœur de la société contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006, p. 35-66.
- DOUCET, Hubert. « Politiques publiques et critères d'inscription des médicaments dans le régime public québécois d'assurance médicaments », *Éthique publique*, vol. 8, n° 2, 2006, p. 113-119.
- DOUCET, Hubert. « À l'ère des neurosciences, l'éthique ne peut-elle être que naturaliste? », dans Solange LEFEBVRE (dir.), *Raisons d'être. Le sens à l'épreuve de la science et de la religion*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2008, p. 77-88.
- DUFORT, Francine et al. « À propos de quelques incursions de la psychologie dans la chaîne du médicament. Le cas des médicaments psychotropes », dans Joseph Josy LÉVY et Catherine GARNIER (dir.), *La chaîne des médicaments : perspectives pluridisciplinaires*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2007, p. 367-396.
- DUMONT, Jean-Guillaume. « Le Québec des sciences humaines – Bilan positif, avenir incertain », *Le Devoir*, 29 mai 2004, p. H-3.
- « Editorial: Does Neuroscience Threaten Human Values? », *Nature Neuroscience*, vol. 1, n° 7, 1998, p. 535-536.
- ELLIOTT, Carl. *Better than Well*, New York, W.W. Norton & Company, 2003, 320 p.

- ÉQUIPE DE RECHERCHE SUR LE MÉDICAMENT COMME OBJET SOCIAL (MÉOS). *Le médicament comme objet social et culturel: recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*. Rapport de recherche présenté au Conseil de la santé et du bien-être, Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 2005, 85 p.
- ERDE, Edmund L. « Studies in the Explanation of Issues in Biomedical Ethics: (II) On "on Play(ing) God" », *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 14, n° 6, 1989, p. 593-615.
- EUROPEAN PUBLIC HEALTH ALLIANCE. *Update 61: Direct-To-Consumer Advertising – For or Against?*, 2004. [<http://www.ephia.org/a/533>].
- FARAH, Martha J. « Emerging Ethical Issues in Neuroscience », *Nature Neuroscience*, vol. 5, n° 11, 2002, p. 1123-1129.
- FARAH, Martha J. « Neuroethics: A Guide for the Perplexed », *Cerebrum*, vol. 6, n° 4, 2004, p. 29-38.
- FARAH, Martha J. et Paul ROOT WOLPE. « Monitoring and Manipulating Brain Function: New Neuroscience Technologies and Their Ethical Implications », *Hastings Center Report*, vol. 34, n° 3, 2004, p. 35-45.
- FARAH, Martha J. *et al.* « Neurocognitive Enhancement: What Can We Do and What Should We Do? », *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 5, n° 5, 2004, p. 421-425.
- FARAH, Martha J. « Neuroethics: The Practical and the Philosophical », *TRENDS in Cognitive Sciences*, vol. 9, n° 1, 2005, p. 34-40.
- FELDMAN, Howard H. *et al.* « Diagnosis and Treatment of Dementia: 2. Diagnosis », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 7, 2008, p. 825-836.
- FLOWER, Rod. « Lifestyle Drugs: Pharmacology and the Social Agenda », *Trends in Pharmacological Sciences*, vol. 25, n° 4, 2004, p. 182-185.
- FORLINI, Cynthia *et al.* « A Second Look at the Ethics of Cognitive Enhancement », *Canadian Psychiatry Aujourd'hui*, vol. 3, n° 2, 2007. [<http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/171>].
- FOULQUIÉ, Paul. « Équité », dans *Dictionnaire de la langue philosophique*, 6^e éd., Paris, Presses universitaires de France, 1992.
- FREEMAN, Walter J. « Consciousness, Intentionality, and Casualty », dans Susan POCKETT *et al.* (dir.), *Does Consciousness Cause Behavior?*, Cambridge, Mass., MIT Press, 2006, p. 73-105.
- FROSCH, Dominick L. *et al.* « Creating Demand for Prescription Drugs: A Content Analysis of Television Direct-to-Consumer Advertising », *Annals of Family Medicine*, vol. 5, n° 1, 2007, p. 6-13.
- FUKUYAMA, Francis. *La fin de l'homme*, Paris, Gallimard, 2004, 448 p.
- GAGNÉ, Mathieu. *Le droit des médicaments*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2005, 913 p.
- GAGNÉ, Mathieu. « Réflexions sur l'ensemble normatif dans lequel s'organise la régulation des médicaments », *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, vol. 37, n° 1, 2006, p. 59-140.
- GAGNON, Marc-André et Joel LEXCHIN. « The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States », *PLoS Medicine*, vol. 5, n° 1, 2008. [<http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371%2Fjournal.pmed.0050001>].
- GANGWISCH, James E. *et al.* « Sleep Duration as a Risk Factor for Diabetes Incidence in a Large U.S. Sample », *Sleep*, vol. 30, n° 12, 2007, p. 1667-1673.
- GARNIER, Catherine et Lynn MARINACCI. « Les représentations de la prescription des médecins surprescripteurs et non surprescripteurs », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 2, 2001, p. 183-199.
- GARNIER, Michel *et al.* *Dictionnaire des termes de médecine*, 27^e éd., Paris, Maloine, 2003, 1001 p.
- GASSER, Jacques et Michael STIGLER. « Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM », dans Alain EHRENBERG et Anne M. LOVELL (dir.), *La Maladie mentale en mutation*, Odile Jacob, 2001, p. 229-245.
- GILBERT, David *et al.* « Lifestyle Medicines », *British Medical Journal*, vol. 321, n° 7272, 2000, p. 1341-1344.
- GLANNON, Walter. « Neuroethics », *Bioethics*, vol. 20, n° 1, 2006, p. 37-52.
- GLANNON, Walter. *Bioethics and the Brain*, New York, Oxford University Press, 2007, 348 p.
- GLANNON, Walter. « Psychopharmacological Enhancement », *Neuroethics*, vol. 1, n° 1, 2008, p. 45-54.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada – 2006*, Ottawa, 2007, 203 p.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. PROGRAMME DES SERVICES DE DÉPÔT. *Prolongation de la durée des brevets relatifs aux produits pharmaceutiques*, document MR-144F, 20 février 1997, mis à jour le 2 octobre 2002. [<http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/MR/mr144-f.htm#CANADAtxt>].
- GREELY, Henry T. *et al.* « Towards Responsible Use of Cognitive-Enhancing Drugs by the Healthy », *Nature*, vol. 456, n° 7223, 2008, p. 702-705.

- GREEN, Stephen. « Ethics and the Pharmaceutical Industry », *Australasian Psychiatry*, vol. 16, n° 3, 2008, p. 158-165.
- GREENLUND, Kurt J. *et al.* « Prevalence of Heart Disease and Stroke Risk Factors in Persons With Prehypertension in the United States, 1999-2000 », *Archives of Internal Medicine*, vol. 164, n° 19, 2004, p. 2113-2118.
- GROUPE CONSULTATIF INTERAGENCES EN ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE. *Proposition de la 2^e édition de L'Énoncé de politique des trois Conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, Secrétariat interagences en éthique de la recherche, décembre 2008, 185 p.
- HAILEY, David. « Scientific Harassment by Pharmaceutical Companies: Time to Stop », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 162, n° 2, 2000, p. 212-213.
- HALL, Wayne. « Feeling "Better than Well" », *European Molecular Biology Organization (EMBO) Reports*, vol. 5, n° 12, 2004, p. 1105-1109.
- HATTON, Anne-Catherine. *Neurosciences, nanotechnologies et éthique: un état des lieux*, manuscrit, Faculté de droit, Université Laval, avril 2004 (non publié), 26 p.
- HAURI, Peter J. « Cognitive Deficits in Insomnia Patients », *Acta Neurologica Belgica*, vol. 97, n° 2, 1997, p. 113-117.
- HEALY, David. *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship between the Pharmaceutical Industry and Depression*, New York University Press, 2006, 368 p.
- HECHTMAN, Lily. « Long-Term Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) », *Current Psychiatry Reports*, vol. 8, n° 5, 2006, p. 398-408.
- HECHTMAN, Lily et Brian GREENFIELD. « Long-Term Use of Stimulants in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Safety, Efficacy, and Long-Term Outcome », *Paediatric Drugs*, vol. 5, n° 12, 2003, p. 787-794.
- HILLMAN, Charles H. *et al.* « Be Smart, Exercise your Heart: Exercise Effects on Brain and Cognition », *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 9, n° 1, 2008, p. 58-65.
- HOGLE, Linda F. « Enhancement Technologies and the Body », *Annual Review of Anthropology*, vol. 34, 2005, p. 695-716.
- HOOK, C. Christopher. *Transhumanism and Posthumanism*, dans Stephen G. POST (dir.), *Encyclopedia of Bioethics*, 3^e éd., New York, Thomson Gale, 2004.
- HYMAN, Steven E. « Improving our Brains? », *BioSocieties*, vol. 1, 2006, p. 103-111.
- ILNICZKY, Nora K. *et al.* « Neuropsychological Functioning in Patients With Primary Insomnia », *Sleep*, vol. 25(S), 2002, p. A477.
- IMS HEALTH. *In Canada, Depression Ranks as Fast-Growing Diagnosis*, 2004. [http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6652_41382706_57069115,00.html] (accès avorté le 28 juillet 2009).
- IMS HEALTH. *Total U.S. Promotional Spend by Type, 2004*, 2005. [http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6599_49695992_75406357,00.html] (accès avorté le 28 juillet 2009).
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2007*, Ottawa, ICIS, 2007, 161 p.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2007*, Ottawa, ICIS, 2008, 158 p.
- INSTITUT SUISSE DE PRÉVENTION DE L'ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIES. *Amphétamines et méthamphétamines – Informations pour les parents et le corps enseignant*, Lausanne, 2004, 4 p.
- INVESTISSEMENT QUÉBEC. *Sciences de la vie*, juillet 2007. [<http://www.investquebec.com/fr/index.aspx?page=1873>].
- JEANNERET, Olivier et Theodor ABELIN. « Éthique », dans Felix GUTZWILLER et Olivier JEANNERET (dir.), *Médecine sociale et préventive. Santé publique*, Berne, Éditions Hans Huber, 1996, 502 p.
- JONES, Kelly et Yvonne HARRISON. « Frontal Lobe Function, Sleep Loss and Fragmented Sleep », *Sleep*, vol. 5, n° 6, 2001, p. 463-475.
- KELLY, Brendan D. « Buddhist Psychology, Psychotherapy and the Brain: A Critical Introduction », *Transcultural Psychiatry*, vol. 45, n° 1, 2008, p. 5-30.
- KESSLER, Ronald C. *et al.* « Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, vol. 51, n° 1, 1994, p. 8-19.
- KILLGORE, William D. *et al.* « The Effects of 53 Hours of Sleep Deprivation on Moral Judgment », *Sleep*, vol. 30, n° 3, 2007, p. 345-352.
- KIRBY, Michael J.L. et COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. *De l'ombre à la lumière: la transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Ottawa, Sénat du Canada, 2006, 535 p.
- KIRSCH, Irving *et al.* « Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration », *PLoS Medicine*, vol. 5, n° 2, 2008. [<http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0050045>].

- KNUTSON, Brian *et al.* « Selective Alteration of Personality and Social Behavior by Serotonergic Intervention », *American Journal of Psychiatry*, vol. 155, n° 3, 1998, p. 373-379.
- KOLLINS, Scott H. « Comparing the Abuse Potential of Methylphenidate Versus Other Stimulants: A Review of Available Evidence and Relevance to the ADHD Patient », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 64, n°. Suppl. 11, 2003, p. 14-18.
- KOLLINS, Scott H. « A Qualitative Review of Issues Arising in the Use of Psycho-Stimulant Medications in Patients with ADHD and Co-Morbid Substance Use Disorders », *Current Medical Research and Opinion*, vol. 24, n° 5, 2008, p. 1345-1357.
- KOSIK, Kenneth S. « Neuroscience Gears Up for Duel on the Issue of Brain versus Deity », *Nature*, vol. 439, n° 7073, 2006, p. 138.
- LA NUTRITION. *Les 6 super-neurotransmetteurs de votre cerveau*, [s. d.]. [<http://www.lanutrition.fr/Les-6-super-neurotransmetteurs-de-votre-cerveau-a-815.html>].
- LABARRIÈRE, Jean-Louis. « Aristote », dans Monique CANTO-SPERBER (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, 3^e éd., Paris, Presses universitaires de France, 2001.
- LAFORTUNE, Denis *et al.* « Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en centre jeunesse », *Enjeu*, vol. 15, n° 1, 2007, p. 15-28.
- LALONDE, Pierre *et al.* (dir.). *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale. Tome II: Spécialités psychiatriques, traitements, sciences fondamentales et sujets d'intérêt*, Longueuil, Gaëtan Morin éditeur, 2001, 1254 p.
- LAROUSSE, « Équité », *Nouveau Larousse encyclopédique*, Paris, Éditions Larousse, 1998.
- LAROUSSE, « Prévention », *Larousse médical*, Paris, Éditions Larousse, 2003.
- LAURE, Patrick. « Doit-on blâmer ou encourager les conduites dopantes? », *Éthique publique*, vol. 8, n° 2, 2006, p. 59-67.
- LE MOIGNE, Philippe. « Dépendre de soi. L'usage au long court des médicaments psychotropes », dans Johanne COLLIN *et al.* (dir.), *Le médicament au cœur de la société contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006, p. 91-107.
- LECLERC, Bruno *et al.* *Pour une approche intégrée des enjeux éthiques en matière de santé et de services sociaux*. Recherche réalisée pour le Conseil de la santé et du bien-être, Rimouski, Groupe de recherche Ethos, 2004, 53 p.
- LECLERC, Bruno et Geneviève TRÉPANIÉ. « L'être humain est-il perfectible et expérimentable? Réflexions autour du postulat transhumaniste de la plasticité du vivant », dans Jean-Pierre BÉLAND (dir.), *L'Homme biotech: humain ou posthumain?*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2006, p. 45-65.
- LECOURT, Dominique. *Humain, posthumain*, Paris, Presses universitaires de France, 2003, 192 p.
- LEICHSENRING, Falk et Sven RABUNG. « Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-analysis », *Journal of the American Medical Association*, vol. 300, n° 13, 2008, p. 1551-1565.
- LEMELIN, Geneviève et Nathalie DAOUST. « Les enfants hyperactifs: mieux les connaître pour mieux intervenir », *Enjeu*, vol. 15, n° 1, 2007, p. 3-8.
- LEMIRE, Marc. « L'accès aux médicaments sur internet ou les enjeux éthiques de la responsabilisation consommériste », *Éthique publique*, vol. 8, n° 2, 2006, p. 128-138.
- LÉVY, Joseph Josy et Catherine GARNIER (dir.). *La chaîne des médicaments: perspectives pluridisciplinaires*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2007, 522 p.
- LEVY, Neil. *Neuroethics: Challenges for the 21st Century*, New York, Cambridge University Press, 2007, 346 p.
- LEXCHIN, Joel. « Lifestyle Drugs: Issues for Debate », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 10, 2001, p. 1449-1451.
- LEXCHIN, Joel et Donald W. LIGHT. « Commercial Influence and the Content of Medical Journals », *British Medical Journal*, vol. 332, n° 7555, 2006, p. 1444-1447.
- LUNDBECK INSTITUTE. *Focus on Brain Disorders*, [s. d.]. [http://brainexplorer.org/brain_disorders/Focus_index.shtml].
- LUNDBECK INSTITUTE. *Psychotropics*, 2003. [<http://www.psychotropics.dk>].
- MAGGINI, Marina *et al.* « Cholinesterase Inhibitors: Drugs Looking for a Disease? », *PLoS Medicine*, vol. 3, n° 4, 2006. [<http://medicine.plosjournals.org/perlserv?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030140>].
- MAHER, Brendan. « Poll Results: Look Who's Doping », *Nature*, vol. 452, n° 7188, 2008, p. 674-675.
- MANNUZZA, Salvatore *et al.* « Age of Methylphenidate Treatment Initiation in Children with ADHD and Later Substance Abuse: Prospective Follow-up into Adulthood », *American Journal of Psychiatry*, vol. 165, n° 5, 2008, p. 604-609.

- MARCOTTE, Philippe et Florian SAUVAGEAU. « Les journalistes scientifiques: des éducateurs? Enquête auprès des membres de l'Association des communicateurs scientifiques du Québec », *Les Cahiers du journalisme*, vol. 15, 2006, p. 174-195.
- MASSOUD, Fadi *et al.* « Mild Cognitive Impairment and Cognitive Impairment, No Dementia: Part B, Therapy », *Alzheimer's & Dementia*, vol. 3, n° 4, 2007, p. 283-291.
- MAURON, Alex. « Renovating the House of Being: Genomes, Souls, and Selves », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1001, 2003, p. 240-252.
- MCCABE, Sean Esteban et Carol J. BOYD. « Sources of Prescription Drugs for Illicit Use », *Addictive Behaviors*, vol. 30, n° 7, 2005, p. 1342-1350.
- MCCABE, Sean Esteban *et al.* « Medical Use, Illicit Use and Diversion of Prescription Stimulant Medication », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 38, n° 1, 2006, p. 43-56.
- MCCABE, Sean Esteban *et al.* « Medical and Nonmedical Use of Prescription Drugs among Secondary School Students », *Journal of Adolescent Health*, vol. 40, n° 1, 2007, p. 76-83.
- McHENRY, Leemon. « Ethical Issues in Psychopharmacology », *Journal of Medical Ethics*, vol. 32, n° 7, 2006, p. 405-410.
- MEDLINE PLUS. *Drugs, Supplements, and Herbal Information*, US National Library of Medicine et National Institutes of Health, [s. d.]. [<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginformation.html>].
- MEHLMAN, Maxwell J. « Cognition-Enhancing Drugs », *The Milbank Quarterly*, vol. 82, n° 3, 2004, p. 483-506.
- MERRIAM-WEBSTER'S DICTIONARY. « Enhance », *Merriam-Webster's Online Dictionary*, [s. d.]. [<http://www.merriam-webster.com/dictionary/enhance>].
- MEYER, Jerrold S. et Linda F. QUENZER. *Psychopharmacology. Drugs, the Brain, and Behaviour*, Sunderland, Mass., Sinauer Associates Inc., 2005, 555 p.
- MINISTÈRE DE LA CULTURE, DES COMMUNICATIONS ET DE LA CONDITION FÉMININE, *Bibliothèques publiques: statistiques 2006*, Québec, 2008, 85 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, 1992, 191 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, axes d'intervention, actions*, Québec, 2001a, 57 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Planification de la main-d'œuvre en pharmacie*, Québec, 2001b, 141 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La Politique de la santé et du bien-être: une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002 – partie 1*, Québec, 2002a, 129 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Les indicateurs de la Politique québécoise de la santé et du bien-être: exercice de suivi 2001*, Québec, 2002b, 128 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux – Bilan des travaux 1999-2003*, Québec, 2003, 27 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Planification de la main-d'œuvre dans le secteur des services sociaux et de la santé mentale*, Québec, 2004, 182 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, 2005, 97 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La Politique du médicament*, Québec, 2007, 81 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, 2008, 101 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL DU CANADA. *La santé mentale des Canadiens: vers un juste équilibre*, Ottawa, 1988, 23 p.
- MINOR, Melissa A. et Norman D. GRACE. « Pharmacologic Therapy of Portal Hypertension », *Clinics in Liver Disease*, vol. 10, n° 3, 2006, p. 563-581.
- MINTZES, Barbara. « For and Against: Direct to consumer Advertising is Medicalising Normal Human Experience », *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7342, 2002, p. 908-909.
- MINTZES, Barbara. *What are the Public Health Implications? Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs in Canada*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 2006, 48 p.
- MOISAN, Jocelyne *et al.* *L'usage de médicaments psychotropes chez les travailleurs: prévalence, déterminants et conséquences*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2000, 78 p.
- MONCRIEFF, Joanna et Irving KIRSCH. « Efficiency of Antidepressants in Adults », *British Medical Journal*, vol. 331, 2005, p. 155-157.
- MONZÉE, Joël. « La médicalisation des humeurs des enfants », *Éthique publique*, vol. 8, n° 2, 2006, p. 74-85.

- MORGAN, Steven G. « Direct-to-Consumer Advertising and Expenditures on Prescription Drugs: A Comparison of Experiences in the United States and Canada », *Open Medicine*, vol. 1, n° 1, 2007. [<http://www.openmedicine.ca/article/view/23/26>].
- MORGAN, Steven G. *et al.* « Buying Science, Selling Drugs », *Health Matters*, n° 43, 2001, p. 12-13.
- MORGAN, Steven G. *et al.* « “Breakthrough” Drugs and Growth in Expenditure on Prescription Drugs in Canada », *British Medical Journal*, vol. 331, n° 7520, 2005, p. 815-816.
- MURRAY, Thomas H. « Enhancement », dans Bonnie STEINBOCK (dir.), *The Oxford Handbook of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 2007, p. 491-515.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *Prescription Drugs Abuse and Addiction*, 2005, 12 p.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *NIDA InfoFacts: Stimulant ADHD Medications – Methylphenidate and Amphetamines*, juin 2008. [<http://www.drugabuse.gov/infacts/ritalin.html>].
- NEUROSCIENCE CANADA. *Le cerveau en bref*, [s. d.]. [http://www.neurosciencecanada.ca/files/Fr_BRAIN_FACTS_French.pdf].
- NGOUNDO MBONGUE, Théodore Bienvenu *et al.* « “Medicamentation” of Society, Non-Diseases and Non-Medications: A Point of View from Social Pharmacology », *European Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 61, n° 4, 2005, p. 309-313.
- NICHOLAS, Barbara. *Neuroethics - A Literature Review Prepared for Toi te Taiao: the Bioethics Council*, Wellington, New Zealand, Toi te Taiao: the Bioethics Council, 2006, 42 p.
- NOVARTIS PHARMA CANADA INC. *Renseignements posologiques sur Ritalin*, Dorval, 2007, 25 p. Disponible à [<http://www.novartisophthalmics.ca/products/fr/pharmaceuticals-r.shtml>].
- NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS. *The Ethics of Research Related to Healthcare in Developing Countries – A Follow-up Discussion Paper*, London, NCoB, 2005, 128 p.
- O'BRIEN-PALLAS, Linda *et al.* « The Impact of Nurse Turnover on Patient, Nurse, and System Outcomes: A Pilot Study and Focus for a Multicenter International Study », *Policy, Politics, & Nursing Practice*, vol. 7, n° 3, 2006, p. 169-179.
- OGIEN, Ruwen. « Normes et valeurs », dans Monique CANTO-SPERBER (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, 3^e éd., Paris, Presses universitaires de France, 2001.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Glossaire de la série « Santé pour tous », volumes nos 1 à 8*, Genève, OMS, 1984, 40 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS, 2001a, 182 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « Santé mentale: renforcement de la promotion de la santé mentale », Aide-mémoire n° 220, OMS, 2001b. [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>].
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *L'Organisation mondiale de la santé annonce la mise au point de nouvelles normes pour l'enregistrement de tous les travaux de recherche médicale sur des sujets humains*, OMS, 2006. [<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr25/fr/index.html>].
- OTERO, Marcello. « Nervosité d'inadaptation. Une folie sociale nécessaire? », dans Johanne COLLIN *et al.* (dir.), *Le médicament au cœur de la société contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006, p. 67-90.
- QUELLET, Chantal *et al.* « Alphabétisme, santé et médicaments: des liens importants à connaître et à comprendre », dans Joseph Josy LÉVY et Catherine GARNIER (dir.), *La chaîne des médicaments: perspectives pluridisciplinaires*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2007, p. 317-332.
- PANATIER, Aude *et al.* « Glia-Derived D-Serine Controls NMDA Receptor Activity and Synaptic Memory », *Cell*, vol. 125, n° 4, 2006, p. 775-784.
- PARENS, Erik. « Is Better Always Good? The Enhancement Project », dans Erik PARENS (dir.), *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, Washington, D.C., Georgetown University Press, 1998, p. 1-28.
- PARLIAMENTARY OFFICE OF SCIENCE AND TECHNOLOGY. *Better Brains*, POSTnote No. 285, London, POST, 2007, 4 p.
- PATTERSON, Christopher *et al.* « Diagnosis and Treatment of Dementia: 1. Risk Assessment and Primary Prevention of Alzheimer Disease », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 5, 2008, p. 548-556.
- PHARMACEUTICAL RESEARCH AND MANUFACTURERS OF AMERICA. *Pharmaceutical Industry Profile 2006*, Washington, DC, PhRMA, 2006, 64 p.
- PHILLIPS, Christine B. « Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD », *PLoS Medicine*, vol. 3, n° 4, 2006. [<http://medicine.plosjournals.org/perlserv?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030182>].
- PINEAULT, Raynald *et al.* *L'accessibilité et la continuité des services de santé: une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 104 p.

- POULIN, Christiane. « Medical and Nonmedical Stimulant Use among Adolescents: From Sanctioned to Unsanctioned Use », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, n° 8, 2001, p. 1039-1044.
- QUEVAUVILLIERS, Jacques *et al.* *Dictionnaire médical*, 5^e éd., Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2007, 1516 p.
- RACINE, Éric. « Thérapie ou amélioration? Éthique des neurotechnologies et philosophie des neurosciences », *Ethica*, vol. 14, n° 1, 2002, p. 69-100.
- RACINE, Éric. « Pourquoi et comment tenir compte des neurosciences en éthique? Esquisse d'une approche neurophilosophique émergentiste et interdisciplinaire », *Laval théologique et philosophique*, vol. 61, n° 1, 2005, p. 77-105.
- RACINE, Éric. « Which Naturalism for Bioethics? A Defense of Moderate Naturalism », *Bioethics*, vol. 22, n° 2, 2008, p. 92-100.
- RACINE, Éric *et al.* « Brain Imaging: A Decade of Press Coverage », *Science Communication*, vol. 28, n° 1, 2006, p. 122-143.
- RACINE, Éric *et al.* « Internet Marketing of Neuroproducts: New Practices and Healthcare Policy Challenges », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 16, n° 2, 2007, p. 181-194.
- RACINE, Éric et Cynthia FORLINI. « Cognitive Enhancement, Lifestyle Choice or Misuse of Prescription Drugs? Ethics Blind Spots in Current Debates », *Neuroethics (Online First)*, 2008. [<http://www.springerlink.com/content/u22547313857t607/fulltext.pdf>].
- RANDALL, Delia C. *et al.* « The Cognitive-Enhancing Properties of Modafinil are Limited in Non-Sleep-Deprived Middle-Aged Volunteers », *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, vol. 77, n° 3, 2004, p. 547-555.
- RANDOZZO, A.C. *et al.* « Impaired Cognitive Function in Insomniacs vs Normals », *Sleep*, vol. 23, n° Suppl 2, 2000, p. A4.
- RAYMOND, Colette B. *et al.* « Antidepressant Utilization in British Columbia from 1996 to 2004: Increasing Prevalence but Not Incidence », *Psychiatric Services*, vol. 58, n° 1, 2007, p. 79-84.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées*, Québec, 2001, 87 p.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Tableau AM.07 – Nombre de participants et d'ordonnances, nombre d'ordonnances par participant, coût brut des ordonnances et par participant, coût RAMQ des ordonnances et par participant selon la classe de médicaments et la catégorie de personnes assurées – 2006, 2007a*, Québec.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Tableau AM.10 – Nombre d'ordonnances, leur coût brut et leur coût RAMQ selon les classes et les sous-classes de médicaments les plus fréquentes et la catégorie de personnes assurées, par ordre décroissant du nombre d'ordonnances – 2006, 2007b*, Québec.
- REHM, Jürgen et John WEEKS. « Abuse of Controlled Prescription Drugs », dans CANADIAN CENTRE ON SUBSTANCE ABUSE (dir.), *Substance Abuse in Canada: Current Challenges and Choices*, Ottawa, CCSA, 2005, p. 31-38.
- RICHARD, Claude et Marie-Thérèse LUSSIER. « Measuring Patient and Physician Participation in Exchanges on Medications: Dialogue Ratio, Preponderance of Initiative, and Dialogical Roles », *Patient Education and Counseling*, vol. 65, n° 3, 2007a, p. 329-341.
- RICHARD, Claude et Marie-Thérèse LUSSIER. « Pourquoi s'intéresser à la communication médecin-patient à propos de la médication? », dans Joseph Josy LÉVY et Catherine GARNIER (dir.), *La chaîne des médicaments: perspectives pluridisciplinaires*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2007b, p. 333-365.
- RICOEUR, Paul et Jean-Pierre CHANGEUX. *Ce qui nous fait penser. La nature et la règle*, Paris, Odile Jacob, 1998, 336 p.
- ROBITAILLE, Antoine. *Le Nouvel Homme nouveau. Voyage dans les utopies de la posthumanité*, Montréal, Éditions du Boréal, 2007, 220 p.
- ROGERS, Nikki L. *et al.* « Sleep, Waking and Neurobehavioural Performance », *Frontiers in Bioscience*, vol. 8, 2003, p. 1056-1067.
- ROOT WOLPE, Paul. « Treatment, Enhancement, and the Ethics of Neurotherapeutics », *Brain and Cognition*, vol. 50, n° 3, 2002, p. 387-395.
- ROOT WOLPE, Paul. « Religious Responses to Neuroscientific Questions », dans Judy ILLES (dir.), *Neuroethics: Defining the Issues in Theory, Practice, and Policy*, New York, Oxford University Press, 2006, p. 289-296.
- ROSE, Steven P.R. « "Smart Drugs": Do They Work? Are They Ethical? Will They Be Legal? », *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 3, n° 12, 2002, p. 975-979.
- ROULEAU, Annick *et al.* « Usage des benzodiazépines chez les personnes âgées: état des connaissances », *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n° 2, 2003, p. 149-164.
- ST-HILAIRE, Pierre-Luc. « De l'usage "plastique" des antidépresseurs », dans Johanne COLLIN *et al.* (dir.), *Le médicament au cœur de la société contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006, p. 109-125.
- SAIVES, Anne-Laure *et al.* « La politique du médicament au Québec. Discours et enjeux éthiques », *Éthique publique*, vol. 8, n° 2, 2006, p. 119-127.

- SANDBERG, Anders et Nick BOSTROM. « Converging Cognitive Enhancements », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1093, 2006, p. 201-227.
- SANDEL, Michael J. « The Case against Perfection », *The Atlantic Monthly*, vol. 293, n° 3, 2004, p. 51-62.
- SANTÉ CANADA. *Enquête sur le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDADA) – Diagnostic et traitement au méthylphénidate chez les médecins canadiens*, Ottawa, 1999, 64 p.
- SANTÉ CANADA. *Essais cliniques*, 2001. [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2001/2001_69bk1_f.html].
- SANTÉ CANADA. *Lignes directrices*, 2005. [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/legislation/guide-ld/index_f.html].
- SANTÉ CANADA. *Avis – Enregistrement et divulgation de renseignements sur les essais cliniques*, Référence 07-128165-369, Ottawa, novembre 2007, 2 p.
- SANTÉ CANADA. *Homologation progressive – Contexte*, 2007. [<http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/homologation-licensing/info-renseign/index-fra.php>].
- SANTÉ CANADA. *Projet d'homologation progressive*, 2008a. [http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/homologation-licensing/plfs_hpfd-fra.php].
- SANTÉ CANADA. *Homologation progressive*, 2008b. [<http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/homologation-licensing/index-fra.php>].
- SANTÉ CANADA et GROUPE DE TRAVAIL EXTERNE SUR L'ENREGISTREMENT ET LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS SUR LES ESSAIS CLINIQUES (GTE-EC). *Solutions visant à améliorer l'accès du public aux renseignements sur les essais cliniques sur les produits de santé au Canada*, Ottawa, Santé Canada, décembre 2006, 24 p.
- SCHEFFLER, Richard M. et al. « The Global Market for ADHD Medications », *Health Affairs*, vol. 26, n° 2, 2007, p. 450-457.
- SCHMITT, Jeroen A.J. et al. « Serotonin and Human Cognitive Performance », *Current Pharmaceutical Design*, vol. 12, n° 20, 2006, p. 2473-2486.
- SCHOENFELD, Frank B. et al. « Current Concepts in Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder », *Psychiatric Services*, vol. 55, n° 5, 2004, p. 519-531.
- SEGET, Steven. *CNS Market Trends, 2007 to 2010: Key Market Forecasts and Growth Opportunities – Summary*, 2007, 125 p. [http://www.urchpublishing.com/publications/therapeutic/cns_market_trends_2010.html].
- SENTENTIA, Wrye. « Neuroethical Considerations: Cognitive Liberty and Converging Technologies for Improving Human Cognition », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1013, 2004, p. 221-228.
- SHUCHMAN, Miriam et Paul C. HÉBERT. « Éditorial: Établir une base de recherche en psychiatrie », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, n° 10, 2008, p. 1259-1260.
- SKETRIS, Ingrid et al. *Prescription et utilisation optimales des médicaments au Canada: défis et possibilités*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 2007, 46 p.
- STAHL, Stephen M. *Psychopharmacologie essentielle. Bases neuroscientifiques et applications pratiques*, Paris, Flammarion, 2002, 601 p.
- STATISTIQUE CANADA. *Science Statistics - Estimates of Total Spending on Research and Development in the Health Field in Canada, 1989 to 2006*, 88-001-XIE, Ottawa, 2007, 19 p.
- SVETLOV, Stanislav I. et al. « Performance Enhancing, Non-Prescription Use of Ritalin: A Comparison with Amphetamines and Cocaine », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 26, n° 4, 2007, p. 1-6.
- SWANSON, James M. et Nora D. VOLKOW. « Serum and Brain Concentrations of Methylphenidate: Implications for Use and Abuse », *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 27, n° 7, 2003, p. 615-621.
- SZELENBERGER, Waldemar et Szymon NIEMCEWICZ. « Event-Related Current Density in Primary Insomnia », *Acta Neurobiologiae Experimentalis (Warsaw)*, vol. 61, n° 4, 2001, p. 299-308.
- TANNE, Janice Hopkins. « FDA Allows Drug Firms to Distribute Journal Articles about Unapproved Uses », *British Medical Journal*, vol. 338, n° 7688, 2009, p. 193.
- THOËR-FABRE, Christine et al. « Le médicament dans les sciences sociales: une analyse documentaire d'un champ en construction », dans Joseph Josy LÉVY et Catherine GARNIER (dir.), *La chaîne des médicaments: perspectives pluridisciplinaires*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2007, p. 19-84.
- TIANI, Carolina et al. « Portal Hypertension: Pre-Primary and Primary Prophylaxis of Variceal Bleeding », *Digestive and Liver Disease*, vol. 40, n° 5, 2008, p. 318-327.
- TOURJMAN, Smadar Valérie. « La psychiatrie et la prescription piégée: entre les données de la recherche et la réalité », *Éthique publique*, vol. 8, n° 2, 2006, p. 26-32.
- TSE, Wai S. et Alyson J. BOND. « Serotonergic Intervention Affects Both Social Dominance and Affiliative Behaviour », *Psychopharmacology (Berl)*, vol. 161, n° 3, 2002, p. 324-330.
- TURNER, Danielle C. et al. « Cognitive Enhancing Effects of Modafinil in Healthy Volunteers », *Psychopharmacology (Berl)*, vol. 165, n° 3, 2003, p. 260-269.
- TURNER, Danielle C. et Barbara J. SAHAKIAN. « Neuroethics of Cognitive Enhancement », *BioSocieties*, vol. 1, 2006, p. 113-123.

- TURNER, Erick H. *et al.* « Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy », *New England Journal of Medicine*, vol. 358, n° 3, 2008, p. 252-260.
- UNIVERSITÉ DE LIÈGE – FACULTÉ DE MÉDECINE. *Introduction à l'« Evidence-Based Medicine » (EBM)*, mise à jour le 19 octobre 2002. [<http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/ebm.htm#étude>].
- UNIVERSITÉ DE LILLE – FACULTÉ DE MÉDECINE. *Utilisation des substrats énergétiques à jeun et à l'état nourri*, 2002, 12 p. [<http://medecine.univ-lille2.fr/pedagogie/contenu/discipl/nutritio/2002-12le17substrat.pdf>].
- UNIVERSITÉ MCGILL. *Le cerveau à tous les niveaux*, [s. d.]. [<http://lecerveau.mcgill.ca/>].
- VAN DONGEN, Hans P.A. *et al.* « The Cumulative Cost of Additional Wakefulness: Dose-Response Effects on Neurobehavioral Functions and Sleep Physiology from Chronic Sleep Restriction and Total Sleep Deprivation », *Sleep*, vol. 26, n° 2, 2003, p. 117-126.
- VASTAG, Brian. « Poised to Challenge Need for Sleep, “Wakefulness Enhancer” Rouses Concerns », *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, n° 2, 2004, p. 167-170.
- VERHEY, Allan. « “Playing God” and Invoking a Perspective », *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 20, n° 4, 1995, p. 347-364.
- VIGNOLA, Annie *et al.* « Effects of Chronic Insomnia and Use of Benzodiazepines on Daytime Performance in Older Adults », *Journal of Gerontology B: Psychological Science and Social Sciences*, vol. 55, n° 1, 2000, p. 54-62.
- WALLEY, Tom. « Lifestyle Medicines and the Elderly », *Drugs Aging*, vol. 19, n° 3, 2002, p. 163-168.
- WALSH, James K. *et al.* « Modafinil Improves Alertness, Vigilance, and Executive Function During Simulated Night Shifts », *Sleep*, vol. 27, n° 3, 2004, p. 434-439.
- WALSH, Joseph. « Shyness and Social Phobia », *Health & Social Work*, vol. 27, n° 2, 2002, p. 137-144.
- WAZANA, Ashley. « Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, n° 3, 2000, p. 373-380.
- WEBSTER'S DICTIONARY. « Enhancement », *Webster's Third New International Dictionary of the English Language Unabridged*, 2002.
- WESENSTEN, Nancy J. « Effects of Modafinil on Cognitive Performance and Alertness During Sleep Deprivation », *Current Pharmaceutical Design*, vol. 12, n° 20, 2006, p. 2457-2471.
- WHITEHOUSE, Peter J. et Eric T. JUENGST. « Antiaging Medicine and Mild Cognitive Impairment: Practice and Policy Issues for Geriatrics », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 53, n° 8, 2005, p. 1417-1422.
- WILENS, Timothy E. *et al.* « Does Stimulant Therapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Beget Later Substance Abuse? A Meta-Analytic Review of the Literature », *Pediatrics*, vol. 111, n° 1, 2003, p. 179-185.
- WILKINS, Kathryn et Margot SHIELDS. *Les corrélats des erreurs de médicament dans les hôpitaux*, 82-003-XWF, Ottawa, Statistique Canada, 2008, 15 p.
- YANO, Motoyo et Heinz STEINER. « Methylphenidate and Cocaine: The Same Effects on Gene Regulation? », *Trends in Pharmacological Sciences*, vol. 28, n° 11, 2007, p. 588-596.
- YESAVAGE, Jerome A. *et al.* « Donepezil and Flight Simulator Performance: Effects on Retention of Complex Skills », *Neurology*, vol. 59, n° 1, 2002, p. 123-125.
- ZITO, Julie Magno *et al.* « Trends in the Prescribing of Psychotropic Medications to Preschoolers », *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, n° 8, 2000, p. 1025-1030.
- ZITO, Julie Magno *et al.* « Psychotropic Practice Patterns for Youth. A 10-Year Perspective », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 157, 2003, p. 17-25.





ANNEXE



CLASSIFICATIONS DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Liste des médicaments psychotropes et classifications selon le système Anatomique, Chimique, Thérapeutique (ATC) et le système utilisé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (mis à jour et adapté de Moisan *et al.*, *op. cit.*)

Dénomination commune internationale	Classification utilisée par la RAMQ		Classification ATC		
	Sous-classe	Classe	Groupe chimique	Usage thérapeutique spécifique	Principal usage thérapeutique
alprazolam	benzodiazépines	anxiolytiques, séd. et hyp. ^a	dérivés de benzodiazépines	anxiolytiques	psycholeptiques
amitriptyline	antidépresseurs	psychotropes	antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
amoxapine	antidépresseurs	psychotropes	antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
buspirone	autres anxiolytiques, séd. et hyp. ^a	anxiolytiques, séd. et hyp. ^a	azaspirodécanedione	anxiolytiques	psycholeptiques
butorphanol	agoniste partiel des opiacés	analgésiques	alcaloïde naturel d'opium	opiacés	analgésiques
chlordiazépoxide	benzodiazépines	anxiolytiques, séd. et hyp. ^a	dérivés de benzodiazépines	anxiolytiques	psycholeptiques
chlorpromazine	antipsychotiques	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	phenotiazines aliphatiques
citalopram	antidépresseurs	psychotropes	ISRS ^b	antidépresseurs	psychoanaleptiques
clobazam	benzodiazépines	anticonvulsivants	dérivés de benzodiazépines	anxiolytiques	psycholeptiques
clomipramine	antidépresseurs	psychotropes	antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
clonazépam	benzodiazépines	anticonvulsivants	dérivés de benzodiazépines	antiépileptiques	antiépileptiques
clozapine	antipsychotiques	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	diazépines et thiazépines
codéine	agoniste des opiacés	analgésiques	alcaloïde naturel d'opium	opiacés	analgésiques
désipramine	antidépresseurs	psychotropes	antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
dexamphétamine	amphétamines	psychotropes	psychostimulants	sympathomimétiques centraux	psychoanaleptiques
diazépam	benzodiazépines	anxiolytiques, séd. et hyp. ^a	dérivés de benzodiazépines	anxiolytiques	psycholeptiques
doxépine	antidépresseurs	psychotropes	antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
fluoxétine	antidépresseurs	psychotropes	ISRS ^b	antidépresseurs	psychoanaleptiques
flupenthixol	antipsychotiques	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	thioxanthènes
fluphénazine	tranquillisants	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	phénothiazines pipérazines
flurazépam	benzodiazépines	anxiolytiques, séd. et hyp. ^a	dérivés de benzodiazépines	hypnotiques et sédatifs	psycholeptiques
fluvoxamine	antidépresseurs	psychotropes	ISRS ^b	antidépresseurs	psychoanaleptiques
halopéridol	antipsychotiques	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	phénobutyrophénone
hydrate de chloral	divers	anxiolytiques, séd. et hyp. ^a	aldéhydes et dérivés	hypnotiques et sédatifs	psycholeptiques
hydromorphone	agoniste des opiacés	analgésiques	alcaloïde naturel d'opium	opiacés	analgésiques
imipramine	antidépresseurs	psychotropes	antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques

Dénomination commune internationale	Classification utilisée par la RAMQ		Classification ATC		
	Sous-classe	Classe	Groupe chimique	Usage thérapeutique spécifique	Principal usage thérapeutique
lithium	tranquillisants	autres psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	lithium
lorazépam	benzodiazépines	anxiolytiques, séd. et hyp. ^a	dérivés de benzodiazépines	anxiolytiques	psycholeptiques
loxapine	antipsychotiques	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	diazépines et thiazépines
maprotiline	antidépresseurs	psychotropes	antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
mépéridine	agoniste des opiacés	analgésiques	dérivés de phénylpipéridine	opiacés	analgésiques
méthylphénidate	autres stimulants SNC	psychotropes	psychostimulants	sympathomimétiques centraux	psychoanaleptiques
moclobémide	antidépresseurs	psychotropes	inhibiteurs de la MAO type A	antidépresseurs	psychoanaleptiques
modafinil	médicament d'exception		sympathomimétiques centraux	psychostimulants ^c	psychoanaleptiques
morphine	agoniste des opiacés	analgésiques	alcaloïde naturel d'opium	opiacés	analgésiques
nitrazépam	benzodiazépines	anxiolytiques, séd. et hyp. ^a	dérivés de benzodiazépines	hypnotiques et sédatifs	psycholeptiques
nortriptyline	antidépresseurs	psychotropes	antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques
olanzapine	antipsychotiques	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	diazépines et thiazépines
oxazépam	benzodiazépines	anxiolytiques, séd. et hyp. ^a	dérivés de benzodiazépines	anxiolytiques	psycholeptiques
oxycodone	agoniste des opiacés	analgésiques	alcaloïde naturel d'opium	opiacés	analgésiques
oxymorphone	agoniste des opiacés	analgésiques	alcaloïde naturel d'opium	opiacés	analgésiques
paroxétine	antidépresseurs	psychotropes	ISRS ^b	antidépresseurs	psychoanaleptiques
pentazocine	agoniste partiel des opiacés	analgésiques	dérivés de benzomorphine	opiacés	analgésiques
perphénazine	antipsychotiques	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	phénothiazines pipéridines
phénelzine	antidépresseurs	psychotropes	inhibiteurs de la MAO	antidépresseurs	psychoanaleptiques
phénobarbital	barbituriques	anticonvulsivants	barbituriques et dérivés	antiépileptiques	antiépileptiques
pimozide	tranquillisants	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	diphénylbutylpipéridines
primidone	barbituriques	anticonvulsivants	barbituriques et dérivés	antiépileptiques	antiépileptiques
prochlorpérazine	antipsychotiques	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	phénothiazines pipérazines
protriptyline	antidépresseurs	psychotropes	antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaleptiques

quétiapine	antipsychotiques	psychotiques	psycholeptiques	antipsychotiques	diazépines et thiazépines
rispéridone	antipsychotiques	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	autres antipsychotiques
sertraline	antidépresseurs	psychotropes	ISRS ^b	antidépresseurs	psychoanaaléptiques
sulfate de morphine	agoniste des opiacés	analgésiques	alcaloïde naturel d'opium	opiacés	analgésiques
témazépam	benzodiazépines	anxiolytiques, séd. et hyp. ^a	dérivés de benzodiazépines	hypnotiques et sédatifs	psycholeptiques
thioridazine	antipsychotiques	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	phénothiazines pipéridines
thiotixène	tranquillisants	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	thioxanthènes
tranylcypromine	antidépresseurs	psychotropes	inhibiteurs de la MAO	antidépresseurs	psychoanaaléptiques
trazodone	antidépresseurs	psychotropes	autres	antidépresseurs	psychoanaaléptiques
triazolam	benzodiazépines	anxiolytiques, séd. et hyp. ^a	dérivés de benzodiazépines	hypnotiques et sédatifs	psycholeptiques
trifluopérazine	antipsychotiques	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	phénothiazines pipérazines
trimipramine	antidépresseurs	psychotropes	antidépresseurs tricycliques	antidépresseurs	psychoanaaléptiques
venlafaxine	antidépresseurs	psychotropes	autres	antidépresseurs	psychoanaaléptiques
ziprasidone	antipsychotiques	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	indoles
zopiclone	autres anxiolytiques, séd. et hyp. ^a	anxiolytiques, séd. et hyp. ^a	psycholeptiques	médicaments app. aux benzo. ^d	hypnotiques et sédatifs
zuclopenthixol	antipsychotiques	psychotropes	psycholeptiques	antipsychotiques	thioxanthènes

Médicaments pour la maladie d'Alzheimer

donépézil	médicaments d'exception	anticholinestérase	anti-démence	psychoanaaléptiques
galantamine	médicaments d'exception	anticholinestérase	anti-démence	psychoanaaléptiques
mémantine	médicaments d'exception	autres médicaments anti-démence	anti-démence	psychoanaaléptiques
rivastigmine	médicaments d'exception	anticholinestérase	anti-démence	psychoanaaléptiques

a : Autres anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques.

b : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

c : Psychostimulants, agents utilisés en cas de troubles d'hyperactivité et de manque d'attention et nootropiques.

d : Médicaments apparentés aux benzodiazépines.



LES ACTIVITÉS DE CONSULTATION DE LA COMMISSION

En janvier 2009, les personnes suivantes ont accepté de procéder à une lecture critique d'une première version du rapport du comité de travail :

Henri Dorvil, professeur, École de travail social, Faculté des sciences humaines, Université du Québec à Montréal

Dre Mimi Israël, chef du Département de psychiatrie, Institut Douglas, et professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université McGill

Bernard Keating, professeur titulaire, Faculté de théologie et de sciences religieuses, Université Laval

Dr Fadi Massoud, professeur adjoint de clinique au Département de médecine de l'Université de Montréal et interniste-gériatre au Service de gériatrie de l'Hôpital Notre-Dame

Guilhème Pérodeau, professeure et directrice du Module de la psychologie, Université du Québec en Outaouais

Dre Josée Perreault, médecin omnipratricienne, suivi médical en psychiatrie à l'Hôtel-Dieu de Lévis et pratique générale à la Clinique Saint-Louis

Monique Richer, secrétaire générale de l'Université Laval, professeure titulaire à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval et bachelière en droit

La Commission remercie toutes ces personnes pour la collaboration qu'elles ont apportée à sa réflexion et à l'enrichissement du contenu de son avis.



LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION⁴⁵⁶

PRÉSIDENTE

M^e Édith Deleury

Professeure émérite – Faculté de droit
Université Laval

MEMBRES

Patrick Beaudin

Directeur général
Société pour la promotion de la science
et de la technologie

Dr Pierre Deshaies

Médecin spécialiste en santé communautaire
Chef du Département clinique de santé publique
Hôtel-Dieu de Lévis

Hubert Doucet

Chercheur
Programmes de bioéthique
Université de Montréal

Benoît Gagnon

Chercheur et doctorant
Centre international de criminologie
comparée (CICC)
Université de Montréal

Mariette Gilbert

Présidente
Association féminine d'éducation
et d'action sociale (AFEAS)

Jacques T. Godbout

Sociologue
Institut national de la recherche scientifique
Urbanisation, Culture et Société

Françoise Guénette

Journaliste indépendante et animatrice

Patrice K. Lacasse

Coordonnateur du Bureau de développement
social des Premières Nations du Québec
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Dany Rondeau

Professeure
Département des lettres et humanités
Université du Québec à Rimouski

Bernard Sinclair-Desgagné

Directeur, Service de l'enseignement
des affaires internationales
Titulaire, Chaire d'économie internationale
et de gouvernance
HEC Montréal

Eliana Sotomayor

École de service social
Université de Montréal

MEMBRE INVITÉE

M^e Danielle Parent

Directrice, Direction des affaires juridiques,
Transports et affaires notariales, Justice Québec

SECRÉTAIRE GÉNÉRALE

M^e Nicole Beaudry, notaire

⁴⁵⁶ Au moment de l'adoption.





Les médicaments occupent une place importante dans les traitements thérapeutiques puisqu'ils ont aidé à améliorer la qualité des soins et, en ce qui concerne les maladies mentales et neurologiques, à faire des gains importants. Les espoirs suscités par les nouvelles générations de médicaments psychotropes sont immenses, notamment pour le maintien de la mémoire et des fonctions cognitives ainsi que pour une meilleure concentration et une stabilité émotionnelle. L'engouement se constate également dans l'intérêt pour les produits en vente libre qui produisent les mêmes effets. Pourtant, les connaissances sur le cerveau, sur le mode de fonctionnement des médicaments et leurs effets secondaires à long terme sur le système nerveux central demeurent limitées à ce jour.

Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard éthique est le sixième avis de la Commission de l'éthique de la science et de la technologie. En quatre chapitres, il dresse un portrait du contexte social, sociopolitique et juridique dans lequel le produit « médicament » prend place et décrit les particularités des médicaments psychotropes ainsi que les incertitudes scientifiques liées au système nerveux central et aux psychotropes. Par la suite, l'avis analyse deux catégories d'usages élargis, ceux de type « Médical » et ceux relevant plutôt du « Mode de vie ». Il propose ensuite des valeurs et des enjeux éthiques que les usages élargis mettent en jeu, notamment la protection des personnes, la liberté, la responsabilité, l'équité, l'accessibilité et la disponibilité de l'information et la qualité de cette information. Dans sa réflexion, la Commission a particulièrement retenu quatre valeurs : la protection de la santé et de la sécurité des personnes, l'autonomie et l'affirmation de la liberté individuelle, l'équité et les représentations de l'être humain. À la suite de son évaluation éthique, la Commission formule onze recommandations et deux mises en garde à l'intention de décideurs québécois et canadiens.

Cet avis et les autres publications de la Commission sont disponibles à l'adresse suivante : www.ethique.gouv.qc.ca

La mission de la Commission de l'éthique de la science et de la technologie consiste, d'une part, à informer, sensibiliser, recevoir des opinions, susciter la réflexion et organiser des débats sur les enjeux éthiques du développement de la science et de la technologie, et, d'autre part, à proposer des orientations susceptibles de guider les acteurs concernés dans leur prise de décision.