POUR UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DE

prévention EN TOXICOMANIE

Orientations et stratégie

Les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits

PRÉVENTION DE LA toxicomanie

Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

POUR UNE APPROCHE PRAGMATIQUE DE *prévention* EN TOXICOMANIE

Orientations et stratégie

Les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits

DOCUMENT PRÉPARÉ POUR LE GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PRÉVENTION DES TOXICOMANIES

David Cohen, Ph. D.
Professeur titulaire
École de service social
Chercheur, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP)
Département de sociologie

Johanne Collin, Ph.D.
Chercheuse adjointe, Faculté de pharmacie
Chercheuse, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP)
Département de sociologie

Université de Montréal

Novembre 1997

00-801-4

Prévention de la toxicomanie

Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Édition produite par :
Le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications

Des frais d'administration vous seront facturés lors de la livraison :
5,00 $ pour le premier exemplaire et 1,00 $ pour chaque exemplaire additionnel.

Faites parvenir votre commande soit par télécopieur, au numéro : **(418) 644-4574**
soit par courriel à l'adresse suivante : **communications@msss.gouv.qc.ca**
soit par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-35889-9

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier M^me^ Andrée Demers, présidente du Groupe de travail sur la prévention de la toxicomanie, qui nous a fourni l'occasion d'entreprendre cette recension et analyse.

Nous remercions également les personnes suivantes, membres stagiaires ou agents de recherche au Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), qui nous ont aidé à réaliser ce travail. M. Michael McCubbin, candidat au Ph. D. en sciences humaines appliquées à l'Université de Montréal, a effectué la plupart des recherches bibliographiques informatisées. M. Frédéric Kuzminksi, M. Sc. (sociologie) a effectué les analyses statistiques des données d'enquêtes canadiennes sur la consommation de médicaments. M. René Potvin, étudiant au Ph. D. en sociologie à l'Université de Montréal, a obtenu de différentes bibliothèques une bonne partie de la documentation consultée.

M^me^ Claudine Laurier, de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, nous a fourni plusieurs documents pertinents qui ont facilité cette recension.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements ..... *i*
Liste des abréviations ..... *vii*
Liste des tableaux ..... *viii*

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1 — PROBLÉMATIQUE 5

Classifications scientifique, sanitaire et juridique des drogues 7
Médicaments psychotropes 8
Le problème terminologique : « toxicomanie » et termes associés 10
Abus 11
Assuétude (*addiction*) 12
Dépendance 13
Tolérance 14
Effets de sevrage 15
Conclusions 17
Références 18

CHAPITRE 2 — MÉTHODE 23

Pré-recherche 25
Résultats de la pré-recherche 25
Personnes âgées 25
Femmes 26
Enfants 26
Conclusions de la pré-recherche 26
Cadre d'analyse et indicateurs retenus 27
Méthode de la recension systématique 28
Banques de données consultées 28
Mots-clés et stratégie de recherche 29
Résumé des résultats 29
Autres sources consultées 30
Structure du rapport 30

CHAPITRE 3 — PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES FEMMES ET LES PERSONNES ÂGÉES 33

Prévalence de la consommation à l'étranger 35
Consommation de médicaments psychotropes chez les femmes 35
Consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées 36
Place des benzodiazépines dans la consommation de médicaments psychotropes par les adultes 36
Consommation à long terme 36
Prévalence de la consommation au Canada et au Québec 37
Limites des statistiques de consommation de médicaments psychotropes 37
Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (1994) 38

Enquête sociale et de santé 1992-1993 (Québec) 39
Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec (1995) : la prescription de médicaments psychotropes 40
Consommation à long terme 43
Consommation sans prescription médicale 45
Problèmes liés à la consommation 46
Conclusions 46
Références 48

CHAPITRE 4 — CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET TOXICOMANIES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES ET LES FEMMES 51

La problématique sociale 53
Personnes âgées 53
Femmes 54
Femmes âgées 55
Facteurs associés à la prescription de psychotropes 56
Indications officielles et diagnostics associés à la prescription 56
Déterminants sociaux de la prescription de médicaments 57
Évaluation des risques/bénéfices de l'utilisation des médicaments psychotropes 58
Effets néfastes de la consommation de médicaments psychotropes 59
Troubles de la mémoire 60
Troubles psychomoteurs (chutes, accidents de la circulation) 60
Troubles du comportement, dépression, suicide 61
Toxicomanies liées à la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et les femmes 62
Paramètres d'un débat 62
Potentiel d'abus et de dépendance 64
Tolérance et sevrage 64
Propriétés renforçantes (*reinforcing effects*) 65
Patterns d'utilisation et indicateurs de toxicomanies 66
Compulsion et usage non médical 66
Alcoolisme et consommation de médicaments psychotropes 67
Inobservance ou abus (*misuse or abuse*) 68
Indicateurs d'abus et de dépendance 70
Sentiment de dépendance et difficultés à arrêter 70
Sous-estimation et déni 71
Conclusions 73
Références 75

CHAPITRE 5 — CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET TOXICOMANIES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS 91

Introduction et structure du chapitre 93
Prévalence de la prescription de médicaments psychotropes aux enfants 94
Évolution des tendances de prescription 94
Production mondiale de méthylphénidate 94
Prévalence de la prescription de méthylphénidate (Ritalin) dans les années quatre-vingt-dix 95
États-Unis 95
Canada 96
Autres pays 96
Utilisation thérapeutique des stimulants 97
Survol général de la pharmacothérapie des troubles émotionnels des enfants 97
Déterminants sociaux de la prescription de psychotropes aux enfants 99
Utilisation des stimulants pour le TDAH 100
Ambiguïté du diagnostic du TDAH 100
Effets thérapeutiques du méthylphénidate 103
Effets néfastes du méthylphénidate 106
Manque d'études sur les effets néfastes 106
Manque de connaissances des éducateurs sur les stimulants 106
Effets secondaires principaux 106
Effets sur la croissance et la maturation physiques 107
Effets sur le SNC (la toxicité comportementale) 107
Doses de méthylphénidate prescrites aux enfants 109
Toxicomanies liées à la consommation de stimulants du SNC 110
Vagues de popularité des stimulants 110
Abus de méthylphénidate des années soixante aux années quatre-vingts 111
Études récentes sur le potentiel d'abus et de dépendance du méthylphénidate 112
Similitudes entre le méthylphénidate, la cocaïne et les amphétamines 113
Toxicomanies liées à l'utilisation de méthylphénidate chez les jeunes 114
Indicateurs et manifestations des toxicomanies chez les adolescents et les enfants 115
Indicateurs de toxicomanies liées à l'utilisation du méthylphénidate par les jeunes 116
Usage non médical aux États-Unis : données scientifiques 116
Usage non médical aux États-Unis : articles de journaux 117
Usage non médical au Québec 118
Effets de sevrage et de rebond 119
Toxicomanies subséquentes à la prise de méthylphénidate chez les enfants diagnostiqués de TDAH 120
Conclusions 121
Références 125

CHAPITRE 6 — CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 135

Synthèse des principaux constats concernant les personnes âgées et les femmes 137
Synthèse des principaux constats concernant les enfants 139
Déni et sous-estimation du phénomène 140
Constats concernant les données existantes et les méthodes de collecte de données 140
Failles méthodologiques principales 141
Manque d'indicateurs adaptés 141
Manque de données publiques et indépendantes 141
Manque de données d'enquêtes adaptées à l'évolution des tendances de consommation 142
Transformation des tendances de consommation : le cas récent des antidépresseurs 142
Recommandations 143
Banques de données 143
Orientations et développement de la recherche 144
Références 145

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADD	Attention Deficit Disorder
ADHD	Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
APA	American Psychiatric Association (États-Unis)
CCNE	Comité Consultatif National d'Éthique (France)
DAWN	Drug Abuse Warning Network (États-Unis)
DEA	Drug Enforcement Administration (États-Unis)
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
ECCAAD	Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues
ENSP	Enquête nationale sur la santé de la population
FDA	Food and Drug Administration (États-Unis)
INCB	International Narcotics Control Board
ISRS	Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine
NIDA	National Institute of Drug Abuse (États-Unis)
NIMH	National Institute of Mental Health (États-Unis)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SNC	Système nerveux central
TDAH	Trouble de déficit d'attention avec/sans hyperactivité

LISTE DES TABLEAUX

2.1 Nombre de citations retenues issues des banques de données bibliographiques consultées

3.1 Consommation de psychotropes au cours des douze derniers mois, au Canada et au Québec, 1995

3.2 Consommation de psychotropes au Québec, 1992-1993

3.3 Consommation de psychotropes au Québec chez les adultes et les personnes âgées, 1992-1993

3.4 Taux de participation selon la sous-classe de médicaments du SNC et les catégories de personnes admissibles, RAMQ, Québec, 1995

3.5 Ordonnances de médicaments du SNC aux prestataires de la sécurité du revenu, RAMQ, 1991-1995

3.6 Ordonnances de médicaments du SNC aux personnes âgées, RAMQ, 1991-1995

3.7 Proportion de consommateurs de médicaments psychotropes dont la durée de consommation dépasse un an, au Canada et au Québec, 1994

3.8 Proportion de consommateurs de tranquillisants dont la durée de consommation dépasse un an et trois ans, au Canada et au Québec, 1994

3.9 Proportion de consommateurs de médicaments psychotropes qui les utilisent sans prescription médicale, au Canada et au Québec, 1994

5.1 Pourcentage des élèves de douze à dix-huit ans de l'Outaouais qui consomment des stimulants prescrits et non prescrits, 1991 et 1996

INTRODUCTION

Le présent rapport constitue plus qu'une recension des écrits. En effet, le phénomène que nous avons tenté de cerner est rarement discuté comme tel dans les écrits scientifiques. Pour tenter de le comprendre dans ses diverses ramifications, il nous fallait d'abord construire une problématique et identifier une méthode adaptée de recension des écrits.

En d'autres termes, nous avons premièrement cherché à comprendre comment, de manière générale, le sujet des toxicomanies est traité dans les écrits scientifiques. Ce regard sur les différents concepts entourant le sujet et leurs différentes définitions nous a amené à proposer quelques indicateurs du phénomène des toxicomanies applicables aux situations de prescription de médicaments psychotropes (chapitre 1).

Nous avons ensuite effectué une prérecherche sur quelques banques de données bibliographiques pour nous faire une idée du genre de citations pertinentes à analyser et pour valider nos indicateurs préliminaires (chapitre 2).

Au chapitre 3, nous avons regroupé les diverses données de prévalence de prescription et de consommation de médicaments psychotropes touchant les personnes âgées et les femmes. Les données canadiennes et québécoises proviennent surtout de deux grandes enquêtes sur la population ainsi que des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Notre recension et analyse des écrits des toxicomanies liées aux médicaments psychotropes se centre autour des chapitres 4 (personnes âgées et femmes) et 5 (enfants).

Finalement, un résumé des principaux constats ainsi que quelques recommandations émanant de ces constats se trouvent au chapitre 6.

La documentation décrite ou résumée dans cette recension était à jour jusqu'au milieu de l'année 1997.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Classifications scientifique, sanitaire et juridique des drogues

Récemment, dans un avis sur les toxicomanies, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) français pour les sciences de la vie et de la santé soulignait que « la distinction entre les drogues licites et les drogues illicites ne repose sur aucune base scientifique cohérente » (*Rapports sur les toxicomanies,* 1995, p. 3). Par exemple, sur le plan neuropharmacologique, le mode d'action d'une drogue illicite, comme la cocaïne, et celui d'une drogue licite (sous usage médical), comme le méthylphénidate (Ritalin), est presque identique (Volkow *et al.*, 1995). Sur le plan des effets comportementaux, plusieurs similitudes existent entre les benzodiazépines, fréquemment prescrites comme tranquillisants et somnifères, et l'alcool. Les effets recherchés — sédation et relaxation — ainsi que les effets indésirables — somnolence, perte d'équilibre, confusion et, à long terme, la dépendance — sont très semblables (Cohen *et al.*, 1995).

Trois types de classifications des psychotropes existent : 1) la classification de type *scientifique*, selon les propriétés thérapeutiques ou les effets globaux sur le système nerveux central (SNC), comme par exemple la classification de Delay et Deniker (1961); 2) la classification de type *sanitaire*, selon le pouvoir « toxicomanogène », comme par exemple la classification de 1971 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), reproduite dans Caballero (1989, p. 19); 3) la classification de type *juridique*, nationale ou internationale, selon la reconnaissance d'une utilisation à des fins médicales ou scientifiques, comme par exemple la classification de l'Organisation des Nations Unies (ONU) de 1961 et 1976, reproduite dans *Rapports sur les toxicomanies* (1995, p. 41-43). C'est dans ce dernier type de classification que sont introduites les notions de drogues licites (celles pour lesquelles on reconnaît un usage médical ou scientifique) et de drogues illicites (toutes les autres drogues).

Il en résulte à la lecture de ces différentes classifications une certaine incohérence ou, comme le note le CCNE, l'absence de « base conceptuelle clairement définie » (p. 8). Les comparaisons faites par le CCNE indiquent que, dans la même classification juridique de l'ONU, le cannabis figure parmi les « stupéfiants » (substances appellant le contrôle le plus rigoureux) même si le THC, son ingrédient actif, figure parmi les simples « psychotropes ». Par contre, dans la classification sanitaire de l'OMS, le cannabis figure parmi les substances avec le moindre pouvoir toxicomanogène (*Rapports sur les toxicomanies*, 1995, p. 7-8).

Les classifications juridiques ont pu être influencées par des intérêts d'États ou privés. Comme le racontent Bachman et Coppel (1989), des conflits d'intérêts entre pays producteurs et pays consommateurs sont apparus dès les premières négociations internationales sur le contrôle de l'opium au début du siècle — les pays tirant des revenus de leur commerce s'opposant à la prohibition de l'opium, d'autres pays la réclamant. Les biais restent évidents en ce qui concerne la production d'alcool et de tabac, mais moins évidents en ce qui concerne la production de divers médicaments psychotropes, c'est-à-dire de substances psychoactives disponibles légalement avec une ordonnance médicale. Par exemple, dans un autre contexte, Cohen (1996) note que « pour quinze pays post-industrialisés qui le vendent à 150 autres, le médicament représente [...] des enjeux stratégiques majeurs » (p. 19).

Malgré ces données, les politiques en matière de prévention des toxicomanies sont généralement fondées sur des distinctions juridiques entre les drogues dont l'usage est licite, comme l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes, et les drogues classées comme stupéfiants ou dont l'usage est illicite,

comme la cocaïne ou l'héroïne (Kopp, 1997). Outre l'attention portée sur l'alcool et sur le tabac par les décideurs et les autorités de la santé publique, les distinctions juridiques entre substances licites et illicites ont pu avoir comme effet de négliger l'étude des problèmes physiques, psychologiques et sociaux découlant de l'usage de substances licites, particulièrement les drogues incluses dans la gamme des médicaments psychotropes (Cohen et Pérodeau, 1997). Zarifian (1996) est très explicite sur cette négligence scientifique :

> *On ne peut plus maintenir le dogme qui veut que le seul effet d'un traitement psychotrope soit de ramener le fonctionnement psychique « à la normale ». L'état obtenu n'est jamais qu'un compromis entre la disparition de symptômes gênants et la création d'un nouvel état cognitif. Il s'agit de savoir si ce nouvel état cognitif perturbe ou non la vie du sujet et quelle est sa part de responsabilité dans des incidents ou des accidents qui pourraient survenir. Personne ne s'est jamais réellement posé la question* (p. 218).

Médicaments psychotropes

Un psychotrope est généralement défini comme une substance qui agit sur le système nerveux central (SNC) et qui semble exercer un effet sur la conscience, les émotions ou le comportement. Dépendant de la dose, de la durée de l'usage, des antécédents du consommateur ainsi que d'une foule de facteurs physiques, psychologiques et sociaux, un psychotrope peut avoir des effets « bénéfiques » ou « toxiques ». Par contre, la définition de ces effets, ou d'effets primaires et secondaires, n'est pas le fruit d'un processus d'élucidation objectif; elle découle plutôt d'un processus de construction sociale, où différents acteurs impliqués dans la situation de prescription peuvent juger les mêmes effets comme étant plus ou moins désirables (Cohen et Karsenty, 1998). Il est donc plus juste de préciser que *l'attribution* d'effets bénéfiques et/ou toxiques à une substance donnée dépend de nombreux facteurs.

Depuis près d'une cinquantaine d'années, avec les progrès de la pharmacologie et avec la montée des approches médicales pour conceptualiser et gérer la détresse émotionnelle et les troubles du comportement, divers psychotropes ont été largement prescrits par les médecins auprès de toutes les tranches d'âge de la population générale et institutionnalisée. On appelle souvent ces psychotropes des « médicaments psychiatriques » ou « psychothérapeutiques » pour souligner que la justification de leur usage provient souvent de la psychiatrie et qu'ils servent à traiter des troubles définis par la psychiatrie. Néanmoins, dans les pays industrialisés, la grande majorité des prescriptions de ces psychotropes est faite par les médecins généralistes (Williams *et al.*, 1995).

Six classes principales de médicaments psychiatriques existent actuellement (Cohen *et al.*, 1995; Perry *et al.*, 1997) :

- les neuroleptiques ou antipsychotiques, autrefois appellés « tranquillisants majeurs »;
- les régulateurs de l'humeur (le lithium et certains anticonvulsivants);
- les antidépresseurs;
- les anxiolytiques ou tranquillisants, autrefois appellés « tranquillisants mineurs »;

- les sédatifs-hypnotiques ou somnifères;
- les stimulants.

Une classe de « *cognition enhancers* », médicaments prescrits aux personnes âgées démentes, se constitue assez rapidement.

Dans les pays industrialisés, dépendant du marché national particulier, on recense environ entre 60 et 90 drogues psychiatriques sur le marché, réparties dans ces différentes classes. À l'heure actuelle, environ 65 autres substances sont à diverses étapes de développement comme futurs médicaments psychiatriques (Cohen, 1997).

Tout comme la distinction entre drogue licite et illicite ne repose sur aucune base scientifique cohérente, la distinction entre drogue et médicament[1] « ne repose pas sur des réalités biologiques mais plutôt sur des réalités sociales, culturelles, juridiques et politiques » (Cohen et Pérodeau, 1997, p. 103). En effet, la plupart des psychotropes introduits dans une société entreprennent un parcours jalonné de quelques grandes étapes, sur des périodes pouvant aller de quelques années à quelques siècles : d'abord, ils sont acceptés de manière enthousiaste; ensuite, on les juge avec une méfiance plus ou moins fondée; finalement, on les rejette, parfois de pair avec une utilisation médicale contrôlée (Brisson, 1988; Bachman et Coppel, 1989; Cohen, 1996; Szasz, 1982). Plus récemment, l'utilisation médicale a fait partie de la première étape du parcours. Quant au rejet officiel d'un psychotrope, il a souvent été justifié par un discours lié à la capacité du psychotrope de créer chez ses consommateurs une toxicomanie.

Un bref regard historique sur des substances autrefois prescrites en médecine comme sédatifs et hypnotiques fait ressortir un nombre impressionnant de substances aujourd'hui reléguées dans la catégorie des drogues illicites et dangereuses (Allgulander, 1978). À l'heure actuelle, la catégorie des médicaments psychiatriques comprend plusieurs substances considérées comme ayant un pouvoir toxicomanogène plus ou moins élevé (par exemple, les benzodiazépines, le méthylphénidate, les barbituriques, la méthadone, etc.), dont la possession et le commerce sont donc strictement interdits hors du contexte médical et passibles de sanctions criminelles.

À la fin du siècle dernier et au début de ce siècle, la question des toxicomanies liées à l'usage de psychotropes médicalement prescrits s'est posée surtout par rapport aux opiacés (l'opium et ses dérivés, la morphine et l'héroïne). Depuis les 40 dernières années, cette question s'est posée particulièrement par rapport aux barbituriques, aux stimulants, aux anxiolytiques et sédatifs-hypnotiques (Allgulander, 1978; Olivieri *et al.*, 1986). Écrivant sur les « anxiolytiques », catégorie dans laquelle ils incluent tous les médicaments que nous venons de citer dans ce paragraphe, Olivieri *et al.* résument le parcours :

> *In conclusion, it appears that every anxiolytic that man has extracted or synthesized causes dependence. We see the same repetitious sequence : the introduction of a new drug, followed by an isolated case reported of dependence and then a plethora of such reports. Concern among doctors develops after an unecessarily long delay and*

1. La langue anglaise ne reconnaît pas de distinction entre les mots « drogue » et « médicament, » tous deux traduits par le seul mot « *drug* ». L'ambiguïté ne disparaît pas dans la langue française, où « *addictive drug* » et « *drug* » se traduisent tous les deux par le seul mot « drogue » (*Grand dictionnaire Larousse de la psychologie*, 1992, p. 835-838).

> *eventually a new anxiolytic, but one with addictive potential, appears. There has been reluctance to accept that anxiolytics are drugs of dependence and new anxiolytics, erroneously thought to be non-addictive, have been used to treat dependence on older drugs* (1986, p. 670).

Comme illustration des connaissances actuelles sur ce thème, le manuel diagnostique de l'American Psychiatric Association (APA, 1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e édition (*DSM-IV*) inclut, dans sa section sur les « troubles liés aux substances », les diagnostics de dépendance, d'abus, d'intoxication, de sevrage, de délirium, de troubles psychotiques, de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, de dysfonctions sexuelles et de troubles du sommeil découlant directement de l'usage de sédatifs-hypnotiques, d'anxiolytiques et de stimulants amphétaminiques. Les troubles amnestiques et la démence sont inclus comme diagnostics additionnels de troubles découlant de la prise des sédatifs-hypnotiques et anxiolytiques (APA, p. 177, 204-212, 261-270).

Le problème terminologique : « toxicomanie » et termes associés

Presque depuis l'introduction du terme « toxicomanie », à la fin du siècle dernier, une forte controverse a existé à propos de sa définition, ou, lorsque la définition faisait consensus à une époque ou dans un lieu particulier, à propos des drogues les plus susceptibles d'entraîner une toxicomanie, des individus les plus susceptibles d'en développer, etc. (Erickson *et al.*, 1991).

Plus récemment, divers nouveaux termes ont été introduits et ont généralement remplacé, dans le langage des scientifiques, cliniciens et chercheurs, le terme « toxicomanie ». Il est à noter que ce terme, privilégié dans la langue française (cf. Laqueille *et al.*, 1995), n'a pas d'équivalent exact dans les écrits de langue anglaise, qui sont nettement plus fréquents et où nous retrouvons, entre autres, les termes *abuse* (abus), *addiction* (addiction, assuétude, toxicomanie), *psychological dependence* (dépendance psychologique, dépendance psychique, pharmacodépendance), *physical dependence* (dépendance biologique, dépendance physiologique, dépendance physique, pharmacodépendance), *tolerance* (accoutumance, tolérance), *withdrawal effects* (effets de sevrage).

Ensemble, ces mots désignent manifestement différents aspects de ce que l'on appelle, dans les écrits français, une toxicomanie, mais selon presque tous les auteurs, dont Miller et Mahler (1991, p. 61) et Kleber (1990, p. 57), il n'existe pas de consensus ferme sur leurs définitions. Les concepts qu'ils désignent ne sont pas distincts ou nettement démarqués et les significations se chevauchent. Dans les sections qui suivent, nous faisons un bref tour d'horizon pour dégager les zones de consensus et de désaccord sur les significations de ces différents termes. Nous gardons à l'esprit notre préoccupation centrale, qui porte sur les médicaments psychotropes.

Deux autres points nous interpellent. Dans la plupart des écrits consultés, les auteurs avancent explicitement ou acceptent implicitement des hypothèses neurochimiques, où la genèse de la dépendance et ses manifestations découlent principalement de mécanismes biologiques postulés. Par exemple, dans l'éditorial d'un numéro spécial d'une revue psychiatrique prestigieuse, Leshner (1997) avance : « *Although addiction is clearly a behavioral disorder that has imbedded social context aspects, it is ultimately a brain disease* » (p. 691). De cette perspective, la dépendance est presque

exclusivement fonction de la substance et de ses effets sur le cerveau (le système dopaminergique en particulier). On observe ainsi une tendance dans les écrits à « compartimenter » le concept de dépendance, peut-être pour donner à ses différentes parties de meilleures assises scientifiques. Nous n'avons donc pu échapper à cette logique dans la discussion qui suit. Il suffit de noter ici que les facteurs non biologiques dans la dépendance — les facteurs culturels, sociaux, situationnels, ritualistiques, développementaux, cognitifs, etc. — sont rarement abordés de manière systématique dans les écrits, sauf dans des monographies critiques (par exemple, Peele, 1985; Zinberg, 1984). Ces derniers écrits conçoivent la dépendance comme un phénomène global, impossible à découper en parties distinctes et à expliquer en termes biologiques seulement, pas nécessairement lié à une substance mais plutôt à une expérience.

Il est aussi essentiel de garder à l'esprit que même si la question du danger (*harm, danger, hazard, risk*), des risques, ou des conséquences nocives pour l'individu et la collectivité font partie des conceptions populaires de la toxicomanie (Furnham et Thomson, 1996), elle n'est pas au cœur des définitions scientifiques. Cette question est explicite seulement dans les définitions fournies par le *DSM-IV*, où des *conséquences nocives* importantes (« *clinically significant* ») doivent être présentes pour poser divers diagnostics liés à l'usage de substances psychotropes. Dans presque toutes les autres définitions rencontrées — exception faite d'une classification proposée dans les années 80 par l'OMS, résumée par Kleber (1990, p. 59) — la question du danger posé par l'usage est simplement omise ou implicite. En effet, définir le danger ou les risques posés, à qui se posent ces dangers et risques, et de quelles manières précises ils se posent, semblerait être un exercise aussi plein d'embûches philosophiques, conceptuelles et empiriques que définir la toxicomanie elle-même (Kleber, 1990).

Abus

« L'abus » d'une substance dénote en premier lieu une utilisation non médicale ou l'usage d'un produit — comme la colle (Pollard, 1990) — sans valeur médicale reconnue (Kleber, 1990, p. 59). Foltin et Fischman (1991) écrivent : « *The defining characteristic of drug abuse is self-administration of a drug for non-medical purposes* » (p. 1637). L'utilisation non médicale est elle-même définie comme l'usage intentionnel d'un produit médicalement approuvé mais dans un but différent (par exemple, l'usage d'un somnifère pour produire un état d'ébriété). Par contre, l'abus peut également signifier l'usage occasionnel et temporaire d'un produit médicalement approuvé (un somnifère, par exemple) à des fins médicalement approuvées (pour induire le sommeil) mais sans avoir obtenu ce produit au moyen d'une ordonnance (d'un ami, par exemple), (Miller et Mahler, 1991, p. 63). On nomme parfois ce dernier comportement « automédication ».

Dans une grande enquête américaine, la *National Comorbidity Survey* (Warner *et al.*, 1995), l'utilisation non médicale est définie comme l'utilisation d'au moins une des quatre catégories de médicaments (identifiés comme sédatifs-hypnotiques, tranquillisants, stimulants, analgésiques) 1) sans ordonnance d'un médecin, ou 2) en quantité plus élevée que celle prescrite, ou 3) plus fréquemment que prescrit.

Laqueille *et al.* (1995) offrent une autre définition — plus complexe — de l'abus de drogue, qui introduit les éléments de dépendance et de tolérance : « Dans cette situation la dépendance est surtout

psychologique, conduisant à une consommation de plus en plus fréquente et parfois solitaire. Les prises sont plus régulières, quantitativement, avec phénomène de tolérance. Mais le fonctionnement social n'est pas perturbé, les performances intellectuelles demeurent intactes. L'abus de drogues n'est pas inducteur d'un syndrome de sevrage lors d'arrêts de consommation » (p. 1360).

Quant au *DSM-IV* (APA, p. 182-183), il se démarque de toutes les définitions précédentes. Il définit l'abus de substance comme un usage mésadapté qui se distingue par des *conséquences nocives* importantes liées à l'usage répétitif. Ces conséquences néfastes se font ressentir dans les domaines social et vocationnel. Il peut y avoir un usage répété malgré un danger physique probable ou des difficultés avec le système judiciaire. En somme, l'abus de drogue est ici défini en fonction de ses conséquences nocives et de son aspect socialement dysfonctionnel mais il n'inclut pas, contrairement à la définition précédente de Laqueille *et al.* (1995), des critères de tolérance ou de dépendance.

Dans les écrits, certaines substances sont considérées comme ayant un potentiel d'abus (*abuse liability*) élevé. À part l'expérience socio-historique, les experts utilisent des méthodes particulières pour évaluer ce potentiel auprès de sujets humains (Foltin et Fischman, 1991). La première est l'auto-administration : la substance est-elle une substance que les sujets veulent continuer à prendre après une première administration ? Dans les théories neurochimiques, les plus souvent rencontrées dans les écrits scientifiques, ce désir serait relié aux propriétés renforçantes de la substance elle-même, qui proviendraient surtout de son action sur le système dopaminergique (Wise, 1988). Une seconde méthode est d'utiliser des questionnaires pour obtenir des sujets leurs évaluations des effets de la substance. Une troisième méthode est de voir si les sujets peuvent identifier la substance qui leur a été administrée (comparé au placebo) et de voir comment ils classifient les effets de cette substance selon leurs expériences antérieures avec d'autres substances. Le profil d'effets et de résultats obtenu de ces trois méthodes est ensuite comparé au profil de substances prototypiques déjà « abusées ». Dans des expériences animales de laboratoire, on évalue le potentiel d'abus d'une substance donnée en observant l'auto-administration (Bergman *et al.*, 1989) et en déterminant jusqu'à quel point la substance peut être substituée à une autre que les animaux connaissent déjà et qui possède un potentiel d'abus connu (Volkow *et al.*, 1995).

Assuétude (addiction)

Le terme anglais « *addiction* » est traduit de nombreuses façons. Par exemple, Laqueille *et al.* (1995) le traduisent justement par le terme « toxicomanie » mais, simultanément, par le terme « assuétude » — ce qui prête à confusion. En général, les auteurs consultés s'entendent pour le définir au moyen d'une triade de signes : 1) une utilisation compulsive, sous-tendant ou non un désir compulsif; 2) une difficulté à en contrôler les prises, réduire les doses ou cesser son usage; 3) une préoccupation pour l'acquisition de la substance, manifestée par un comportement de recherche de cette substance. Chacun de ces signes semble renvoyer à des mécanismes physiques et psychologiques particuliers, détaillés dans les définitions suivantes.

Dépendance

Le terme « dépendance » a tendance à être utilisé dans les écrits scientifiques pour exprimer deux idées différentes : 1) un syndrome comportemental qui implique un usage compulsif ou hors de contrôle, appelé dépendance psychologique; 2) des modifications des systèmes neuronaux qui se manifestent par les phénomènes de tolérance et de sevrage lorsque l'usager cesse de consommer la drogue ou lorsque celle-ci est déplacée de son site récepteur dans le SNC (Kleber, 1990, p. 62-63). Ces deux derniers phénomènes sont appelés dépendance physique.

Les deux idées sont souvent utilisées de manière interchangeable, menant à une confusion conceptuelle et sémantique. Pour compliquer davantage le portrait, l'idée de compulsion est intimement associée à un jugement moral et social très réprobateur, ce qui limite son utilité — et peut-être son utilisation — comme terme descriptif.

La compulsion désigne une dépendance psychologique : un état présumément explicatif du syndrome comportemental, où la drogue produit une satisfaction psychique incitant à une consommation continue ou périodique pour obtenir cette satisfaction. La compulsion ne peut s'observer directement; elle s'infère de désirs exprimés d'obtenir la substance et de comportements observés de recherche persistante de la substance.

La compulsion comme mécanisme psychique est plus fréquemment invoquée dans les cas d'utilisation prolongée de drogues *illicites*, où la possession et l'usage comportent des risques d'arrestation et d'emprisonnement et où l'absence d'offre licite mène le consommateur à adopter des comportements à risque, marginaux et enfreignant les normes pour obtenir la substance qu'il désire. Plusieurs auteurs infèrent, justement à cause de cette conduite déviante, que l'individu agit sous compulsion : seul l'individu qui aurait perdu sa volonté prendrait le risque de se faire arrêter, de fréquenter des criminels — en somme, de se mettre en danger.

Jusqu'à quel point est-il possible d'évoquer la question de la compulsion et de la perte de contrôle dans le cas d'individus qui utilisent chroniquement des substances obtenues légalement sur prescription ? Sans les risques judiciaires, sans l'association nécessaire avec une culture marginale ou criminelle, sans l'offre illicite, il est sans doute plus difficile d'inférer la compulsion. Dit autrement, dans le cadre d'une relation thérapeutique cordiale entre un médecin et un patient qui travaille régulièrement, la consommation prolongée de benzodiazépine, dont la prescription est répétée à la demande du patient, n'est fréquemment pas caractérisée comme compulsive, ni par les patients, ni par les médecins, ni par la société (Cohen *et al.*, 1997; Gabe, 1991; Gabe et Thorogood, 1986; Gori, 1996).

La confusion sémantique que peut provoquer la définition du terme « dépendance » provient aussi du fait que les phénomènes de tolérance et de sevrage se manifestent régulièrement chez des individus sans qu'on attribue à ceux-ci une compulsion à consommer. Ainsi, l'utilisation chronique de plusieurs médicaments psychotropes, incluant les antidépresseurs, les neuroleptiques, etc., produit de nombreuses modifications neuro-adaptives. L'arrêt brusque (et parfois graduel) de ces substances est souvent suivi de phénomènes de sevrage mais pas nécessairement d'un comportement de recherche de la substance. Dans le cas de médicaments avec effets euphoriques, la question de la compulsion doit donc se poser différemment à cause du contexte de la relation médicale.

Ainsi, quelques définitions tentent d'ôter l'aspect péjoratif du terme « dépendance », créant ainsi une sous-catégorie distincte, où la « dépendance » existe sans « compulsion » ni « toxicomanie ». C'est ce que tente d'accomplir la catégorie *« Drug habituation »* de l'OMS : *« Drug habituation (habit) is a condition resulting from the repeated consumption of a drug. Its characteristics include : (1) a desire (but not a compulsion) to continue taking the drug* [...] *»* (cité dans Gori, 1996, p. S35). C'est ce que désigne la catégorie de « dépendance non toxicomaniaque » proposée par Laqueille *et al.* (1995) : « Il s'agit de situations de dépendance à un traitement avec rebond des troubles à l'arrêt voire de symptomatologie de sevrage. Ainsi se révèle *une incontestable dépendance à l'égard d'un agent médicamenteux* attestée aussi par l'anxiété ou le malaise à l'idée de s'en séparer, mais *sans la recherche d'un effet stupéfiant* » (p. 1360, italiques ajoutés). Cette catégorie sert-elle à caractériser des personnes dépendantes, qui prennent régulièrement un psychotrope et qui ont des difficultés à arrêter, ou sert-elle à distinguer des personnes dépendantes, qui prennent un psychotrope *dans le cadre d'une relation médicale* et qui ont des difficultés à arrêter ?

Comme nous l'avons noté plus haut, la question des conséquences de la dépendance peut aussi prêter à confusion. Edwards *et al.* (cités dans Kosten *et al.*, 1987, p. 834) de l'OMS, insistent en effet à garder *conceptuellement distincts* les conséquences de la dépendance du syndrome de la dépendance. Il n'y aurait aucun lien logique ou nécessaire entre ces deux axes : « *Thus a patient with many or most symptoms of the dependence syndrome would not necessarily have severe legal or family problems, for example, and conversely, a patient with few syndrome elements might have many other severe problems* ».

Tolérance

La tolérance à une substance est définie régulièrement dans les écrits comme l'atténuation d'un effet particulier de la substance malgré l'administration d'une dose constante. Ainsi, pour maintenir la même intensité ou la même durée d'effet, la dose doit être augmentée (APA, 1994, p. 181; Dackis et Gold, 1990, p.15; Miller et Mahler, 1991, p. 63). On conçoit généralement ce phénomène comme corollaire d'un usage régulier d'une substance donnée.

En termes neurochimiques, la tolérance refléterait l'adaptation du site récepteur neuronal à la présence de la substance. La tolérance varie selon des différences individuelles et de groupes dans divers paramètres pharmacologiques (par exemple, le taux d'absorption, d'élimination, etc.) et du type de substance. Il semblerait que plus la substance demeure dans le site récepteur, plus ce dernier doit s'adapter à sa présence et donc plus la tolérance sera marquée. La tolérance servirait à maintenir l'équilibre homéostatique afin que le fonctionnement physiologique de l'organisme continue en dépit de la présence d'une substance étrangère (Miller et Mahler, 1991). Il faut noter ici que les discussions sur la tolérance sont presque toujours en termes neurophysiologiques, mais il n'existe aucune façon de mesurer ce phénomène physiologiquement. La mesure est comportementale : on observe la quantité consommée sur une période donnée (Peele, 1985, p. 19).

La relation entre la tolérance et l'assuétude (*addiction*) n'est pas claire et peut être source de confusion. Dans le cas de l'alcool et des benzodiazépines, par exemple, la tolérance semble relativement modeste, en comparaison des opiacés et des amphétamines. En effet, alors que le double du taux sanguin d'alcool

n'est pas habituellement toléré chez les alcooliques chroniques, un individu qui s'administre chroniquement des opiacés ou des amphétamines pourrait tolérer un taux sanguin dix fois plus élevé (Rosenberg et Chiu, 1985; Dackis et Gold, 1990; Miller et Mahler, 1991, p. 64; Miller *et al.*, 1989, p. 65).

Dans la catégorie diagnostique *Substance Dependence* du *DSM-IV*, on retrouve le critère de tolérance (APA, 1994, p. 181). L'inclusion de ce critère dans diverses définitions de la dépendance provient probablement du modèle de la dépendance aux opiacés, qui nécessite le développement d'une dépendance physique. Par contre, dans le cas des benzodiazépines, le critère de tolérance n'est pas particulièrement utile pour pouvoir se prononcer sur la question de l'assuétude (*addiction*), puisque le phénomène de l'effet atténué à dose constante n'est pas toujours observé et que les cliniciens ne le considèrent pas nécessaire pour décider si un individu est dépendant (Miller et Mahler, 1991, p. 64; cf. Cohen *et al.*, 1997).

Effets de sevrage

Le mot « sevrage » désigne en premier lieu l'arrêt de l'administration ou de la consommation d'une substance. Deuxièmement, il désigne la situation de l'individu qui vit cet arrêt. Peele (1985) définit le sevrage comme « *nothing more than a homeostatic readjustement to the removal of any subtsance — or stimulation — that has had a notable impact on the body* » (p. 19).

Il a longtemps été observé que le retrait de médicaments psychotropes était associé à l'émergence de divers symptômes physiques et psychologiques, communément appelés symptômes de rechute, de rebond et de sevrage. Après une revue des écrits, Cohen *et al.* (1995) les ont définis brièvement ainsi : « La *rechute* se définit comme le retour graduel des symptômes originaux pour lesquels le médicament avait été prescrit. Le *rebond* est l'expérience des symptômes originaux mais de façon plus intense qu'avant la prise du médicament. Les symptômes de *sevrage*, pour leur part, sont de nouveaux symptômes liés exclusivement au retrait du médicament. Ces derniers symptômes, ainsi que ceux du rebond, retourneront à leurs niveaux précédents de manière graduelle » (p. 330).

À cause de la ressemblance de ces différents types de symptômes, il a longtemps été difficile de les distinguer clairement et la confusion persiste toujours. En général, les symptômes de rebond et ceux de sevrage sont inclus dans le syndrome global de sevrage (Lader, 1994; Perry *et al.*, 1997). Ce syndrome global, c'est-à-dire un ensemble de signes et symptômes, est bien défini pour des substances comme l'alcool et les opiacés, assez bien défini pour les benzodiazépines et les stimulants, mais moins bien étudié dans le cas d'autres médicaments psychotropes actuels, comme les antidépresseurs ou le lithium, par exemple. Pour différentes raisons, l'histoire naturelle du syndrome de sevrage des anxiolytiques, des stimulants, des antidépresseurs, des neuroleptiques et du lithium, n'est pas clairement délinéée (Dackis et Gold, 1990; Lader, 1994; Schou, 1993).

L'anxiété ou l'insomnie de rebond est un phénomène fréquent à la suite du retrait d'anxiolytiques, même lorsque ceux-ci ont été pris pendant une période ne dépassant pas quatre semaines et à la même dose (Lader, 1994). Pour éviter ces symptômes, l'individu peut décider de continuer la prise du médicament. Dans ce sens, les symptômes de sevrage dissuadent l'individu de cesser la prise du

médicament. C'est pourquoi les effets du sevrage sont inclus comme l'un des critères du diagnostic *DSM-IV* de *Substance Dependence*. Dans ce modèle, plus les symptômes de sevrage sont prononcés et désagréables, plus le risque de dépendance est élevé.

Dans la perspective neurochimique, le syndrome de sevrage varie en fonction de la substance et les symptômes physiques sont liés de près aux nombreux mécanismes neuro-adaptatifs impliqués. Par exemple, en bloquant les sites récepteurs qui accueillent une substance endogène, le médicament peut provoquer l'augmentation du nombre de sites récepteurs, l'accumulation de cette substance autour de ces sites, l'augmentation de la quantité d'une substance endogène voisine, la perte de ce type de récepteurs dans une autre région du cerveau (*downregulation*), etc. (voir par exemple, dans le cas des stimulants, Miller *et al.*, 1989, p. 64-65). Lors du retrait brusque ou de la réduction de la dose du médicament, ces divers mécanismes adaptatifs ou compensatoires agissent alors sans aucune contrainte — la plupart du temps, jusqu'à ce que l'équilibre original du SNC soit rétabli, mais parfois de manière irréversible — provoquant divers symptômes physiques chez l'individu ainsi que, apparemment, une « puissante compulsion à consommer » (Laqueille *et al.*, 1995, p. 1360). Dans les écrits anglais, cette compulsion se nomme « *craving* ».

À cause de ses manifestations psychologiques, de sa capacité d'être conditionnée par toutes sortes de situations évocatrices et à cause d'une absence de données neurophysiologiques bien associées aux observations comportementales, cette compulsion à consommer ou « *craving* » à la suite du retrait du médicament est parfois vue comme faisant partie des symptômes purement psychologiques du sevrage (Dackis et Gold, 1990). Par ailleurs, le processus du sevrage étant perçu comme un épisode stressant par plusieurs individus qui consomment des médicaments, ces individus répondent au stress en développant des symptômes psychologiques particuliers et même très graves, alors que le sevrage ne vient que de commencer. La genèse de symptômes anxieux au regard du sevrage de benzodiazépines — sevrage qui provoque habituellement un rebond d'anxiété ainsi que des symptômes d'anxiété proprement liés au retrait — constitue un bon exemple de difficultés psychologiques qu'il est difficile de départager du syndrome global de sevrage (Lader, 1994, p. 86-87).

Peele (1985) se démarque de la plupart des auteurs lorsqu'il conçoit le sevrage comme un processus complexe d'auto-étiquetage et le lie, comme le phénomène plus général de la dépendance, à l'expérience de vie plus large :

> [...] *what is identified as pathological withdrawal is actually a complex process of self-labeling that requires users to detect adjustments taking place in their bodies, to note this process as problematic, and to express their discomfort and translate it into a desire for more drugs. Along with the amount of a drug a person uses (the sign of tolerance), the degree of suffering experienced when drug use ceases is* [...] *a function of setting and social milieu, expectation and cultural attitudes, personality and self-image, and expecially, lifestyle and available opportunities* (p. 19-20).

Plusieurs questions conceptuelles et empiriques reliées au sevrage restent en suspens. Par exemple, la question de la durée réelle du sevrage fait l'objet de débats, certains auteurs estimant qu'il peut se prolonger sur des mois et même des années, ponctué par des signes physiques et psychologiques relativement fiables (voir la recension par Satel *et al.*, 1993). D'autre part, des ensembles de signes et

symptômes de sevrage sont fréquemment identifiés pour les antidépresseurs (Fava et Grandi, 1995; Lejoyeux *et al.*, 1992), les neuroleptiques (Eppel et Mishra, 1984; Luchins *et al.*, 1980), et possiblement le lithium (King et Hullin, 1983; Schou, 1993). Pourtant, dans le *DSM-IV*, le diagnostic de *Substance Withdrawal*, à la suite d'un arrêt ou de la réduction d'un usage lourd et prolongé, n'est pas reconnu pour les trois types de médicaments que nous venons de mentionner. Il n'est reconnu que pour l'alcool, les stimulants, la nicotine, les opiacés ainsi que les sédatifs-hypnotiques ou anxiolytiques (APA, 1994, p. 185).

Conclusions

En premier lieu, l'existence de différentes sortes de classifications des psychotropes, dont les fondements sont scientifique, sanitaire ou juridique, provoque une certaine incohérence dans les discours sur la toxicomanie; cette catégorie étant presque exclusivement associée dans les écrits à l'usage de substances illicites. Les médicaments psychotropes, pour leur part, comprennent plusieurs substances classifiées juridiquement comme illicites ou sanitairement comme toxicomanogènes. L'appellation *médicament*, apposée sur une substance donnée, ne provient pas de propriétés chimiques intrinsèquement thérapeutiques ou d'une absence de psychotoxicité, mais surtout d'une reconnaissance actuelle d'usage médical ou de la disponibilité de cette substance sous prescription médicale.

En second lieu, la légitimité que confère l'appellation *médicament* a eu comme effet de négliger l'étude de problèmes physiques, psychologiques et sociaux découlant de l'utilisation de ces substances dans le contexte médical. Cette négligence est encouragée par la controverse scientifique et éthique, le jugement moral, la confusion sémantique et les multiples définitions, souvent vagues et parfois contradictoires, des termes comme *toxicomanie*, *abus*, *assuétude*, *dépendance*. Par exemple, la catégorie de « dépendance non toxicomaniaque » pourrait refléter cet inconfort des cliniciens à utiliser des termes à connotation péjorative pour caractériser le patient qui est manifestement dépendant à un médicament prescrit. Un meilleur consensus semble exister à propos de la définition des termes *tolérance* et *sevrage*, possiblement parce qu'ils désignent des phénomènes avec des substrats physiques possiblement compréhensibles. Cependant, même si des syndromes de sevrage désagréables et parfois de longue durée sont identifiés pour presque toutes les catégories de médicaments psychotropes, c'est seulement en lien avec certaines catégories que l'on reconnaît que ce syndrome peut décourager l'arrêt de la consommation.

De notre lecture, deux termes semblent saisir l'ensemble des concepts et idées regroupés sous le vocable *toxicomanie*, quel que soit le degré d'accord des différentes définitions : *abus* et *dépendance*. Quant il se réfère aux médicaments psychotropes, l'abus est défini simplement comme tout *usage non médical*. Quant à la dépendance, elle inclut les concepts de *compulsion*, de *tolérance* et de *sevrage*.

Références

ALLGULANDER, C. (1978). « Dependence on sedative and hypnotic drugs : A comparative clinical and social study ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. 270, 1-102.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quatrième édition. Washington, DC : American Psychiatric Association.

BACHMAN, C., et COPPEL, A. (1989). *Le dragon domestique — deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue*. Paris : Albin Michel.

BERGMAN, J., MADRAS, B., JOHNSON, S.E., et SPEARLMAN, R.D. (1989). « Effects of cocaine and related drugs in nonhuman primates, III : Self administration by squirrel monkeys ». *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 251, 150-155.

BRISSON, P. (1988) (éd.). *L'usage de la drogue et les toxicomanies*. Montréal : Gaëtan Morin.

CABALLERO, F. (1989). *Droit de la drogue*. Paris : Dalloz.

COHEN, D. (1997). *Psychiatric Drugs*. Prepared for the Office of the Probate Court Administrator, State of Connecticut, et Connecticut Legal Rights Project. Montréal : GRASP, Université de Montréal.

COHEN, D. (1996). « Les "nouveaux" médicaments de l'esprit : marche avant vers le passé ? » *Sociologie et sociétés*, 14, 17-39.

COHEN, D., CAILLOUX-COHEN, S., et L'AGIDD (1995). *Guide critique des médicaments de l'âme*. Montréal : Éditions de l'Homme.

COHEN, D., et KARSENTY, S. (1998). *Représentations sociales des effets secondaires des anxiolytiques : une étude comparative Québec-France*. Rapport de recherche soumis à la Mission de recherche et expérimentation, ministère des Affaires sociales, Paris. GRASP : Université de Montréal.

COHEN, D., et PÉRODEAU, G. (1997). « "Drogues" et "médicaments" mis en contexte ». *Santé mentale au Québec*, 22(1), 143-148.

DACKIS, C.A., et GOLD, M.S. (1990). « Addictiveness of central stimulants ». *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 9(1), 9-26.

DELAY, J., et DENIKER, P. (1961). *Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie*. Paris : Masson.

EPPEL, A.B., et MISHRA, R. (1984). « The mechanism of neuroleptic withdrawal ». *Revue canadienne de psychiatrie*, 29(10), 508-509.

ERICKSON, C.K., JAVORS, M.A., et MORGAN, W.M. (1991). « Drug dependence : Defining the issues ». *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 9(1), 1-7.

FAVA, G.A., et GRANDI, S. (1995). « Withdrawal syndromes after paroxetine and sertraline discontinuation ». *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 15(5), 374-375.

FOLTIN, R.W., et FISCHMAN, M.W. (1991). « Methods for the assessment of abuse liability of psychomotor stimulants and anorectic agents in humans ». *British Journal of Addiction*, 86, 1633-1640.

FURNHAM, A., et THOMSON, L. (1996). « Lay theories of heroin addiction ». *Social Science and Medicine*, 43(1), 29-40.

GABE, J. (éd.) (1991). *Understanding Tranquilizer Use*. London : Tavistock/ Routledge.

GABE, J., et THOROGOOD, M. (1986). « Prescribed drug use and the management of everyday life : The experiences of black and white working class women ». *Sociological Review*, 34, 737-772.

GORI, G.B. (1996). « Failings of the disease model of addiction ». *Human Psychopharmacology*, 11, S33-S38.

GRAND DICTIONNAIRE DE LA PSYCHOLOGIE (1992). Paris : Larousse.

KING, J.R., et HULLIN, R.P. (1983). « Withdrawal symptoms from lithium : Four case reports and a questionnaire study ». *British Journal of Psychiatry*, 143(7), 30-35.

KLEBER, H.D. (1990). « The nosology of abuse and dependence ». *Journal of Psychiatric Research*, 24 (Supplement 2), 57-64.

KOPP, P. (1997). *L'économie de la drogue*. Paris : Éditions La Découverte.

KOSTEN, T.R., ROUNSAVILLE, B.J., BABOR, T.F., SPITZER, R.L., et WILLIAMS, J.B.W. (1987). « Substance-use disorders in DSM-III-R : Evidence for the dependence syndrome across different psychoactive substances ». *British Journal of Psychiatry*, 151, 834-843.

LADER, M. (1994). « Anxiolytic drugs : Dependence, addiction and abuse ». *European Neuropsychopharmacology*, 4(2), 85-91.

LAQUEILLE, X., URIBÉ, M., et OLIÉ. J.-P. (1995). « Aspects cliniques actuels des toxicomanies ». *La Revue du Praticien* (Paris), 45 (11), 1359-1363.

LEJOYEUX, M., RODIERE-REIN, C., et ADES, J. (1992). « Syndrome de sevrage des antidépresseurs. Description de cinq cas ». *Encéphale*, 18(3), 251-255.

LESHNER, A.I. (1997). « Drug abuse and addiction treatment research. The next generation ». *Archives of General Psychiatry*, 54(8), 691-694.

LUCHINS, D.J., FREED, W.J., et WYATT, R.J. (1980). « The role of cholinergic supersensitivity in the medical symptoms associated with withdrawal of antipsychotic drugs ». *American Journal of Psychiatry*, 137(11), 1395-1398.

MILLER, N.S., et MAHLER, J.C. (1991). « Addiction to and dependance on benzodiazepines : Diagnostic confusion in clinical practice and research studies ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 61-67.

MILLER, N.S., MILLMAN, R.B., et GOLD, M.S. (1989). « Amphetamines : Pharmacology, abuse, and addiction ». *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 8(2), 53-69.

OLIVIERI, S., CANTOPHER, T., et EDWARDS, J.G. (1986). « Two hundred years of anxiolytic drug dependence ». *Neuropharmacology*, 25(6), 669-670.

PEELE, S. (1985). *The Meaning of Addiction : Compulsive Experience and its Interpretation*. Lexington, MA : Lexington Books.

PERRY, P.J., ALEXANDER, B., et LISKOW, B.I. (1997). *Psychotropic Drug Handbook*, 7e édition. Washington, DC : American Psychiatric Press.

POLLARD, T.G. (1990). « Relative addiction potential of major centrally-active drugs and drug classes : Inhalants and anesthetics ». *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 9(1), 149-166.

RAPPORTS SUR LES TOXICOMANIES. (1995). Avis no 43 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. *Les cahiers du C.C.N.E.* (Paris), no 2, 3-53.

ROSENBERG, H.C., et CHIU, T.H. (1985). « Time course for development of benzodiazepine tolerance and physical dependence ». *Neuroscience and Biobehavior Review*, 9, 123-131.

SATEL, S.L., KOSTEN, T.R., SCHUCKIT, M.R., et FISCHMAN, M.W. (1993). « Should protracted withdrawal from drugs be included in DSM-IV ? » *American Journal of Psychiatry*, 150 (5), 695-704.

SCHOU, M. (1993). « Is there a lithium withdrawal syndrome ? An examination of the evidence ». *British Journal of Psychiatry*, 163(10), 514-518.

SZASZ, T.S. (1982). *Les rituels de la drogue*. Paris : Payot.

VOLKOW, N.D., DING, Y., FOWLER, J.S., WANG, G., LOGAN, J., GATLEY, J.S., DEWEY, S., ASHBY, C., LIEBERMAN, J., HITZEMANN, R., et WOLF, A.P. (1995). « Is methylphenidate like cocaine ? Studies on their pharmacokinetics and distribution in the human brain ». *Archives of General Psychiatry*, 52(6), 456-463.

WARNER, L.A., KESSLER, R.C., HUGHES, M., ANTHONY, J.C., et NELSON, C.B. (1995). « Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States : Results from the National Comorbidity Survey ». *Archives of General Psychiatry*, 52, 219-229.

WILLIAMS, A.P., COCKERILL, R., et LOWY, F.H. (1995). « The physician as prescriber: Relations between knowledge about prescription drugs, encounters with patients and the pharmaceutical industry, and prescription volume ». *Health and Canadian Society*, *3*(1 et 2), 135-166.

WISE, R.A. (1988). « Psychomotor stimulant properties of addictive drugs ». *Annals of the New York Academy of Sciences*, 537, 228-234.

ZARIFIAN, E. (1996). *Le prix du bien-être. Psychotropes et société*. Paris : Odile Jacob.

ZINBERG, N. (1984). *Drug, Set, and Setting : The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven, CT : Yale University Press.

CHAPITRE 2

MÉTHODE

Pré-recherche

Avant d'entreprendre notre recension systématique des écrits, nous avons effectué une première recherche bibliographique parmi trois banques de données bibliographiques (Current Contents, Medline, Psycinfo), en accordant une attention particulière aux citations de 1992 à 1997.

Le but de cette prérecherche était de se faire une idée sur la quantité et le genre de textes qui traitent du thème qui nous préoccupe. Dépendant de la population, celle-ci était identifiée par les mots-clés suivants : 1) *older, elderly*, 2) *women, female*, 3) *children, adolescent, youth*. Les publications pertinentes étaient repérées par les mots-clés (ou combinaisons de mots-clés) suivants : *abuse, addiction, benzodiazepine, dependence, drug, prescription, psychotropic, stimulant, substance, tranquil$*.

Nous avons ensuite examiné les résultats obtenus et avons repéré une cinquantaine d'ouvrages mentionnant d'une manière ou d'une autre un aspect de la question de l'abus et de la dépendance aux médicaments psychotropes. Dans vingt articles la mention était relativement substantielle, mais seulement dans quatre articles, surtout des années quatre-vingts, la question était abordée directement. Ces quatre derniers articles portaient sur les femmes, dont un sur les femmes âgées. Ces résultats, que nous présentons maintenant en résumé, ont fait ressortir le besoin d'effectuer une recension plus complète et systématique et ont aidé à définir les balises de cette recension.

Résultats de la pré-recherche

Personnes âgées

De nombreux articles font état de la consommation importante et de longue durée de médicaments psychotropes par les personnes âgées, de même que les effets nocifs et les causes qui y sont associés. Les benzodiazépines constituent la classe de médicaments la plus largement prescrite et dont les effets sont les mieux documentés. Le phénomène est commun à l'ensemble des sociétés occidentales.

Cependant, très peu d'articles abordent directement la question de l'abus ou de la dépendance chez les personnes âgées en relation avec la consommation de médicaments psychotropes. Ces phénomènes ne sont donc pas « nommés » comme tels dans les écrits, bien que les risques de la consommation à long terme de psychotropes soient omniprésents dans toute la documentation consultée. Les études démontrent que de nombreuses personnes âgées ne sont pas capables de réduire l'usage de leurs psychotropes, qu'il y a parfois tolérance (perte d'effets et escalade de dose), qu'il y a parfois des changements de prescription pour différents médicaments de la même classe (pour des motifs pas nécessairement explicites), qu'il y a souvent un syndrome de sevrage.

En somme, il semble que l'usage non médical soit d'autant plus difficile à identifier, et donc à définir, tant la frontière avec son usage médical (et donc socialement admis) est mince. Dans le cas des personnes âgées, la question de l'usage « inapproprié » ou « abusif » est surtout abordée à travers les études sur la non observance.

Femmes

Depuis plus de 25 ans, les études de population générales et cliniques révèlent un taux de consommation de tranquillisants, somnifères et antidépresseurs environ deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Plusieurs modèles explicatifs ont été proposés pour expliquer cette différence remarquable. Les modèles sociologiques (qui relèvent l'impact des normes sociales liées au sexe, du soutien social, des contacts avec les médecins, etc.) sont ceux qui ont été le plus largement véhiculés et ils ont montré une bonne validité explicative.

Contrairement aux écrits sur les personnes âgées, la consommation par les femmes de médicaments psychotropes a été conceptualisée *explicitement* comme problème d'abus ou de dépendance, ou les deux. Cette tendance est particulièrement notable dans les écrits des années 1970-1985.

Par contre, dans les écrits des dix dernières années, cette question semble avoir été banalisée. Les taux de consommation selon le sexe restent encore très différents, mais les analyses semblent moins centrées sur l'impact du sexe. Il semblerait qu'un rapport particulier des femmes aux médicaments psychotropes a été « déproblématisé » dans les écrits plus récents.

Enfants

L'immense majorité des écrits sur les jeunes et l'abus et la dépendance porte sur l'utilisation d'alcool, de tabac et de substances illicites (particulièrement le cannabis et la cocaïne). Dans les années soixante-dix à quatre-vingts, peu d'études examinent la consommation de médicaments psychotropes. Dans les années 1990, par contre, on observe que les stimulants (en particulier, le méthylphénidate [Ritalin]) sont devenus les psychotropes les plus prescrits aux enfants (diagnostiqués comme ayant des troubles déficitaires d'attention/hyperactivité [TDAH]). On relève aussi de plus en plus de prescriptions d'antidépresseurs.

Le parcours des stimulants amphétaminiques et du méthylphénidate comme substances autrefois « abusées » est bien connu et documenté. La ressemblance des stimulants prescrits aux enfants et de la cocaïne est également soulignée dans quelques articles. L'abus et la dépendance aux stimulants sont abordés sous divers angles (psychosociaux et neurophysiologiques). Pourtant, moins de cinq articles relevés dans cette prérecherche soulèvent directement la question de l'abus et de la dépendance en relation avec le méthylphénidate prescrit aux enfants. On rapporte un lien entre le diagnostic de TDAH et le développement ultérieur de toxicomanies, mais la variable du stimulant prescrit dans l'enfance ne semble pas être prise en compte.

Conclusions de la pré-recherche

À partir de cette première exploration, on constate que les phénomènes de consommation que l'on peut conceptualiser comme abus et dépendance en relation avec les médicaments psychotropes sont présentés différemment dans les écrits en fonction des groupes visés.

C'est par rapport aux personnes âgées que la problématique est la plus développée, que l'ampleur de la consommation prolongée et de ses effets nocifs, incluant le sevrage, sont les plus documentés. Les auteurs hésitent toutefois à parler d'abus ou de dépendance pour qualifier cette consommation puisque l'usage des médicaments psychotropes y est fort répandu et socialement admis.

Dans les écrits sur les femmes, les auteurs ont d'abord conceptualisé la consommation de médicaments psychotropes comme s'inscrivant clairement dans une dynamique d'abus et de dépendance, dont les causes sont largement « situationnelles ». Le courant féministe semble avoir fourni un cadre théorique explicite pour cette conceptualisation. Depuis une dizaine d'années toutefois, cette problématisation a cédé le pas à une approche plutôt descriptive, même si les données de prévalence de la consommation de médicaments psychotropes n'ont pas changé.

La consommation de médicaments psychotropes par les enfants n'est pas un phénomène entièrement nouveau, mais il est certain que son ampleur actuelle — particulièrement en ce qui touche les stimulants — est sans précedent. Pourtant, même si les stimulants ont un long parcours comme substances « abusées » et « toxicomanogènes », aucune étude empirique repérée n'examine directement cette question dans le cadre de la consommation actuelle de stimulants par les enfants.

Cadre d'analyse et indicateurs retenus

En somme, nous constatons que les études sur les personnes âgées, les femmes et les enfants démontrent qu'il existe des phénomènes 1) d'usage prolongé de sédatifs-hypnotiques, d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et de stimulants, 2) de tolérance et de sevrage pour au moins certains de ces médicaments. Nous constatons aussi que les auteurs hésitent à appliquer les étiquettes d'abus ou de dépendance à ces phénomènes. Ces premiers constats nous confirment la nécessité d'effectuer une recension large et systématique pour éclairer la question de l'abus et de la dépendance au regard des médicaments psychotropes.

Plus spécifiquement, ces constats nous suggèrent que c'est principalement à travers un regard global *sur la consommation en général de médicaments psychotropes* et leurs différents types d'effets nocifs qu'il est préférable de rechercher des indicateurs des phénomènes qui nous préoccuppent, soit l'abus et la dépendance.

Voici les *premiers* indicateurs que nous avons retenu :

abus

- utilisation sans prescription
- utilisation pour plus longtemps que prescrit
- utilisation plus souvent que prescrit

dépendance

compulsion	• témoignages personnels
	• utilisation à long terme
	• utilisation en dépit de la conscience de risque/danger
	• magasinage de médecins, de pharmacies
	• recours au marché noir
tolérance	• escalade de dose lors d'usage chronique (> six mois)
	• remplacement de médicaments dans la même classe
sevrage	• observations
	• témoignages
	• utilisation à long terme

Méthode de la recension systématique

Banques de données consultées

Les banques de données suivantes ont été consultées (les années couvertes sont entre parenthèses) :

- Current Contents (janvier 1994 à avril 1997)
- Medline (janvier 1975 à mai 1997)
- Psycinfo (janvier 1975 à mars 1997)
- Eric (janvier 1975 à février 1997)
- Sociofile (janvier 1975 à décembre 1996)
- Legaltrac (janvier 1980 à mars 1997)

Mots-clés et stratégie de recherche

Les mots-clés suivants et la stratégie de recherche suivante ont été utilisés :

A.1 : *(older or elder$ or aged or seniors or nursing home$)*
or
A.2 : *(women$ or woman$ or female$ or gender or sex or feminine)*
or
A.3 : *(child$ or adolescen$ or youth$ or student$ or young)*
and
B. *(abuse or dependen$ or addict$ or withdraw$)*
and
C. *(prescription$ or medication$ or pharmaceutical$ or psychotropic$ or tranquil$ or stimul$ or amphetamin$ or benzodiazepin$)*

À noter que les mots-clés *drug* et *substance* n'ont pas été utilisés car ils généraient un nombre astronomique de citations non pertinentes. À cause de notre focus sur les médicaments psychotropes, nous avons jugé que les articles pertinents auraient également, dans le titre, le résumé ou les mots-clés l'une des expressions figurant dans « C » plus haut.

Résumé des résultats

Après plusieurs examens, utilisant diverses stratégies, pour éliminer les duplications entre banques de données et catégories de clientèles, nous avons imprimé sur papier les citations obtenues. Le tableau 2.1 présente le résumé des résultats imprimés.

Tableau 2.1
Nombre de citations retenues issues des banques de données bibliographiques consultées

	Population-visée			
Banques de données	Personnes âgées	Femmes	Enfants	**Total**
Current Contents	205	173	168	546
Medline	116	168	106	390
Psycinfo	127	141	110	378
Eric	43	12	164	219
Sociofile	56	33	83	172
LegalTrac	0	2	3	5
Total	547	529	634	**1710**

Pour chaque population-visée, les résumés ont ensuite été examinés et classifiés dans les catégories générales suivantes : problématique, prévalence, facteurs de risque, dépendance, effets nocifs, traitement, divers, non pertinent.

En même temps, les citations nous paraissant les plus pertinentes ont été identifiées. Une copie de ces textes a ensuite été obtenue, directement des auteurs ou des bibliothèques des universités de Montréal et de McGill — dans quelques cas du service de prêts entre bibliothèques de l'Université de Montréal. Des 1710 résumés repérés dans les banques de données, nous avons obtenu en tout une copie de 243 textes.

Autres sources consultées

Nous avons également eu accès aux données brutes de deux grandes enquêtes canadiennes, *l'Enquête nationale sur la santé de la population* (1995) et *l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et autres drogues* (1994). Nous avons procédé à quelques analyses descriptives sur ces deux banques de données. Nous avons consulté le rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Nous avons aussi consulté les dernières statistiques annuelles (1995), publiées par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Finalement, nous avons consulté les sites suivants sur Internet, grâce auxquels nous avons obtenu diverses informations générales telles que des statistiques de consommation, des copies d'articles de journaux et des extraits de rapports de recherche : Addiction Research Foundation, Canadian Center on Substance Abuse, Center for Alcohol and Addiction Studies, Drug Enforcement Administration, Center for the Study of Psychiatry and Psychology, Food and Drug Administration, Indiana Prevention Resource Center Factline (Ritalin Diversion), Santé Canada, Stanton Peele Addiction Web Site.

Structure du rapport

En fonction des premiers résultats, nous proposons de présenter nos résultats selon la structure suivante. La prochaine section, le chapitre 3, présente un aperçu de différentes données — internationales, nationales et provinciales — de prévalence de la consommation et de la prescription de médicaments psychotropes chez les femmes et les personnes âgées.

Le chapitre 4 se penche ensuite sur les facteurs associés à la consommation de médicaments psychotropes chez les femmes et les personnes âgées et aux effets de cette consommation. Nous avons décidé de traiter les deux groupes ensemble parce qu'ils ont en commun une utilisation répandue de benzodiazépines, utilisation qui caractérise particulièrement les femmes âgées. De plus, dans les écrits, la discussion et le débat autour des indicateurs de la toxicomanie en relation avec la consommation de médicaments chez les femmes et les personnes âgées portent essentiellement sur les benzodiazépines.

Quant au données sur les enfants, elles sont présentées entièrement au chapitre 5. La structure de ce chapitre diffère quelque peu de celle du précédent, dans la mesure où les médicaments d'intérêt principal — en particulier, le méthylphénidate ou Ritalin — possèdent déjà un parcours officiel comme substances abusées et toxicomanogènes.

Finalement, au chapitre 6, nous résumons les conclusions, traçons un bref aperçu de ce qui nous apparaît être de nouvelles tendances de la consommation de médicaments psychotropes et proposons une série de recommandations pour mieux comprendre et agir sur le phénomène de la toxicomanie en relation avec les médicaments psychotropes.

CHAPITRE 3

PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES CHEZ LES FEMMES ET LES PERSONNES ÂGÉES

La documentation abordant la question de la consommation des médicaments psychotropes parmi les deux populations que représentent les femmes et les personnes âgées se recoupe à plusieurs égards. D'une part, il y a recoupement au niveau du type de médicaments psychotropes le plus largement prescrit à ces deux groupes, puisqu'il s'agit dans les deux cas des benzodiazépines. D'autre part, un autre type de recoupement s'opère également au niveau même des clientèles ciblées. Les femmes qui, dès les années soixante, constituaient le groupe où la consommation de benzodiazépines était la plus forte correspondent assez largement au groupe désigné depuis le milieu des années quatre-vingts comme celui qui présente la plus forte consommation de ces médicaments, c'est-à-dire les personnes âgées.

De tels recoupements appellent une structure particulière pour éviter les répétitions et faire en sorte de dégager clairement l'évolution des principaux constats de la recherche sur cette question. Nous nous attacherons dès lors à faire le point sur le phénomène de consommation de médicaments psychotropes au sein de ces deux populations, en regardant 1) la prévalence; 2) les facteurs et les effets de cette consommation; 3) les toxicomanies relatives à la consommation de médicaments psychotropes et, notamment, de benzodiazépines.

Prévalence de la consommation à l'étranger

Consommation de médicaments psychotropes chez les femmes

Les études menées dans différents pays montrent que la consommation de médicaments psychotropes chez les femmes est généralement d'une et demi à deux fois plus élevée que celle chez les hommes.

Aux États-Unis, selon les résultats du *National Household Survey*, conduit par le National Institute of Mental Health (NIMH) vers le début des années soixante-dix, 22 % des répondants (échantillon de la population adulte) avaient consommé un médicament psychoactif au cours de l'année précédente. Cette utilisation concernait essentiellement les tranquillisants mineurs (15 % des cas). À la même époque, des enquêtes européennes montraient des résultats comparables : on comptait 17 % d'utilisateurs de tranquillisants mineurs en Belgique, 10 % en Espagne et 14 % en Allemagne (Uhlenhuth, Balter et Lipman, 1978). Dans le cas de l'enquête américaine, c'est 29 % des femmes contre 13 % des hommes qui avaient consommé de tels médicaments.

Depuis le début des années quatre-vingts, le ratio femmes/hommes par rapport à la consommation de médicaments psychotropes s'est maintenu généralement autour de 2 :1 (Grande-Bretagne : Dunbar *et al.*, 1989), pouvant toutefois aller jusqu'à trois (Allemagne : Weyerer et Dilling, 1991) et même quatre (Espagne : Vasquez-Barquero *et al.*, 1989). Les pays scandinaves, cependant, semblent présenter un contraste moins grand entre les hommes et les femmes. C'est le cas notamment en Suède et en Finlande où les hommes sont de plus gros consommateurs que ceux des autres pays de l'Europe de l'Ouest (Ettorre *et al.* 1994; Hansen, 1989).

Consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées

Parmi les femmes, ce sont les femmes âgées qui consomment le plus. En ne constituant que 7 % de la population totale, les femmes âgées consommeraient, selon certaines études, jusqu'à 17 % de l'ensemble des médicaments psychotropes et notamment, 20 % des hypnotiques prescrits. De plus, les deux tiers des personnes âgées institutionnalisées consommeraient des médicaments psychotropes; or il se trouve que la majorité des résidents sont des femmes (Szwabo, 1993).

Aux États-Unis, en 1991, les personnes de 65 ans et plus, qui comptent pour environ 13 % de la population totale, reçoivent 27 % des benzodiazépines prescrits comme tranquillisants et 38 % des benzodiazépines prescrits comme somnifères (IMS America Ltd. *National Disease and Therapeutic Index*, 1991). Au total, les personnes âgées reçoivent 40 % de tous les somnifères prescrits (benzodiazépines et autres). Les études rapportent également que 70 % des personnes âgées utilisent de façon régulière des médicaments vendus sans prescription dont plus de la moitié (55 %) sont des analgésiques (Barnea et Teichman, 1994). Des études (Ostrom *et al.*, 1985; Rossiter, 1983) ont en outre démontré que près de 25 % des personnes âgées non institutionnalisées utilisaient des médicaments psychotropes sur une base régulière. Selon une enquête suédoise, le groupe des 75 à 84 ans consommait douze fois plus de médicaments psychotropes que celui des 18 à 34 ans (Barnea et Teichman, 1994).

Place des benzodiazépines dans la consommation de médicaments psychotropes par les adultes

Parmi les médicaments psychotropes prescrits aux femmes et aux personnes âgées, ce sont les benzodiazépines qui sont les plus utilisés. Ainsi, aux États-Unis, en 1989, 81 % des prescriptions de psychotropes concernaient les benzodiazépines (Danton et Antonuccio, 1997).

Les benzodiazépines font leur apparition en 1960 avec l'introduction du Librium (chlordiazépoxide), suivi du Valium (diazépam) en 1963. Produisant un effet sédatif et tranquillisant sans pour autant comporter les propriétés toxiques des barbituriques, les benzodiazépines ont vu leur popularité s'accroître pour atteindre un sommet au milieu des années soixante-dix. À cette époque, le Valium était le médicament le plus prescrit au monde, devant tous les hypertenseurs et les analgésiques. Encore actuellement, les benzodiazépines sont parmi les médicaments psychotropes les plus utilisés (Danton et Antonuccio, 1997).

Consommation à long terme

Les données d'études portant sur la consommation à long terme concernent surtout les benzodiazépines. De fait, une proportion importante des utilisateurs de benzodiazépines sont des consommateurs à long terme, bien que leur proportion ait diminué au cours des dernières années (Woods *et al.*, 1995). Aux États-Unis, la prévalence de l'utilisation de benzodiazépines anxiolytiques a décliné de 11,1 % à 8,3 % entre 1979 et 1990. Toutefois, un utilisateur sur quatre en 1990 avait utilisé ces drogues pour une année ou plus (Balter, 1991). Une enquête menée en Suède a présenté des résultats semblables : plus de 25 % des consommateurs les utilisaient depuis plus de six mois au moment de l'enquête (Hansen, 1989).

Les utilisateurs à long terme ont davantage tendance à être âgés, à avoir recherché de l'aide auprès d'un praticien pour des problèmes de santé mentale et à avoir des problèmes de santé physique chroniques (Mellinger *et al.*, 1984). Les personnes âgées sont donc plus enclines que les utilisateurs plus jeunes à consommer les benzodiazépines à long terme. Une enquête effectuée en Allemagne a ainsi montré que parmi les personnes ayant consommé des benzodiazépines depuis plus de six mois au moment de l'enquête, un peu plus de la moitié étaient agées de 65 ans et plus et les deux tiers les utilisaient depuis plus de cinq ans (Geiselmann et Linden, 1991). En fait, on estime que les utilisateurs à long terme (un an ou plus) de tranquillisants dans les pays occidentaux comptent pour 2 % à 3 % de la population (Gabe, 1991).

Prévalence de la consommation au Canada et au Québec

Pour bien cerner la prévalence du phénomène de consommation de médicaments psychotropes chez les femmes et les personnes âgées au Canada et au Québec, nous avons décidé d'analyser directement les données disponibles provenant des grandes enquêtes populationnelles. Cette partie du chapitre repose dès lors directement sur les données d'enquêtes plutôt que sur les résultats de recherches publiés.

Limites des statistiques de consommation de médicaments psychotropes

Le phénomène de la consommation de médicaments psychotropes est loin de présenter, pour les décideurs, l'intérêt que représente la consommation de drogues illicites. Le premier phénomène est surtout vu comme une réponse légitime et conventionnelle à la détresse psychologique et au trouble mental alors que le second est perçu comme une pathologie sociale. C'est peut-être pour cette raison que les statistiques d'organismes publics sur la consommation de médicaments sont incomplètes.

Il est vrai que les grandes enquêtes nationales et provinciales sur la santé et le bien-être contiennent des questions portant sur les médicaments. Cependant, les catégories utilisées sont trop générales pour dresser un portrait précis : des *items* distincts peuvent référer essentiellement aux mêmes substances (par exemple : les « tranquillisants » et les « somnifères » dans l'*Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et de drogue* (ECCAAD, 1994) qui concernent tous deux les benzodiazépines), alors que d'autres items peuvent englober jusqu'à deux et trois types différents de médicaments (par exemple : la catégorie « psychotropes » dans les statistiques annuelles publiées par la Régie de l'assurance maladie du Québec, qui comprend à la fois les antidépresseurs et les neuroleptiques).

De plus, les différentes enquêtes n'utilisent pas toujours les mêmes fenêtres temporelles, si bien qu'il devient difficile de comparer leurs résultats. Par exemple, l'*Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues* de 1989 interrogeait les participants sur leur consommation durant les 30 jours précédant l'enquête, alors que l'*Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues* de 1994 obtenait des informations sur la consommation durant les 12 mois précédant l'enquête. Pour sa part, l'Enquête de Santé Québec de 1992-1993 se concentrait sur la consommation durant les *deux jours* précédant l'enquête.

D'autres difficultés méthodologiques propres aux études sur les personnes âgées, par exemple, font que nous savons peu de chose des pratiques réelles d'utilisation et des motifs d'utilisation (Graham, 1995; Lexchin, 1989; Mishara et McKim, 1993). Malgré ces limites importantes, nous disposons de quelques sources de données qui nous permettent de dresser un portrait informatif sur la consommation de médicaments psychotropes au Canada et au Québec concernant les adultes, de façon à mettre en perspective la consommation des femmes et des personnes âgées.

Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (1994)

Les données canadiennes les plus complètes concernant la consommation de médicaments psychotropes proviennent de l'*Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues* (ECCAAD), menée en 1993 et 1994 sur un échantillon de plus de 12 000 personnes âgées de plus de 15 ans.

Le tableau 3.1 (page suivante) présente le pourcentage de Canadiens et de Québécois ayant consommé diverses catégories de médicaments au cours des douze derniers mois. En incluant ceux qui consomment plus d'un psychotrope, la proportion de consommateurs est légèrement plus élevée au Canada (26,8 %) qu'au Québec (24,4 %). Cependant, la moitié du pourcentage de consommateurs canadiens prennent des analgésiques de prescription, comparé à moins du tiers des Québécois. Des tendances semblables se sont dégagées des données de l'enquête *Promotion de la santé* de 1990 (citées dans Guyon et Geoffrion, 1997). Au Québec, parmi les catégories de médicaments consommés, les somnifères et les tranquillisants mineurs (pillules pour les nerfs) occupent le premier rang (12,9 %) lorsqu'ils sont considérés ensemble. Or il est généralement admis que dans ces deux catégories qui se chevauchent, les benzodiazépines comptent pour environ 80 % des médicaments utilisés (Laurier, Dumas, Grégoire et Duval, 1990; Perry *et al.*, 1997).

Les données de l'ECCAAD confirment une fois de plus que la consommation de médicaments est nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes et qu'elle augmente avec l'âge. Ainsi, au Québec, parmi les 14 % d'individus ayant consommé au moins un tranquillisant, somnifère, antidépresseur ou stimulant, 61,8 % sont des femmes. La différence entre les hommes et les femmes se dénote particulièrement en ce qui a trait aux antidépresseurs, dont 69,7 % des consommateurs au Québec (et 72,2 % au Canada) sont des femmes. La proportion des consommateurs passe de 7 % chez les 15-34 ans, à 14 % chez les 35-54 ans, à 25 % chez les 55 ans et plus. Lorsque l'on examine la consommation de tranquillisants seulement, la progression liée à l'âge est encore plus marquée : 2,4 %, 6,5 % et 14,7 % respectivement.

Tableau 3.1
Consommation de psychotropes au cours des douze derniers mois, au Canada et au Québec, 1995

Classe de médicaments[1]	Canada (%)			Québec (%)		
	H	F	Total	H	F	Total
« Analgésiques de prescription comme la codéine, le Demerol, la morphine »	12,5	14,6	13,6	6	7,9	7
« Somnifères »	3,8	5,6	4,7	4,9	6,9	5,9
« Tranquillisants comme le Valium (médicaments pour vos nerfs) »	3,5	5,5	4,5	5,4	8,4	7
« Antidépressifs »	1,7	4,3	3,1	2,4	5,1	3,8
« Amaigrisseurs ou stimulants (dopants) »	0,7	1	0,9	0,7	0,7	0,7
Au moins un des cinq	18,4	24,6	21,6	15,5	22,3	19
Somnifères, tranquillisants, antidépressifs ou stimulants	8,3	13,4	10,9	11,1	16,8	14
Tranquillisants, antidépressifs ou stimulants	5,4	9,4	7,5	7,7	12,1	10

1. Libellé exact du questionnaire.

Enquête sociale et de santé 1992-1993 (Québec)

L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* a visé l'ensemble des ménages privés de toutes les régions sociosanitaires du Québec à l'exception des régions cri et inuite et des réserves, représentant 97,5 % de l'ensemble de la population québécoise. Un total de 13 266 ménages (sur 14 892 admissibles) ont été sondés, représentant 34 848 individus. De ce nombre, 27 310 personnes de 15 ans et plus étaient admissibles pour répondre au questionnaire et 23 564 individus y ont répondu (Bellerose *et al.*, 1995). Une partie des données pertinentes provient des réponses d'informateurs clés au sujet des membres de leur ménage.

Le questionnaire comprenait des items portant sur la consommation de médicaments dans les deux jours précédant l'enquête. La synthèse des résultats portant sur la consommation de médicaments (Laurier *et al.*, 1995) identifie douze classes de médicaments, incluant trois classes de psychotropes : les analgésiques, les tranquillisants, les sédatifs et les somnifères, et les stimulants.

Le premier tableau plus bas présente les données générales portant sur la consommation de ces types de médicaments. Il est à noter qu'en comparaison avec 1987, les données de 1992-1993 révèlent une forte augmentation de la consommation d'analgésiques, une légère augmentation de celle de stimulants et une baisse légère de celle de tranquillisants. De plus, la consommation de tranquillisants, en particulier,

est plus élevée chez les personnes qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique (9 %) que chez celles qui présentent un niveau faible (4 %).

Tableau 3.2
Consommation de psychotropes au Québec, 1992-1993

Classe de médicaments	H %	F %	Total %
Analgésiques	10,8	17,1	14
Tranquillisants, sédatifs et somnifères	3	5,9	4,5
Stimulants	0,5	0,9	0,7

Les données suggèrent des taux de consommation de tranquillisants moins élevés que celles de l'ECCAAD (1994) qui pourraient s'expliquer par la fenêtre temporelle utilisée. Par contre, elles confirment encore les différences générales entre les sexes et le fait que la consommation de psychotropes, les tranquillisants en particulier, croît de manière significative chez les personnes âgées (voir tableau suivant).

Tableau 3.3
Consommation de psychotropes au Québec chez les adultes et les personnes âgées, 1992-1993

	25-44 ans %		45-64 ans %		65 ans et + %	
Classe de médicaments	**H**	**F**	**H**	**F**	**H**	**F**
Analgésiques	10,5	18,5	13,5	19,9	19,8	27,5
Tranquillisants, sédatifs et somnifères	1,6	3,3	4,9	9,8	14,7	21,7
Stimulants	0,6	1,1	0,8	1,5	1	1,1

Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec (1995) : la prescription *de médicaments psychotropes*

Les données de la RAMQ concernent les ordonnances de médicaments psychotropes exécutées en pharmacie et remboursées par la RAMQ. Ces données portent donc sur la prescription plutôt que sur l'utilisation des médicaments. Elles représentent une façon différente de saisir le phénomène de la

consommation puisque tous les médicaments prescrits ne sont pas nécessairement utilisés. Par contre, elles sont plus précises en ce qui a trait aux types de médicaments et ne comportent pas de chevauchement entre les catégories utilisées.

En 1995, 22,6 % de la population québécoise était admissible au programme de médicaments et de services pharmaceutiques de la RAMQ (1995). Les trois grandes catégories de personnes admissibles étaient les prestataires de la sécurité du revenu (10,7 % de la population ou 772 117 personnes), les personnes âgées de plus de 65 ans (11,9 % de la population ou 854 281 personnes) et les personnes atteintes d'une maladie transmise sexuellement (20 589 personnes). En général, on retrouve davantage de consommateurs de médicaments psychotropes — les tranquillisants en particulier — chez les personnes à faible revenu et les personnes âgées (Laurier *et al.*, 1990). Il faut donc s'attendre à ce que les chiffres de la RAMQ reflètent ces tendances déjà observées.

Parmi les médicaments du SNC payés ou remboursés par la RAMQ, on retrouve dans les Statistiques annuelles publiées cinq catégories : 1) analgésiques et antipyrétiques; 2) anticonvulsivants (qui incluent deux médicaments faisant partie des benzodiazépines); 3) psychotropes (qui comprennent les antidépresseurs et les neuroleptiques); 4) anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques (qui sont essentiellement des benzodiazépines); 5) autres psychotropes (qui comprennent les stimulants, etc.). Pour les fins de notre analyse, nous nous concentrerons sur les catégories 3, 4 et 5.

Le tableau 3.4 présente le taux de participation des prestataires de la sécurité du revenu et des personnes âgées à la consommation de ces trois catégories de médicaments. La RAMQ obtient le taux de participation « en divisant le nombre total de personnes distinctes qui ont fait exécuter au moins une ordonnance au cours de l'année par le nombre moyen de personnes admissibles » (*Statistiques annuelles*, 1995, p. 219).

Tableau 3.4
Taux de participation selon la sous-classe de médicaments du SNC et les catégories de personnes admissibles, RAMQ, Québec, 1995

Classe de médicaments	Prestataires de la sécurité du revenu (%)			Personnes âgées (%)		
	H	F	Total	H	F	Total
Anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques	16,2	22,1	19,2	30,3	42,7	37,7
Psychotropes	8,8	12,3	10,6	7,3	12	10,1
Autres psychotropes	2,3	1,5	1,9	0,4	0,5	0,3

On constate, d'une part, la proportion très importante de personnes âgées en 1995 qui ont reçu au moins une prescription d'anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques, et donc de benzodiazépines. La RAMQ fournit également des données sur la proportion des ordonnances concernant les différentes classes de

médicaments pour chacun des groupes admissibles. Ces données sont présentées dans les tableaux suivants.

Tableau 3.5
Ordonnances de médicaments du SNC aux prestataires de la sécurité du revenu, RAMQ, 1991-1995

Classe de médicaments	Années				
	1991 (%)	**1992 (%)**	**1993 (%)**	**1994 (%)**	**1995 (%)**
• Analgésiques et antipyrétiques	10,9	11,1	11,1	11,2	11,3
• Anticonvulsivants	4,9	5	5,2	5,4	5,6
• Psychotropes	8,2	7,9	7,9	8,1	8,5
• Anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques	16,5	15,1	13,8	13,3	12,7
• Autres	1	1,1	1,2	1,3	1,4
Médicaments du système nerveux central	41,5	40,2	39,2	39,3	39,5
Autres médicaments	58,5	59,8	60,8	60,7	60,5

Ces données montrent que la proportion d'ordonnances dans toutes les sous-classes de médicaments a augmenté légèrement de 1991 à 1995, sauf dans la classe la plus importante, celle des anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques, qui a baissé d'environ 25 % en cinq ans et qui est responsable à elle seule de la baisse globale des ordonnances des médicaments du SNC. En 1995, le ratio femmes/hommes des ordonnances de « psychotropes » aux prestataires de la sécurité du revenu était de 1.35 :1. Pour les anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques, il était de 1.39 :1.

Les données pour les personnes âgées diffèrent de celles des prestataires de la sécurité du revenu. Le tableau 3.6 montre qu'il n'y a pas eu d'augmentation dans aucune des catégories de médicaments du SNC. Les psychotropes, anticonvulsivants et autres psychotropes se maintiennent, alors que les analgésiques et les anxiolytiques ont baissé. Par contre, la consommation de psychotropes par les femmes âgées est nettement plus élevée que celles des hommes : en 1995, le ratio femmes/hommes des ordonnances de psychotropes était de 2.77 :1. Pour les anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques, il était de 2.22 :1.

Tableau 3.6
Ordonnances de médicaments du SNC aux personnes âgées, RAMQ, 1991-1995

Médicaments	Années				
	1991 (%)	**1992 (%)**	**1993 (%)**	**1994 (%)**	**1995 (%)**
• Analgésiques et antipyrétiques	13,4	13,3	13,2	12,9	12,7
• Anticonvulsivants	1	1	1	1,1	1,1
• Psychotropes	2,8	2,6	2,5	2,6	2,7
• Anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques	13,3	12,5	11,8	11,1	10,5
• Autres	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Médicaments du système nerveux central	30,6	29,6	28,6	27,8	27,2
Autres médicaments	69,4	70,4	71,4	71,2	72,8

Consommation à long terme

L'ECCAAD constitue l'une des sources les plus intéressantes pour cerner la consommation à long terme de médicaments psychotropes. Le tableau 3.7 montre que la durée de consommation diffère selon la catégorie de médicaments psychotropes consommés, au Canada comme au Québec. Les données de l'ECCAAD nous permettent de distinguer la durée de consommation de 30 jours ou moins, de 31 jours à un an, de un an à trois ans, de trois ans à cinq ans et de cinq ans et plus. Les données présentées ici montrent la proportion de personnes dont la durée de consommation dépasse un an. Les stimulants et les analgésiques de prescription sont les médicaments les moins longtemps utilisés, suivis au Québec des antidépresseurs, des somnifères et des tranquillisants. Les deux dernières catégories se démarquent nettement des autres psychotropes. Il est à noter qu'au Canada, 54 % des consommateurs de tranquillisants les consomment depuis plus d'un an.

Tableau 3.7
Proportion de consommateurs de médicaments psychotropes dont la durée de consommation dépasse un an, au Canada et au Québec, 1994

Types de médicaments	Canada (%)			Québec (%)		
	H	F	Total	H	F	Total
Analgésiques de prescription	25,2	26,2	25,8	18,8	18,7	18,8
Somnifères	39,4	46,1	43,5	48,1	60,9	55,8
Tranquillisants	55,7	52,2	53,5	56,8	58,9	58,1
Antidépresseurs	50,2	41,9	44,2	48,8	32,4	37,4
Stimulants	29,9	20,7	23,7	47,6	10,6	29,1

Lorsque l'on examine de plus près les durées de consommation des tranquillisants selon l'âge, on remarque qu'elles progressent de manière quasi linéaire à mesure que l'âge augmente. On remarque que chez les personnes âgées québécoises, plus de trois quarts des consommateurs les utilisent à long terme (un an ou plus) et que près de 60 % les utilisent à très long terme (trois ans ou plus).

Tableau 3.8
Proportion de consommateurs de tranquillisants dont la durée de consommation dépasse un an et trois ans, au Canada et au Québec, 1994

Âges	Canada		Québec	
15-34 ans	> un an :	25,4	> un an :	22,7
	> trois ans :	14	> trois ans :	20,5
35-54 ans	> un an :	46,8	> un an :	44,4
	> trois ans :	30,1	> trois ans :	30,2
55 ans et +	> un an :	69,3	> un an :	76,5
	> trois ans :	52,1	> trois ans :	58,9

La consommation de longue durée affecte cependant presque autant les hommes que les femmes. Au Québec, 56,8 % des hommes et 58,9 % des femmes qui consomment des tranquillisants le font depuis au moins un an.

Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Québec) offrent elles aussi un regard sur la consommation « régulière » (tous les jours ou quelques fois par semaine) de quelques psychotropes. Les données nous suggèrent que la consommation de tranquillisants et de stimulants est « régulière » pour l'immense majorité des utilisateurs (91,2 % et 94 %, respectivement), mais seulement 49,6 % chez les consommateurs d'analgésiques.

Consommation sans prescription médicale

Si la durée de la consommation soulève d'emblée la question de l'abus et de la dépendance à ces médicaments, d'autres données concernant les patterns d'utilisation peuvent également être examinées en relation avec les toxicomanies.

Ainsi, la consommation de médicaments psychotropes sans prescription médicale constitue un indicateur classique de l'abus. D'après les données disponibles, il semble toutefois que le phénomène est relativement peu fréquent, bien qu'il montre des variations importantes selon la classe de médicaments.

Tableau 3.9
Proportion de consommateurs de médicaments psychotropes qui les utilisent sans prescription médicale, au Canada et au Québec, 1994

Types de médicaments	Canada (%)	Québec (%)
Analgésiques de prescription	4	4,8
Somnifères	19,3	17,2
Tranquillisants	5,7	5,9
Antidépresseurs	1,6	0,6
Stimulants	64,1	52,8

Ces données suggèrent que la consommation d'antidépresseurs est la plus médicalisée et celle des stimulants, la moins médicalisée. Il est assez difficile d'interpréter ces données à cause de l'ambiguïté des catégories de médicaments utilisées dans l'ECCAAD. Comme il est généralement accepté qu'environ 80 % des somnifères consommés par la population sont des benzodiazépines, autrement compris dans la catégorie des tranquillisants, le pourcentage d'utilisation non médicale des somnifères ne devrait pas trop différer de celui des tranquillisants; mais la différence observée est grande (17,2 % VS 5,9 % au Québec). Il est possible qu'une bonne partie des somnifères consommés soient obtenus légalement en vente libre. Le même genre de considération s'applique à la classe des stimulants, qui comprend, dans le libellé de la question de l'ECCAAD, les amaigrisseurs et les dopants. Il est possible encore que certaines de ces substances soient disponibles légalement en vente libre.

Si, par contre, nous présumons que les somnifères sont principalement des benzodiazépines et les « amaigrisseurs, stimulants et dopants » des stimulants amphétaminiques, les données nous suggèrent que l'utilisation non médicale est associée positivement à la « légitimité médicale » (popularité, accessibilité, etc.) de la substance. Les stimulants, dont l'usage médical est le moins reconnu actuellement chez les adultes, seraient les substances les plus abusées, suivies des somnifères, également avec une légitimité médicale moindre. Les tranquillisants et les analgésiques de prescription seraient à mi-chemin, avec les antidépresseurs jouissant de la plus forte légitimité médicale actuelle et donc, du plus faible taux d'utilisation non médicale.

Problèmes liés à la consommation

Parmi les critères classiques d'identification de l'abus et de la dépendance face aux psychotropes, on retrouve également le maintien de la consommation malgré les problèmes qu'elle occasionne. Les répondants à L'ECCAAD étaient invités à répondre à des questions portant sur les problèmes causés par l'usage de leurs médicaments : les médicaments nuisent-ils à leur vie sociale ? à leur santé physique ? à leur attitude envers la vie (bonheur) ? à leur conjoint ? à leurs enfants ? à leur vie familiale ? à leur travail, études ou possibilités d'emploi ? à leur situation financière ? En tout, 15,7 % des Canadiens (14,8 % des Québécois) qui consomment au moins une catégorie de médicaments ont indiqué ressentir au moins un des problèmes cités plus haut. Les consommateurs plus jeunes avaient davantage tendance à rapporter ce genre de problèmes : au Québec, par exemple, un problème lié à la consommation de médicaments était rapporté par 25 % des 15-34 ans, 20 % des 35-54 et seulement 5 % des 55 ans et plus. De plus, au Québec mais non au Canada, les hommes consommateurs (20,6 %) avaient plus tendance que les femmes consommatrices (10,9 %) à rapporter de tels problèmes.

En somme, environ un sixième des consommateurs de psychotropes prescrits disent ressentir un problème lié à la consommation; c'est, par contre, dans les groupes à plus forte consommation que le moins de problèmes sont rapportés.

Conclusions

Les données recensées dans ce chapitre indiquent qu'environ un cinquième de la population canadienne et québécoise, âgée de plus de quinze ans, a consommé durant l'année écoulée au moins un médicament psychotrope. La catégorie des médicaments les plus consommés, selon l'ECCAAD (1994), est celle des analgésiques de prescription. Ces médicaments, qui comprennent la codéine ainsi que des opiacés comme la morphine, sont indiqués pour le traitement symptomatique de la douleur physique. Ils sont définitivement considérés comme toxicomanogènes mais les indicateurs d'abus et de dépendance que nous possédons, à partir des grandes enquêtes nationales (utilisation sans prescription, durée de la consommation dépassant un an), nous suggèrent que cette consommation ne constitue pas, à l'heure actuelle, un problème d'importance.

Les données portant sur les autres catégories de médicaments psychotropes — celles prescrites davantage pour traiter les symptômes de troubles mentaux que pour traiter la douleur physique — sont, comme nous l'avons mentionné, parfois trop incomplètes et parfois trop imprécises pour que nous

puissions en tirer des conclusions fermes. La séparation entre les « somnifères » et les « tranquillisants » ne nous permet pas, en outre, de déterminer exactement combien de ces médicaments sont des benzodiazépines. Toutefois, les deux catégories prises ensemble représentent l'essentiel de la consommation de benzodiazépines et constituent ainsi la classe de médicaments psychotropes la plus largement consommée par les adultes au Québec. Or, comme nous le verrons, c'est surtout au sujet des benzodiazépines qu'existe une forte controverse quant à la question de la dépendance. Les données de l'ECCAAD (1994) indiquent que la consommation de longue durée (> un an) et de très longue durée (> trois ans) est significative pour les tranquillisants (qui sont essentiellement des benzodiazépines), chez les jeunes et jeunes adultes (15-34 ans) mais plus encore chez les personnes âgées (55 ans et plus). En effet, 58,9 % des personnes âgées qui consomment des tranquillisants depuis plus de trois ans au Québec appartiennent à ce groupe d'âge.

Parmi les personnes admissibles à la gratuité des médicaments en 1995 au Québec, la consommation de psychotropes était nettement plus élevée que dans l'ensemble de la population. Près d'un cinquième des prestataires de la sécurité du revenu (19,2 %) ont, au cours de l'année, consommé des tranquillisants et 12,5 % ont consommé d'autres psychotropes, *excluant* les analgésiques et antipyrétiques. Chez les personnes âgées, 37,7 % ont utilisé des tranquillisants. Les femmes âgées reçoivent au delà de deux fois plus d'ordonnances pour ces médicaments que les hommes.

Ces constats recoupent largement ceux qui proviennent des études et enquêtes conduites à l'étranger. Bien que les méthodologies, les populations étudiées, les questions posées lors des enquêtes, les conditions d'accessibilité aux médicaments et aux soins de santé varient grandement d'un pays à l'autre, certaines caractéristiques de cette consommation s'avèrent être les mêmes, à tout le moins dans les pays occidentaux. Les résultats d'enquêtes portant sur les populations d'autres pays permettent ainsi de situer la consommation canadienne et québécoise dans un ensemble plus vaste.

Si la consommation de médicaments psychotropes a diminué légèrement depuis le début des années quatre-vingts, les utilisateurs à long terme représentent une proportion importante de l'ensemble des consommateurs. Cette utilisation à long terme soulève de nombreuses questions quant au potentiel de ces médicaments à induire des problèmes d'abus et de dépendance. Les femmes et les personnes âgées constituent les plus importants utilisateurs de ces médicaments et parmi eux, les femmes âgées sont au premier rang. Celles-ci, pourtant, ont peu retenu l'attention des chercheurs travaillant dans le champ des toxicomanies, notamment parce qu'elles consomment peu d'alcool et de drogues illicites, substances dont l'utilisation est la plus couramment étudiée dans ce champ.

Il s'agit donc ici de faire le point à la fois sur l'état des connaissances actuelles concernant cette question ainsi que sur la façon dont ce phénomène a été abordé jusqu'ici dans la documentation sur l'usage thérapeutique des médicaments psychotropes et sur le potentiel toxicomanogène de ces substances.

Références

BALTER, M.B. (1991). *Prevalence of Medical Use of Prescription Drugs*. Presented at NIDA technical review. Evaluation of the impact of prescription drug diversion control systems on medical practice and patient care : Possible implications for future research. Bethesda, MD.

BARNEA, Z., et TEICHEMAN, M. (1994). « Substance misuse and abuse among the elderly : Implications for social work intervention ». *Journal of Gerontological Social Work*, 21, 133-148.

BELLEROSE, C., LAVALLÉE, C., COURTEMANCHE, R., CAOUETTE, L., GODBOUT, M., et LAPOINTE, F. (1995). « Méthodes ». *In* C. Bellerose *et al.* (dir.), *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993* (volume 1, p. 1-11). Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

DUNBAR, G.C., PERERA, M.H., et JENNER, F.A. (1989). « Patterns of benzodiazepines use in Great Britain as measured by a general population survey ». *British Journal of Psychiatry*, 155, 836-841.

ENQUÊTE CANADIENNE SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET D'AUTRES DROGUES (ECCAAD) (1994).

GABE, J. (éd.) (1991). *Understanding Tranquillliser Use : The Role of the Social Sciences*. London : Routledge.

GEISELMANN, B., et LINDEN, M. (1991). « Prescription and intake patterns in long-term and ultra-long-term benzo-diazepine treatment in primary care practice ». *Pharmacopsychiatry*, 24 (2), 55-61.

GRAHAM, K., CARVER, V., et BRETT, P.J. (1995). « Alcohol and drug use by older women : Results of a national survey ». *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, 14 (4), 769-791.

GUYON, L., et GEOFFRION, Y. (1997). *La toxicomanie au Québec : Bilan des études épidémiologiques faites depuis 1990*. Collection Études et Analyses, n° 34. Québec : Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux.

HANSEN, E. H. (1989). « How widely do women and men differ in their use of psychotropic drugs ? » *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 6 (4), 165-9.

LAURIER, C., DUMAS, J., GRÉGOIRE, J.-P., et DUVAL, L. (1990). *L'utilisation des tranquillisants, sédatifs et somnifères : Analyse des données de Santé Québec – 1987*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

LAURIER, C., POIRIER, S., et GAUTHIER, A. (1995). « Consommation de médicaments ». *In* C. Bellerose *et al.* (dir.), *Et la santé, ça va en 1992-1993 ?* Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, (volume 1, p. 353-375). Montréal : ministère de la Santé et des Services sociaux.

LEXCHIN, J. (1989). « Prescribing to the elderly : A review of Canadian literature ». *Canadian Family Physician*, 35, 1613-1616.

MELLINGER, G.D., BALTER, M.B., et UHLENHUTH, E.H. (1984). « Prevalence and correlates of the long term regular use of anxiolytics ». *Journal of the American Medical Association*, 251, 375-379.

MISHARA, B., et MCKIM. (1993). « Methodological issues in surveying older persons concerning drug use ». *International Journal of the Addictions*, 28, 305-326.

PERRY, P.J., ALEXANDER, B., et LISKOW, B.I. (1997). *Psychotropic Drug Handbook* (7e édition.) Washington, DC : American Psychiatric Press.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (1995). *Statistiques annuelles*. Gouvernement du Québec.

SZWABO, P.A. (1993). « Substance abuse in older women ». *Clinics in Geriatric Medicine*, 9 (1), 197-208.

UHLENHUTH, E.H., BALTER, M.B., et LIPMAN, R.S. (1978). « Minor tranquilizers : Clinical correlates of use in an urban population ». *Archives of General Psychiatry*, 35, 650-655.

VASQUEZ-BARQUERO, J.L., DIEZ-MANRIQUE J.F., PENA, C., ARENAL GONZALEZ, A., CUESTA, M.J., et ARTAL, J.A. (1989). « Patterns of psychotropic drug use in a Spanish rural community ». *British Journal of Psychiatry*, 155, 633-641.

WEYERER, S., et DILLING, H. (1991). « Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics and the use of psychotropic drugs in a community : Results from the Upper Bavarian field study ». *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 303-311.

WOODS, J. H., et WINGER, G. (1995). « Current benzodiazepine issues ». *Psychopharmacology*, 118, 107-115.

CHAPITRE 4

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET TOXICOMANIES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES ET LES FEMMES

La problématique sociale

La perspective du contrôle social et de la médicalisation apparaît, à l'heure actuelle, comme l'une des plus pertinentes pour fournir un cadre d'interprétation plus global du phénomène de la consommation de médicaments psychotropes. Selon les tenants de cette approche, le complexe médico-industriel remplirait une fonction de contrôle social, notamment à partir de la prescription de psychotropes par les médecins (Breggin et Breggin, 1994; Conrad, 1987; Lennard et Cooperstock, 1980). Les tranquillisants seraient ainsi utilisés pour maintenir l'ordre social, en ramenant à des causes individuelles et médicales, des problèmes sociaux liés à l'exclusion et à la marginalisation de divers groupes : les personnes âgées, les femmes, les défavorisés. De par la prescription de psychotropes, les patients recevraient le message que leurs symptômes de détresse sont liés à leur propre incapacité à gérer leurs problèmes situationnels et relationnels. En assimilant à des causes individuelles, des problèmes de société, la prescription de psychotropes désamorcerait toute action collective et renforcerait ainsi la structure sociale existante.

Personnes âgées

Divers facteurs d'ordre physiologique et psychosocial inhérents à la situation des personnes âgées contribuent à expliquer la forte consommation de médicaments psychotropes qui caractérise le groupe. Au niveau physiologique, le vieillissement implique pour la plupart de ces personnes une augmentation importante du nombre de maladies, et notamment, de maladies chroniques avec lesquelles elles doivent désormais composer. Au Québec, 68 % des personnes âgées de 65 ans et plus souffrent d'au moins une maladie chronique et 30 % en ont au moins trois (Tamblyn, 1996). Ces problèmes entraînent un recours plus ou moins intense aux services de santé. On considère que 90 % des personnes de 65 ans et plus reçoivent des services de santé au cours d'une année et que ces personnes consultent en moyenne sept fois leur médecin et reçoivent 29,8 prescriptions ou renouvellements de prescription. Parmi ces personnes âgées, 5 % fréquentent le système de façon particulièrement intensive. Celles-ci ont, en moyenne, sept problèmes de santé et consomment plus de onze médicaments quotidiennement (Tamblyn, 1996). Au Manitoba, 25 à 30 % des personnes âgées recevaient six médicaments ou plus au début des années 1990 (Grymonpre *et al.*, 1991).

La consommation de médicaments psychotropes et notamment de benzodiazépines est associée à cette situation à plus d'un titre. Le lien entre prescription et consultation médicale a été clairement démontré. Plusieurs des maladies dont souffrent les personnes âgées occasionnent, de plus, une douleur chronique pouvant provoquer des problèmes d'insomnie. Cette situation est en outre susceptible d'induire ou d'alimenter chez elles un état d'anxiété ou de dépression. En 1990, 45 % des personnes âgées qui ont eu recours au système de santé au Québec ont ainsi reçu une prescription de benzodiazépines (Tamblyn, 1995).

On peut penser que des facteurs d'ordre psychologique et social sont également associés à cette importante consommation de médicaments psychotropes. Les personnes âgées vivent fréquemment des événements difficiles que l'on pourrait associer à un processus de perte. Elles ont à s'ajuster à de nouvelles conditions de vie, au retrait du marché du travail, au départ des enfants, etc. Le décès du conjoint, les déménagements et le déracinement par rapport au milieu de vie qui structurait leur réseau social (les amis, les voisins, la famille, etc.) comptent également parmi ces événements stressants. Ces

événements constituent de fait des causes importantes de dépression chez les personnes âgées. Selon Zisook et Schuchter (1991), les veuves et veufs sont plus enclins que les autres personnes âgées à vivre une dépression dans les douze mois suivant le décès de leur conjoint.

L'isolement que plusieurs vivent à la suite de ces événements constitue un facteur important dans le développement de la dépendance et de l'abus au regard des substances psychotropes chez les personnes âgées, et notamment, de l'alcoolisme (Bron et Lowack, 1987; Fynlayson, 1995). Le fait d'être isolé pour faire face aux diverses crises que traversent ces personnes renforcerait également leur propension à consommer des médicaments psychotropes. À l'inverse, la qualité des relations qu'entretient la personne âgée avec ses proches, en influant sur son bien-être psychologique, est prédictif de la non-utilisation de médicaments psychotropes (Allard *et al.*, 1995). Selon Gomberg (1990), « *Among all age groups, there is evidence that more isolated people are more likely to smoke, drink heavily, engage in minimal physical activity, and be overweight* ». Le fait d'être isolé serait, à cet égard, plus déterminant que les éléments de stress en eux-mêmes pour expliquer la prévalence de la consommation de médicaments psychotropes.

La question de savoir quel est le sens de la causalité entre l'isolement et la consommation ou l'abus de substances psychoactives demeure toutefois ouverte. Est-ce le fait d'être isolé qui encourage le développement de cette consommation ou le fait de consommer qui encourage l'isolement et, éventuellement, le démentèlement d'un réseau social ? À cet égard, Finlayson (1995) note que l'environnement social, le contrôle social et l'adaptation au stress peuvent jouer un rôle différent et se traduire différemment chez les personnes consommant de l'alcool et chez celles se reposant davantage sur les médicaments psychotropes : « *The intrapsychic factors and culture surrounding the prescription drug using or abusing elderly person often involve hypochondriasis, somatization, insomnia, depression, and strong support rather than resistance and rejection from others which commonly occur with alcoholics* » (p. 1874).

Femmes

Dans tous les pays occidentaux ou industrialisés, les femmes consomment davantage de soins de santé et de médicaments que les hommes, et ce, indépendamment des épisodes de grossesse qu'elles traversent. Les différences entre les sexes sont particulièrement importantes en ce qui à trait à la consommation de médicaments psychotropes. On dit que les femmes sont plus enclines et encouragées à exprimer leur détresse psychologique et leurs problèmes que les hommes et que le processus de socialisation les incline à mieux accepter le rôle de malade (*sick role*) et à exprimer leur besoin d'aide. Elles seraient culturellement encouragées à avoir davantage recours au système de santé et à consommer davantage de médicaments psychotropes (Ettorre *et al.*, 1994; Linn et Davis, 1971; Szwabo, 1993). Les femmes auraient également plus tendance à faire état de problèmes non spécifiques, favorisant l'établissement de diagnostics flous et ouvrant la voie à la prescription, voire à la surprescription (Cafferata, 1990). Les médecins auraient, quant à eux, tendance à leur attribuer des problèmes de santé mentale et à leur prescrire plus systématiquement des médicaments psychotropes. Il serait en outre plus socialement acceptable pour les femmes de gérer leur stress en prenant des médicaments qu'en consommant de l'alcool et des drogues illicites, cela s'avérant particulièrement vrai pour les femmes âgées (Graham *et al.*, 1995; Szwabo, 1993). À l'inverse, les hommes manifesteraient

culturellement plus de réserves face à la prise de médicaments, et notamment de médicaments psychotropes, leur exutoire au stress étant davantage axé sur l'alcool et la cigarette.

Ce rapport particulier au système de santé, et notamment, à la consommation de médicaments psychotropes est interprété, à travers une approche féministe, comme la conséquence d'une situation sociale souvent discriminatoire par rapport à celle des hommes. La situation des femmes sur le marché du travail, des salaires moins élevés, des postes et conditions de travail moins intéressants, un fardeau plus lourd au niveau de la famille et des enfants, feraient en sorte d'accentuer chez ce groupe le stress, la morbidité ainsi que les problèmes de santé mentale (Marsh, 1982; Nichols, 1985; Ogur, 1986).

Femmes âgées

Les femmes âgées constituent un groupe qui cumule, au niveau des expériences de vie, les facteurs physiques et psychosociaux qui sous-tendent la consommation de médicaments psychotropes chez les femmes et les personnes âgées (Robbins et Clayton, 1989). Les femmes âgées sont reconnues comme étant plus à risque que les hommes et que les femmes plus jeunes au regard des problèmes psychologiques et de santé mentale (Kauffert et Gilbert, 1986). Leur situation sociale fait souvent en sorte d'amplifier les problèmes rencontrés par l'ensemble des personnes âgées ainsi que par les femmes, problèmes d'argent, condition sociale et psychologique difficiles. On noterait chez elles une plus grande morbidité que chez les hommes quoiqu'elles vivent en général plus longtemps et sont plus nombreuses que les hommes à perdre leur conjoint et à demeurer seules à la suite du deuil. Au niveau économique, les femmes âgées se retrouvent généralement en situation moins favorable que les hommes de leur génération, les revenus moyens étant plus bas chez les femmes. Aux États-Unis, 15 % des femmes de 65 ans et plus vivent sous le seuil de la pauvreté, n'ayant souvent comme seule ressource que la maison familiale lors du décès de leur conjoint. Socialement, les femmes de cette génération, ayant passé leur vie au foyer, sont moins autonomes et moins préparées à interagir quotidiennement avec des personnes autres que leurs proches. Selon Szwabo (1993), « *Lonely people exhibit poor social skills and the cycle of isolation becomes self-perpetuating* ». Les études sur les aidants naturels montrent en outre que les femmes qui prennent soin d'un proche font état de plus de symptômes dépressifs que les autres, une étude citée par Szwabo aurait d'ailleurs montré que les aidants naturels s'occupant d'un proche atteint de démence avaient tendance à consommer des médicament psychotropes.

La consommation de médicaments psychotropes implique généralement qu'il y ait prescription. Les pratiques de prescription constituent dès lors, en soi, un phénomène complexe et intimement lié à l'utilisation de ces substances. Elles ont d'ailleurs fait l'objet de nombreuses études, notamment en ce qui concerne les personnes âgées.

Facteurs associés à la prescription de psychotropes

Indications officielles et diagnostics associés à la prescription

Si les benzodiazépines ont rapidement supplanté les barbituriques à partir des années soixante, c'est notamment parce qu'elles semblaient allier l'inocuité à l'efficacité (Sprogis, 1966; Wheatley, 1972). Les benzodiazépines étaient en effet perçues comme plus sécuritaires à doses thérapeutiques et très peu toxiques lorsque comparées aux autres hypnotiques et sédatifs. Quant à leur efficacité, elle semblait démontrée à travers le large éventail des indications thérapeutiques pour lesquelles on les prescrivait (Hemminki, 1974; *National Disease and Therapeutic Index, 1970-76*). Une enquête menée aux États-Unis au cours des années soixante-dix révélait ainsi que si les troubles mentaux comptaient pour une part relativement faible des diagnostics liés à la prescription de tranquillisants mineurs (37 %), les troubles gériatriques (17 %) et divers problèmes médicaux, psychophysiologiques ou psychosomatiques (46 %) motivaient l'essentiel de la prescription de ces médicaments (Parry *et al.*, 1973).

D'autres études ont, par la suite, étayé le constat de cette diversité dans les indications. Hasday et Karch (1981) constataient, à la suite d'une enquête auprès de médecins de famille, que les diagnostics les plus fréquents concernant les benzodiazépines (diazépam, chlordiazépoxide, oxazépam, clorazépate) étaient ceux d'anxiété, de névrose hystérique et de problèmes de la colonne vertébrale. Rickels (1981) note quant à lui que le diazépam était prescrit pour diverses affections dont les problèmes musculo-squelettiques et que d'une manière générale, les médecins omnipraticiens allaient jusqu'à prescrire les benzodiazépines dans une perspective prophylactique, notamment chez les patients ayant subi un accident cardio-vasculaire. Une enquête menée par lui auprès de 200 prescripteurs fait ressortir le fait que les omnipraticiens ont, à cette époque, tendance à prescrire ces médicaments plutôt que les antidépresseurs dans les cas de dépression (Rickels et Hesbacher, 1977).

Avec les années quatre-vingts, de nombreuses études viennent atténuer, voire même contredire, le jugement optimiste porté jusque là sur l'efficacité des benzodiazépines et sur la pertinence de la prescription qui les sous-tend. Ainsi, une enquête effectuée en Suède dans un centre médical révèle qu'à peine le quart des patients ayant reçu une prescription de médicaments psychotropes avaient effectivement reçu un diagnostic de troubles psychologiques (Westerling, 1988). D'autres études ont estimé qu'entre 42 % et 75 % des patients ayant reçu une prescription de psychotropes ne présentaient pas d'évidences de morbidité psychiatrique ou d'indication médicale fondée (Raynes, 1979; Weyerer et Dilling, 1991). Au Québec, quelques études ont montré que le renouvellement des prescriptions de médicaments psychotropes était souvent motivé par la demande des patients davantage que par une indication médicale (Collin *et al.*, 1997; Roberge *et al.*, 1995).

De fait, sans que l'on puisse encore mesurer de façon tangible l'influence de la demande des patients sur la prescription et en particulier sur celle de psychotropes, le phénomène doit être pris en compte dans l'analyse. Tamblyn (1996) rapporte ainsi les résultats d'une enquête auprès des médecins de famille, selon laquelle 68 % des patients âgés s'attendent à avoir une prescription à la fin de la consultation pour un nouveau problème, bien que celle-ci ne soit justifiée que dans 45 % des cas. Ces attentes des patients et les pressions qu'ils exercent sur les prescripteurs peuvent expliquer en partie la surprescription dont font état les études. Ainsi, au Québec, la proportion des ordonnances jugées non

nécessaires aux personnes âgées auraient été de 22 % pour un antibiotique et entre 17 % et 35 % pour une médication gastro-intestinale (Tamblyn, 1996). Selon une étude de Schwartz *et al.* (1989) conduite auprès de médecins à propos de la prescription inappropriée, la pression de la demande exprimée par les patients serait le premier motif de prescription pour 46 % des médecins interrogés. L'inconfort d'un refus, la crainte de perdre la clientèle, l'incertitude des diagnostics seraient autant d'éléments pouvant influencer la décision de prescrire et les modalités de la prescription (Bradley, 1992; Chinburapa *et al.*, 1993).

Si la relation patient-médecin doit être prise en compte dans le phénomène de prescription de médicaments psychotropes, d'autres facteurs, relevant plus globalement de ce que l'on identifie comme les déterminants sociaux de la prescription doivent être pris en compte.

Déterminants sociaux de la prescription de médicaments

Les nombreuses études sur les déterminants sociaux de la prescription font état de l'influence des caractéristiques socio-démographiques du médecin sur sa pratique de prescription. Des études ont ainsi montré que les profils de prescription pouvaient varier en fonction de l'âge, du sexe, du type de pratique et du lieu de formation des médecins. Ainsi la prescription inappropriée, notamment auprès des clientèles âgées, correspondrait à un profil socio-démographique particulier chez les médecins canadiens : elle serait plus fréquente chez les médecins plus âgés, qui n'ont pas d'affiliation universitaire et qui ont reçu leur formation dans certaines universités (Monette *et al.*, 1994). Les profils de prescription varieraient également lorsque les médecins sont des hommes ou des femmes et en fonction de la clientèle à laquelle ils s'adressent (Cafferata *et al.*, 1983; Ettore *et al.*, 1994; Linn, 1971; Schnarch *et al.*, 1993).

Les connaissances des médecins par rapport à des clientèles particulières ainsi que par rapport aux médicaments influenceraient également les pratiques de prescription. Face à la prescription inappropriée, certains auteurs ont relevé l'influence du manque de connaissances spécifiques des médecins à l'égard de problèmes et de clientèles particulières, notamment celle des personnes âgées, ainsi que de leur difficulté à reconnaître les signes de vieillissement et à les départager d'avec ceux qui sont véritablement liés à des maladies (Beall *et al.*, 1996; Ferry *et al.*, 1985; Monette *et al.*, 1994). Les difficultés rencontrées par les omnipraticiens pour poser un diagnostic d'anxiété, de dépression ou de symptômes associés au syndrome de sevrage sont également soulevées dans la documentation, et ce, tout particulièrement par rapport aux patients âgés. Les symptômes initiaux de l'état dépressif dont l'insomnie se confondent davantage avec l'anxiété qu'avec la dépression ce qui induit souvent la prescription initiale de benzodiazépines (Roy-Byrne, 1991).

Outre les caractéristiques socio-démographiques et les connaissances, les études sur les déterminants de la prescription font état de l'importance du contexte de pratique, tel que appréhendé à travers la gestion du temps, les affiliations institutionnelles, la concurrence et le mode de rémunération des médecins (Hartlaub *et al.*, 1993; Manning *et al.*, 1984; Pineault, 1986). Les médecins les plus enclins à prescrire seraient ceux ayant un volume de pratique élevé, revoyant leurs patients souvent et ressentant une responsabilité limitée par rapport à eux (Cormack et Howells, 1992; Davidson *et al.*, 1994; Hartzema et Christensen, 1983). La situation de concurrence dans laquelle se trouvent les prescripteurs et le désir de

satisfaire les attentes d'une clientèle participeraient également à cette dynamique (Davidson *et al.*, 1994). Enfin, des contraintes extérieures, telles que la régulation de la prescription de certaines classes de médicaments, semblent avoir également un impact sur les choix thérapeutiques effectués par les médecins. Par exemple, dans l'État de New York, une réglementation imposée aux médecins en 1989 limitait le nombre de prescriptions de benzodiazépines et rendait obligatoire la déclaration de toute prescription au New York State Department of Health. À la suite de ces mesures, les études ont montré que si la prescription de benzodiazépines avait diminué fortement, celle d'autres anxiolytiques possiblement moins appropriés avait quant à elle augmenté considérablement (McNutt *et al.*, 1994; Schwartz et Blank, 1991).

Enfin, on ne saurait passer sous silence l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les pratiques de prescription des médecins. Les études sur cette question montrent que l'industrie pharmaceutique constitue une source d'information fort présente et active auprès des médecins concernant les médicaments prescrits; information dont la neutralité scientifique est fortement questionnée. Certaines études ont démontré la présence des liens souvent étroits qu'entretiennent le corps médical et l'industrie pharmaceutique, tels les colloques entièrement défrayés par l'industrie ou les autres avantages matériels offerts aux médecins (Orlowski et Wateska, 1992; Rosner, 1992). Selon les résultats d'une enquête récente menée auprès de médecins ontariens, si les activités organisées par l'industrie ne constituent pas la seule source d'information pour les médecins, elles occupent une place importante. Au cours des deux années précédant l'enquête, les médecins auraient participé en moyenne à cinq séminaires ou conférences organisés ou commandités par l'industrie et auraient été visités par des représentants de compagnies pharmaceutiques à une fréquence moyenne d'une fois par deux semaines. Si tous les médecins n'ont pas la même fréquence de contacts avec l'industrie, il semble que les plus gros prescripteurs sont également ceux qui entretiennent les contacts les plus fréquents avec l'industrie : selon les mêmes indicateurs, ils auraient participé ainsi à huit conférences ou séminaires au cours des deux dernières années et reçu en moyenne 94 visites de représentants (Williams *et al.*, 1995).

Évaluation des risques/bénéfices de l'utilisation des médicaments psychotropes

Depuis le début des années quatre-vingts, un débat autour de l'efficacité de ces médicaments et des indications qui doivent conduire à leur prescription s'est amorcé. Il s'est axé principalement sur l'évaluation des risques et des bénéfices de leur utilisation. Dans ce débat, plusieurs études ont cherché à démontrer les conséquences néfastes de la non utilisation des médicaments psychotropes alors que d'autres se sont attachées au contraire aux effets néfastes de l'utilisation de ces substances.

Certaines études ont ainsi cherché à démontrer les conséquences négatives de l'imposition de contraintes à la prescription et de freins à l'utilisation des médicaments psychotropes. Quelques auteurs ont ainsi développé l'argument selon lequel les directives gouvernementales pour réduire la prescription de ces substances avaient pour effet de favoriser la substitution par d'autres médicaments, parfois plus nocifs (Shader *et al.*, 1991; Swartz et Blank, 1991). Les freins à l'utilisation pouvaient également, selon certaines études, susciter l'apparition de problèmes liés au non traitement de l'anxiété et de l'insomnie. Parmi ces problèmes, les auteurs ont mentionné le risque de dépression (Lesser *et al.*, 1988; Levingston *et al.*, 1993), l'alcoolisme (Regis *et al.*, 1988), le suicide (Fawcett, 1988) et la mort

liée à des causes non naturelles (Coryell *et al.*, 1982). Le non traitement de l'anxiété était également présenté comme pouvant susciter le recours à d'autres substances psychoactives (alcool, tabac, marijuana), (Reidenberg, 1991; Shader *et al.*, 1991; Weintraub *et al.*, 1991).

Ces études tendent ainsi à développer des arguments faisant valoir que les bénéfices de la prescription et de l'utilisation des benzodiazépines, dans les cas notamment d'anxiété et d'insomnie, l'emportent sur les risques associés à cette consommation. Pour ces auteurs, les alternatives, telles que la psychothérapie, sont considérées plus coûteuses, moins accessibles, soulevant davantage de résistance de la part des patients, sans être pour autant plus efficaces.

Par contre, depuis le début des années quatre-vingts, l'efficacité en médecine de première ligne des médicaments tels que les benzodiazépines a été remise en question par diverses recherches, notamment au regard du traitement des affections mineures pour lesquelles ils sont le plus souvent prescrits (Tyrer et Owen, 1984). Les indications quant à leur utilisation seraient ainsi moins nombreuses qu'initialement prévu (Griffiths et Sannerud, 1987). Par exemple, le traitement chronique de l'insomnie par ces médicaments soulève tout particulièrement des interrogations, compte tenu de la tolérance démontrée quant à l'effet sédatif de ces substances (Kales, 1990; Marks et Nicholson, 1984; Ohayon et Caulet, 1995). Plusieurs auteurs avancent de plus que d'autres moyens et méthodes seraient plus adéquats pour le traitement à long terme de l'anxiété (Allgulander *et al.* 1987; Ashton, 1984; Miller et Gold, 1991). Quelques études ont entrepris de démontrer que le *counseling* pouvait s'avérer plus profitable pour le patient et que la psychothérapie brève était aussi efficace dans la réduction de l'anxiété que le traitement par anxiolytiques et nettement plus satisfaisante pour les patients (Catalan *et al.*, 1984a; 1984b). Un article-synthèse récent faisant l'évaluation des divers traitements disponibles pour les troubles d'anxiété et de panique en vient aux mêmes conclusions (Danton et Antonuccio, 1997). Les recherches effectuées sur les traitements par psychothérapie montrent qu'ils seraient non seulement plus efficaces, mais qu'ils auraient une efficacité à long terme, ce qui les distingue des traitements par médicaments.

Il faut voir que la psychothérapie ne comporte pas, en outre, les effets néfastes importants dont on ne saurait désormais faire abstraction compte tenu des résultats des recherches sur cette question.

Effets néfastes de la consommation de médicaments psychotropes

La plupart des études sur ce sujet démontrent la présence d'effets néfastes sur les habiletés des utilisateurs, mais il n'existe pas de consensus sur les différents types de dommages identifiés. En outre, on ne sait pas si l'effet à long terme et le développement d'une tolérance tendent à atténuer ces dommages enregistrés à la suite de chaque utilisation. Malgré la quantité impressionnante d'études sur les médicaments psychotropes et notamment sur les benzodiazépines, relativement peu d'entre elles se sont penchées sur les effets à long terme de leur utilisation, que ce soit au niveau des bénéfices ou des risques qu'encourent les utilisateurs (Woods et Winger, 1995). Toutefois, quelques études récentes avancent qu'il y a dommages à long terme chez les utilisateurs de longue date de benzodiazépines, au niveau cognitif et psychomoteur (Gorenstein *et al.*, 1995; Rummans *et al.*, 1993).

Troubles de la mémoire

Dès les années quatre-vingts, des chercheurs ont soulevé la possibilité de dommages cognitifs liés à l'utilisation des benzodiazépines, notamment au niveau de la mémoire (Hendler *et al.*, 1980). Il semblerait ainsi que des doses importantes de benzodiazépines puissent affecter la mémoire de façon marquée, notamment au niveau de la mémoire à long terme (*delay memory*) par opposition à la mémoire immédiate (*immediate recall*), à tout le moins pendant les périodes qui suivent la prise de chaque médicament (Lucki et Rickels, 1988). En fait, la mémoire serait affectée à travers une interruption dans le processus qui consiste à faire passer l'information de la mémoire à court terme vers la mémoire à long terme. La phase de consolidation de la mémoire serait ainsi affectée (Homer, 1991). Un autre problème, susceptible d'apparaître également au niveau cognitif est celui de l'amnésie antérograde (*anterograde amnesia*), phénomène similaire à l' « *alcoholic blackout* ». Chez les personnes âgées consommant du triazolam, Patterson (1987) rapporte « *a syndrome of reversible delirium, anterograde amnesia, and automatic movements* ».

Chez les personnes âgées, les troubles de la mémoire multiplient les risques d'interactions médicamenteuses néfastes. Or les médicaments psychotropes figurent parmi les trois types de médicaments les plus souvent impliqués dans les interactions médicamenteuses nocives chez les personnes âgées (Doucet *et al.*, 1996). Le phénomène des maladies iatrogéniques induites par les médicaments (*drug related illness*) constitue un problème important chez les personnes âgées et compte pour 5 à 23 % des hospitalisations, 1,75 % des consultations médicales et un cas de mortalité sur mille (Tamblyn, 1996). Le risque d'effets néfastes associés à la consommation de médicaments s'accentue avec le nombre de médicaments à prendre et les difficultés d'être attentif aux différents médicaments qui doivent être consommés chaque jour. Les pertes de mémoire ou la confusion, il va sans dire, peuvent avoir à cet égard des conséquences graves.

Peu d'études se sont penchées sur les dommages irréversibles occasionnés par une utilisation prolongée de ces médicaments. L'une d'entre elles suggère néanmoins que les effets néfastes sur la mémoire des personnes âgées subsistent après l'arrêt complet de l'utilisation. En comparant les habiletés cognitives de deux groupes de personnes âgées, l'un dépendant de l'alcool et l'autre des benzodiazépines, il s'est avéré que le second groupe, comparable en tout point au premier au niveau de l'âge, du sexe et du Q.I., a moins bien performé que le premier dans des tests d'apprentissage et de mémoire, et ce, plus d'une semaine après l'arrêt de la consommation (Rummans *et al.*, 1993).

Troubles psychomoteurs (chutes, accidents de la circulation)

Des problèmes psychomoteurs ont également été rapportés chez les utilisateurs de benzodiazépines, tels que l'ataxie, la dysarthrie, le manque de coordination, la diplopie et le vertige (APA, 1990). Des études ont montré que la diminution des habiletés de concentration et de dextérité par rapport à certaines tâches pouvait apparaître dans les premiers jours de l'usage de ces drogues mais qu'une tolérance se développait cependant assez rapidement par la suite, à l'instar de la tolérance à l'effet sédatif (Homer, 1991). En ce qui concerne spécifiquement la conduite automobile, les effets immédiats de la prise de médicaments psychotropes sur les habiletés à conduire un véhicule ont donné lieu à plusieurs études (Betts *et al.*, 1972; Ray *et al.*, 1992; Seppala *et al.*, 1976). Peu de recherches ont cependant cherché à

cerner les effets à long terme. Une étude a néanmoins démontré que les gens impliqués dans des accidents graves de la route étaient plus susceptibles que l'ensemble de la population d'avoir consommé des anxiolytiques dans les trois mois précédant l'accident (Skegg *et al.*, 1979).

Depuis quelques années, ce sont indéniablement les personnes âgées qui constituent la population cible des études visant à cerner les effets de ces médicaments sur les habiletés psychomotrices. La documentation en pharmacocinétique a abondamment démontré la plus grande vulnérabilité des personnes âgées au regard des effets des médicaments en général. Toutefois, la relation entre l'âge et la vulnérabilité des métabolismes est plus complexe que ce qui était initialement avancé dans les recherches. Dès lors, il n'existe pas de consensus, par exemple, sur l'association entre les risques de fracture de la hanche et la prise de benzodiazépines, thème qui pourtant a été abondamment traité depuis une dizaine d'années. Certaines de ces études (Cummings *et al.*, 1991; Hale *et al.*, 1985; Koski *et al.*, 1996; Myers *et al.*, 1991; Oster *et al.*, 1987; 1990; Ray *et al.*, 1987, 1989; Sobel et McCart, 1983), ont trouvé une relation significative et positive alors que d'autres (Grisso *et al.*, 1991; Sorock et Shimkin, 1988; Trewin *et al.*, 1992; Wells *et al.*, 1985), n'ont pas trouvé une telle relation. La plupart des études suggèrent toutefois que les benzodiazépines à longue demi-vie comportent plus d'effets néfastes au niveau psychomoteur que ceux à courte demi-vie et sont plus souvent associés à des chutes et fractures de la hanche (Finlayson, 1995; Ray *et al.*, 1989). Une étude récente comparant les effets d'une molécule à action intermédiaire (témazepam) et celle d'une molécule à courte action (triazolam) n'a pas permis de constater de différences entre les deux au niveau des risques de fracture (Wysowski *et al.*, 1996). Le temps constitue aussi un facteur important, les risques de chute étant plus élevés dans les deux semaines après le début de l'utilisation que par la suite (Neutel *et al.*, 1996).

En ce qui concerne les accidents automobiles, une étude très récente portant sur des conducteurs âgés entre 67 et 84 ans, impliqués dans un accident avec blessés entre 1990 et 1993 au Québec, a mis en perspective les effets différents des benzodiazépines à courte demi-vie et à longue demi-vie sur les habiletés à conduire. Il semblerait ainsi que la conduite automobile associée à la prise de benzodiazépines à longue demi-vie présente des risques d'accidents peu importe depuis combien de temps le conducteur utilise ces médicaments. En d'autres termes, les risques d'accidents associés à ce type de molécules ne s'atténuent pas après les premiers jours d'utilisation mais persistent encore au-delà d'un an d'usage quotidien ou régulier. Dans le cas des benzodiazépines à courte demi-vie, de tels risques n'apparaîtraient ni à court terme ni à long terme (Suissa *et al.*, 1997).

Troubles du comportement, dépression, suicide

Quelques études suggèrent que certaines benzodiazépines peuvent accentuer l'agressivité chez les patients déjà agressifs et que les molécules les plus fortes peuvent être associées à des comportements bizarres (Juergens, 1993; Roy-Byrne, 1991). Des études et des faits ont, en outre, démontré des effets suffisamment importants sur le comportement des utilisateurs de triazolam pour motiver le retrait de la drogue des marchés néerlandais (1979); britannique (1991) et pour restreindre son utilisation aux États-Unis (1991), (Wysowski et Barash, 1991). Quelques études suggèrent en fait que les risques de dépression, d'anxiété et d'hostilité pourraient être exacerbés par l'utilisation de benzodiazépines. Deux études portant sur une population d'utilisateurs tendent ainsi à démontrer que les patients sevrés présenteraient un score de dépression et d'anxiété beaucoup plus bas que les patients n'ayant pas

encore été sevrés (Rickels *et al.*, 1990; Schweizer *et al.*, 1990). Par ailleurs, concernant plus spécifiquement les personnes âgées, une étude récente suggère que parmi les sujets atteints de troubles psychologiques, ceux qui utilisent des anxiolytiques ont davantage tendance à avoir des idées suicidaires que ceux qui utilisent des antidépresseurs (Skoog *et al.*, 1996).

Le fait est que, malgré la faible toxicité relative des molécules, les benzodiazépines sont souvent impliqués dans les tentatives de suicide (Hawton et Blackstock, 1976; Skegg *et al.*, 1983). Aux États Unis, le Drug Abuse Warning Network (DAWN), sponsorisé par le National Institute of Drug Abuse (NIDA) a révélé que 51 % des cas de visite à l'urgence impliquant le diazepam sont en fait des tentatives de suicides. Une étude australienne montre quant à elle que 80 % des tentatives de suicide impliquant des médicaments concernent les psychotropes (Buckley *et al.*, 1996). Les benzodiazépines agissent comme dépresseurs du SNC, étant ainsi, au même titre que l'alcool, susceptibles de déprimer, voire même d'induire chez l'utilisateur des idées suicidaires (Ashton, 1986; Chan, 1984; Lader, 1988; Murphy et Tyrer, 1988). Il faut voir enfin que ces médicaments, présents dans un nombre important de tentatives de suicide ou d'incidents médicamenteux rapportés dans les urgences, sont rarement seuls en cause. Toutefois, bien que non toxiques lorsqu'ils sont utilisés seuls, leur consommation avec d'autres substances telles que l'alcool est susceptible de faire croître leur toxicité. Une étude australienne portant sur le suicide au sein d'une population de personnes âgées a montré que les benzodiazépines étaient en cause dans 64 % des tentatives de suicide, que 87 % des personnes ayant fait des tentatives étaient dépressives et que dans 32 % des cas, il y avait un problème d'abus d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives (Draper, 1994).

La prévalence, les facteurs sociaux ainsi que les effets néfastes associés à la prescription et à l'utilisation de psychotropes constituent des éléments essentiels de la problématique sociale concernant ces médicaments dans nos sociétés occidentales. On sait que ces médicaments sont consommés par une proportion importante de la population, qu'ils font souvent l'objet d'une consommation à long terme, voire à très long terme et que cette simple consommation comporte en soi des effets néfastes pour la santé des individus. Qu'en est-il dès lors de leur potentiel toxicomanogène ?

Ce thème a fait l'objet d'un important débat depuis plus de quinze ans, débat centré sur les caractéristiques du médicament plutôt que sur les caractéristiques des groupes qui le consomment. Cette attitude camoufle, nous semble-t-il, une certaine forme de déni ou de réticence quant à l'association entre ces substances licites et prescrites par les médecins et des comportements de toxicomanie et d'abus qui sont fortement réprouvés socialement.

Toxicomanies liées à la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et les femmes

Paramètres d'un débat

Le débat qui entoure le potentiel toxicomanogène s'est explicitement centré sur la question des benzodiazépines. Après avoir suscité l'enthousiasme des milieux médicaux et scientifiques lors de leur introduction sur le marché et tout au long des années soixante, les benzodiazépines ont par la suite

enregistré un net recul dans la faveur populaire tout autant que dans la documentation scientifique et médicale (Maronde *et al.*, 1971; Muller, 1972; Silverman et Lee, 1974; US Senate, 1979; Walldron, 1977). À cette période de scepticisme médical et scientifique correspond, depuis le début des années quatre-vingts, une phase marquée par la volonté de faire le point sur les aspects positifs et négatifs de cette consommation et de faire la part des choses entre deux positions extrêmes (Catalan et Gath, 1985; Hollister *et al.*, 1981; Juergens, 1993; Miller et Gold, 1991; Piper, 1995; Rickels, 1981; Uhlenhuth *et al.*, 1988; Woods et Winger, 1995).

Les données concernant la prévalence de la consommation de médicaments psychotropes et notamment, de la consommation à long terme de ces substances soulèvent d'emblée la question du développement de toxicomanies parmi les utilisateurs et du potentiel toxicomanogène de ces médicaments. Aussi, depuis une quinzaine d'années, le phénomène a donné lieu à deux modèles d'interprétation. D'un côté, se trouvent les partisans du *therapeutic use model* et de l'autre, ceux de l'*abuse model.* Le premier modèle, dans lequel se range la majorité des écrits, tend à présenter la forte consommation à long terme chez les femmes et surtout chez les personnes âgées comme étant largement justifiée par les indications médicales pour lesquelles ces médicaments sont prescrits (Hollister *et al.*, 1981; Marks, 1981; Piper, 1995; Rickels, 1981; Woods et Winger, 1995). Dans cette optique, les benzodiazépines ne recèlent pas un réel potentiel toxicomanogène et demeurent, encore aujourd'hui, des molécules dont la faible toxicité n'a que peu d'équivalent dans l'arsenal thérapeutique.

Les tenants de l'*abuse model*, qui sont en position minoritaire, suggèrent une toute autre lecture de la forte prévalence d'une consommation de médicaments psychotropes à long terme au sein de la population. Selon eux, celle-ci s'explique avant tout par le potentiel toxicomanogène de ces médicaments (Catalan et Gath, 1985; Juergens, 1993; Miller et Gold, 1991; Miller et Malher, 1991). Ils mettent en avant le potentiel d'abus et de dépendance de ces molécules ainsi que leurs effets néfastes sur les utilisateurs, à moyen et à long terme. Les patterns d'utilisation et de prescription témoignent, selon eux, de la présence de problèmes sociaux ou psychosociaux au regard desquels les médicaments psychotropes ne servent, au mieux, qu'à atténuer les symptômes.

Les partisans du second modèle réfutent de plus la pertinence des catégories d'analyse traditionnellement admises dans ce champ, telles que celle de l'usage médical versus l'usage non médical. Ils soulignent que les utilisateurs dépendants ont généralement obtenu leurs médicaments à partir d'une prescription médicale et donc, par voie licite. Ils avancent que les utilisateurs de benzodiazépines peuvent avoir recours à des procédés tels que le magasinage auprès de différents médecins et pharmaciens ou de fausses déclarations pour obtenir le médicament. Sans se manifester sous sa forme la plus usuelle, celle qui concerne les drogues illicites, la compulsion et la recherche du produit peuvent exister, de façon déguisée et difficile à cerner. Les tenants du modèle de l'abus avancent en outre que les indications pour lesquelles les benzodiazépines sont prescrites sont les mêmes que celles qui peuvent conduire à la consommation d'alcool : anxiété, insomnie, dépression; et que les études qui cherchent à tracer la ligne entre l'usage médical et non médical de benzodiazépines ne s'appuient pas elles-mêmes sur une distinction nette entre les deux patterns.

Les deux modèles d'interprétation fondent leur argumentation sur un corpus documentaire considérable qui, depuis près de vingt ans, fait état des résultats d'études cliniques et épidémiologiques. À travers l'abondante documentation sur laquelle se fonde ce débat, des consensus tendent à se dégager en

fonction de certains points (dépendance physiologique, tolérance, sevrage), alors que les résultats des études par rapport à d'autres aspects se contredisent (potentiel d'abus, patterns d'utilisation et indicateurs de toxicomanies). Les pages qui suivent feront le point sur ces différents aspects directement liés à la question des toxicomanies.

Potentiel d'abus et de dépendance

Tolérance et sevrage

Depuis le début des années quatre-vingts, les études semblent avoir fait la preuve que les utilisateurs de benzodiazépines tendent à développer une tolérance au regard de ces substances, du moins au niveau de l'effet sédatif de celles-ci (Rickels, 1981). Tel ne serait cependant pas le cas au niveau de l'effet anxiolytique qui lui, semble-t-il, demeurerait intact malgré une consommation à long terme (Hollister *et al.*, 1981; Lucki *et al.*, 1986; Owen et Tyrer,1983). Mais ces résultats sont encore fragiles et controversés (Miller et Mahler, 1991; Piper, 1995). Quant au sevrage, les études confirment la présence d'un syndrome de sevrage même lorsque la drogue est consommée à doses thérapeutiques sur des périodes courtes.

Au cours des années soixante-dix, plusieurs recherches, portant le plus souvent sur de petits nombres d'individus, ont commencé à rapporter la présence d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt brusque de la prise de benzodiazépines. Depuis le début des années quatre-vingts, les études sur cette question se sont multipliées. Une recherche importante, dont les résultats ont été publiés en 1980, conduite à double insu chez des patients ayant consommé du diazépam pendant six ans à dose thérapeutique (15-20 mg par jour), a ainsi confirmé l'importance des manifestations liées au sevrage chez les utilisateurs (Winokur *et al.*, 1980). Dans les jours suivant le retrait brutal, les patients éprouvent une anxiété prononcée, des tremblements, des nausées, de la constipation, des difficultés à uriner, des maux de tête, de l'insomnie et une hypersensibilité aux odeurs et aux bruits environnants.

Les déterminants de la dépendance qui se manifeste à travers le syndrome de sevrage ont également fait l'objet de nombreuses recherches. Après avoir longtemps supporté l'idée que la durée de l'utilisation en était un, les recherches suggèrent maintenant que celle-ci influe assez peu sur l'apparition du syndrome. Même après une utilisation aussi courte que deux semaines, le syndrome de sevrage peut apparaître (Orsini *et al.*, 1990). Parmi les autres facteurs envisagés comme déterminants possibles de la dépendance, on relève la demi-vie de la drogue, l'histoire d'utilisation antérieure de médicaments et la personnalité du patient.

Les études récentes ont montré que le syndrome de sevrage était plus accentué et se développait plus rapidement avec les médicaments à courte demi-vie qu'avec ceux à longue demi-vie (Noyes *et al.*, 1991; Rickels *et al.*, 1988; Schweizer *et al.*, 1990). Dans le cas des personnes âgées, un tel constat rend plus difficile le choix de la molécule à prescrire. En effet, bien que le médicament à courte demi-vie apparaisse moins dommageable sur le plan psychomoteur, le syndrome de sevrage qui y est associé risque d'être plus violent (Ray *et al.*, 1987, 1989).

Par ailleurs, les études suggèrent que, dans le cas d'une molécule à courte demi-vie, un sevrage graduel a plus de chances d'être efficace et durable (Fyer *et al.* 1987; Mellman et Uhde, 1986; Noyes *et al.* 1991; Pecknold *et al.* 1988). Le syndrome de sevrage peut également être plus sévère si le médicament est puissant, si l'arrêt est brusque, si les doses utilisées sont relativement élevées et si le dosage est ajusté au besoin plutôt que fixe (Roy-Byrne, 1991). En outre, le syndrome de sevrage a plus de chances d'apparaître lorsque le patient présente les caractéristiques suivantes : il souffre de problèmes psychologiques, consomme de l'alcool de façon légère ou modérée, est une femme, est moins éduqué que la moyenne, a déjà une histoire d'abus de substances (alcool ou drogues). Chez les individus qui utilisent des benzodiazépines depuis plus de douze mois, les incidences de voir apparaître un syndrome de sevrage sont de 90 % lorsque le retrait est graduel et de 100 % lorsque le retrait est brutal (Rickels *et al.*, 1990; Schweizer *et al.*, 1990). Quant aux façons de prévenir le syndrome, aucune recherche n'a encore permis de les identifier clairement (Woods et Winger, 1995).

En se fondant sur les études ayant démontré qu'un sevrage graduel permettait d'éviter les manifestations les plus importantes du syndrome de sevrage, plusieurs chercheurs concluent à l'absence de dommages profonds découlant directement de la dépendance aux benzodiazépines (Busto *et al.*, 1986; Cantopher *et al.*, 1990; Schweizer *et al.*, 1990). Pour d'autres cependant, l'existence d'un syndrome de sevrage associé aux benzodiazépines ouvre la voie au phénomène d'abus, dans la mesure où le sevrage est susceptible d'induire des renforcements négatifs à l'égard de cette consommation (Cappel *et al.*, 1986).

Propriétés renforçantes (reinforcing effects)

La tolérance et la dépendance physique constatées à travers le syndrome de sevrage chez les utilisateurs de benzodiazépines soulèvent toute la question du potentiel d'abus attribué à cette catégorie de médicaments. Or, depuis quelques années, il s'est dégagé un consensus à l'effet que les benzodiazépines recèlent un certain potentiel d'abus (Juergens, 1993; Woods *et al.*, 1988; Woods et Winger, 1995). Les drogues qui comportent des propriétés renforçantes et/ou induisent une dépendance physique et un syndrome de sevrage sont en effet susceptibles de favoriser le développement de toxicomanies. Les propriétés pharmacocinétiques des benzodiazépines alimentent, semble-t-il, leur potentiel d'abus. Ces médicaments sont facilement absorbés par l'appareil gastro-intestinal lorsqu'ils sont ingérés et pénètrent rapidement dans les tissus cérébraux, ce qui peut contribuer à produire une euphorie et des effets renforçants (Cappell *et al.*, 1986; DuPont et Saylor, 1991). Toutefois, ce potentiel varierait selon que l'expérimentation porte sur des sujets « normaux » (non toxicomanes) ou sur des sujets ayant vécu une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives (Juergens, 1993; Woods *et al.*, 1988).

Plusieurs études ont démontré la présence d'effets renforçants chez les sujets toxicomanes (Ciraulo *et al.*, 1988; Griffiths et Wolf, 1990; Woods et Winger, 1995). Il existe des préoccupations importantes par rapport à l'utilisation de ces substances chez les patients atteints de dépendance à d'autres substances, qu'elle soit antérieure ou actuelle. En effet, malgré les faiblesses méthodologiques de certaines études, il semble que le potentiel d'abus et de dépendance aux benzodiazépines soit beaucoup plus accentué chez les alcooliques et autres types de toxicomanes. Miller et Gold (1991) soulignent la forte corrélation entre l'utilisation de benzodiazépines et la polytoxicomanie. Ainsi, chez les

alcooliques, 50 % seraient des utilisateurs de benzodiazépines, tandis que les toxicomanes dépendants des opiacés utiliseraient également, de façon fréquente, des benzodiazépines en doses élevées.

Si la présence d'effets renforçants chez les toxicomanes n'est plus remise en question, on a longtemps pensé que ces effets étaient inexistants chez les sujets non toxicomanes (De Wit *et al.*, 1984, 1986; Johanson et Uhlenhuth, 1980). Or, depuis quelques années, des études tendent à démontrer le contraire. Les réactions des toxicomanes et du reste de la population aux benzodiazépines ne seraient pas si tranchées qu'il y paraissait au départ. Ainsi, les sujets anxieux recherchant activement un traitement à leur anxiété seraient enclins à préférer le diazépam au placebo (De Wit *et al.*, 1987). Ceci est également le cas pour les sujets buvant peu (moins de cinq verres par semaine) ou modérément (une moyenne de onze verres par semaine). Il s'avère de plus que chez les buveurs modérés, le diazépam aurait tendance à induire une certaine euphorie (De Wit *et al.*, 1989). Ces constats sont d'autant plus intéressants qu'ils sont en contradiction avec les résultats antérieurs enregistrés par cette même équipe de chercheurs. Des études suggèrent également que les alcooliques abstinents et les enfants d'alcooliques répondent davantage à l'effet de l'alprazolam que le groupe contrôle (Ciraulo et Sarid-Segal, 1991; De Wit *et al.*, 1987, 1989). Ces diverses recherches tendent en outre à démontrer que les effets renforçants peuvent varier d'une molécule à l'autre. Ainsi, le diazépam, le lorazépam, le triazolam et l'alprazolam auraient un potentiel d'abus plus élevé que l'oxazépam, l'halazépam, le chlorazépate et le chlordiazépoxide.

Selon le *Task Force on Benzodiazepines* (APA, 1990), quelques groupes particuliers sont des consommateurs à long terme de benzodiazépines ou reçoivent des doses suffisamment élevées pour créer une dépendance physique. Ces groupes sont les suivants : patients souvent âgés avec des maladies chroniques, patients éprouvant une anxiété chronique et des troubles de la personnalité, patients éprouvant des symptômes de panique et d'agoraphobie, patients schizophrènes ayant préalablement été traités avec benzodiazépines pour anxiété ou dyskinésie, patients souffrant d'insomnie chronique, et enfin, patients éprouvant une dépendance actuelle ou antérieure à des sédatifs hypnotiques ou à l'alcool. De multiples controverses existent quant à la pertinence de prescrire des benzodiazépines à ces populations et quant au potentiel de toxicomanie qui en découle.

Patterns d'utilisation et indicateurs de toxicomanies

Compulsion et usage non médical

D'une façon générale, on constatait au début des années quatre-vingts que l'usage non médical des benzodiazépines, lorsque défini comme usage sans prescription, était faible. Ainsi 2 % des adultes américains auraient rapporté un usage non médical de tranquillisants au cours d'une année et 1 % l'usage de sédatifs (Mellinger et Balter, 1983). Comme c'est le cas par rapport au sevrage et aux effets renforçants, les études portant sur les patterns d'utilisation des benzodiazépines s'entendent cependant pour faire la distinction entre les polytoxicomanes et les autres utilisateurs de benzodiazépines. Une première étude d'importance à cet égard a été conduite en 1986 auprès d'un groupe de 176 patients référés pour abus ou dépendance aux benzodiazépines (Busto *et al.*, 1986). Parmi ces patients, dont 56 % n'utilisaient que des benzodiazépines et 44 % étaient des polytoxicomanes, plusieurs différences ont été signalées. Les benzodiazépines auraient ainsi peu tendance à représenter la source première de

dépendance chez les polytoxicomanes. De plus, la propension à l'escalade des doses de benzodiazépines aurait été remarquée chez les polytoxicomanes mais pas chez les autres utilisateurs, la consommation de ces derniers étant, au contraire, caractérisée par des doses faibles et constantes au cours des années. Dans certains cas, les dosages auraient même plutôt diminué avec le temps.

D'autres études sont également venues soutenir ou confirmer ces résultats. Ainsi, c'est davantage chez les polytoxicomanes consommant des benzodiazépines que l'on remarquerait une propension à obtenir ces médicaments auprès de différents prescripteurs, à se les procurer dans la rue et à en faire un usage récréatif (DuPont *et al.*, 1992; Geiselmann et Linden, 1991; Romach *et al.*, 1991, 1995; Uhlenhuth *et al.*, 1988). En définitive, ces auteurs construisent leur argumentation sur la distinction nette entre les abuseurs de substances psychotropes et les patients faisant usage à long terme de médicaments psychotropes selon les directives des médecins.

Pourtant, selon cette logique, les personnes âgées constituent en soi des populations à risque compte tenu du phénomène d'alcoolisme apparemment assez répandu au sein de cette population.

Alcoolisme et consommation de médicaments psychotropes

La consommation d'alcool chez les personnes âgées constitue, de fait, un élément d'interrogation voire d'inquiétude au regard de la forte consommation de médicaments psychotropes. L'alcoolisme, notamment chez les hommes âgés, semble être un phénomène important. Le directeur du National Institute of Health estimait en 1978 que près d'une personne âgée sur cinq avait des problèmes d'alcool (Butler et Lewis, 1977). Une autre étude datant de la même époque avançait qu'entre 2 % et 10 % des personnes âgées seraient alcooliques, initiant cet abus d'alcool après l'âge de 40 ans (Schuckit, 1977). Plus récemment, Blixen *et al.* (1997) soulignent également l'importance du phénomène d'alcoolisme chez les personnes âgées. D'après Szwabo (1993), de 10 % à 15 % des personnes âgées non institutionnalisées seraient alcooliques, le taux chez les personnes institutionnalisées variant de 20 à 30 %. Or, les effets renforçants de certains médicaments psychotropes dont les benzodiazépines ont été clairement démontrés chez les populations déjà marquées par la dépendance à d'autres substances psychotropes telles que l'alcool (voir plus haut).

Une enquête auprès d'une population âgée de la région de Milwaukee utilisant des instruments standardisés destinés à détecter les problèmes reliés à l'alcool a montré que 6 % de la population étudiée prenait six consommations d'alcool ou plus par semaine en même temps que l'utilisation de médicaments pouvant avoir un potentiel d'interaction néfaste. L'utilisation concomitante d'alcool et de médicaments psychotropes concernait 11 % de ces cas (Adams, 1995).

Si les femmes âgées ont moins tendance que les hommes âgés à utiliser l'alcool à des fins autres que sociales, elles constituent le groupe qui consomme le plus de médicaments psychotropes. Elles consomment davantage que les femmes plus jeunes et que les hommes du même âge. En fait, les études tendent à montrer que cette forte utilisation de psychotropes ne s'accompagne pas d'une consommation d'alcool, de cigarettes et autres substances psychotropes, mais tendrait plutôt à la remplacer (Graham *et al.*, 1995; Jacyk *et al.*, 1991). Les femmes âgées boivent peu et fument peu, alors que chez les hommes, la propension à consommer de l'alcool s'accroît avec l'âge; ce qui suggère un pattern d'utilisation de

substances psychotropes différencié entre hommes et femmes âgés (Graham *et al.*, 1995). Une enquête auprès de personnes âgées participant à un programme de dépistage et d'aide aux personnes chimiquement dépendantes suggère également que les hommes sont plus enclins à développer une dépendance à l'alcool et les femmes aux médicaments prescrits (Jacyk *et al.*, 1991). Le prédictif le plus important au regard de l'alcool serait le manque d'insertion dans un réseau familial et l'éducation; ces données étant médiatisées par les attitudes au regard de l'alcool (Eve *et al.*, 1989). La majorité des femmes âgées ayant des problèmes d'alcool seraient divorcées ou séparées. Parmi les femmes âgées, la croyance religieuse est associée négativement à la consommation d'alcool et de cigarettes et positivement à la consommation de médicaments psychotropes (Graham, 1995). Selon Graham : « *Poor health and stress account for only a small percentage of variance in explaining reported use* ». Cette étude suggère en fait que les normes sociales et les valeurs conditionnent le rapport des femmes âgées aux substances psychotropes. Il est ainsi plus conforme à leur rôle social et plus acceptable d'utiliser des médicaments psychotropes pour gérer leur stress que de prendre de l'alcool, de fumer des cigarettes ou encore de consommer d'autres substances psychoactives.

Les enquêtes sur la consommation de substances psychotropes auprès de ces populations particulièrement sensibles aux normes et aux valeurs socialement admises risquent cependant de rapporter une sous-estimation du phénomène de consommation d'alcool chez les femmes âgées (Graham, 1995). En outre, la consommation d'alcool, considérée comme faible au sein de cette population, peut avoir des effets importants si elle est associée à celle de médicaments psychotropes de divers ordres. La faible quantité d'alcool consommée par les femmes âgées n'est, dès lors, pas totalement garante de l'absence de comportement d'abus.

En fait, si les femmes âgées recourent peu à l'alcool, celles des générations qui les suivent présentent un rapport différent aux substances psychotropes. Elles sont plus enclines à consommer de l'alcool et des médicaments psychotropes (Graham, 1995). Certains auteurs avancent même que parmi les femmes de 44 à 55 ans, 25 % ont des problèmes d'alcool (Szwabo, 1993). Comme les femmes se trouvent, peu importe l'âge, dans une situation où elles fréquentent davantage le système de santé, on peut penser qu'elles seront davantage exposées que les hommes de la même génération à se voir prescrire ces médicaments si les pratiques de prescriptions ne se transforment pas d'ici là.

Inobservance ou abus (misuse or abuse)

Par ailleurs, l'usage non médical, indicateur classique de toxicomanies est, selon plusieurs auteurs, sous-estimé chez les utilisateurs de benzodiazépines (Grantham, 1987; Miller et Gold, 1991; Noyes *et al.*, 1988). La ligne de démarcation entre l'usage médical et non médical n'est pas clairement tracée, si bien que le phénomène est particulièrement difficile à repérer. Cela ouvre la voie à d'importants recoupements entre les deux types d'utilisation.

Cette difficulté à distinguer l'usage médical de l'usage non médical se pose de façon particulièrement accentuée dans le cas des personnes âgées. D'ailleurs, la plupart des études portant spécifiquement sur les personnes âgées et abordant la question de l'abus de médicaments psychotropes appréhendent dans un même cadre conceptuel l'abus et l'inobservance au regard de ces médicaments. Les deux dimensions font partie d'un même problème général (Barnea et Teichman, 1994; Ellor et Kurz, 1982; Finlayson,

1995; Salzman, 1995; Szwabo, 1993). Ainsi Szwabo (1993) définit l'abus comme « *the use of illegal substances, taking too few or to many medications, discontinuing medications without consultation with a physician or other health care provider, alcohol use alone or in combination with drugs to treat symptoms, sharing of medications, hoarding and use of old (expired) prescriptions, and reliance upon over-the-counter medications* » (p. 197). Selon Ellor et Kurz (1982), l'abus serait une forme extrême d'usage inapproprié (*misuse*) des médicaments. Dans la perspective de Finlayson (1995) : « *Misuse of prescription drugs, as discussed in this article, covers a wide spectrum of drug-using behaviors. These range from misuse, based on a lack of understanding of the nature and purpose of drugs, to behaviors in which older persons incorporate psychoactive drugs into a lifestyle characterized by the psychologic and social or behavioral features of addiction. Various points on this spectrum of drug misuse are not necessarily points on a continuum* » (p. 1883).

Une telle approche comporte vraisemblablement certains dangers conceptuels. Selon cette logique, tous les comportements d'inobservance sont, d'une certaine façon, susceptibles de constituer des comportements d'abus. Or la question de l'observance, notamment chez les personnes âgées, constitue un thème majeur (Coambs *et al.*, 1995), qui a conduit, jusqu'ici, à un double constat : 1) Le phénomène est très répandu; 2) Il est à la fois difficile à mesurer, à expliquer et à interpréter.

L'inobservance chez les personnes âgées pourrait apparaître dans 40 % à 75 % des cas (Salzman, 1995). Le fait de devoir prendre plus de trois médicaments différents chaque jour multiplie le risque d'inobservance. Or on estime qu'à peu près 25 % des personnes âgées de 65 ans ou plus prennent au moins trois médicaments quotidiennement (Salzman, 1995). Le plus souvent, les études portant sur cette question présentent le patient comme la victime passive d'une situation thérapeutique qui le dépasse, soit parce qu'elle est complexe (polypharmacie), soit parce qu'il manque d'information ou de connaissances à son sujet (mauvaise communication entre le professionnel et son patient) ou encore parce qu'un état de santé défaillant (confusion, perte de mémoire, etc.) l'empêche de respecter le traitement prescrit (Cluxton *et al.*, 1987). L'isolement ainsi que des raisons d'ordre économique sont également parfois évoqués, mais ils sont plus rarement étudiés. Pourtant, sans pouvoir le mesurer précisément, certains auteurs avancent que près de 10 % des personnes âgées utilisent des médicaments prescrits qui ne leurs sont pas destinés (échange de médicaments) et que plus de 20 % consomment des médicaments qui ne leur ont pas été prescrits récemment (Salzman, 1995). On peut se demander dans quelle mesure ces comportements concernent les médicaments psychotropes et dans quelle mesure ils doivent être considérés comme des comportements d'abus.

En fait, compte tenu du contexte particulier qui sous-tend la consommation de médicaments chez les personnes âgées, il est très difficile de distinguer les comportements volontaires et intentionnels de ceux qui relèvent davantage de la confusion ou de l'incapacité à respecter les consignes médicales. Il semble y avoir, de la part des auteurs, dans ce champ, une certaine résistance quant à la perspective de distinguer clairement l'abus de la non observance. Cette attitude est peut-être également liée à la difficulté inhérente à établir cette distinction entre les deux types de comportement, faute de définitions claires, de critères ou d'indicateurs adaptés à cette population et faute de données fines sur les comportements d'utilisation des personnes âgées.

Indicateurs d'abus et de dépendance

Il est un fait que les indicateurs d'abus et de dépendance rendent mal compte du phénomène de la dépendance quant aux substances licites et prescrites par des professionnels. Ces indicateurs ne permettent pas non plus de capter les particularités de l'utilisation des médicaments psychotropes par une population âgée.

À ce propos, Finlayson (1995) souligne que plusieurs des critères du *DSM-III-R* (APA, 1987) ne sont pas applicables au cas des personnes âgées. Le critère associé à l'augmentation de la tolérance, par exemple, n'est pas directement transposable à la situation des utilisateurs âgés. Le *DSM-III-R* (APA, 1987) considère la tolérance marquée, c'est-à-dire le besoin d'avoir des doses toujours plus importantes pour parvenir à l'effet recherché, comme l'un des critères de toxicomanie. Parmi les personnes âgées toutefois, certaines sont susceptibles de voir un certain déclin, avec l'âge, de leur tolérance au regard des médicaments du fait d'un ralentissement de l'élimination et de la bio-transformation des médicaments à travers leur métabolisme. Même à dose constante ou décroissante au fil des ans, le phénomène pourrait ainsi entraîner une augmentation de l'effet sans qu'il soit, pour autant, accompagné d'une escalade des doses.

D'autre part, dans la littérature sur les toxicomanies, l'usage compulsif implique la recherche impérative de la drogue. Des chercheurs ont cependant soulevé le fait que les critères alors utilisés n'étaient pas adéquats pour décrire la réalité d'une recherche compulsive de médicaments prescrits. Dans le *DSM-III-R* (APA, 1987), la compulsion était notamment associée au laps de temps passé et à l'énergie mise pour se procurer la drogue. Ce critère doit toutefois être illustré autrement que par des activités illégales. Chez les personnes âgées, cette énergie sera plutôt consacrée à des visites chez les médecins, chez les pharmaciens ainsi qu'au temps passé à téléphoner à divers endroits pour le renouvellement des prescriptions. La définition la plus récente du *DSM-IV* (APA, 1994) comporte des critères plus facilement applicables au cas des personnes âgées. Il est ainsi noté que le fait de visiter plusieurs médecins et de se déplacer sur de longues distances peut éventuellement être assimilé à un comportement compulsif (*drug seeking behavior*). Au Québec, en 1990, 48,1 % des personnes âgées ayant eu recours aux médecins dans l'année avaient consulté au moins deux médecins et 39,6 % avaient visité plus d'une pharmacie (Tamblyn, 1995). De plus, 5,2 % des personnes âgées avaient obtenu des prescriptions de plus de six médecins différents au cours de l'année 1990. Ces données, il est vrai, demeurent insuffisantes pour tirer des conclusions par rapport à des comportements d'abus. Néanmoins, elles soutiennent la nécessité de creuser davantage cette question de recherche.

Sentiment de dépendance et difficultés à arrêter

La volonté d'arrêter sans y parvenir et le sentiment d'être dépendant peuvent constituer des indices de dépendance. Les témoignages des utilisateurs ont jusqu'ici rarement fait l'objet d'études à ce sujet. Les quelques données existantes vont toutefois dans ce sens. Selon diverses sources, de 27 % à 45 % des utilisateurs de benzodiazépines se sentiraient dépendants au regard de ces médicaments (Gabe, 1991).

Barter et Cormack (1996) ont exploré les motifs qui poussaient les utilisateurs de benzodiazépines à consommer à long terme. Plusieurs ont rapporté éprouver des problèmes marqués au niveau du

sommeil, certains redoutant les symptômes associés au sevrage quand ces mêmes symptômes ne les avaient pas tout simplement poussé à recommencer leur consommation. Il s'avère en outre qu'au moins 50 % des personnes interrogées ont dit souhaiter arrêter de prendre ces médicaments. Une autre étude comparant les patterns d'utilisation des hommes et des femmes avance également que la majorité des utilisateurs ayant participé à cette étude (71 %) ont exprimé le désir d'arrêter leur médication. La moitié du groupe interrogé a exprimé de fortes appréhensions quant à la perspective d'arrêter (Ettore *et al.*, 1994). Une troisième étude (Cohen et Karsenty, 1998), sur la base d'entrevues avec 40 consommateurs (entre une semaine et plus de vingt ans de consommation) de benzodiazépines dans deux pays, observe les mêmes réticences des sujets. Les résultats de ces études suggèrent que le syndrome de sevrage devient alors à la fois le motif de leur volonté d'arrêter et le motif pour lequel ils ne parviennent pas à arrêter. Les femmes éprouvent davantage de culpabilité quant à leur consommation de médicaments psychotropes que les hommes qui, eux, arrivent mieux à justifier la nécessité de prendre ces médicaments à travers leurs obligations de travail et le besoin de bien dormir et de bien performer.

Par ailleurs, quelques études explorant plutôt les témoignages des médecins avancent que ces derniers considèrent qu'ils se heurtent à une résistance importante de la part de leurs patients au regard de la perspective d'arrêter, voire même de diminuer les doses ou de changer le type de médicament psychotrope qui leur est prescrit (Bradley, 1992; Collin *et al.*, 1997; Powell, 1986).

À partir d'une toute autre démarche de recherche, Rickels (1990) a comparé les effets d'un arrêt brusque de consommation de benzodiazépines à courte et à longue demi-vie chez des sujets de 21 à 65 ans. Il constate que seulement 73 % des utilisateurs de médicaments à longue demi-vie et 43 % de ceux qui consommaient des molécules à courte demi-vie ont été capables de s'abstenir de prendre leur médicament au cours de la première semaine suivant l'arrêt. Après cinq semaines, seulement 46 % des utilisateurs du premier groupe (longue demi-vie) et 38 % de ceux du deuxième (courte demi-vie) n'avaient pas repris leur consommation. Les difficultés à cesser l'utilisation sans la mise en place d'un plan de sevrage progressif seraient donc importantes, le dispositif à mettre en place impliquant directement les prescripteurs. Or, comme le rapporte Tamblyn (1996) : « *Although patient resistance was cited as one of the main reasons for non compliance, we found that physicians who stopped medication responsible for a drug-related illness spent twice the time with the patient as those who did not*. » Le rôle du prescripteur, sa capacité à reconnaître un phénomène d'abus et de dépendance chez le patient ainsi que son implication dans le processus de sevrage constituent des éléments fondamentaux du phénomène de toxicomanie lié aux médicaments psychotropes. Pourtant, les études explorant ces dimensions révèlent une sous-estimation et un déni du phénomène, notamment lorsqu'il est question des personnes âgées, attitudes qui concernent directement les cliniciens mais également les chercheurs.

Sous-estimation et déni

Les études qui se sont intéressées à cette question montrent qu'il y a sous-estimation chez les prescripteurs des problèmes d'abus au regard des médicaments psychotropes. Ainsi, une étude conduite auprès de médecins de cinq hôpitaux australiens desservant une clientèle de 263 personnes âgées de 65 ans et plus a révélé une très nette sous-estimation du problème d'abus d'alcool ou d'autres substances psychotropes dont les médicaments chez les personnes par leurs médecins. Selon les auteurs, « *Medical staff did not recognise substance misuse in older hospital patients and did not seem to be aware of*

current recommendations of the National Health and Medical research Council » (Mcinnes et Powell, 1994).

Une telle sous-estimation tiendrait en partie au fait que les prescripteurs éprouvent des difficultés à reconnaître les cas de dépendance (Gonzales *et al.*, 1996; Juergens, 1993; Miller et Malher, 1991). En fait, il apparaît que l'établissement du diagnostic constitue un enjeu important notamment quant à l'utilisation des benzodiazépines. Le *DSM* (*III-R* ou *IV*) est considéré dans les milieux médicaux comme la référence la plus adéquate pour identifier les cas d'abus et de dépendance relatifs à certaines drogues. Or, l'abus et la dépendance aux benzodiazépines ne prennent pas nécessairement cette forme, si bien que la détection du problème en devient plus ardue et peut conduire à une sous-évaluation de l'ampleur du phénomène (Juergens et Morse, 1988). Dupont (1988) a développé des indicateurs visant à dépister l'abus ou la dépendance. Dans les faits, toutefois, l'évaluation des indications à prescrire ou à ne pas prescrire pose problème aux praticiens. De plus, il n'y a pas de consensus clair sur la longueur du traitement indiqué pour les différents problèmes : certains prônant un traitement à long terme pour certaines formes d'anxiétés considérées de plus en plus comme des problèmes chroniques (Piper, 1995), alors que d'autres font des mises en garde contre l'utilisation prolongée de ces médicaments (Miller et Gold, 1991). La consommation réelle du patient en terme de dosage et d'utilisation en concomitance avec d'autres substances est, en outre, également difficile à documenter (APA, 1990). Ces questions apparaissent d'une façon particulièrement aiguë chez les personnes âgées (Naranjo *et al.*, 1995) puisque la complexité de la médication qu'elles prennent, de la pharmacocinétique et la présence fréquente d'une comorbidité rendent l'établissement de diagnostics très difficile. Les auteurs suggèrent que les signes d'abus ou d'effets liés à la mauvaise utilisation des psychotropes sont souvent confondus par les praticiens avec des signes de vieillissement — signes au niveau cognitif : pertes de mémoire, confusion; au niveau physique : chutes; au niveau comportemental : dépression, insomnie — ce qui entraîne une sous-évaluation de l'ampleur du phénomène.

Outre les difficultés à reconnaître le phénomène d'abus ou de dépendance, les médecins auraient tendance à considérer la consommation à long terme comme un phénomène banal et sans gravité. Selon Ettore *et al.* (1994), plusieurs consommateurs à long terme de médicaments psychotropes ont avancé que leur médecin tendait à banaliser l'utilisation de ces substances en déniant leurs effets nocifs (*harmful*), et ce, tout particulièrement vis-à-vis des patients de sexe féminin. Les utilisateurs masculins ayant exprimé leur désir d'arrêter la médication auront été davantage écoutés et soutenus par leur médecin que les utilisatrices.

Finlayson (1995) définit l'expression « *iatrogenic drug dependence* » comme étant un type de dépendance que le prescripteur aura contribué à créer par une prescription non appropriée, sans indications médicales, selon des dosages excessifs ou encore pour des périodes trop longues. Il décrit la population des personnes âgées comme une population « à risque » de développer une dépendance ou de faire un usage inapproprié de médicaments psychotropes, à cause de facteurs biologiques, démographiques, psychosociaux ainsi que de facteurs reliés à la présence d'une comorbidité ou encore de pratiques de prescription inappropriée.

En fait, plusieurs facteurs contribuent à maintenir cette situation. Selon Szwabo (1993) :

> *Drug abuse presents many issues for the clinician to consider. Several assumptions are prevalent that again perpetuate underdiagnosis. First, older adults misuse rather than abuse. Second, some health care providers view « misuse » as inadvertent and not purposeful. Third they use both alcohol or drugs in a moderatly controlled fashion that prevents the suspicion of abuse. Furthermore, physicians may be involved in perpetuated abuse by overprescribing and lack of drug-reducing interventions. Finally, there is difficulty with defining excessive drug (especially that of medication) use as abuse. As with alcoholism, the term abuse conjures up a negative stereotype that elderly women do not fit, and again, clinicians may be uncomfortable in confronting and diagnosing the problem.*

Le phénomène d'abus par rapport aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées constitue, on le voit, un phénomène difficile à cerner. Il concerne un groupe social, celui des personnes âgées, et surtout des femmes âgées, qui ne présente aucun des attributs de la déviance généralement associée aux toxicomanies; il implique directement les médecins, ce qui suggère socialement à la fois une sanction médicale et « morale » puisque la provenance des substances est licite. Le phénomène d'abus se confond en outre facilement avec celui de mauvais usage involontaire, ce qui, chez les personnes âgées, constitue un phénomène très répandu. Par ailleurs, Finlayson (1995) discute des interventions possibles face à un problème. Aux difficultés à définir clairement les manifestations et les caractéristiques du phénomène, s'ajoute ainsi le déni social quant au problème; déni pouvant provenir du médecin prescripteur, de l'utilisateur ainsi que de son entourage proche. Finlayson note ainsi que : « *Families may have considerable difficulty in confronting their elderly members, especially their parents, with a drug or alcohol abuse and its consequences. Respect for the parent and difficulties in conceptualizing the elderly person as an addict or a drug abuser often stand in the way of organizing an conducting an intervention* » (p. 1884).

Conclusions

Selon que l'on interprète les données des nombreuses études épidémiologiques et cliniques en fonction du modèle de l'utilisation thérapeutique ou du modèle de l'abus, les éléments mis en évidence sont différents. Les tenants du premier modèle, majoritaires, considèrent qu'il est nécessaire de distinguer clairement les deux populations — celle des personnes reconnues comme toxicomanes de celle des personnes « normales » dans l'analyse du potentiel d'abus et de dépendance de ces médicaments (Piper, 1995; Woods et Winger, 1995) — alors que les partisans du modèle de l'abus, minoritaires, fondent leurs éléments de preuve sur l'existence même de ce potentiel (Juergens, 1993).

Si les résultats des études démontrent clairement l'existence d'une tolérance, d'un syndrome de sevrage ainsi que d'effets renforçants lors de l'utilisation de benzodiazépines, d'autres indicateurs classiques de toxicomanies tels la compulsion et l'usage non médical se révèlent mal adaptés à la situation thérapeutique et difficiles à cerner dans les faits.

L'incidence des phénomènes d'abus de substances psychotropes serait sous-diagnostiquée par les médecins. Divers facteurs sont en jeu, dont les imprécisions et le débat autour des indications de la prescription, les biais des enquêtes populationnelles, l'isolement des personnes ayant des

comportements d'abus ainsi que le déni des proches et des patients eux-mêmes quant au phénomène d'abus et de dépendance.

Les données sont trop parcellaires mais les indices sont suffisamment présents pour soulever un questionnement à cet égard et nécessiter impérativement le développement de la recherche dans ce champ.

Références

ADAMS, W.L. (1995). « Potential for adverse drug-alcohol interactions among retirement community residents ». *Journal of the American Geriatrics Society*, 43 (9), 1021-1025.

ALLARD, J, ALLAIRE, D., LECLERC, G., et LANGLOIS, S.P. (1995). « The influence of family and social relationship on the consumption of psychotropic drugs by the elderly ». *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 20 (2), 193-204.

ALLGULANDER, C., LJUNGBERG, L., et FISHER, L.D. (1987). « Long-term prognosis in addiction on sedative and hypnotic drugs analyzed with Cox Regression Model ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 521-531.

AMERICAN DRUGGIST (1992). « The top 200 : The drugs dispensed most frequently in US community pharmacies ». *American Druggist,* février, p. 48-56.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1990). *Benzodiazepine Dependence, Toxicity and Abuse : A Task Force Report*. Washington : American Psychiatric Association.

ASHTON, H. (1984). « Benzodiazepine withdrawal : An unfinished story ». *British Medical Journal*, 288, 1135-1140.

ASHTON, H. (1986). « Adverse effects of prolonged benzodiazepine use ». *Adverse Drug Reaction Bulletin*, 118, 440-443.

BALTER, M.B. (1991). *Prevalence of Medical Use of Prescription Drugs*. Presented at NIDA technical review. Evaluation of the impact of prescription drug diversion control systems on medical practice and patient care : possible implications for future research. Bethesda, MD.

BALTER, M.B, *et al.* (1984). « A cross-national comparison of anti-anxiety/sedative drug use ». *Current Medical Research et Opinion*, 8 (suppl. 4), 5-18.

BARNEA, Z., et TEICHEMAN, M. (1994). « Substance misuse and abuse among the elderly : Implications for social work intervention ». *Journal of Gerontological Social Work*, 21, 133-148.

BARTER, G., et CORMACK, M. (1996). « The long term use of benzodiazepines : Patients' views accounts and experiences ». *Family Practice*, 13 (6), 491-497.

BEALL, C.S., BAUMHOVER, L.A., MAXWELL, A.J., et PIERONI, R.E. (1996). « Normal vs pathological aging : Knowledge of family practice residents ». *The Gerontologist*, 36 (1), 113-117.

BETTS, T.A., CLAYTON, A.B., et MACKAY, G.M. (1972). « Effects of four commonly used tranquillisers on low speed driving performance tests ». *British Medical Journal,* 4, 580-584.

BLENNOW, G., ROMELSJO, A, LEIFMAN, H., LEIFMAN, A., et KARLSSON, G. (1994). « Sedatives and hypnotics in Stockholm : Social factors and kinds of use ». *American Journal of Public Health*, 84 (2), 242-246.

BLIXEN, C.E., MCDOUGALL, G.J., et SUEN, L.J. (1997). « Dual diagnosis in elders discharged from a psychiatric hospital ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12 (3), 307-313.

BRADLEY, C. (1992). « Factors which influence the decision whether or not to prescribe : The dilemma facing general practitionners ». *British Journal of General Practice*, 422, 454-458.

BREGGIN, P.R., et BREGGIN, G.R. (1994). *Talking Back to Prozac*. New York : St. Martin's Press.

BRON, B., et LOWACK, A. (1987). « Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten im höheren Lebensalter » (Abuse and dependence on alcohol and drugs in advanced age). *Z. Gerontol*., 20, 219-226.

BUCKLEY, N.A., DAWSON, A.H., WHYTE, I.M., HAZELL, P., MEZA, A., et BRITT, H. (1996). « An analysis of age and gender influences on the relative risk for suicide and psychotropic drug self-poisoning ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93 (3), 168-171.

BUSH P.J., SPECTOR, K.K., et RABIN, D.L. (1984). « Use of sedatives and hypnotics prescribed in a family practice ». *Southern Medical Journal*, 77, 677-681.

BuSto, U., *et al.* (1986). « Patterns of benzodiazepine abuse and dependence ». *British Journal of Addiction*, 81, 87-94.

BUSTO, U.E., SYKORA, K., et SELLERS, E.M. (1989). « A clinical scale to assess benzodiazepine withdrawal ». *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, 412-416.

BUTLER, R.N., et LEWIS, M.I. (1977). *Aging and Mental Health*, 2e édition, St-Louis : C.V. Mosby Co.

CAFFERATA, G.L., KASPER, J., et BERNSTEIN, A. (1983). « Family roles, structure, and stressors in relation to sex differences in obtaining psychotropic drugs ». *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 132-143.

CAFFERATA, G.L., et MEYERS, S.M. (1990). « Pathways to psychotropic drugs. Understanding the basis of gender difference ». *Medical Care*, 28, 285-300.

CANTOPHER, T., OLIVIERI, S., CLEAVE, N., et EDWARDS, J.G. (1990). « Chronic benzodiazepine dependence : A comparative study of abrupt withdrawal under propranolol cover versus gradual withdrawal ». *British Journal of Psychiatry*, 156, 406-411.

CAPPELL, H., BUSTO, U., KAY, G., NARANJO, C.A., SELLERS, E.M., et SANCHEZ-CRAIG, M. (1987). « Drug deprivation and reinforcement by diazepam in a dependent population ». *Psychopharmacology*, 91, 154-160.

CAPPELL, H.D., SELLERS, E.M., et BUSTO, U. (1986). « Benzodiazepines as drugs of abuse and dependence ». *In* H.D. Cappell *et al.* (éd.), *Recent Advances in Alcool and Drug Problems* (vol. 9, p. 53-126). New York : Plenum Press.

CATALAN, J., et GATH, D.H. (1985, May, 11). « Benzodiazepines in general practice : Time for a decision ». *British Medical Journal*, 290, 1374-1376.

CATALAN, J., GATH, D., EDMONDS G., et ENNIS, J. (1984a). « The effects of non prescribing of anxiolytics in general practice – I : Controlled evaluation of psychiatric and social outcome ». *British Journal of Psychiatry*, 144, 593-602.

CATALAN, J., GATH, D., BOND, A., et MARTIN, P. (1984b). « The effects of non-prescribing of anxiolytics in general practice – II : Factors associated with outcome ». *British Journal of Psychiatry*, 144, 603-610.

CHAN, A.W.K. (1984). « Effects of combined alcohol and benzodiazepines : A review ». *Drug and Alcohol Dependence*, 13, 315-341.

CHINBURAPA, V., LARSON, L.N., et BRUCKS, M. (1993). « Physician prescribing decisions : The effects of situational involvement and task complexity on information acquisition and decision making ». *Social Science and Medicine*, 36 (11), 1473-1482.

CIRAULO, D.A., SANDS, B.F., et SHADER, R.I. (1988). « Critical review of liability for benzodiazepine abuse among alcoholics ». *American Journal of Psychiatry*, 145, 1501-1506.

CIRAULO, D.A., et SARID-SEGAL, O. (1991). « Benzodiazepines : Abuse liability ». *In* P.P. Roy-Byrne, D.S. Cowley (éd.). *Benzodiazepines in Clinical Practice : Risks and Benefits* (p. 157-174). Washington : American Psychiatric Press.

CLUXTON, R.J., HURFORD, B., et BIEN, T. (1987). « Medicating the elderly ». *In* C.D. Chambers *et al.* (éd.), *The Elderly : Victims and Deviants* (pp. 72-109). Athens, OH : Ohio University Press.

COAMBS, R.B., *et al.* (1995). *Review of the Scientific Literature on the Prevalence, Consequences, and Health Costs of Noncompliance et Inappropirate Use of Prescription Medication in Canada*. Toronto : University of Toronto Press.

COHEN, D., et KARSENTY, S. (1998). *Représentations sociales des effets secondaires des anxiolytiques : Une étude comparative Québec-France*. Rapport de recherche soumis à la Mission de recherche et expérimentation, ministère des Affaires sociales, Paris. GRASP : Université de Montréal.

COLLIN, J., DAMESTOY, N., et LALANDE, R. (1997). *Analyse de la perspective des omnipraticiens face à la prescription de psychotropes dans les tours d'habitation pour personnes retraitées et semi-retraitées de Laval*. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval.

CONRAD, P. (1987). « The noncompliant patient in search of autonomy ». *Hasting Center Report*, août, p. 15-17.

CORMACK, M.A., et HOWELLS, E. (1992). « Factors linked to the prescribing of benzodiapezines by general practice principals and trainees ». *Family Practice*, 9, 466-471.

CORYELLE, W., NOYES, R., et CLANCY, J. (1982). « Excess mortality in panic disorder : A comparison with primary unipolar depression ». *Archives of General Psychiatry*, 39, 701-703.

CUMMING, R.G., MILLER, J.P., KELSEY, J.L., DAVIS, P., ARFKEN, C.L., BIRGE, S.J., et PECK, W.A. (1991). « Medications and multiple falls in elderly people : The Saint-Louis OASIS Study ». *Age and Ageing*, 20, 455-461.

DANTON, W.G., et ANTONUCCIO, D.O. (1997). «A focused empirical analysis of treatment for panic and anxiety ». *In* S. Fisher et R. Greenberg (éd.), *From Placebo to Panacea : Putting Psychiatric Drugs to the Test* (p. 229-280). New York : John Wiley and Sons Inc.

DASBERG, H., et VAN PRAAG, H.M. (1974). « The therapeutic effect of short term oral diazepam treatment on acute clinical anxiety in a crisis centre ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 50, 326-340.

DAVIDSON, W., *et al.* (1994). « Relation between physician characteristics and prescribing for elderly people in New Brunskick ». *Canadian Medical Association Journal*, 150 (6), 917-921.

DE WIT, H., PIERRI, J., et JOHANSON, C.E. (1989). « Reinforcing and subjective effects of diazepam in nondrug-abusing volonteers ». *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 33, 205-213.

DE WIT, H., *et al.* (1987). « Diazepam preference in subjects seeking treatment for anxiety ». *NIDA Research Monography*, 76, 248-254.

DE WIT, H., *et al.* (1986). « Lack of preference for diazepam in anxious volonteers ». *Archives of General Psychiatry*, 43, 533-541.

DE WIT, H., UHLENHUTH, E.H., et JOHANSON, C.E. (1984). « Lack of preference for flurazepam in normal volonteers ». *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 21, 865-869.

DEPARTEMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. (1982). *Health and Personal Social Services Statistics for England*. London : HMSO.

DOUCET, J., CHASSAGNE, P., TRIVALLE, C., LANDRIN, I., PAUTY, M.D., KADRI, N., MENARD, J.F., et BERCOFF, E. (1996). « Drug-drug interaction related to hospital admissions in older adults : A prospective study of 1000 patients ». *Journal of the American Geriatrics Society*, 44 (8), 944-948.

DRAPER, B. (1994). « Suicidal behaviour in the elderly ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9 (8), 655-661.

DUPONT, R.L. (1988). « A practical approach to benzodiazepine discontinuation ». *Journal of Psychiatric Research*, 24, 81-90.

DUPONT, R.L., et SAYLOR, K.E. (1991). « Sedatives, hypnotics and benzodiazepines ». *In* R.J. Frances, S.I. Miller (éd.), *Clinical Textbook of Addictive Disease* (p. 69-102). New York : Guilford Press.

DUPONT, R.L., *et al.* (1992). « Discontinuation of alprazolam after long-term treatment of panic-related disorders ». *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, 352-354.

ELLOR, J.R., et KURTZ, D.J. (1982). « Misuse and abuse of prescription and nonprescription drugs by the elderly ». *Nursing Clinics of North America*, 17 (2), 319-330.

ETTORE, E., KLAUKKA, T., et RISKA, E. (1994). « Psychotropic drugs : Long-term use, dependency and the gender factor ». *Social Science and Medicine*, 39 (12), 1667-1673.

EVE, S. B., CLARK, H.D., EVE, R.A., HAYSLIP, B., et YEATTS, D. (1989). « A comparison of the use of alcool and tranquilizers/sleeping pills among middle-aged and older adults ». *Society for the Study of Social Problems*.

FAWCETTE, J. (1988). « Predictors of early suicide : Identification and appropriate intervention ». *Journal of Clinical Psychiatry*, *49* (suppl.), 7-8.

FERRY, M.E., *et al.* (1985). « Physician's knowledge of prescribing for the elderly. A study of primary care physicians in Pennsylvania ». *Journal of the American Geriatric Society*, 33 (9), 616-625.

FICHTER, M.M., WITZKE, W., LEIBL, K., et HIPPIUS, H. (1989). « Psychotropic drug use in a representative community sample : The Upper Bavarian West Germany study ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 68-77.

FINLAYSON, R.E. (1995). « Misuse of prescription drugs ». *The International Journal of the Addictions*, 30 (13-14), 1871-1901.

FYER, A.J., *et al.* (1987). « Discontinuation of alprazolam treatment in panic patients ». *American Journal of Psychiatry*, 144, 303-308.

GABE, J. (éd.) (1991). *Understanding Tranquilliser Use : The Role of the Social Sciences*. London : Routledge.

GEISELMANN, B., et LINDEN, M. (1991). « Prescription and intake patterns in long-term and ultra-long-term benzo-diazepine treatment in primary care practice ». *Pharmacopsychiatry*, 24 (2), 55-61.

GOMBERG, E. (1992). « Medication problems and drug abuse ». *In* F.J.Turner (éd.). *Mental Health and the Elderly : A Social Work Perspective*. New York : Free Press.

GOMBERG, E. (1990). « Drugs, alcohol, and aging ». *Research and Advances in Alcohol and Drug Problems*, 10, 171-213.

GONZALES, J.J., EMMERICH, A.D., RAUCH, S.L., et STERN, T.A. (1996). « Management of the prescription-drug-dependent adult : case of meprobamate abuse and its treatment ». *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 9 (2), 91-96.

GORENSTEIN, C., BERNIK, M.A., POMPEIA, S., et MARCOURAKIS, T. (1995). « Impairment of performance associated with long-term use of benzodiazepines ». *Journal of Psychopharmacology*, 9(4), 313-318.

GRAHAM, K., CARVER, V., et BRETT, P.J. (1995). « Alcohol and drug use by older women : Results of a national survey ». *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, 14 (4), 769-791.

GRANTHAM, P. (1987). « Benzodiazepine abuse ». *British Journal of Hospital Medicine*, 37, 999-1001.

GRIFFITHS, R.R., et WOLF, B. (1990). « Relative abuse liability of different benzodiazepines in drug abusers ». *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 237-243.

GRIFFITHS, R.R., et SANNERUD, C.A. (1987). « Abuse and dependence on benzodiazepines and other anxiolytic/sedative drugs ». *In* H.Y. Meltzer (éd.), *Psychopharmacology* (p. 1535-1541). New York : Raven Press.

GRISSO, J.A., KELSEY, J.L., STROM, B.L., CHIU G.Y., MAISLIN, G., O'BRINE, L.A., HOFFMAN, S., et KAPLAN, F. (1991). « Risk factors for falls as a cause of hip fracture in women ». *New England Journal of Medicine*, 324, 1326-1331.

GRYMONPRE, R.E., *et al.* (1991). « Prescribing patterns for older heavy drug users living in the community ». *DICP*, 25, 186-190.

HALE, W.E., STEWART, R.B., et MARKS, R.G. (1985). « Anti-anxiety drugs and central nervous system symptoms in an ambulatory population ». *DICP*, 19, 37-40.

HALLSTROM, L., et LADER, M. (1981). « Benzodiazepine withdrawal phenomena ». *International Pharmacopsychiatry*, 16, 235-244.

HARTLAUB, P.P., *et al.* (1993). « Evaluation of an intervention to change benzodiazepine-prescribing behavior in a prepaid group practice setting ». *American Journal of Preventive Medicine*, 9, 346-352.

HARTZEMA, A.G., et CHRISTENSEN, D.B. (1983). « Non medical factors associated with the prescribing volume among family practitioner in an HMO ». *Medical Care*, 21, 990-1000.

HASDAY, J.D., et KARCH, F.E. (1981). « Benzodiazepine prescribing in a family medicine center ». *Journal of the American Medical Association*, septembre, 1321-1325.

HAWTON, K.E., et BLACKSTOCK, E. (1976). « General Practice aspects of self poisonning and self injury ». *Psychological Medicine*, 6, 571-575.

HEMMINKI, E. (1974). « General practitionners' indications for psychotropic drugs ». *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 2, 79-85.

HENDLER N., CIMINI, C., TERENCE, M.A., et LONG, D. (1980). « A comparaison of cognitive impairment due to benzodiazepines and narcotics ». *American Journal of Psychiatry*, 137, 828-830.

HOLLISTER, L.E., *et al.* (1981). « Long term use of diazepam ». *Journal of the American Medical Association*, 9246, 1518-1570.

HOMER, D.W. (1991). « Benzodiazepines : Cognitive and psychomotor effects ». *In* P.P. Roy-Byrne, D.S. Cowley (éd.). *Benzodiazepines in Clinical Practice : Risks and Benefits* (p. 113-130). Washington : American Psychiatric Press.

IMS AMERICA LTD (1991). *National Disease and Therapeutic Index*.

JACYK, W.R., *et al.* (1991). « Chemical dependency in the elderly : Identification phase ». *Canadian Journal on Aging*, 10 (1), 10-17.

JOHANSON, C.E., et UHLENHUTH, E.H. (1980). « Drug preference and mood in humans : Diazepam ». *Psychopharmacology*, 71, 269-273.

JUERGENS, S.M. (1993). « Benzodiazepines and addiction ». *Psychiatric Clinics of North America*, 16(1), 75-86.

JUERGENS, S.M., et MORSE, R.M. (1988). « Alprazolam depdendence in seven patients ». *American Journal of Psychiatry*, 8, 85-95.

KALES, A. (1990). « Benziodiazepine hypnotics and insomnia ». *Hospital Practice*, 25 (suppl. 3), 7-21.

KAUFFERT, P.A., et GILBERT, P. (1986). « The context of menopause : Psychotropic drug use and menopausal status ». *Social Science and Medicine*, 23 (8), 747-755.

KAUFMAN, A., BRICKNER, P.W., VARNER, R., et MARSHBURN, W. (1972). « Tranquilliser control ». *Journal of the American Medical Association*, 221, 1504-1506.

KEELER, M.H., et MCKURDY R.I. (1975). « Medical practice without anti-anxiety drugs ». *American Journal of Psychiatry*, 132, 654-655.

KOSKI, K., LUUKINEN, H., LAIPPALA, P., et KIVELA, S.L. (1996). « Physiological factors and medications as predictors of injurious falls by elderly people : A prospective population-based study ». *Age and Ageing*, 25 (1), 29-38.

LADER, M. (1988). « The psychopharmacology of addiction-benzodiazepine tolerance and dependence ». *In* M. Lader (éd.). *Psychopharmacology of Addiction* (p. 1-13). New York : Oxford University Press.

LADER, M. (1984). « Benzodiazepine dependence ». *Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 8, 85-95.

LADER, M. (1983). « Dependence on benzodiazepines ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 44, 121-127.

LAUX, G., et PURYEAR, D.A. (1984). « Benzodiazepines – misuse, abuse and dependence ». *American Family Physician*, 30, 139-147.

LENNARD, H.L., et COOPERSTOCK, R. (1980). « The social context and fonctions of tranquiliser prescibing ». *In* R. Mapes (éd.) *Prescribing Practice and Drug Usage* (p. 73-82). London : Croom Helm.

LESSER, I.M., *et al.* (1988). « Secondary depression in panic disorder and agoraphobia. I. Frequency severity, and response to treatment ». *Archives of General Psychiatry*, 45, 437-443.

LEVINGSTON, G., BLIZARD, B., et MANN, A. (1993). « Does sleep disturbance predict depression in elderly people ? A study in inner London ». *British Journal of General Practice*, 43 (376), 445-448.

LINN, L.S. (1971). « Physician characteristics and attitudes toward legitimate use of psychotherapeutic drugs ». *Journal of Health and Social Behavior*, 12, 132-140.

LINN, L.S., et DAVIS, M.S. (1971). « The use of psychotherapeutic drugs by middle-age women ». *Journal of Health and Social Behavior*, 12, 331-340.

LUCKI, I., et RICKELS, K. (1988). « The effect of anxiolytic drugs on memory in anxious subjects ». *Psychopharmacology*, Ser 6, 128-139.

LUCKI, I., RICKELS, K., et GELLER, A.M. (1986). « Chronic use of benzodiazepines and psychomotor and cognitive test performance ». *Psychopharmacology*, 6, 32-36.

MANNING, W.G., *et al.* (1984). « A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of service ». *New England Journal of Medicine*, 310, 1505-1510.

MARKS, J., et NICHOLSON, A.N. (1984). « Drugs and insomnia ». *British Medical Journal*, 288, 261.

MARKS, J. (1981). « The benzodiazepines – use and abuse : Current status ». *Trends Pharmacy International* (avril), 84-87.

MARONDE, R.F., LEE, P.V., MCCARRON, M.M., et SEIBERT, S. (1971). « A study of prescription patterns ». *Medical Care*, 9, 383-395.

MARSH, J.C. (1982). « Public issues and private problems : Women and drug use ». *Journal of Social Issues*, 38 (2), 153-165.

MCINNES, E., et POWELL, J. (1994). « Drug and alcohol referrals. Are elderly substance abuse diagnoses and referrals being missed ? » *British Medical Journal*, 12 (308), 444-446.

MCNUTT, L.A., *et al.* (1994). « Impact of regulation on benzodiazepine prescribing to a low income elderly population, New York State ». *Journal of Clinical Epidemiology*, 47 (6), 613-625.

MELLINGER, G.D., et BALTER, M.B. (1983). « Psychotherapeutic drugs : A current assessement of prevalence and patterns of use ». *In* J.P. Morgan, D.V. Kagan (éd.), *Society and Medication : Conflicting Signals for Prescribers and Patients* (p. 137-144). Lexington, Ky : DC Health et CO.

MELLINGER, G.D., BALTER, M.B., et UHLENHUTH, E.H. (1985). « Insomnia and its treatment ». *Archives of General Psychiatry*, 42, 225-232

MELLINGER, G.D., BALTER, M.B., et UHLENHUTH, E.H. (1984). « Prevalence and correlates of the long term regular use of anxiolytics ». *Journal of the American Medical Association*, 251, 375-379

MELLMAN, T.A., et UHDE, T.W. (1986). « Withdrawal syndrome with gradual tapering of alprazolam ». *American Journal of Psychiatry*, 143, 1464-1466.

MILLER, F., WITHCUP, S., SACKS, M., et LYNCH, P.E. (1985). « Unrecognized drug dependence and withdrawal in the elderly ». *Drug and Alcool Dependence*, 15, 177-179.

MILLER N.S., et GOLD, M.S. (1991). « Benzodiazepine : A major problem ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 3-7.

MILLER, N.S., et GOLD, M.S. (1990). « Benzodiazepines : Reconsidered ». *Advances in Alcool et Substance Abuse*, 8 (3/4).

MILLER, N.S., et MAHLER, J.C. (1991). « Addiction to and dependence on benzodiazepines. Diagnostic confusion in clinical practice and research studies ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 61-67.

MONETTE, J., *et al.* (1994). « Do medical education and practice characteristics predict inappropriate prescribing of sedative-hypnotics for the elderly ». *Academic Medicine*, 69 (suppl.), s10-s12.

MULLER, C. (1972). « The overmedicated society : Forces in the market-place for medical care ». *Science*, 176, 488-492.

MURPHY, S.M., et TYRER, P. (1988). « The essence of benzodiazepine dependence ». *In The Psychopharmacology of Addiction* (p. 157-166). Oxford University Press.

MYERS, A.H., BAKER, S.P., VAN NATTA, M.L., ABBEY, H., et ROBINSON, E.G. (1991). « Risk factors associated with falls and injuries among elderly institutionalized persons ». *American Journal of Epidemiology, 133,* 1179-1190.

NARANJO, C.A., HERRMANN, N., OZDEMIR, V., et BREMNER, K.E. (1995). « Abuse of prescription and licit psychoactive substances by the elderly. Issues and recommendations ». *CNS Drugs*, 4 (3), 207-221.

NATIONAL DISEASE AND THERAPEUTIC INDEX (NDTI). (1970-1976). Plymouth Meeting, Pa : IMS Inc.

NEUTEL, C.I., HIRDES, J.P., MAXWELL, C.J., et PATTEN, S.B. (1996). « New evidence on benzodiazepine use and falls. The time factor ». *Age and Ageing*, 4, 273-278.

NICHOLS, M. (1985). « Theoretical concerns in the clinical treatment of substance-abusing women : A feminist analysis ». *Psychosocial Issues in the Treatment of Alcoholism*, 79-90.

NOYES, R., GARVEY, M.J., COOK, B., et SUELZER, M. (1991). « Controlled discontinuation of benzodiazepine treatment for patients with panic disorder ». *American Journal of Psychiatry*, 148, 517-523.

NOYES, R., GARVEY, M.J., COOK, B.L., et PERRY, P.J. (1988). « Benzodiazepine withdrawal : A review of the evidence ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 382-389.

OGUR, B. (1986). « Long day's journey into night : Women and prescription drug abuse ». *Women et Health*, 11 (1), 99-115.

OHAYON, M.M., et CAULET, M. (1995). « Insomnia and psychotropic drug consumption ». *Progress in Neuro-Psychopharmacology et Biological Psychiatry*, 19 (3), 421-431.

ORLOWSKI, J.P., et WATESKA, L. (1992). « The effects of pharmaceutical firm enticements on physicians prescribing patterns ». *Chest*, 102 (1), 270-273.

ORSINI, A., BRANCATO, V., et SMERALDI, E. (1990). « Length of anxiolytic treatment and benzodiazepine withdrawal symptoms : A double blind study with clotiazepam ». *New Trends Exp Clin Psychiatry*, (6), 45-52.

OSTER, G., RUSSELL, M.W., HUSE, D.M., ADAMS, S.F., et IMBIMBO, J. (1987). « Accident and injury related health care utilization among benzodiazepine users and non users ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 17-21.

OSTER, G., HUSE, D.M., ADAMS, S.F., et IMBIMBO, J. (1990). « Benzodiazepine tranquilizers and the risk of accidental injury ». *American Journal of Public Health*, 80, 1467-1470.

OWEN, R.T., et TYRER, (1983). « Benzodiazepine dependence : A review of the evidence ». *Drugs*, 25, 385-398.

PAKESCH, G., LOIMER, N., RASINGER, E., TUTSCH, G., et KATSCHNIG, H. (1989). « The prevalence of psychoactive drug intake in a metropolitan population ». *Pharmacopsychiatry*, 2, 61-65.

PARRY, H.J., *et al.* (1973). « National patterns of psychotherapeutic drug use ». *Archives of General Psychiatry*, 28, 769-783.

PATTERSON, J.F. (1987). « Triazolam syndrome in the elderly ». *South Medical Journal*, 80, 1425-1426.

PECKNOLD, J.C., SWINSON, R.P., KUCH, K., et LEWIS, C.P. (1988). « Alprazolam in panic disorder and agoraphobia : Results from a multicenter trial. III. Discontinuation effects ». *Archives of General Pychiatry*, 45, 429-436.

PINEAULT, R. (1986). « The effect of prepaid group practice on physicians' utilization behavior ». *Medical Care*, 14, 121.

PIPER, A. Jr. (1995). « Addiction to benzodiazepines – How common ? » *Archives of Family Medicine*, 4 (nov.), 964-970.

POWELL, C. (1986). « Prescribing for the elderly ». *Medicine North America*, 1, 118-133.

RAY, W.A., FOUGHT, R.L., et DECKER, M.D. (1992). « Psychoactive drugs and the risk of injurious motor vehicle crashes in elderly drivers ». *American Journal of Epidemiology*, 136, 873-883.

RAY, W.A., GRIFFIN, M.R., SCHAFFNER, W., BAUGH, D.K., et MELTON, L.J. (1987). « Psychotropic drug use and the risk of hip fracture ». *New England Journal of Medicine*, 316, 363-369.

RAY, W.A., GRIFFIN, M.R, et DOWNEY, W. (1989). « Benzodiazepines of long and short elimination half-life and the risk of hip fracture ». *Journal of the American Medical Association*, 262, 3303-3307.

RAYNES, N.V. (1979). « Factors affecting the prescribing of psychotropic drugs in general practice consultations ». *Psychological Medicine*, 9, 671-679.

REGIS, D.A., *et al.* (1988). « One month prevalence of mental disorders in the United States : based on five epidemiologic catchment area sites ». *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.

REID, L.D., CHRISTENSEN, D.B., et STERGACHIS, A. (1990). « Medical and psychosocial factors predictive of psychotropic drug use in elderly patients ». *American Journal of Public Health*, 80, 1349-1353.

REIDENBERG, M.M. (1991). « Effect of the requirement for triplicate prescriptions for benzodiazepines in New York State ». *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 50, 129-131.

RICKELS, K. (1981). « Are benzodiazepines overused and abused ? » *British Journal of Clinical Pharmacology*, 11, 71s-83s.

RICKELS, K., et DOWNING R.W. (1967). « Drug and placebo treated neuritic outpatients ». *Archives of General Psychiatry*, 16, 369-372.

RICKELS, K., et al (1988). « Chlorazepate and lorazepam : Clinical improvement and rebound anxiety ». *American Journal of Psychiatry*, 145, 312-317.

RICKELS, K., et HESBACHER, P. (1977). « Psychopharmacologic agents : Prescription patterns of non-psychiatrists ». *Psychosomatics*, 18, 37-40.

RICKELS, K., SCHWEIZER, E., CASE, G., et GREENBLATT, D.J. (1990). « Long term therapeutic use of benzodiazepines. I. Effects of abrupt discontinuation ». *Archives of General Psychiatry*, 47, 899-907.

ROBBINS, C., et CLAYTON, R.R. (1989). « Gender-related differences in psychoactive drug use among older adults ». *Journal of Drug Issues*, 19 (2), 207-219.

ROBERGE, R.F., GENEST, A., BEAUCHEMIN, J.P., et PARENT, M. (1995). « Prescription potentiellement inappropriées de benzodiazépines chez les personnes âgées en centre d'accueil ». *Canadian Family Physician*, 41, 800-805.

ROMACH, M., BUSTO, U., SOMER, G., KAPLAN, H.L., et SELLERS, E. (1995). « Clinical aspects of chronic use of alprazolam and lorazepam ». *American Journal of Psychiatry*, 152, 1161-1167.

ROMACH, M., BUSTO, U., SOBELL, L.C., SOBELL, M.B., SOMER, G.R., et SELLERS, E. (1991). « Long-term alprazolam use : abuse, dependence ou treatment ? » *Psychopharmacology Bulletin*, 27, 391-395.

ROY-BYRNE, P.P. (1991). « Benzodiazepines : Dependence and withdrawal ». *In* P.P. Roy-Byrne, D.S. Cowley (éd.)*, Benzodiazepines in Clinical Practice : Risks and Benefits* (p. 133-153). Washington : American Pediatric Press.

RUMMANS, T.A., DAVIS, L.J. Jr, MORSE, R.M., et IVNIK, R.J. (1993). « Learning and memory impairment in older, detoxified, benzodiazepine-dependent patients ». *Mayo Clinic Proceedings*, 68, 731-737.

SALINSKY, J.V., et DORE, C.J. (1987). « Characteristics of long term benzodiazepine users in general practice ». *J R Coll Gen Pract*, 37, 202-204.

SALZMAN, C. (1995). « Medication compliance in the elderly ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (suppl. 1), 18-22.

SALZMAN, C. (1993). « Benzodiazepine treatment of panic and agoraphobic symptoms : Use, dependence, toxiciy, abuse ». *Journal of Psychiatric Research*, 27 (suppl.), 97-110.

SCHNARCH, B., *et al.* (1993). « Psychotropic drug prescribing in the elderly : Exploration of the patient gender-physician gender relationship ». *The Canadian Pharmacoepidemiology Forum.*

SCHUCKIT, M.A. (1977). « Geriatric alcoolism and drug abuse ». *Gerontologist*, 17 (2), 168-174.

SCHWARTZ, H.I., BLANK, K. (1991). « Regulation of benzodiazepine prescribing practices : Clinical implications ». *General Hospital Psychiatry*, 13, 219-224.

SCHWARTZ, R.K., SOUMERAI, S.B., et AVORN, J. (1989). « Physician motivations for nonscientific drug prescribing ». *Social Science and Medicine*, 28, 577-582.

SCHWEIZER, E., *et al.* (1990). « Long-term use of benzodiazepines : II. Effects of gradual taper ». *Archives of General Psychiatry*, 47, 908-915.

SEPPALA, T., KORTTILA, K., HAKKINEN, S., et LINNOILA M. (1976). « Residual effects and skills related to driving after a single oral administration of diazepam, medazepam or lorazepam ». *British Journal of Clinical Pharmacology*, 3, 831-841.

SHADER, R.I., GREENBLATT, D.J., et BALTER, M.B. (1991). « Appropriate use and regulatory control of benzodiazepines ». *Journal of Clinical Pharmacology*, 31, 781-784.

SILVERMAN, M., et LEE, P.R. (1974). *Pills, Profits and Politics*. Berkeley and Los Angeles : University of California Press.

SKEGG K., SKEEG, D.C.G., et RICHARDS, S.M. (1983). « Incidence of self-poisonning in patients prescribed psychotropic drugs ». *British Medical Journal*, 14, 203-206.

SKEGG, D.C.G., RICHARDS, S.M., et DOLL, R. (1979). « Minor tranquillisers and road accidents ». *British Medical Journal*, 1, 917-919.

SKOOG, I., AEVARSSON, O., BESKOW, J., LARSSON L., PALSSON, S., WAERN, M., LANDAHL, S., et OSTLING, S. (1996). « Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-years-old ». *American Journal of Psychiatry*, 153 (8), 1015-1020.

SOBEL, K.G., et MCCART, G.M. (1983). « Drug use and accidental falls in an intermediate care facility ». *DICP*, 17, 539-542.

SOROCK, G.S., et SHIMKIN, E.E. (1988). « Benzodiazepine sedatives and the risk of falling in a community-dwelling elderly cohort ». *Archives of Internal Medicine*, 148, 2441-2444.

SPROGIS, G. (1966). « Control of anxiety depression reaction in general practice ». *Current Therapeutic Research*, 8, 490-493.

SUISSA, S., HUANG, A., BOIVIN, J.F., et PINARD, G. (1997). « Benzodiazepine use and the risk of motor vehicle crash in the elderly ». *Journal of the American Medical Association*, 278 (1), 27-31.

SZWABO, P.A. (1993). « Substance abuse in older women ». *Clinics in Geriatric Medicine*, 9 (1), 197-208.

TAMBLYN, R. (1996). « Medication use in seniors : Challenges and solutions ». *Thérapie*, 51 (3), 269-282.

TAMBLYN, R. (1995). « The use of prescription claims databases in pharmacoepidemiological research : The accuracy and comprehensiveness of the prescription claims database in Quebec ». *Journal of Clinical Epidemiology*, 48 (8), 999-1009.

TREWIN, V.F., LAWRENCE, C.J., et VEITCH, G.B. (1992). « An investigation of the association of benzodiazepines and other hypnotics with the incidence of falls in the elderly ». *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 17, 129-133.

TYRER, P., et OWEN R. (1984). « Anxiety in primary care : Is short term drug treatment appropriate ? » *Journal of Psychiatric Research*, 18, 73-78.

TYRER, P.J. (1984). « Benzodiazepines on trial ». *British Medical Journal*, 288, 1101-1102.

UHLENHUTH, E.H., DE WIT, H., BALTER, M.B., JOHANSON, C.E., et MELLINGER, G.D. (1988). « Risks and benefits of long-term benzodiazepine use ». *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 8 (3), 161-167.

UNITED STATES SENATE. Subcommittee on Health and Scientific Research. Committee on Human Ressources (1979). « The use and abuse of valium, librium and other benzodiazepine tranquillizers ». Transcript of Hearing. 10 septembre.

WALLDRON, I. (1977). « Increased prescribing of valium, librium and other drugs – An example of the influence of economic and social factors on the practice of medicine ». *International Journal of Health Services*, 7, 37-62.

WEINTRAUB, M., *et al.* (1991). « Consequences of the 1989 New York State triplicate benzodiazepine prescription regulations ». *Journal of the American Medical Association*, 266, 2392-2433.

WELLS, B.G., MIDDLETON, B., LAWRENCE G., LILLARD, D., et SAFARIK, J. (1985). « Factors associated with the elderly falling in intermediate care facilities ». *DICP*, 19, 142-145.

WESTERLING, R. (1988). « Diagnoses associated with the prescription of psychotropic drugs at a Swedish health center ». *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 6 (2), 93-98.

WEYERER, S., et DILLING, H. (1991). « Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics and the use of psychotropic drugs in a community : Results from the Upper Bavarian field study ». *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 303-311.

WHEATLEY, D. (1972). « Evaluation of psychotropic drugs in general practice ». *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 65, 317-320.

WILLIAMS, A.P., COCKERILL, R., et LOWY, F.H. (1995). « The physician as prescriber: Relations between knowledge about prescription drugs, encounters with patients and the pharmaceutical industry, and prescription volume ». *Health and Canadian Society*, 3 (1/2), 135-166.

WILLIAMS, P. (1980). « Recent trends in prescribing of psychotropic drugs ». *Health Trends*, 12, 6-7.

WINOKUR, A., RICKELS, K., GREENBLATT, D.J., SNYDER, P.J. et SCHATZ, N.J. (1980). « Withdrawal reaction from long-term low-dosage administration of diazepam ». *Archives of General Psychiatry*, 37, 101-105.

WOODS, J. H., et WINGER, G. (1995). « Current benzodiazepine issues ». *Psychopharmacology*, (118), 107-115.

WOODS, J., H., KATZ, J. L., et WINGER, G. (1988). « Use and abuse of benzodiazepines. Issues relevant to prescribing ». *Journal of the American Medical Association*, 260 (23), 3476-3480.

WOODS, J.H., KATS, J.L., et WINGER, G. (1987). « Abuse liability of benzodiazepines ». *Pharmacology Review*, 39, 251-419.

WYSOWSKI, D.K., BAUM, C., FERGUSON, W.J., LUNDIN, F., et HAMMERSTROM, T. (1996). « Sedative-hypnotic drugs and the risk of hip fracture ». *Journal of Clinical Epidemiology*, 49 (1), 111-113.

WYSOWSKI, D.K., et BARASH, D. (1991). « Adverse behavioral reactions attributed to triazolam in the Food and Drug Administration's Spontaneous Reporting System ». *Archives of Internal Medicine*, 151, 2003-200.

ZISOOK, S., et SCHUCHTER, S.R. (1991). « Depression through the first year after the death of a spouse ». *American Journal of Psychiatry*, 148, 1346-1352.

CHAPITRE 5

CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET TOXICOMANIES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Introduction et structure du chapitre

Contrairement à la consommation de drogues illicites, d'alcool et de tabac par les mineurs, la consommation de médicaments prescrits (psychotropes et autres) chez les enfants est bien moins étudiée. Il est cependant intéressant de noter que les experts dans la consommation de drogues et d'alcool au Canada estiment que les médicaments psychotropes sont rarement consommés par les jeunes ici : « *There is an extremely low rate of medication use by young people* » (Hewitt *et al.*, 1995). Cet avis semble pourtant contredit par les résultats d'études canadiennes et américaines récentes de prévalence portant sur la prescription de psychotropes, notamment le méthylphénidate (Ritalin) et les antidépresseurs ISRS.

Toutes les études nord-américaines s'accordent aujourd'hui à mettre, au premier rang des psychotropes prescrits aux enfants d'âge scolaire, les stimulants du système nerveux central (SNC) — particulièrement le Ritalin — et au second rang, les antidépresseurs. En fait, selon une étude d'envergure (Francis *et al.*, 1996), le Ritalin serait le produit pharmaceutique le plus dispensé à l'école primaire, dépassant de loin les bronchodilateurs et les analgésiques. Plusieurs études récentes documentent assez précisément ces deux tendances, qui semblent, par ailleurs, particulières sinon uniques aux États-Unis et au Canada. En effet, selon les données disponibles, tous les autres pays du monde se démarquent nettement des États-Unis et du Canada en ce qui a trait à la fréquence des diagnostics de troubles émotionnels chez les enfants et à la prescription de médicaments psychotropes pour ces troubles.

Ce chapitre est structuré en quatre parties principales. Dans la première, nous brossons un aperçu général de la prévalence de la prescription de médicaments psychotropes aux enfants et aux adolescents. Nous remarquerons que le Ritalin est la substance la plus prescrite aux enfants d'âge scolaire, dépassant, selon certaines indications et dans certaines régions, tous les autres médicaments — incluant les antibiotiques.

Dans la seconde partie, nous examinons brièvement les justifications mises de l'avant pour la prescription de Ritalin. Cette partie se concentre donc sur le diagnostic du trouble déficitaire d'attention avec/sans hyperactivité (TDAH) et les controverses entourant ses manifestations et ses causes. Nous brossons également un tableau des effets néfastes rapportés liés à la prescription de Ritalin aux enfants.

Dans la troisième partie, nous examinons les études portant sur le potentiel toxicomanogène des stimulants en général et du méthylphénidate en particulier. Dans la mesure où le parcours socio-historique des stimulants en société est marqué par plusieurs périodes caractéristiques d'abus, nous offrons un bref survol historique de cette consommation.

Finalement, nous nous penchons sur des données récentes nous permettant de cerner plus spécifiquement l'ampleur et les manifestations des toxicomanies en relation avec l'utilisation répandue de méthylphénidate chez les jeunes. La plupart des données pertinentes proviennent des États-Unis, bien que nous rapportons également les résultats d'un sondage auprès d'adolescents québécois.

Prévalence de la prescription de médicaments psychotropes aux enfants

Évolution des tendances de prescription

Selon des indications générales (Weiner, 1977), les benzodiazépines étaient dans les années soixante-dix les psychotropes les plus prescrits aux enfants, suivis des antidépresseurs tricycliques. Aujourd'hui, la première place revient aux stimulants, particulièrement au méthylphénidate. Deux études, à vingt ans d'intervalle, illustrent ce changement.

Quinn (1986) utilisa les données portant sur le nombre d'ordonnances exécutées en pharmacie et remboursées par le Saskatchewan Drug Plan (auquel 98 % de la population de cette province est admissible) durant les années 1977-1981. Quinn rapporta que les benzodiazépines étaient en 1977 les médicaments les plus prescrits aux enfants et adolescents (1,2 % des 10-14 ans et 3,4 % des 15-19 ans), suivis des antidépresseurs, des neuroleptiques, des sédatifs/hypnotiques (surtout barbituriques), des analgésiques, avec, en fin de liste, les stimulants (0,3 % des 5-9 ans et des 10-14 ans en 1977 et en 1981).

Vingt ans plus tard, dans une étude à portée plus limitée, Buck (1997) rapporte les taux de prescription de médicaments psychotropes aux enfants du Michigan sans retard de développement ou handicap physique mais ayant reçu des services de santé mentale en externe, et dont les familles recevaient des prestations du régime de sécurité du revenu *Medicaid*. Un tiers des sujets recevaient au moins une prescription pour un médicament psychotrope : les stimulants (particulièrement le méthylphénidate) étaient au 1er rang (64 % des prescriptions), les antidépresseurs au 2e rang (19 %), les neuroleptiques au 3e rang (11 %), les anxiolytiques et sédatifs-hypnotiques au 4e (5 %), le lithium et les anticonvulsivants se trouvaient au dernier rang (2 %).

Production mondiale de méthylphénidate

Le méthylphenidate est listé à l'annexe II de la Convention sur les psychotropes des Nations Unies, adoptée en 1971 (*Schedule II, Convention of Psychotropic Substances*). À travers l'International Narcotics Control Board (INCB) basé à Vienne, l'ONU tient à jour des statistiques sur l'utilisation des substances listées. À deux reprises, dans les rapports annuels de 1995 et de 1997, l'INCB a émis des analyses de la production mondiale de méthylphénidate, accompagnée d'avertissements à l'effet d'une consommation extrêmement élevée en Amérique du Nord. En octobre 1995, la Drug Enforcement Administration (DEA) des États-Unis rendait également public un document intitulé *Methylphenidate : A Background Paper* (DEA, 1995). Le document rapporte plusieurs données sur la quantité de méthylphénidate produite aux États-Unis et à travers le monde. Nous avons obtenu ces trois documents (DEA, 1995; INCB, 1995, 1997) ainsi que des articles de journaux les commentant.

On y rapporte que la production mondiale de méthylphénidate est passée de 1361 kg en 1985, à 8600 kg en 1994, à 10410 kg en 1995 (Curley, 1996; Kolata, 1996; DEA, 1995, p. 7-9). L'augmentation principale a eu lieu à partir de 1990. Le méthylphénidate est la seule substance psychotrope listée à l'annexe II de la convention dont l'usage médical a connu une hausse. L'INCB (1997) projette une

consommation annuelle de 13,5 tonnes en 1997. L'organisme rapporte que *90%* de la production annuelle mondiale de méthylphénidate est consommée entièrement aux États-Unis. On y mentionne : « *Canada consumes per capita about one half the United States amount...* » (INCB, 1997, p. 1).

Prévalence de la prescription de méthylphénidate (Ritalin) dans les années quatre-vingt-dix

Depuis quelques années, de nombreuses études de prévalence ou articles généraux se penchent précisément sur la prescription du Ritalin et autres stimulants aux enfants d'âge scolaire (Alaton, 1996; Curley, 1996; Doré & Cohen, 1997; Diller, 1996; Harvey, 1996; IMS Canada, 1996; Safer & Krager, 1983, 1984, 1994; Safer *et al.*, 1996; Rappley *et al.*, 1995; Sherman & Hertzig, 1991; Zito *et al.*, 1997). Dans les études les plus récentes que nous avons localisées, 1995 est la dernière année étudiée.

Les études portent en général sur les enfants diagnostiqués de TDAH. Il n'est pas facile de comparer directement les résultats de toutes les études parce qu'elles diffèrent selon la source de données utilisée, la période et la région examinées. Cependant, toutes les études s'accordent à remarquer une hausse considérable du nombre d'enfants ainsi diagnostiqués (voir section 5.3) ou du nombre d'enfants auxquels ou a prescrit du méthylphénidate. Nous résumons les faits saillants des études portant sur les États-Unis, le Canada, et finalement sur les autres pays. Nous mentionnons ici, sans lui accorder l'importance qu'il mérite, le fait que la prescription de Ritalin est récemment devenue populaire auprès des adultes : selon IMS America (cité dans Morrow, 1997), 729 000 américains adultes auraient reçu au moins une prescription de ce médicament en 1997.

États-Unis

- En 1995, de 3 % à 4 % de tous les écoliers (incluant 10 % à 12 % de tous les garçons de 5 à 14 ans), recevaient une prescription de méthylphénidate; les estimés conservateurs varient de 1,5 million (Safer *et al.*, 1996) à 2,6 millions (Diller, 1996) de jeunes de 5 à 18 ans.

- De 1990 à 1995, le nombre d'enfants ayant reçu une prescription de méthylphénidate a augmenté de 250 %.

- L'augmentation de la prescription s'observe dans tous les groupes d'âge étudiés; elle s'explique partiellement par l'augmentation du nombre de prescriptions chez les filles et les adolescents plus âgés ainsi que par la durée du traitement, s'étendant aujourd'hui souvent des premières années de l'école primaire jusqu'à la fin de l'école secondaire.

- Les variations régionales sont importantes (de l'ordre de cinq fois plus entre deux comtés d'un même état, par exemple). De plus, parmi les prestataires de la sécurité du revenu *Medicaid*, les enfants noirs ont 2,5 fois *moins* de chance de recevoir une prescription que les enfants blancs.

Canada

- De 1995 à 1996 seulement, le nombre de prescriptions de Ritalin a augmenté de 32 %.

- Au Québec, de 1990 à 1994, selon des données spéciales obtenues de la Régie de l'assurance maladie du Québec (Doré et Cohen, 1997), le nombre d'ordonnances pour trois stimulants (méthylphénidate, dextroamphétamine, pémoline) faites aux enfants âgés de 5 à 14 ans des prestataires de sécurité du revenu a augmenté de 286 % — depuis 1980, l'augmentation est d'environ 1200 %.

- Au Québec, en 1994, 11,9 % des prestataires de la sécurité du revenu, âgés de 5 à 14 ans, ont reçu au moins une ordonnance d'un stimulant du SNC.

Le rapport annuel 1995 de l'INCB (p. 6) inclut le paragraphe suivant sur le Canada :

> *Canada is the country with the second highest percentage of children treated with stimulants for ADD. Calculations of the INCB secretariat indicate that nearly 2 % of all children in Canada in the age group between 5 and 14 years were receiving methylphenidate treatment in 1995. Taking into account dexamfetamine [sic] and pemoline prescriptions, the total percentage of children treated for ADD with stimulants was around 2,5 %. However, as in the case of the United States, it should be noted that methylphenidate prescriptions are not evenly distributed throughout the country, and that certain cities/districts will account for a much higher percentage. The boys to girls ratio in Canada was 5 :1.*

Autres pays

Nous n'avons localisé aucune étude systématique de prévalence de prescription de médicaments psychotropes aux enfants menée ailleurs qu'en Amérique du Nord. Par contre, quelques chercheurs nord-américains ont entrepris des enquêtes auprès de groupes plus ou moins représentatifs de pédiatres et pédopsychiatres dans plusieurs autres pays (Safer et Krager, 1984; Simeon *et al.*, 1995). Le portrait qui se dégage de ces études est très similaire, dans la mesure où il révèle de grandes disparités entre pays quant au diagnostic du TDAH et à la prescription de méthylphénidate.

Dans certains pays, la prescription est accompagnée de restrictions très sévères. Dans d'autres, elle est réservée aux neurologues. Dans d'autres encore, même si la prescription est permise, le produit serait introuvable en pharmacie. Jusqu'au milieu des années quatre-vingts, le méthylphénidate ne pouvait pas être prescrit en Argentine, en Bulgarie, en Espagne, en Finlande, en France, en Italie, au Portugal et en Suède (Safer et Krager, 1984). En France, il n'a été introduit formellement sur le marché qu'en septembre 1995 et sa prescription initiale est limitée aux médecins spécialistes exerçant uniquement en milieu hospitalier (Nau, 1995).

Le consensus est à l'effet que les stimulants sont très fréquemment prescrits aux États-Unis, fréquemment prescrits au Canada, mais rarement prescrits dans tous les autres pays. Simeon *et al.* (1995) citent une recherche de 1992 à l'effet que le diagnostic de TDAH est très rarement posé en Italie et que le « *pharmacologic treatment of ADHD is practically unknown* » (p. 463) : ils citent également une recherche allemande de 1988 qui a estimé que « *only one in ten thousand children receives methylphenidate* » (p. 463).

Selon le rapport annuel de l'INCB (1995, p. 7), à part les États-Unis et le Canada, le pourcentage d'enfants traités au méthylphénidate dans tous les autres pays serait en dessous de 0,5 %. L'INCB offre des estimés précis pour trois pays seulement : 0,13 % en Finlande, 0,05 % en France et 0,125 % en Norvège.

Utilisation thérapeutique des stimulants

Les stimulants du SNC ont aujourd'hui deux usages principaux : pour le traitement du TDAH et pour le traitement de la narcolepsie (trouble rare du sommeil). Les avis sont partagés quant à l'utilité pour le traitement de l'obésité grave. On les prescrit aussi parfois pour réduire la fatigue dans des situations exceptionnelles, en l'absence de pathologie ou de trouble. Par exemple, Emonson et Vanderbeek (1995) rapportent qu'environ 65 % des pilotes de l'armée de l'air américaine impliqués dans la guerre du Golfe ont utilisé de la dextroamphétamine lors des opérations militaires, prescrite par les médecins ou chirurgiens de bord. L'usage était surtout « occasionnel » et une majorité des utilisateurs l'ont considérée bénéfique (p. 260).

L'utilisation principale actuelle des stimulants se fait pour le traitement des symptômes du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Avant d'examiner les justifications thérapeutiques de cette utilisation répandue, voici un bref survol de la pharmacothérapie des troubles émotionnels des enfants.

Survol général de la pharmacothérapie des troubles émotionnels des enfants

La prévalence des troubles émotionnels chez les enfants semble en hausse constante depuis une dizaine d'années, un estimé récent la situant entre 17 % et 22 % (Mrazek et Haggerty, 1994). Comme les autres groupes d'âge, les enfants et adolescents sont sujets à toute la gamme des interventions psychiatriques, incluant les médicaments psychotropes. Nous avons consulté cinq bilans principaux, quatre écrit par des pédopsychiatres (Simeon *et al.*, 1995; Vitiello et Jensen, 1997; Weiner, 1977; Werry, 1991) un par des psychologues (Fisher et Fisher, 1997). Les auteurs ne partagent pas les mêmes orientations théoriques et diffèrent quant à leur degré d'optimisme pour les développements futurs dans ce domaine mais s'accordent néanmoins sur un point central : même si la prescription de psychotropes aux enfants n'a cessé d'augmenter, les bases scientifiques de cette pratique sont encore loin d'être établies.

C'est vers les années quarante que l'on a commencé à étudier sérieusement les effets des psychotropes pour traiter les troubles émotionnels des enfants et c'est dans les années soixante-dix que ces connaissances ont été systématisées (Weiner, 1977; Werry, 1991). Weiner (1977), survolant le

développement de la psychopharmacologie des troubles de l'enfance, identifia des failles méthodologiques importantes dans les études cliniques. À son avis, cela ne décourageait pas l'utilisation de toutes les catégories de médicaments psychotropes auprès des enfants ni l'utilisation de plusieurs psychotropes différents pour le même problème. Déjà, Weiner identifiait les stimulants comme substances particulièrement prescrites aux enfants depuis le début des années soixante-dix.

Seize ans plus tard, Werry (1991) effectuait un autre survol de la psychopharmacologie de l'enfance, centré sur l'utilisation à long terme des psychotropes. Il était aussi d'avis que même si toutes les classes de médicaments psychotropes sont prescrites aux enfants, très peu d'études rigoureuses évaluent leur efficacité auprès de ce groupe d'âge et la majorité de ces études offrent des résultats négatifs. Werry émettait l'avis que l'on peut scientifiquement appuyer l'usage à long terme d'une ou deux classes de médicaments seulement. Comme Weiner avant lui, Werry soulignait le rôle des stimulants, leur accordant cette fois-ci une importance primordiale dans le développement scientifique de la psychopharmacologie pédiatrique : « *The ones that are most unique to children and that have played the bigest role in the development of pediatric psychopharmacology as a respectable science* » (p. 115).

Simeon *et al.* (1995), qui ont également survolé les pratiques en psychopharmacologie des troubles de l'enfance, sont les plus enthousiastes quant à la prescription de psychotropes aux enfants. Pour eux, le plus grand changement dans ce domaine depuis vingt ans est « *the growing number of psychotropic drugs and their indications* » (p. 455). Ces auteurs ont enquêté auprès de 100 pédopsychiatres de 25 pays différents. Dans l'ensemble, les répondants ont indiqué prescrire un total de 33 médicaments psychotropes différents. Simeon *et al.* s'inquiètent cependant des variations qu'ils relèvent dans les façons de diagnostiquer et de traiter les enfants : *« Identical behaviors seem to receive different diagnoses, as well as different therapies* » (p. 457).

Vitiello et Jensen (1997), deux chercheurs renommés du NIMH en psychopharmacologie pédiatrique, font un survol du développement des médicaments psychotropes pour les enfants. Ils écrivent : « *Although safety and efficacy of the use of many psychotropic agents in children remain largely unproved, their pediatric use has been increasing and their widespread off-label prescribing by practitioners has raised some important concerns* » (p. 871).

Fisher et Fisher (1997) ont, pour leur part, produit une synthèse des études d'efficacité des psychotropes (sauf les stimulants) pour les problèmes émotionnels des enfants. Ils concluent de manière particulièrement négative :

> *Our explorations of a number of the major uses of psychotropic drugs for psychologically distressed children and adolescents have brought into view a wasteland. There is no consistent scientific evidence that the major drugs widely prescribed for depressive, manic-depressive, and anxiety symptoms are superior to placebo. ... It is not an exaggeration to assert that, by and large, the psychopharmacotherapy of the youth segment of the population is scientifically unjustified. Individual practitioners who insist, in increasing numbers, on prescribing psychotropic drugs for depressive and anxiety symptomatology are doing so without rational support* (p. 317).

Déterminants sociaux de la prescription de psychotropes aux enfants

Parce que les enfants ne consentent pas directement à la prescription de médicaments psychotropes et en expriment rarement la demande, la prescription est nécessairement plus sensible à des facteurs contextuels que la prescription aux adultes. Malgré cette évidence incontournable, il existe très peu d'analyses systématiques des facteurs contextuels en jeu dans ce type de prescription. Kiger (1985) constitue une exception : il examine dans une approche systémique les changements dans le système éducatif (ex., règlements juridiques contraignant les écoles à ne pas renvoyer les enfants présentant des problèmes de discipline) et socio-économique (accent sur la performance individuelle) qui ont pu mener à la prescription répandue de Ritalin aux enfants.

Les facteurs identifiés dans les écrits sont donc souvent considérés séparément et il est difficile de juger de leur importance relative ou de les lier les uns aux autres dans des modèles explicatifs. Parfois un facteur est simplement mentionné, sans commentaire. Cette absence d'analyse systématique est à contraster avec le nombre plus important d'analyses de la prescription de psychotropes aux adultes, tel que nous l'avons vu dans les chapitres précédents. Une des raisons de cette négligence serait la nouveauté du phénomène de la prescription de masse de psychotropes aux enfants. Il est permis également de supposer que cette prescription est un sujet encore plus « sensible » que la prescription aux autres groupes d'âge. En effet, la prescription aux enfants, initiée et maintenue par les adultes en contact avec l'enfant, met immédiatement et clairement en évidence les disparités générales de pouvoir entre adultes et enfants dans la société.

Voici quelques facteurs mentionnés dans les écrits et décrits par les différents auteurs comme plus ou moins importants. Strauch (1997) mentionne qu'un médicament perçu comme étant très efficace auprès des adultes avec un problème donné aura plus tendance à être considéré pour les enfants – ce serait notamment le cas des nouveaux antidépresseurs. Simeon *et al.* (1995) mentionnent, surtout en référence aux pays autres que le Canada et les États-Unis, que la disponibilité du médicament et les règles juridiques ou administratives encadrant sa prescription sont un facteur déterminant. Pour Masi *et al.*, (1996), les orientations théoriques des cliniciens jouent un rôle d'importance. Pour Diller (1996), les attitudes véhiculées dans les médias, à l'effet de percées miraculeuses en médecine, encouragent le recours à la prescription de psychotropes aux enfants. Ce pédiatre mentionne également les avantages pécuniers ou autres des divers acteurs, dont les parents et les commissions scolaires, à étiqueter les enfants comme étant « *disabled* » ou « *learning disabled* » (voir aussi Zachary, 1997). Il mentionne en outre la tendance sociale plus récente vers la « psychopharmacologie cosmétique ».

Se penchant particulièrement sur le cas des stimulants, Safer (1994) montre que la prescription de Ritalin dans quelques états américains a baissé suite à la publicité générée par des poursuites judiciaires intentées par des parents d'élèves contre des commissions scolaires ou des médecins. Doré et Cohen (1997) et Yarochevsky et Schatzky (1996) identifient les pressions des enseignants du primaire, travaillant dans des classes surchargées et faisant face à de nouvelles demandes de dépistage de problèmes sociaux. Merrow (1995), ainsi que la DEA (1995) et INCB (1995, 1997) identifient le support financier de l'industrie pharmaceutique aux groupes de parents d'enfants hyperactifs, notamment l'association CHADD (Children and Adults with Attention Deficit Disorder). Le manufacturier du Ritalin, Ciba-Geigy, aurait en effet fourni plus d'un million de dollars en deux ans à ce groupe pour faire pression sur les membres du Congrès américain et sur divers décideurs dans le but

de changer son statut de substance contrôlée en la retirant de l'Annexe II de la Convention international sur les psychotropes. Finalement, plusieurs auteurs identifient les stratégies promotionnelles plus classiques de l'industrie pharmaceutique.

Utilisation des stimulants pour le TDAH

Le TDAH est actuellement l'indication la plus fréquente pour la prescription de stimulants. Au Canada, trois stimulants se partagent le marché du traitement pour le TDAH. Le méthylphénidate (Ritalin, Ritalin SR, PMS-Méthylphénidate) possède la plus grande part, estimée à environ 80-90 %. La dexamphétamine (Dexedrine) vient en second, la pémoline (Cylert) en dernier. La pémoline est un stimulant plus léger, ayant moins d'effets sur le comportement, qui ne ressemble pas aux amphétamines et qui sera probablement moins utilisé à cause d'avertissements récents de la Food and Drug Administration (FDA) quant à son potentiel de provoquer des décès à la suite d'un dérèglement du foie (Tucker, 1997).

Aux États-Unis mais non au Canada, deux autres stimulants classiques sont sur le marché et également prescrits, mais à moindre fréquence, que les trois substances déjà mentionnées. Il s'agit de la méthamphétamine (Desoxyn) et d'une combinaison de dexamphétamine et d'amphétamine (Adderall).

Ambiguïté du diagnostic du TDAH

Ces dernières années, tous les observateurs s'accordent à remarquer une forte augmentation de la prévalence du diagnostic de TDAH. Par exemple, au Canada, selon IMS Canada (cité dans Alaton, 1996), le nombre d'invidus diagnostiqués de TDAH serait passé de 205 000 en 1991 à 561 000 en 1995, une augmentation de 273 %. Une partie de cette augmentation est liée à la facilité avec laquelle le diagnostic de TDAH peut être apposé sur un enfant manifestant des comportements dérangeants à l'école.

Chez les médecins, on remarque des variations importantes des pratiques liées au diagnostic et au traitement médicamenteux des enfants. Aux États-Unis, par exemple, Kwasman *et al.*, (1995) ont sondé 380 pédiatres : « *Results suggest a wide range of reported physician behavior with respect to the diagnosis and treatment of ADD and ADHD* » (p. 1211). Les variations sont également rapportées à l'intérieur d'un même état : Rappley *et al.* (1995) ont trouvé des taux dix fois plus élevés de prescriptions de Ritalin d'un comté à l'autre du Michigan et écrivent : « *Relatively few pediatricians account for the largest proportion of prescriptions* » (p. 675). Ces variations suggèrent que l'application du diagnostic est sujette à plusieurs facteurs contextuels. Cette influence contextuelle est d'autant plus grande que le contenu de la catégorie diagnostique peut être interprété de différentes manières.

Dans le *DSM-IV*, le TDAH est divisé en deux types : « inattention » et « hyperactivité/impulsivité ». On remarque que, pris séparément, chacun des signes typiques représente un comportement ordinaire chez les enfants, ou une phase développementale normale chez les enfants, ou même un comportement prévisible et attendu chez les adultes qui se trouvent dans des situations ennuyantes ou frustrantes.

Inattention :

(a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires;

(b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux;

(c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement;

(d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, etc.;

(e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités;

(f) souvent, évite ou a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison);

(g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités, etc.;

(h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimulis externes;

(i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

Hyperactivité/impulsivité

(a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège;

(b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis;

(c) souvent, court et grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié, etc.;

(d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir;

(e) est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts »;

(f) parle souvent trop;

(g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée;

(h) a souvent du mal à attendre son tour;

(i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence.

Six items de l'une ou l'autre liste suffisent pour établir un diagnostic, bien que dans la pratique courante, certains observateurs notent que quelques signes seulement suffisent. Dans une étude de Doré et Cohen (1997), un pédiatre interviewé note qu'à sa connaissance, ses collègues posent fréquemment le diagnostic de manière très sommaire :

> La médication est prescrite, malheureusement, par les pédiatres dans un court laps de temps, c'est-à-dire peut-être entre cinq et dix minutes; la rencontre avec les parents, souvent par des gens qui ne savent pas trop comment faire la médication (p. 228).

Le diagnostic de TDAH ne repose que sur les signes listés plus haut. Il n'y a pas de symptômes physiques ou de signes neurologiques ou biochimiques, de tests sanguins ou autres. Même des signes subjectifs, comme des sentiments d'anxiété, ne sont pas utilisés pour poser le diagnostic. Le *DSM-IV* avertit même explicitement que les enfants ne montrent pas régulièrement de signe du trouble quand ils se trouvent dans une situation de nouveauté, quand ils sont récompensés pour un travail bien fait ou quand ils reçoivent une attention individuelle d'un adulte (APA, 1994, p. 79).

Dans un congrès récent sur le TDAH, ces thèmes ont été résumés par Goldman (1995) :

> *Accurate diagnosis [...] can be difficult, however. Symptoms vary markedly, and the boundary between this disorder and normal behavior variations remain blurry, panelists said [...] There are no definitive tests for ADHD. The diagnosis is based largely on history and observation. The problem is « The kids are often asymptomatic in your office »* (p. 28).

L'établissement du diagnostic de TDAH ne nous renseigne pas sur les causes du phénomène observé. Les pédopsychiatres Dulcan et Popper (1991) fournissent une liste assez exhaustive des différentes causes possibles pour des comportements de type TDAH : allant des soins prénataux inadéquats aux complications de naissance, à l'intoxication par des médicaments ou du plomb, à l'hypothyroïdie, à la malnutrition, à presque tous les troubles émotionnels ou d'apprentissage, etc. Ces auteurs observent ensuite :

> *Clinical expertise is necessary to differentiate ADHD from normal high activity level, which may be causing complaints from parents or teachers. Problems of recent onset and brief duration may represent an adjustment disorder. In addition, situational anxiety, child abuse and neglect, or simply boredom can clinically present as inattention, hyperactivity, or impulsivity* (p. 25-26). [les soulignés sont en italique dans l'original].

Le degré de chevauchement entre le diagnostic de TDAH et d'autres diagnostics de troubles émotionnels chez les enfants soulève encore la question de la spécificité et donc de la validité de ce diagnostic. Par exemple, Richters et ses collègues (1995) du NIMH citent plusieurs études indiquant que 30 à 50 % des enfants diagnostiqués de TDAH sont aussi diagnostiqués de troubles de conduite ou de troubles oppositionnels; 15 à 75 % reçoivent des diagnostics de troubles de l'humeur, comme la dépression; 25 % des troubles anxieux et « *between 10 % and 92 % for learning disorders* ». Un autre

résumé (Goldman, 1995, p. 28) avance : « *Roughly 30 % of these children will have major depression. Approximately 30 % of boys and 40 % of girls have anxiety disorders. Between 10 % and 25 % have juvenile mania, and roughly 30 % have language processing problems or other non-attention deficit hyperactivity disorder learning disability.* »

Si la collection de symptômes peut apparaître chez des enfants ennuyés et peu stimulés, des enfants médicalement atteints, ainsi que des enfants éprouvant une foule de troubles psychiatriques de l'enfance, des problèmes d'apprentissage à la manie, il semblerait qu'un cas de « TDAH pur » soit relativement inexistant. Poussant l'analyse critique plus loin, on peut se demander si la liste des symptômes de TDAH désigne un syndrome cohérent, ayant une cause spécifique.

En d'autres termes, même le fait qu'un enfant rentre parfaitement dans la catégorie dignostique nommée TDAH nous dit peu ou rien sur l'état mental ou physique de l'enfant, sur sa situation réelle à la maison ou à l'école. Cela nous dit également très peu sur les *besoins* de l'enfant. Par contre, le diagnostic indique assez clairement que l'enfant perturbe son entourage, particulièrement à l'école.

Presque tous les avis « officiels » sont à l'effet que le traitement rationnel des symptômes de TDAH s'effectue selon une approche « multimodale », pouvant comprendre la médication mais non limitée à celle-ci (Ciba, 1997; Committee on Children With Disabilities and Committee on Drugs, 1996; Maag et Reid, 1996; Richters *et al.*, 1995; Swanson *et al.*, 1995). Cependant, dans la pratique, la médication peut s'avérer être la modalité unique une fois le diagnostic posé. Dans l'une des rares études sur cette question, Jensen *et al.* (1989) ont révisé les dossiers des 68 enfants avec diagnostics de TDAH de deux cliniques d'hôpitaux généraux. Ils ont trouvé en premier lieu que seulement 51,5 % des enfants traités aux stimulants répondaient aux critères diagnostiques (même simplifiés) du TDAH. De plus, une intervention en milieu scolaire était documentée dans seulement 16,2 % des cas et une psychothérapie dans seulement 19,1 %. Jensen *et al.* (1989) concluent : « *Overall, the assessment, the follow-up care, and the overall quality of care were found to be inadequate or less than adequate in about two-thirds of the cases* » (p. 708).

Effets thérapeutiques du méthylphénidate

Il est assez surprenant de relever dans les écrits que le consensus sur l'efficacité du méthylphénidate dans le traitement des symptômes de TDAH se résume à un effet de courte durée (jusqu'à dix-huit semaines) sur le comportement perturbateur, mais à une absence d'effets positifs démontrés à long terme.

Tous les observateurs semblent reconnaître que les stimulants tranquillisent les enfants. Presque toutes les recherches à court terme démontrent qu'une proportion substantielle des enfants traités au méthylphénidate ont un comportement différent : ils deviennent plus tranquilles, plus obéissants (« *compliant* ») et plus aptes à se concentrer sur des tâches scolaires ou domestiques potentiellement ennuyantes. Comme le raconte une enseignante interviewée par Doré et Cohen (1997), après le début d'un traitement au Ritalin :

> Cet enfant-là qu'on n'avait pas été capable d'évaluer était assis et on pouvait lui dire, ben : tu prends ton crayon, tu vois la consigne, tu prends ta règle, tu descends ta règle. Et il était capable d'exécuter une tâche, alors qu'il n'avait jamais fait ça avant (p. 229).

Spencer *et al.* (1996) rapportent que dans 140 études contrôlées d'enfants d'âge scolaire qu'ils ont analysées, le taux moyen de réponse favorable au méthylphénidate était de 70 %. Ce taux inclut évidemment l'effet placebo et, comme le soulignent Simeon et Wiggins (1993), 30 % à 50 % des enfants et adolescents ont une réponse positive au placebo, surtout lors d'essais cliniques de courte durée. Swanson *et al.* (1995) concordent : « *A significant and relatively large placebo effect should be expected when evaluating the short-term response to stimulant medication* » (p. 302).

Il est à noter que Spencer *et al.* rapportent des effets positifs sur plusieurs comportements à part la docilité et l'obéissance du sujet : « [...] *stimulants also improve associated behaviors, including on-task behavior, academic performance, and social function* » (1996, p. 412). Par contre, ces mêmes auteurs soulignent que la plupart des études sont à court terme, ce qui atténue la portée des effets positifs qu'ils rapportent :

> *Most of the existing studies are very brief, of not more than a few weeks' duration at the most. Some studies were ultrashort, lasting only days. There is a dearth of evidence on long-term studies. Moreover, since most of the literature on the subject is limited to Caucasian males, there is very limited information about efficacy and safety of stimulants in females and minorities* (p. 412).

Quoi qu'il en soit, les nombreux écrits sur l'efficacité du méthylphénidate permettent de dégager un consensus : celui d'un effet tranquillisant à court terme sur les comportements perturbateurs et celui de la performance de tâches répétitives et, parfois, de la mémoire à court terme (Richters *et al.*, 1995). Le court terme est défini, selon Swanson *et al.* (1992) comme variant de sept à dix-huit semaines. Il est aussi acquis que le méthylphénidate affecte tous les enfants de la même manière, non pas seulement ceux diagnostiqués de TDAH. L'hypothèse d'un effet « paradoxal » des stimulants sur les enfants diagnostiqués de TDAH, effet qui servirait à « valider » le diagnostic de TDAH puisqu'il distinguerait ces derniers enfants des autres, n'est plus monnaie courante. Swanson *et al.* (1995) rappellent que malgré la popularité de cette hypothèse jusqu'au milieu des années quatre-vingts, les premières études avaient déjà bien établi que, chez les enfants avec TDAH, les réponses comportementales, physiologiques et psychologiques à des doses cliniques de stimulants « *were not qualitatively different from the responses of normal children to equivalent doses* » (p. 300). Ou, comme le souligne Golden (1991), en l'espace d'une heure après l'ingestion d'une seule dose, presque tout enfant sera plus docile et moins distrait.

Des auteurs très critiques au regard de l'utilisation de méthylphénidate pour des enfants perturbateurs (Breggin et Breggin, 1994; McGuiness, 1989), reconnaissent également l'existence de cet effet tranquillisant du méthylphénidate et des stimulants, qu'ils attribuent aux effets toxiques typiques de la substance, c'est-à-dire à sa capacité d'induire des comportements stéréotypés et de réduire la spontanéité.

Le consensus sur les effets thérapeutiques du méthylphénidate s'étend au manque d'effets positifs à long terme, surtout sur les comportements académiques. James Swanson, l'un des chercheurs les plus prolifiques dans le domaine du TDAH et des effets du méthylphénidate, directeur de l'Attention Deficit Disorder Center à l'Université de Californie à Irvine, a entrepris avec son équipe de synthétiser plus de 314 recensions couvrant plus de 9 000 articles de recherche (Swanson *et al.*, 1993). Discutant les résultats de cet immense travail de synthèse, Swanson *et al.* (1992) déclarent :

> *Even now, despite several more years of extensive research, there is very little objective evidence to support the notion that stimulant medication improves learning in medicated children* (p. 14).

Soulignant qu'ils ont été « *surprised about the consensus expressed in this large literature* » Swanson et ses collègues résument :

> *We believe that the most important limitations are that* ***the short-term effects of stimulants on academic performance are minimal compared to the effects on behavior, and that there is no evidence of beneficial effects on learning or academic achievement****.* [caractères gras dans l'original] (p. 20).

Dans un autre article majeur, Swanson *et al.* (1995) reprennent ces conclusions. Ils soulignent que l'effet principal du traitement aux stimulants « *represents decreases in* ***behavioral excesses*** *or* ***disruptive behaviors****. Also, [...] stimulant pharmacotherapy does not improve learning, increase positive peer interactions, or enhance learning or achievement. Stimulants such as methylphenidate and d-amphetamine may act to decrease inappropriate behavior, but they are unlikely to act to increase appropriate behavior* » (souligné dans l'original, p. 304).

Dans une autre synthèse récente de chercheurs du NIMH, Richters *et al.* (1995) concluent de manière plus définitive, étendant le manque d'effets positifs de longue durée à tous les domaines du fonctionnement de l'enfant : « *Long-term efficacy of stimulant medication has not been demonstrated for <u>any</u> domain of child functioning* » [les soulignés sont en italique dans l'original] (p. 991).

Finalement, une recension récente par Whalen et Henker (1997), qui supporte l'utilisation des stimulants, confirme néanmoins l'absence d'effets positifs à long terme dans une section intitulée « *Unsubstantiated Long-Term Benefits* ». Les auteurs notent en particulier : « *It is often disheartening to observe how rapidly behavior deteriorates when medication is discontinued. Apparently, whether a child is medicated for 5 days, 5 months, or 5 years, many problems return after the last pill is taken* » (p. 327).

Effets néfastes du méthylphénidate

Manque d'études sur les effets néfastes

Discutant l'étude des effets nocifs des psychotropes en général, Fialkov et Hasley (1991) constatent que « *systematic study of the epidemiology of [adverse drug reactions] in children appears to be virtually nonexistent* » (p. 329). Ce constat général négatif peut être pertinent pour l'étude des effets des stimulants; la plupart des études cliniques se concentrant à établir la démonstration d'efficacité et non à rechercher la présence d'effets indésirables. La plupart des rapports existants d'effets nocifs des psychotropes chez les enfants ont tendance à être de brèves études de cas individuels (par exemple, Pfefferbaum *et al.*, 1987; Sternbach, 1981). Aussi tard qu'en 1990, Barkley et ses collègues étaient incapables d'identifier *une seule* étude ayant systématiquement évalué les effets secondaires comportementaux des stimulants auprès des enfants traités.

Manque de connaissances des éducateurs sur les stimulants

Nous remarquons également, selon le peu d'études localisées sur la question, que les enseignants se révèlent très peu informés des effets des stimulants sur les enfants. Francis *et al.* (1996) ont effectué une enquête auprès de plus de 28 000 enfants dans six commissions scolaires de l'État de Floride. Le méthylphénidate était le médicament le plus dispensé (surtout par les professeurs eux-mêmes) et, avec les autres stimulants du SNC, constituait 56 % de *tous* les médicaments dispensés aux enfants. Pourtant, selon les chercheurs, les enseignants « *know little or next to nothing about the drugs themselves or the medical conditions requiring their use* » (p. 355). Une autre enquête, menée dans l'Ohio par Kasten *et al.* (1992), arrive à une conclusion similaire : « [...] *educators indicated their knowledge of the effects of stimulants was limited and that they had received little education about stimulants* » (p. 215).

Effets secondaires principaux

Les effets secondaires « généraux » sont assez bien connus. Selon la DEA (1995), « *the potential adverse effects of methylphenidate and d-amphetamine are almost identical* » (p. 23). Le document liste les principaux effets suivants pour les deux substances :

> ***Cardiovascular*** *: palpitations, tachycardia (battements cardiaques accélérés), increased blood pressure.*
>
> ***Central nervous system*** *: excessive CNS stimulation, psychosis, dizziness, headache, insomnia, nervousness, irritability, attack of Tourette's or other tick syndromes.*
>
> ***Gastrointestinal*** *: anorexia, nausea, vomiting, stomach pain, dry mouth.*

Effets sur la croissance et la maturation physiques

Plusieurs études démontrent que le méthylphénidate perturbe le cycle normal de la production d'hormone de croissance dans le corps. Cet effet perturbateur est si régulier et prévisible qu'il est même utilisé comme mesure de l'activité pharmacologique du méthylphénidate dans le corps de l'enfant (Shaywitz *et al.*, 1985). Selon Jacobovitz *et al.* (1990), « *research reveals that methylphenidate stimulates daytime release of growth hormone, disrupting the usual nocturnal release. This is troublesome since disturbances in the normal release of growth hormone may not only influence height velocity but may also impact on other critical aspects of physical development such as sexual maturation* » (p. 683-684).

Les études démontrent que l'utilisation du méthylphénidate ralentit la vitesse de croissance du corps de l'enfant, suggèrent un effet rebond dans la croissance et le poids à la suite du retrait du médicament, mais ne se prononcent pas sur les effets possibles à long terme (Klein *et al.*, 1988).

Effets sur le SNC (la toxicité comportementale)

Les effets sur le comportement sont assez mal connus. Fialkov et Hasley (1991) nous rappellent l'arme à double tranchant que constitue la prescription de psychotropes aux enfants. Bien qu'ils peuvent avoir un effet bénéfique sur le comportement d'enfants troublés, les psychotropes :

> *[…] may cause a range of unfavorable alterations in perceptual and cognitive functions, psychomotor performance, motivation, mood, interpersonal relationships, or intrapsychic process. Behavioral effects can be especially critical for children, since their mental state and earning ability may be subtly affected, although objective performance, if not scrutinized carefully, may appear improved* (p. 328).

Sous la rubrique « *Central Nervous System Effects* », Maxmen et Ward (1995, p. 366) présentent un tableau des taux estimés d'effets des amphétamines et du méthylphénidate :

Central Nervous System Effect	***Amphetamine / Methylphenidate***
depression	*39 % / 8,7 %*
confused, « dopey »	*10,3 % / 3,9 %*
mood changes	*less than 1 % / more than 10 %*
irritability, stimulation	*25 % / 17,3 %*
physical agitation, restlessness	*more than 10 % / 6,7 %*
psychosis (at normal dosages)	*less than 1 % / less than 1 %*

Dans leur liste d'effets sur le SNC, Maxmen et Ward incluent également l'insomnie, la sur-stimulation (*overstimulation*), la confusion et « *dopey feeling* », l'agitation, la psychose, l'euphorie et la dysphorie. Ils écrivent que la dysphorie (émotions désagréables) « *occurs with all stimulants but especially methylphenidate* » et ils identifient les types de dysphories suivants : *mild dysphoria, subtle social withdrawal, dulled affect, emotional blunting, cognitive overfocusing, perseveration*. En discutant la

« toxicité cognitive » du méthylphénidate, Swanson *et al.* (1992) résument certains des effets les plus graves :

> *In some disruptive children, drug-induced compliant behavior may be accompanied by isolated, withdrawn, and overfocused behavior. Some medicated children may seem "zombie-like" and high doses which make ADHD children more "somber," "quiet" and "still" may produce social isolation by increasing "time spent alone" and decreasing "time spent in positive interaction" on the playground.*

Également, dans une étude d'enfants d'âge préscolaire dans un programme d'éducation spécialisée (Gadow, cité dans Fialkov et Hasley, 1991, p. 328), les enseignants ont rapporté que 42 % des enfants prenant des stimulants manifestaient un ou plusieurs des signes de toxicité comportementale suivants :

> *1) apparent fixation of attention (e.g., blank stares, zombie look, spaced out, unusual stillness); 2) withdrawal from social interaction; 3) stereotyped behavior; and 4) drowsiness and/or lethargy. These findings have been reported for other groups of preschoolers treated with methylphenidate* (p. 328).

La DEA (1995, p. 22) note également que la dépression est un problème particulier lié à l'utilisation du Ritalin : « *Adverse effects of irritability and sadness have not been well studied, but have been reported in up to 22% of children receiving stimulant medication.* »

Dans une étude par Mayes et Bixler (1992), 69 enfants avec le diagnostic de TDAH ont été soumis à un essai à très court terme (seulement huit jours) au méthylphénidate. Parmi les effets rapportés, plusieurs indiquaient un dysfonctionnement du SNC. Près du cinquième des enfants (18,8 %) manifestaient une léthargie : « *children with lethargy were variously described by raters as tired, withdrawn, listless, depressed, dopey, dazed, subdued and inactive* » (p. 1104). L'irritabilité a été remarquée chez 26,1 % des sujets. Chez 5,8 %, les évaluateurs ont remarqué l'émergence ou l'augmentation de « *sterotypical behaviors, including hand-wringing, arm-waving, teeth-grinding and foot-tapping* ». Chez cinq enfants (7,2 %), les chercheurs ont observé des réactions uniques et inquiétantes :

> *1) continuous, involuntary tremulous tongue movements and incessant talking; 2) aggressive behavior; 3) loss of sensation in the fingers, and feeling hot; 4) parent report that the child was "wild" and "out of control"; and 5) diarrhea, enuresis, body-twitching, hyperventilation and mottled skin* (p. 1105).

Comme stimulant, le méthylphénidate peut occasionnellement produire les symptômes qu'il est sensé contrôler : l'hyperactivité, l'impulsivité et l'inattention. La description des symptômes de la dépendance vis-à-vis du méthylphénidate dans le *DSM-III-R* (APA, 1987) inclut « *irritability* », « *attentional disturbances*, » et « *memory problems* ». Dans un article destiné aux infirmières, Burgess (1985) avertit que les indices comportementaux de toxicité du méthylphénidate comprennent « *anxiety, agitation, restlessness, insomnia, inability to concentrate, and personality changes [...] The person will become easily distracted, unable to concentrate* » (p. 52). Fialkov et Hasley (1991) décrivent le cas d'un enfant de neuf ans : « *A trial of methylphenidate was initiated but terminated after one day because of a severe paradoxical reaction with "overstimulation"* » (p. 327).

Handen *et al.* (1991) estiment que, chez les enfants avec déficience intellectuelle, plusieurs effets apparemment attribuables au méthylphénidate seraient peut-être provoqués par l'état général de l'enfant. Ils supportent cette hypothèse dans une étude sur 27 enfants avec TDAH et une déficience intellectuelle assez marquée traités au méthylphénidate et au placebo. Cela n'a pas empêché les chercheurs de remarquer des effets nocifs qu'ils ont directement attribué au médicament : « *However, medication for six (22 %) of the children was discontinued because of the appearance of motor tics (three children) and severe social withdrawal (two children) [...]* » (p. 241). Les auteurs avertissent les lecteurs que cette population d'enfants est probablement plus vulnérable que d'autres enfants à développer des tics moteurs et un retrait social.

La prévalence de psychose toxique induite par l'usage prolongé ou à doses élevées de stimulants est estimée à moins de 1 %. Tous les stimulants, incluant la pémoline, ont été impliqués (Sternbach, 1981). La psychose hallucinatoire et paranoide induite par les stimulants a été souvent étudiée comme modèle des psychoses schizophréniques et maniaques (Koek et Colpaert, 1993). Même à un taux de 0,5 %, cela signifierait 5 000 cas pour un million d'enfants traités. Young (1981) rappelle que les cliniciens ont pris longtemps à réaliser que l'amphétamine provoque des psychoses toxiques qui ressemblent de près à la psychose schizophrénique, même si l'effet est maintenant considéré comme relativement commun. Cet auteur avance ensuite les points suivants :

> *Similarly, a low level of suspicion on the part of the clinician, combined with a tendency for the child and family to explain mild to moderate drug-related symptoms on another basis, may be obscuring the actual prevalence of toxic hallucinations associated with methylphenidate [...] Although toxic psychosis is not generally considered among the major side effects of methylphenidate, it is essential that clinicians be aware of the psychotogenic potential of this medication (occasionally in the normal dose range) and of the variable forms the syndrome may take* (p. 35).

L'incidence de psychose toxique peut être sous estimé également à cause du manque d'études systématiques de traitement de longue durée. Dans l'une des rares études en double aveugle et à long terme, Gilberg *et al.* (1997) ont évalué 62 enfants âgés de 6 à 11 ans, traités à l'amphétamine ou au placebo pour une durée maximale de quinze mois. Les chercheurs rapportent que « *four boys experienced hallucinations, 3 during treatment with amphetamine and 1 with placebo*. » Ils donnent l'exemple suivant : « *An 11-year-old boy who was receiving amphetamine developed acute, severe visual hallucinations that disappeared on dose reduction from 25 to 15 mg daily. A week later, severe tics developed and the drug had to be discontinued* » (p. 861). Il est à noter que l'incidence de psychose, dans cette seule étude, était de 6,4 %, à doses thérapeutiques ordinaires.

Doses de méthylphénidate prescrites aux enfants

Nous n'avons localisé qu'une seule étude empirique rapportant les doses quotidiennes moyennes de méthylphénidate prescrites à des enfants (Zito *et al.*, 1997). Les données portent sur les 2 167 enfants de 5 à 14 ans prestataires de la sécurité du revenu *Medicaid* du Maryland durant l'année fiscale 1991 et recevant une prescription de méthylphénidate. Pour les enfants âgés de 5 à 9 ans, la dose quotidienne

moyenne était 18,7 mg ± 10,4 mg, tandis que pour les enfants de 10 à 14 ans, la dose était de 26,8 mg ± 14 mg.

Les doses habituelles recommandées pour les enfants varient entre 0,2 mg et 1 mg/kg de poids. Selon le manufacturier du Ritalin, la posologie initiale est de 5 mg à 10 mg trois fois par jour (15 mg à 30 mg). Les doses sont ensuite augmentées graduellement si l'on cherche un effet plus fort. Le manufacturier recommande de ne pas dépasser la dose de 60 mg par jour pour les enfants (Ciba, 1997; Committee on Children With Disabilities and Committee on Drugs, 1996).

Une dose de 5 mg à 20 mg de méthylphénidate est considérée équivalente à une dose de 2,5 mg à 10 mg de dexamphétamine et à une dose de 37,5 mg à 112,5 mg de pémoline (Swanson *et al.*, 1995, p. 276).

Toxicomanies liées à la consommation de stimulants du SNC

Le potentiel d'abus et de dépendance provoqué par l'usage prolongé de stimulants du SNC a été souligné par de nombreux auteurs. Selon Dackis et Gold (1990), « *central stimulants have been abused since their inception [...] Through their actions on powerful reward centers, central stimulants produce intense euphoria that reinforces subsequent usage and eventual dependence* » (p. 9).

L'histoire de la consommation de stimulants du SNC révèle plusieurs vagues de popularité, suivies de restrictions imposées par les gouvernements et autorités en santé publique. L'usage licite et illicite des amphétamines a connu une très grande popularité jusqu'au début des années soixante-dix. Une épidémie d'usage illicite de cocaïne (le seul usage licite étant limité à certaines indications spécifiques d'anesthésie locale) a suivi dans les années quatre-vingts. Dans les années quatre-vingt-dix, c'est l'utilisation du méthylphénidate qui a pris le dessus, en parallèle avec une résurgence d'usage d'amphétamine et de methamphétamine.

D'autres stimulants moins puissants, dont la caféine, l'éphédrine et la phénylpropanolamine, sont disponibles en vente libre ou inclus dans diverses préparations, aliments ou breuvages. La caféine est utilisée par des centaines de millions de gens pour se réveiller le matin, améliorer la concentration pendant la journée ou rester éveillé la nuit. Cette année, le *New York Times* rapportait la dernière mode dans les breuvages pour les jeunes : les boissons à forte teneur en caféine, promus au moyen de slogans publicitaires invoquant les sensations fortes et la consommation de substances illicites (Barboza, 1997).

Vagues de popularité des stimulants

Les amphétamines ont été synthétisées en 1887 mais n'ont commencé à être utilisées que dans les années vingt, avec l'introduction de la Benzedrine (comme inhalateur) pour soulager l'asthme et la congestion nasale. La substance fut employée dans les années trente pour le traitement de la narcolepsie. D'autres amphétamines suivirent dans les années trente et quarante et l'usage de ces substances augmenta considérablement, surtout immédiatement après la Deuxième Guerre mondiale. Dès 1938, l'amphétamine devint disponible seulement sous prescription, mais la diversion de la production légale et la tendance des médecins à la prescrire à des millions d'individus déprimés,

anergiques ou obèses, assurait une disponibilité sans égale, même par la poste. Selon Grinspoon et Hedbloom (1975), en 1958 les États-Unis ont produit plus de 32 tonnes d'amphétamine, assez pour fournir vingt doses à chaque citoyen américain.

La première étude pharmacologique sur le méthylphénidate a été publiée en 1954, année où la substance est entrée dans la thérapeutique. Des milliers d'études sur le méthylphénidate ont été publiées depuis (DEA, 1995).

Aussi tard qu'en 1970, la production pharmaceutique des amphétamines aux États-Unis était de dix *milliards* de pillules (Grinspoon et Hedbloom, 1975). Au-delà de ceux qui prenaient ces substances à l'occasion pour accomplir des tâches d'endurance (chauffeurs de camions, pilotes, étudiants, athlètes, etc.) et de ceux qui les recevaient de leur médecin pour des problèmes psychologiques chroniques ou pour perdre du poids, les stimulants amphétaminiques et le méthylphénidate ont commencé à être utilisés par les jeunes de sous-cultures marginales (musiciens, artistes, motards, etc.) durant les années soixante en Amérique du Nord et en Europe. Les intoxications et autres effets néfastes ont mené à l'imposition de restrictions par les autorités. En 1970, les stimulants constituaient 14 % de tous les médicaments psychotropes prescrits dans ce pays (Bassuk et Schonover, 1977). En 1972, après l'imposition de restrictions au manufacturier et à la prescription médicale par le *Controlled Substances Act*, cette proportion avait diminué à 1,5 %.

Pickering et Stimson (1994) nous rappellent que plusieurs épidémies de consommation (licite et illicite) d'amphétamines ont eu lieu depuis 50 ans ailleurs qu'aux États-Unis, les plus fortes au Japon (1946-1956), en Grande-Bretagne (1957-1964), en Suède (1964-1966) et aux Pays-Bays (début des années soixante-dix). Olivieri *et al.* (1986) ajoutent l'Allemagne et la France à cette liste.

Abus de méthylphénidate des années soixante aux années quatre-vingts

Dès le début des années soixante, on recensait déjà plusieurs rapports d'abus de méthylphénidate, d'escalade de doses et de psychoses toxiques comme conséquences (voir recension de Spensley et Rockwell, 1972). Un médecin rapportait en 1971 dans une lettre au *New England Journal of Medicine* que les toxicomanes considéraient le méthylphénidate « *the most highly addictive of all stimulants* » (Wiley, 1971, p. 464).

En 1971, l'Organisation Mondiale de la Santé conclut que le méthylphénidate, l'amphétamine et la methamphétamine se ressemblaient au niveau pharmacologique et classifia la substance avec les autres stimulants à l'Annexe II, qui comprend les substances les plus toxicomanogènes utilisées en médecine : « *Methylphenidate, due to its high abuse potential, was one of the first substances to be placed under international control in Schedule II of the 1971 Convention on Psychotropic Substances* » (INCB, 1997). Selon la DEA (1995, p. 60) : « *It was found that methylphenidate's pharmacological effects are essentially the same as those of amphetamine and methamphetamine and that it shares the same abuse potential as these Schedule II stimulants.* »

Parran et Jasinski (1991) écrivent que le « syndrome d'abus de méthylphénidate » est un problème de longue date et géographiquement dispersé, qui a été documenté dans toutes les grandes agglomérations urbaines nord-américaines. L'utilisation non médicale du méthylphénidate se fait par ingestion orale, nasale et intraveineuse. Plusieurs articles dans les années soixante, soixante-dix et quatre-vingts documentent les conséquences graves associées à l'utilisation intraveineuse (DEA, 1995). En particulier, la tablette Ritalin-SR (libération lente) de 20 mg contient du matériel (*filler*) insoluble dans l'eau. Une fois la pillule écrasée en poudre et injectée, ce matériel pourrait accélérer une sclérose vasculaire ou une fibrose pulmonaire (Parran et Jasinski, 1991).

Même après les restrictions imposées par le gouvernement fédéral aux États-Unis, qui firent baisser la surprescription de méthylphénidate lors de la seconde moitié des années soixante-dix, l'abus de la substance continua à représenter, selon Haglund et Howerton (1982), un problème de taille dans la population des toxicomanes. Selon Fulton et Yates (1988) et Parran et Jasinski (1991), les adultes toxicomanes ont régulièrement utilisé les prescriptions de Ritalin de leurs enfants pour alimenter leur propre utilisation.

Tout récemment, Baberg *et al.* (1996) notent une résurgence de l'utilisation illicite d'amphétamine et de methamphétamine. Parmi 2 983 patients vus en consultation psychiatrique dans un hôpital universitaire de San Diego en Californie, le pourcentage d'utilisateurs est passé de 9,1 % en 1989 à 4,5 % en 1992, pour ensuite grimper à 15,6 % en 1995. Même dans une revue scientifique, le titre imagé de leur article indique la mauvaise impression laissée par la dernière épidémie de consommation illicite : « [...] *return of an old scourge* » [Le retour d'un ancien fléau].

Études récentes sur le potentiel d'abus et de dépendance du méthylphénidate

Dackis et Gold (1990) estiment que les experts minimisent le potentiel toxicomanogène des stimulants du SNC pour trois raisons : 1) les stimulants ne produisent pas les syndromes dramatiques *physiques* de sevrage associés aux opiacés et à l'alcool; ces syndromes ayant acquis une importance exagérée dans les conceptions populaires de la dépendance, les stimulants sont vus comme produisant « seulement » une dépendance psychologique; 2) les personnes dépendantes ne les utilisent pas tous les jours; 3) leur utilisation serait considérée, par de larges segments du public, comme étant « sans risque ».

Dackis et Gold citent plusieurs études appuyant l'idée que les stimulants « *are more addictive than all other classes of drugs* » (p. 20). Selon les études animales, les animaux de laboratoire s'administrent la cocaïne et l'amphétamine avec une plus grande tenacité et fréquence que toutes les autres classes de psychotropes et même jusqu'à la mort, les préférant à la nourriture, l'eau et l'accouplement (p. 19-21).

Parran et Jasinski (1991), se basant sur leur expérience dans le traitement médical des dépendances, soulignent que la toxicité associée à l'abus de méthylphénidate dépasse celle des autres stimulants :

> *Our experience in a general internal medicine practice and a medically directed chemical dependency unit has indicated that methylphenidate is widely abused and is associated with greater systemic toxicity than the abuse of other related drugs — notably cocaine and amphetamine. As such, the abuse of methylphenidate continues to be a significant public health problem (p. 781).*

Similitudes entre le méthylphénidate, la cocaïne et les amphétamines

Selon Gawin et Ellinwood (1988, p. 1178), le méthylphénidate est, avec l'amphétamine et la cocaïne, l'un des trois stimulants prototypiques du SNC. Le rapport sur le méthylphénidate de la DEA (1995), cite une trentaine d'études animales et cliniques indiquant clairement que le méthylphénidate est, à toutes fins pratiques, interchangeable avec la cocaïne et les amphétamines. En comparaison avec ces dernières substances, le méthylphénidate produit les mêmes effets de renforcement, est auto-administré par les animaux avec la même fréquence, est choisi par les animaux de préférence à la cocaïne et produit les mêmes effets subjectifs chez les humains (augmentation de l'euphorie, désir de la substance, désir d'activité motrice, baisse de la sédation).

Chez les animaux, l'administration chronique ou aiguë de doses élevées de méthylphénidate, de cocaïne ou de d-amphétamine produit un syndrome identique d'effets comportementaux caractérisés par l'agressivité, l'agitation, l'interruption de l'ingestion de nourriture, les mouvements stéréotypés et la mort. Finalement, le sevrage des trois stimulants après usage chronique produit les mêmes signes en l'espace d'une à trois journées, incluant la dépression, les dérangements du sommeil, la fatigue, l'anxiété, l'hostilité et la colère, l'agitation et la confusion. On a documenté l'utilisation du méthylphénidate pour soulager le syndrome de sevrage associé à la dépendance à la cocaïne.

Parran et Jasinski (1991) résument ces similarités entre les trois types de stimulants :

> *First, methylphenidate, cocaine and amphetamine have identical dopaminergic effects, and these drugs produce a similar toxic picture of inanition, personality changes, the rapid development of tolerance leading to compulsive use in susceptible individuals, and withdrawal depression* (p. 782).

Volkow et ses collègues (1995) ont recherché en détail les ressemblances pharmacologiques entre le méthylphénidate et la cocaïne. Ils débutent leur article ainsi :

> *Cocaine, which is one of the most reinforcing and addictive of the abused drugs, has pharmacological actions that are very similar to those of methylphenidate hydrochloride, which is the most commonly prescribed psychotropic medication for children in the United States* (p. 456).

Volkow *et al.* remarquent que l'abus du méthylphénidate semble être plus limité que celui de la cocaïne (ils ne citent pas de données factuelles pour appuyer cette opinion), mais ils se demandent jusqu'à quel point les facteurs socioéconomiques pourraient expliquer cette différence. Néanmoins, le but de leur étude est d'explorer la contribution de facteurs *pharmacologiques* à cette différence. Ils se penchent sur

un facteur lié aux propriétés renforçantes (*addictive potential*) des drogues : la rapidité du transport de la drogue jusqu'au cerveau et donc, présumément, de la sensation de l'effet de la drogue : « *The shorter the interval between intake and the perceived effects of the drug, the greater the addictive potential of the drug* » (p. 457-458).

Pour évaluer l'intervalle entre l'ingestion d'une substance et la perception de ses effets, les auteurs emploient l'imagerie cérébrale de tomographie par émission de positrons (*PET*). Cela permet d'évaluer la pharmacocinétique d'une substance directement dans le cerveau d'un sujet que l'on observe et que l'on interroge. Huit sujets humains normaux âgés de 20 à 51 ans y ont participé. En parallèle, les chercheurs ont mené une étude sur des babouins afin de déterminer le degré de compétition entre la cocaïne et le méthylphénidate pour les mêmes sites récepteurs cérébraux. Voici les résultats : « *The regional distribution of [^{11}C]methylphenidate in the human brain was almost identical to that of [^{11}C]cocaine [...] The time to reach peak uptake in the brain was comparable for both drugs [4-10 minutes for methylphenidate, 2-8 minutes for cocaine] [...] [B]oth drugs bind to the same binding site in the dopamine transporter* » (p. 459). La distribution cérébrale des deux substances était presque identique et leur durée de capture cérébrale très similaire. Les deux substances ont aussi essayé de se fixer aux mêmes sites récepteurs. De plus, l'expérience subjective de l'euphorie (*high*) pour les deux substances était étroitement associée à l'arrivée de la substance dans le cerveau. Par contre, la cocaïne met moins de temps en moyenne à s'évacuer du cerveau : cette demi-vie est de vingt minutes comparé à 90 minutes pour le méthylphénidate.

Les auteurs pensent que cette dernière différence sert à limiter l'auto-administration fréquente du méthylphénidate, relativement à la cocaïne. En persistant plus longtemps dans le cerveau que la cocaïne, le méthylphénidate ne provoquerait pas chez le sujet autant de désir intense de reprendre la substance après son retrait. Pourtant, les chercheurs ont observé que la diminution de l'euphorie chez les sujets, malgré la différence dans le temps d'évacuation, était très similaire pour les deux substances. Toutes ces données confirment les très fortes ressemblances entre le méthylphénidate et la cocaïne au niveau de l'action pharmacologique centrale et au niveau des effets subjectifs. Elles supportent l'idée initiale des auteurs, à l'effet que des différences dans les patterns d'abus et de dépendance entre les deux substances, si elles existent réellement, seraient dues à des facteurs sociaux.

Toxicomanies liées à l'utilisation de méthylphénidate chez les jeunes

Dans l'un des très rares articles soulevant directement la question des dépendances au méthylphénidate chez les enfants, Dackis et Gold (1990) écrivent :

> *The most widely prescribed stimulant, methylphenidate, has significant abuse potential. Preclinical studies demonstrate that methylphenidate is self-administered by animals and cannot be discriminated from cocaine or amphetamine. [...] Clinical studies have reported abuse in young patients for whom stimulants have been prescribed, although the notion is unpopular. While therapeutic doses might be below those required to produce euphoria or craving, mood changes do occur with these doses. Careful prospective studies into the potential for subsequent development of addictive illness in children treated with stimulants are lacking* (p. 23).

Le premier point que soulèvent Dackis et Gold, à l'effet des fortes ressemblances entre la cocaïne et le méthylphénidate, vient d'être examiné en détail dans la section précédente.

Le troisième point, à l'effet que les doses prescrites aux enfants sont trop basses pour produire l'euphorie mais induisent des changements de l'humeur, a lui aussi été examiné en détail dans la section sur les effets néfastes du méthylphénidate : il est incontestable que de nombreux changements de l'humeur découlent de l'usage du méthylphénidate à doses thérapeutiques ordinaires. Mais même « l'euphorie » chez les enfants traités à été rapportée. Kasten *et al.* (1992) ont demandé à 291 enseignants de classes régulières et spéciales de rapporter les effets secondaires physiques et comportementaux des stimulants : 21 % des enseignants de classe régulière et 32 % des éducateurs spécialisés ont rapporté un tel effet.

Les autres points que soulèvent Dackis et Gold sont directement liés à notre problématique :

1) des cas de dépendance d'enfants traités aux stimulants ont été rapportés, mais la notion n'est pas populaire;

2) il manque des études rigoureuses sur le développement de dépendances subséquentes chez les enfants traités aux stimulants.

Avant de considérer l'évidence concernant chacun de ces deux points séparément, il est utile de préfacer avec quelques remarques générales sur les manifestations des toxicomanies chez les mineurs. Selon certains auteurs, les toxicomanies chez les adolescents ne ressemblent pas aux toxicomanies chez les adultes.

Indicateurs et manifestations des toxicomanies chez les adolescents et les enfants

Lorsque l'on examine le nombre de substances utilisées, l'intensité et la durée de la dépendance, on remarque que les adolescents *en traitement* pour des problèmes de toxicomanie à l'alcool ou aux drogues illicites diffèrent des adultes en traitement. Ces différences s'expliquent probablement par le fait que les adolescents commencent plus tôt et terminent plus vite leur consommation abusive : il y aurait donc moins de risque qu'une détérioration majeure du fonctionnement s'enracine. Cela sert à atténuer les manifestations du problème, bien qu'en général les adolescents progressent plus rapidement que les adultes de la simple « expérimentation » à « l'abus » (Brown *et al.*, 1992).

Très peu d'études empiriques ont été publiées sur le sevrage de substances psychoactives chez les enfants ou les adolescents. Certains auteurs affirment que les adolescents ne manifestent pas de dépendance physique, avec ses syndromes de tolérance ou d'effets de sevrage, pour aucune substance (cités dans Stewart et Brown, 1985). Dans le *DSM-IV*, on identifie la vingtaine et la trentaine comme âges typiques du début du syndrome de sevrage de l'alcool.

Ainsi, Stewart et Brown (1995) écrivent : « [...] *it is unclear whether adolescents can be considered dependent on psychoactive substances* » (p. 629). Par contre, dans leur étude auprès de 166 adolescents

et adolescentes traités en interne pour dépendance, ces mêmes chercheurs confirment que les adolescents manifestent des symptômes de sevrage prononcés. Les sujets avaient une histoire de polytoxicomanie (en moyenne, 5,3 substances). Après l'alcool, les amphétamines étaient les produits les plus abusés (50 %) et les symptômes de sevrage les plus fréquemment rapportés par les sujets après deux semaines d'abstinence étaient ceux associés aux stimulants. Les symptômes rapportés par plus de la moitié de l'échantillon étaient, en ordre d'importance, déprimé ou irritable (78 %), fatigué (70 %), en colère/hostile (66,7 %), anxieux/nerveux (61 %), perte de mémoire (61 %), douleurs musculaires (59 %), confusion (54 %), tremblements (53 %). Le nombre de symptômes différents (11,3 en moyenne) était plus élevé que celui auquel on s'attendrait lors d'un sevrage ordinaire de stimulants ou d'autres substances psychoactives. Ces résultats indiquent que les effets de sevrage s'observent chez les adolescents et que l'abus simultané de plusieurs substances augmenterait le nombre de ces symptômes.

En somme, certains des indicateurs classiques des toxicomanies chez les adultes, dont les effets de sevrage, sont valables pour les adolescents et peut-être pour les enfants. Qu'en est-il des autres indicateurs, comme la compulsion, par exemple ? Il est difficile de répondre à cette question précisément, puisque l'expérience sociale et cognitive de l'enfance est radicalement différente de celle des adultes. Même si l'on voulait se fier uniquement aux récits et impressions subjectives des enfants – source utile pour comprendre le phénomène de la compulsion chez les adultes – on se buterait immédiatement au manque d'études. En effet, malgré la prévalence élevée de la consommation de stimulants chez les enfants, nous n'avons pas relevé une seule étude présentant les points de vue ou impressions de ces consommateurs sur les effets des stimulants. Quant aux indicateurs traditionnels plus généraux de problèmes de consommation de psychotropes, tels les problèmes académiques et le décrochage scolaire, ils apparaissent plutôt dans l'adolescence ou sont utilisés parfois comme justification même de la prescription de stimulants.

L'indicateur principal de toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les enfants reste donc celui de l'abus ou de l'usage sans prescription. Nous nous penchons donc sur cet indicateur principal. Nous considérons ensuite deux autres indicateurs : les effets de sevrage d'enfants consommant des stimulants et le développement de toxicomanies subséquentes à la consommation médicale de stimulants par les enfants.

Indicateurs de toxicomanies liées à l'utilisation du méthylphénidate par les jeunes

Usage non médical aux États-Unis : données scientifiques

Il est d'abord important de souligner que seulement deux articles scientifiques publiés du milieu des années soixante-dix à la fin de 1996 décrivent des problèmes de dépendance au méthylphénidate chez les jeunes. Goyer *et al.* (1979) et Jaffe (1991) ont publié des études de cas d'adolescents abusant du méthylphénidate (utilisation très fréquente, ingestion nasale, etc.) qui leur avait été prescrit pour le TDAH, résultant en des phénomènes de dépendance psychique et de tolérance marqués. Kaminer (1995) se réfère certainement à ces deux études lorsqu'il écrit : « *Despite the common perception that these agents may be abused by children and adolescents, only two cases of methylphenidate abuse by*

adolescents diagnosed with ADHD have been reported » (p. 99). Sur cette seule base, on pourrait conclure que « l'abus » de méthylphénidate n'existe pratiquement pas.

Cependant, d'autres sources de données fournissent un éclairage différent. Le rapport de la DEA (1995) sur le méthylphénidate cite une grande enquête menée auprès des élèves du secondaire aux États-Unis en 1994 (*Monitoring the Future*). Les résultats indiquent que 10 % des élèves de secondaire 4-5 ont rapporté avoir utilisé des amphétamines sans prescription. Parmi ce dernier groupe, 16,6 % (représentant environ 350 000 individus) utilisaient spécifiquement du *Ritalin* sans prescription, comparé à 7,8 % en 1993 et 3,5 % en 1992. Des quatre stimulants listés dans l'enquête, cette augmentation était la plus forte. Pour placer ces résultats en perspective, le rapport souligne que ces chiffres indiquent que *davantage d'élèves de la fin du secondaire utilisaient le Ritalin sans prescription qu'avec une prescription.*

Le rapport de la DEA cite également des chiffres recueillis auprès du Drug Abuse Warning Network (DAWN), un système de collecte de données de visites en salles d'urgence pour motifs d'abus ou de dépendance de psychotropes. La plupart des visites de 1990 à 1993 citant le méthylphénidate impliquaient des individus de race blanche ayant avalé la substance dans le cadre d'une tentative de suicide. Le pourcentage d'épisodes (1 174 au total) impliquant les jeunes de 10 à 19 ans est passé de 24 % en 1990 à 55 % en 1993. Le rapport note que « *the high percentage of attempted suicides is consistent with the high frequency of depression associated with stimulant abuse* » (DEA, 1995, p. 19-20).

Le rapport annuel de l'INCB (1997), citant des chiffres plus récents de DAWN, souligne en particulier que l'utilisation du méthylphénidate abusive touche maintenant les préadolescents et, dans le cas d'un indicateur particulier, aurait les mêmes conséquences nocives que l'abus de cocaïne :

> *Particularly worrying is the fact that abuse of this substance is not restricted to adolescents and adults; the number of preadolescents abusing the drug is expanding. According to the United States [...] DAWN, the estimated number of methylphenidate-related emergency room cases for 10- to 14-year-olds has multiplied tenfold since 1990 and, in 1995, reached the level of cocaine-related emergencies for the same age-group* (p. 1).

Usage non médical aux États-Unis : articles de journaux

À travers l'Internet, nous avons localisé, sans recherche exhaustive, plusieurs articles de journaux de 1995, 1996 et 1997 rapportant diverses formes d'abus de méthylphénidate par des étudiants du secondaire aux États-Unis. Les articles sont assez similaires : une mise en contexte citant les chiffres de la DEA ou de l'INCB, suivie d'entrevues avec des policiers ou des administrateurs de commissions scolaires rapportant que quelques étudiants d'un comté particulier ont été, soit arrêtés, soit suspendus de l'école, à cause d'activités impliquant l'utilisation orale ou nasale de méthylphénidate en groupe ou la revente de méthylphénidate à des camarades. Parfois, les reportages contiennent des entrevues avec des enfants. Les articles concernent les états suivants : Georgie (Burkstrand, 1997); Illinois (Turner,

1996); Kansas (Beem, 1996); Maryland (Stepp, 1996); Michigan (Manning, 1995); Nouveau-Mexique (Davis, 1995).

D'autres articles contiennent des entrevues avec des employés de la DEA qui indiquent que le détournement du Ritalin est maintenant un problème important, mais qui ne citent pas de chiffres précis. Par exemple, Stepp (1996) cite le Chief of Diversion Control du DEA : « *We have always had some problems with [methylphenidate] abuse and traffic. But it has never been pervasive because there never was much available [...] That situation [has begun] to change radically*. »

On trouve dans ces articles les informations suivantes : une pillule de Ritalin, vendue légalement sur prescription pour 25 ¢ à 50 ¢, se revend dans la rue pour 5 $ à 6 $; les jeunes l'appellent « *Vitamin R* », « *R-ball* », ou « *the smart drug* »; le manufacturier principal du Ritalin, la compagnie Ciba-Geigy, a distribué des pamphlets à 110 000 médecins et plus de 100 000 pharmaciens les avertissant des risques d'abus du médicament (Anonyme, 1996); les forces armées américaines rejettent toute recrue potentielle ayant utilisé du Ritalin dans l'enfance comme traitement pour le TDAH (Kane, 1996).

Il est difficile de juger jusqu'à quel point ces articles reflètent la réalité quotidienne et on ne peut en tirer de chiffres ou estimés de consommation illicite. Il reste que les articles proviennent de régions géographiques diverses et concordent avec les tendances décrites dans le rapport de la DEA (1995). Nous n'avons pas entrepris de recherche similaire de rapports médiatiques québécois.

Usage non médical au Québec

Les données sur la consommation illicite de stimulants par les jeunes au Canada et au Québec sont extrêmement rares, sinon inexistantes. Guyon et Geoffrion (1997) citent quatre enquêtes québécoises touchant plus ou moins précisément le sujet : 1) deux enquêtes de 1991 auprès d'élèves de 12 à 18 ans, indiquant un taux de 8,5 % de consommateurs actuels de « médicaments » (non spécifiés), soit 10,4 % chez les filles contre 5,6 % chez les garçons; 2) une enquête de Roy et ses collègues de 1995 sur 919 jeunes de la rue à Montréal, âgés de 12 à 25 ans, qui rapportent que 31 % ont déjà utilisé des amphétamines dans leur vie, 8 % durant le dernier mois et 1 % toutes les semaines durant le dernier mois; 3) une enquête de 1990 auprès de jeunes en centres de réadaptation, qui rapporte un taux de consommation de stimulants de 27,1 % à vie, de 14,4 % durant les douze derniers mois et de 3,5 % durant les 30 derniers jours. Les chiffres des deux dernières enquêtes doivent êtres considérés avec prudence puisqu'ils portent sur des jeunes qui auraient probablement expérimenté et consommé régulièrement plus de psychotropes que les jeunes de la population générale.

Plus récemment, une enquête longitudinale prospective menée dans les quatre territoires scolaires de l'Outaouais (Deschesnes et Schaefer, 1997), nous offre des chiffres portant sur la consommation de stimulants prescrits et non prescrits. L'enquête, menée à cinq ans d'intervalle sur des élèves de 12 à 18 ans, avait 933 répondants en 1991 et 1 315 en 1996.

Comme l'indique le tableau 5.1, le pourcentage de filles et de garçons n'ayant jamais consommé de stimulants — avec ou sans prescription — a baissé de 1991 à 1996. Les chiffres portant sur les anciens consommateurs (« n'a pas consommé depuis six mois ») confirment les tendances observées aux États-

Unis et au Canada ces cinq dernières années. On remarque, par exemple, que chez les garçons, le taux d'utilisation de stimulants a plus que doublé de 1991 à 1996.

Nous avons obtenu de l'auteur de cette recherche, M. Deschesnes (communication personnelle, le 18 août 1997) des chiffres portant précisément sur la consommation de stimulants non prescrits chez les deux sexes : elle serait passée de 2,3 % en 1991 à 3 % en 1996. Si l'on soustrait ces pourcentages de ceux du tableau indiquant la consommation totale (2,7 % et 4,2 %), nous concluons — comme les chercheurs de l'enquête américaine *Monitoring the Future* — que plus d'étudiants du secondaire en Outaouais consomment des stimulants sans prescription que sur prescription.

Tableau 5.1
Pourcentage des élèves de douze à dix-huit ans de l'Outaouais qui consomment des stimulants *prescrits et non prescrits*, 1991 et 1996

Types de consommateurs	Filles		Garçons		Total	
	1991	1996	1991	1996	1991	1996
Jamais consommé	91,4	87,8	94,8	89,6	93	88,6
Pas consommé depuis six mois	5,9	8,4	2,5	5,8	4,3	7,2
Consommateurs actuels	2,7	3,8	2,7	4,6	2,7	4,2

Effets de sevrage et de rebond

Les effets de rebond font partie des réactions de sevrage. Le terme est utilisé pour désigner le phénomène où le retrait d'une drogue rend les symptômes originaux plus intenses qu'ils étaient avant la prise de la drogue. Citant plusieurs articles scientifiques, Scahill et Lynch (1994) résument les effets de rebond des stimulants :

> *Some children being treated with stimulant medications demonstrate a behavioral rebound 5-10 hours after the last stimulant dose. This rebound may be characterized by excitability, insomnia, hyperactivity, and garrulousness. Evidence from double-blind studies suggests that this rebound effect is not simply a return to baseline behavior. Indeed, some children may exhibit higher levels of activity and impulsivity compared with baseline* (p. 45).

Ces réactions peuvent être plus fréquentes que l'on pense, à en juger par une étude en double aveugle (Rapoport *et al.* 1978), dans laquelle des enfants « normaux » âgés de 6 à 12 ans ont reçu une dose unique standard d'amphétamine (0,5 mg/kg). Les résultats semblent remarquables :

> *A marked behavioral rebound was observed by parents and teachers starting approximately 5 hours after medication was given; this consisted of excitability, talkativeness, and, for three children, apparent euphoria. This behavioral overactivity was reported (by diary) for ten of the 14 subjects following amphetamine administration and for none of the group following placebo* (p. 562).

Selon Whalen et Henker (1997), « *after the drug wears off or is discontinued, a minority of children may show behavioral rebound, a general worsening of behavior (e.g., increased excitability, impulsivity, or talkativeness) over baseline or placebo levels* » (italiques dans l'original, p. 329).

En somme, les effets de sevrage des stimulants sont connus, mais nous ne disposons pas de données permettant d'estimer leur prévalence, comme il est possible de le faire pour les benzodiazépines, par exemple. De plus, seulement quelques études documentent leur existence spécifiquement chez des enfants en traitement. Les études existantes nous suggèrent cependant que les symptômes de sevrage et de rebond peuvent parfois être assez sévères chez les enfants et se présenter comme un syndrome d'excitabilité et d'hyperactivité.

Toxicomanies subséquentes à la prise de méthylphénidate chez les enfants diagnostiqués de TDAH

Plusieurs études ont suivi des cohortes d'enfants hyperactifs jusqu'à l'adolescence ou l'âge adulte et ont montré que pour environ 30 %, des problèmes émotionnels et de conduite persistaient. Moins d'études ont examiné le lien entre le fait d'être diagnostiqué de TDAH (ou catégorie similaire, dépendant de l'étiquette particulière en vogue, par exemple, *hyperkinesis, hyperactivity, minimal brain dysfunction, attention deficit disorder*, etc.), durant l'enfance et le risque d'abuser de substances psychoactives plus tard. Dans cette recension, nous avons localisé quatre études portant directement sur cette question.

Les deux premières études, des années soixante-dix et quatre-vingts, présentent un portrait équivoque. Beck *et al.*, (1975) ont comparé 30 adolescents ayant reçu du méthylphénidate pour au moins six mois avec 30 adolescents n'en ayant jamais reçu. Aucune différence dans l'utilisation de substances illicites ne fut observée. Pour leur part, Hechtman *et al.* (1984) ont suivi, pendant dix ans, 76 enfants hyperactifs, comparés à un nombre équivalent d'enfants d'un groupe témoin. En général, les hyperactifs ont rapporté davantage d'utilisation de substances illicites mais les différences n'étaient pas significatives. De plus, les différences portaient davantage sur les cinq années précédentes et s'étaient atténuées durant l'année précédente. Parmi les résultats notables, l'utilisation de cocaïne chez les hyperactifs avait débuté plus tôt que chez les autres enfants.

Les deux études des années quatre-vingt-dix arrivent à des conclusions différentes. Mannuza *et al.* (1993) ont comparé une cohorte de 91 mâles diagnostiqués TDAH, pour une durée moyenne de suivi de seize ans, avec une cohorte de 95 mâles d'âge, sexe et race similaires mais sans diagnostic de TDAH. Le taux de troubles *DSM-III-R* liés à l'abus de substances (excluant l'alcool) était de 16 % chez les premiers contre 4 % chez les seconds. Les substances les plus consommées chez les premiers étaient la marijuana et la cocaïne.

Plus récemment, Bierderman *et al.* (1995) ont comparé 120 adultes avec des diagnostics de TDAH débutant dans l'enfance, avec un groupe témoin de 268 adultes sans ce diagnostic. Le risque à vie de développer un trouble lié à l'abus ou à la dépendance de substances psychoactives était significativement plus élevé chez les premiers (52 % contre 27 %). Le taux de consommation d'alcool n'était pas différent. Même si divers autres troubles psychiatriques augmentaient le risque, le diagnostic de TDAH augmentait le risque de manière indépendante. Les substances utilisées par les individus des deux cohortes avec des troubles liés à l'abus et à la dépendance étaient similaires : principalement la marijuana (environ 70 % dans les deux sous-groupes), suivie de la cocaïne (23 % contre 21 %), suivie des stimulants (18 % contre 10 %, mais non significatif). Le dernier résultat fait dire aux auteurs que l'abus de stimulants ne semble pas distinguer les abuseurs avec TDAH des autres abuseurs.

À cause du facteur confondant du traitement au méthylphénidate des individus ayant reçu le diagnostic de TDAH, les résultats des deux dernières études restent ambigus. Curieusement, aucun des auteurs ne tente de faire une corrélation directe entre le traitement au méthylphénidate et l'abus ultérieur de substances, ou n'inclut le traitement au méthylphénidate comme variable dans une équation de régression pour prédire l'abus ultérieur, ou même seulement rapporte le pourcentage de sujets traités antérieurement au méthylphénidate. Les auteurs ne soulèvent même pas la question comme explication possible ou comme piste de recherche à poursuivre. Cette omission est extrêmement difficile à expliquer de manière rationnelle. En somme, le point soulevé par Dackis et Gold (1990) reste entièrement valide : il manque des études sur les dépendances *chez les enfants ayant été, dans le passé, traités aux stimulants*. Dans la mesure où le diagnostic de TDAH est fortement corrélé à l'utilisation de stimulants, il semblerait raisonnable d'entretenir sérieusement l'hypothèse, sur la base des quelques études existantes, que cette utilisation – et non le diagnostic ou les symptômes de TDAH – constitue le véritable facteur de risque au développement ultérieur de toxicomanies.

Conclusions

L'évidence résumée dans ce chapitre fait ressortir quelques points particuliers. En premier lieu, tous les observateurs s'accordent à remarquer une hausse importante des prescriptions de stimulants (particulièrement le méthylphénidate ou Ritalin) aux enfants d'âge scolaire en Amérique du Nord. L'augmentation est particulièrement marquée à partir de 1990 : environ 250 à 300 % de 1990 à 1995. Chez les garçons de 6 à 14 ans, la prévalence de la consommation serait de 10 % à 12 %. Au Québec, les données de la RAMQ indiquent que le pourcentage serait bien plus élevé chez les garçons puisque la prévalence chez les enfants des deux sexes des prestataires de la sécurité du revenu était de 11,9 % en 1994. Dans tous les autres pays, même les pays occidentaux, l'utilisation du méthylphénidate est presque nulle.

Cette hausse de la prescription va de pair avec une hausse des diagnostics de TDAH, indication principale pour les stimulants. En fait, les deux phénomènes sont tellement liés épidémiologiquement – le diagnostic de TDAH étant associé de si près à la prescription de stimulants – qu'on peut raisonnablement se demander lequel justifie l'autre. En d'autres termes, est-il possible qu'une fois la décision prise de médicamenter l'enfant qui présente certaines difficultés d'inattention ou d'hyperactivité, on la justifierait ensuite au moyen du diagnostic ? La non spécificité des signes du

TDAH – reconnue comme un problème significatif par plusieurs chercheurs dans le domaine – alimente le questionnement sur la surutilisation de ce diagnostic (Perring, 1997).

En second lieu, on détecte un consensus robuste dans les écrits sur les effets thérapeutiques des stimulants : un effet tranquillisant à « court terme » (sept à dix-huit semaines) chez une majorité d'enfants, mais aucun effet positif démontré à long terme en ce qui a trait aux habiletés académiques ou au fonctionnement social. Ce consensus fait par ailleurs ressortir l'importance d'évaluer les effets néfastes des stimulants sur les enfants. Les stimulants produisent quantité d'effets néfastes, notamment une incidence élevée de toxicité comportementale – incluant un syndrome d'hyperactivité et d'excitation, la dépression et la léthargie ainsi que des psychoses toxiques dont la fréquence serait sous-estimée. On reconnaît de plus explicitement dans la documentation que la recherche systématique sur les effets néfastes des stimulants chez les enfants a été jusqu'au début de cette décennie, pratiquement inexistante.

En troisième lieu, les écrits documentent abondamment le parcours antérieur du méthylphénidate et des stimulants du SNC comme substances toxicomanogènes et abusées. Les stimulants ont connu des vagues d'abus dans la plupart des sociétés industrialisées depuis la Deuxième Guerre mondiale et le méthylphénidate a été l'une des premières substances à être listées à l'Annexe II de la Convention sur les psychotropes des Nations Unies (indiquant le plus haut potentiel toxicomanogène). Le méthylphénidate est spécifiquement décrit dans plusieurs recherches expérimentales et cliniques comme « *the most addictive of all the stimulants* ». Plus récemment, on a aussi bien documenté des fortes ressemblances neuropharmacologiques entre le méthylphénidate et la cocaïne. Les deux grands organismes de lutte antidrogue, la Drug Enforcement Administration aux États-Unis et l'International Narcotics Control Board des Nations Unies ont chacun émis, en 1995 et en 1997, des avertissements sévères en relation avec le regain de la consommation de méthylphénidate chez les enfants.

En dépit des points précédents, les centaines d'articles publiés dans les revues scientifiques ne discutent pas – à une ou deux exceptions près – de la question des toxicomanies liées à la consommation prolongée de méthylphénidate chez les enfants. Des cas isolés d'abus et de dépendance au méthylphénidate chez les jeunes sont recensés dans ces écrits, mais, comme l'expriment Dackis et Gold (1990), la notion n'est pas populaire. On peut invoquer une première difficulté, d'ordre conceptuel. En effet, les toxicomanies chez les jeunes n'ont pas les mêmes manifestations que chez les adultes; ni dans la durée, ni dans les dysfonctionnements personnels qui en découlent. Les indicateurs classiques des toxicomanies n'ont donc pas la même pertinence lorsqu'on s'attarde aux plus jeunes et il n'est pas immédiatement évident de déterminer quelles sortes d'indicateurs utiliser. La question de la consommation médicale du méthylphénidate pose les mêmes questions que celle des benzodiazépines par les personnes âgées, par exemple. Il pourrait être difficile de distinguer nettement entre abus et usage « légitime ».

Cela dit, nous avons tenté de considérer les indicateurs classiques des concepts détaillés dans la problématique de cette recension (usage de longue durée, compulsion, usage non médical, effets de sevrage). Les études épidémiologiques confirment que la prescription de méthylphénidate aux enfants s'étend maintenant sur plusieurs années, phénomène qui expliquerait même partiellement l'augmentation des volumes de prescription. Pour sa part, la compulsion ne peut s'inférer des études existantes. Il existe de plus une absence *totale* de recherches publiées présentant les perspectives

subjectives des enfants traités aux stimulants. Quant à l'usage non médical, il est mieux documenté, surtout par le biais de grands sondages auprès d'étudiants du secondaire, d'articles de journaux dans les quotidiens américains et de données sur les admissions en salles d'urgence liées à l'abus de substances. Ces trois types de données donnent un son de cloche nettement différent de celui retrouvé dans les articles scientifiques publiés. Les sondages rapportent, aux États-Unis et au Québec, que plus de jeunes du secondaire consomment des stimulants sans prescription que sur prescription. La consommation non médicale est, à l'évidence, liée à la hausse de la consommation médicale du méthylphénidate et donc de la disponibilité et du détournement subséquent du produit en milieu scolaire. Les articles de journaux constituent des évidences anecdotiques : des descriptions d'instances spécifiques d'utilisation non médicale (usage récréatif du Ritalin par des jeunes d'âge scolaire) dans plusieurs villes américaines, accompagnées d'opinions inquiètes de policiers et d'enseignants ainsi que de l'International Narcotics Control Board de Vienne qui estime qu'il existe un problème susbtantiel de détournement de Ritalin. Finalement, en 1995, aux États-Unis le nombre d'enfants de 10 à 14 ans admis en salles d'urgence pour des problèmes liés à l'abus de méthylphénidate était le même que celui d'enfants admis pour abus de cocaïne. Enfin, l'existence d'effets de sevrage et de rebond – notamment un syndrome mixte d'irritabilité et de dépression – chez les enfants traités est documentée dans plusieurs études de cas, mais aucunement de manière systématique.

Un dernier indicateur retient notre attention. L'observation est faite dans deux études récentes d'une association significative entre le fait d'être diagnostiqué de TDAH dans l'enfance et le risque d'abuser des substances psychoactives plus tard, à la fin de l'adolescence ou dans la vie adulte. Cependant, même si le *diagnostic de TDAH* dans l'enfance est presque synonyme de la *consommation de stimulants* dans l'enfance, les auteurs des deux études ne font inexplicablement aucun effort pour évaluer la relation entre cette consommation dans l'enfance et le risque ultérieur d'abus de substance. Pourtant, notre simple analyse de trois modèles des facteurs de risque au développement de toxicomanies chez les jeunes suggère que la consommation de méthylphénidate constituerait un facteur de risque non négligeable. La négligence de la variable de cette consommation soulève de front la possibilité du déni du potentiel toxicomanogène des stimulants.

À notre avis, cette hypothèse est renforcée lorsqu'on examine, même sommairement, les cadres conceptuels courants pour comprendre l'abus de drogues illicites et d'alcool chez les enfants. Comme variable indépendante dans un modèle linéaire, l'utilisation thérapeutique de méthylphénidate pourrait constituer un facteur de risque non négligeable pour le développement subséquent de toxicomanies. Voici trois interrogations découlant du simple ajout de cette consommation à l'intérieur de modèles existants :

1) Pour une majorité des jeunes, la consommation de cigarettes représente la première consommation d'un psychotrope potentiellement toxicomanogène. Par exemple, on accepte généralement dans les écrits que la consommation précoce ou abusive de psychotropes chez les jeunes « suit une trajectoire de développement qui débute par la cigarette et qui se poursuit par l'alcool et la marijuana, et enfin, les drogues dures » (Fraser et Vitaro, 1995, p. 3). Aujourd'hui, nous devrions nous interroger sur les conséquences du fait que pour 10 % à 12 % des garçons, la *première* expérience de consommation d'un psychotrope est en fait celle d'une drogue incontestablement « dure », le méthylphénidate.

2) Dans leur recension d'écrits sur la prévention des toxicomanies chez les jeunes, Fraser et Vitaro (1995) citent des auteurs ayant montré « que plus l'enfant est jeune lorsqu'il expérimente l'alcool ou une autre drogue pour la première fois, plus sa fréquence d'utilisation augmente rapidement et plus la probabilité qu'il persiste et accentue de tels comportements est grande [...] » (p. 3). Fraser et Vitaro soulignent plus loin : « d'où l'intérêt pour les programmes de prévention de *retarder* le début de la consommation [...] » (nos italiques, p. 4). L'âge moyen de la première consommation de méthylphénidate semble se situer aujourd'hui vers sept ans, presque certainement plus tôt que l'âge de la première consommation de cigarettes. De plus, la durée moyenne de la consommation de méthylphénidate a augmenté, pour atteindre maintenant plusieurs années et se poursuivre, dans plusieurs cas, jusqu'à la fin de l'adolescence. Cette consommation précoce va complètement à l'encontre de l'objectif de retarder le début de la consommation de psychotropes chez les enfants.

3) Dans une discussion portant sur les enfants et adolescents à risque de développer une toxicomanie, Vitaro *et al.* (1992) nous suggèrent de considérer « la possibilité que le risque [de toxicomanie chez les enfants] augmente en fonction du nombre de facteurs de risque, peu importe leur nature ou leur enchaînement » (p. 115). Les enfants diagnostiqués de TDAH se retrouvent fréquemment à l'intersection de plusieurs facteurs de risque : pauvreté, mauvaise performance scolaire, problèmes d'apprentissage, familles dysfonctionnelles (Aman *et al.*, 1996; Prinz et Loney, 1996). Dans ce modèle, l'ajout de la consommation de stimulants ne pourrait que servir à hausser le risque de développement ultérieur d'une toxicomanie.

Ces trois interrogations ne nient pas que les comportements humains sont le résultat d'interactions et de médiations complexes. Mais elles suggèrent que dans l'état actuel des modèles sur les relations linéaires entre les facteurs de risque pour le développement de toxicomanies chez les jeunes, il y a lieu de s'inquiéter à propos de la consommation prescrite du méthylphénidate chez les enfants.

Références

ALATON, S. (1996). « A pill for all reasons », *The Globe and Mail*, 9 novembre, p. D1, D3.

AMAN, M.G., PEJEAU, C., OSBORNE, P., et ROJAHN, J. (1996). « Four-year follow-up of children with low intelligence and ADHD ». *Research in Developmental Disabilities*, 17(6), 417-432.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, troisième édition révisée. Washington, DC : APA.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quatrième édition. Washington, DC : APA.

ANONYME. (1996).

ANONYME. (1996). « Maker of Ritalin warns against misuse ». *Huntington Herald Press*, 27 mars, p. 5A.

BABERG, H.T., NELESEN, R.A., et DIMSDALE, J.E. (1996). « Amphetamine use : Return of an old scourge in a consultation psychiatry setting ». *American Journal of Psychiatry*, 153(6), 789-793.

BARBOZA, D. (1997). « More hip, higher hop. Caffeinated drinks catering to excitable boys and girls ». *The New York Times*, 22 août, p. C21.

BARKLEY, R.A., MCMURRAY, M.B., EDELBROCK, C.S., et ROBBINS, K. (1990). « The side effects of Ritalin in ADHD children : A systematic, placebo controlled evaluation ». *Pediatrics*, 86, 184-192.

BASSUK, E.L., et SCHOONOVER, S.C. (1977) (éd.). *The Practitioner's Guide to Psychoactive Drugs*. New York : Plenum Medical Books.

BECK, L., LANGFORD, W.S., MACKAY, M., et SUM, G. (1975). « Childhood chemotherapy and later drug abuse and growth curve : A follow-up study of 30 adolescents ». *American Journal of Psychiatry*, 132(4), 436-438.

BEEM, K. (1996). « Illegal use of drug growing. Rise in prescriptions expected to spur more Ritalin abuse ». *The Kansas City Star*, 15 mars, p. A11.

BIEDERMAN, J., WILENS, T., MICK, E., MILBERGER, S., SPENCER, T.J., et FARAONE, S.V. (1995). « Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) : Effects of ADHD and psychiatric comorbidity ». *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1652-1658.

BREGGIN, P.R., et BREGGIN, G.R. (1994). *The War Against Children*. New York : St. Martin's Press.

BROWN, S.A., MOTT, M.A., et STEWART, M.A. (1992). « Adolescent alcohol and drug abuse ». *In* C.E. Walker et M.C. Roberts (éd.), *Handbook of Clinical Child Psychology* (2e édition, p. 677-693). New York : John Wiley et Sons.

BUCK, J.A. (1997). « Utilization of Medicaid mental health services by nondisabled children and adolescents ». *Psychiatric Services*, 48(1), 65-70.

BURGESS, K. (1985). « Nursing alert : Understanding the spectrum of cerebral stimulants ». *Nursing*, juillet, 50-56 p.

BURKSTRAND, B. (1997). « Kids are found to be abusing Ritalin ». Cox News Service, 14 avril.

CIBA. (1997). « Ritalin, Ritalin SR » (monographie de produit). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*, 32e édition. Ottawa : Association Pharmaceutique Canadienne.

COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES AND COMMITTEE ON DRUGS. (1996). « Medication for children with attentional disorders ». *Pediatrics*, 98(2), 301-304.

CURLEY, B. (1996). « Agency survey reports overuse of Ritalin among U.S. children ». *Alcoholism and Drug Abuse Weekly*, 8, 18 mars, p. 6.

DACKIS, C.A., et GOLD, M.S. (1990). « Addictiveness of central stimulants ». *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, *9*(1), 9-26.

DAVIS, R. (1995). « "Meth" use in the 90s : A growing epidemic ». *USA Today*, 7 septembre, p. 7A.

DRUG ENFORCEMENT ADMINISTRATION (DEA). (1995). *Methylphenidate : A Background Paper*. Washington, DC : Drug and Chemical Evaluation Section, Office of Diversion Control, Drug Enforcement Administration, U.S. Departement of Justice.

DESCHESNES, M., et SCHAEFER, C. (1997). Style de vie des jeunes du secondaire en Outaouais. Tome 1 (secteur général). Hull : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

DILLER, L.H. (1996). « The run on Ritalin : Attention deficit disorder and stimulant treatment in the 1990s ». *Hastings Center Report*, 26, 12-18.

DORÉ, C., et COHEN, D. (1997). « La prescription de stimulants aux enfants "hyperactifs" : une étude pilote des incitatifs et contraintes pour les parents, les médecins et les enseignants ». *Santé mentale au Québec*, 22(1), 216-238.

DULCAN, M., et POPPER, K. (1991). *Concise Guide to Child and Adolescent Psychiatry*. Washington, DC : American Psychiatric Press.

EMONSON, D.L., et VANDERBEEK, R.D. (1995). « The use of amphetamines in U.S. Air Force tactical operations during Desert Shield and Storm ». *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 66(3), 260-263.

FIALKOV, M.J., et HASLEY, S. (1984). « Psychotropic drug effects contributing to psychiatric hospitalization of children : A preliminary study ». *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 5(6), 325-330.

FISHER, R.L., et FISHER, S. (1997). « Are we justified in treating children with psychotropic drugs ? » *In* S. Fisher et R.P. Greenberg (éd.). *From Placebo to Panacea : Putting Psychotropic Drugs to the Test* (p. 307-322). New York : John Wiley & Sons.

FRANCIS, E.E., HEMMAT, J.P., TRELOAR, D.M., et YARANDI, H. (1996). « Who dispenses pharmaceuticals to children at school ? » *Journal of School Health*, 66(10), 355-358.

FRASER, J., et VITARO, F. (1995). « Les programmes de prévention des toxicomanies chez les jeunes : Une recension critique des écrits ». *Science et comportement*, 24(1), 1-30.

FULTON, A.I., et YATES, W.R. (1988). « Family abuse of methylphenidate ». *American Family Physician*, 38, 144-145.

GAWIN, F.H., et ELLINWOOD, E.H. (1988). « Cocaine and other stimulants : Actions, abuse, and treatment ». *The New England Journal of Medicine*, 318(18), 1173-1182.

GILBERG, C., *et al.* (1997). « Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms ». *Archives of General Psychiatry*, 54, 857-864.

GOLDEN, G.S. (1991). « The role of attention deficit hyperactivity disorder in learning disabilities ». *Seminars in Neurology*, 11, 35-41.

GOLDMAN, E.L. (1995). Subtypes, comorbidities make definitive ADHD diagnosis difficult. *Pediatric News*, février, p. 28.

GOYER, P.F., DAVIS, G.C., et RAPOPORT, J.L. (1979). « Abuse of prescribed stimulant medication by a 13 year-old hyperactive boy ». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18, 170-175.

GRINSPOON, L., et HEDBLOOM, P. (1975). *The speed Culture : Amphetamine Use and Abuse in America*. Cambridge & London : Harvard University Press.

GUYON, L., et GEOFFRION, Y. (1997). *La toxicomanie au Québec : Bilan des études épidémiologiques faites depuis 1990*. Collection Études et Analyses, n° 34. Québec : Direction générale de la planification et de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux.

HAGLUND, R.M., et HOWERTON, L.L. (1982). « Ritalin : Consequences of abuse in a clinical population ». *The International Journal of Addictions*, 17, 349-356.

HANDEN, B.L., FELDMAN, H., GOSLING, A., BREAUX, A.M., et MCAULIFFE, S. (1991). « Adverse side effects of methylphenidate among mentally retarded children with ADHD ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(2), 241-245.

HARVEY, R. (1996). « Use of drug for hyperactivity soaring, study finds ». *Toronto Star*, 4 août, p. A14.

HECHTMAN, L., WEISS, G., et PERLMAN, T. (1984). « Hyperactives as young adults : Past and current substance abuse and antisocial behavior ». *American Journal of Orthopsychiatry*, 54(3), 415-425.

HEWITT, D., VINJE, G., et MACNEIL, P. (1995). *Young Canadians' Alcohol and Other Drug Use : Increasing our Understanding. Executive Summary*. Ottawa : Health Canada.

HUFFINGTON, B. (1997). « Peppermint Prozac ». *US News & World Report*, 18 août, p. 28.

IMS CANADA (1996). « Now pay attention... ADD and the drug debate ». *Health Points : A Compendium of Health Information by IMS Canada*, 1(1), 22 juillet, p. 1.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB) (1995). INCB Annual report, 1995 Background note no. 2 : Dramatic increase in methylphenidate consumption in US : Marketing methods questioned. United Nations Information Service, 28 février.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB) (1997). INCB Annual report, Background note no. 4 : INCB sees continuing risk in stimulant prescribed for children. United Nations Information Service, 4 mars.

JAVOBOVITZ, D., SROUFE, L.A., STEWART, M., et LEFFERT, N. (1990). « Treatment of attentional and hyperactivity problems in children with sympathomimetic drugs : A comprehensive review ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 677-688.

JAFFE, S.L. (1991). « Intranasal abuse of prescribed methylphenidate by alcohol and drug abusing adolescent with ADHD ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 773-775.

JENSEN, P.S., XENAKIS, S.N., SHERVETTE, R.E., BAIN, M.W., et DAVIS, H. (1989). « Diagnosis and treatment of attention deficit disorder in two general hospital clinics ». *Hospital and Community Psychiatry*, 40(7), 708-712.

KAMINER, Y. (1995). « Issues in the pharmacological treatment of adolescent substance abuse ». *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 5(2), 93-106.

KANE, G. (1996). Armed Forces Off-Limits for Ritalin-User. *Grands Rapids Press* (Michigan).

KASTEN, E.F., COURY, D.L., et HERON, T.E. (1992). « Educators' knowledge and attitudes regarding stimulants in the treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder ». *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13(3), 215-219.

KIGER, G. (1985). « Economic transformation and processing of hyperactive school children ». *Mid-American Review of Sociology*, 10, 65-85.

KLEIN R.G., LANDA, B., MATTES, J.A., et KLEIN, D.F. (1988). « Methylphenidate and growth in hyperactive children ». *Archives of General Psychiatry*, 45, 1127-1130.

KOEK, W., et COLPAERT, F.C. (1993). « Inhibition of methylphenidate-induced behaviors in rat : Differences among neuroleptics ». *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 267, 181-191.

KOLATA, A. (1996). « Boom in Ritalin sales raises ethical issues ». *The New York Times*, 15 mai, p. C6.

KWASMAN, A., TINSELY, B.J., et LEPPER, H.S. (1995). « Pediatricians' knowledge and attitudes concerning diagnosis and treatment of attention deficit and hyperactivity disorders : A national survey approach ». *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 149(11), 1211-1216.

MAAG, J.W., et REID, R. (1996). « Treatment of attention deficit hyperactivity disorder : A multi-modal model for schools ». *Seminars in Speech and Language*, 17(1), 37-58.

MANNING, A. (1995). « 90's teens find a new high by abusing Ritalin ». *USA Today*, 14 mars.

MANNUZA, S., KLEIN, R.G., BESSLER, A., MALLOY, P., et LAPADULA, M. (1993). « Adult outcome of hyperactive boys : Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status ». *Archives of General Psychiatry*, 50(7), 565-576.

MASI, G., MARCHESCHI, M., et LUCCHERINO, L. (1997). *Psychotropic Medication in Adolescence : Psychodynamic and Clinical Considerations.* Manuscrit non publié.

MAXMEN, J.S., et WARD, N.G. (1995). *Psychotropic Drugs Fast Facts*, deuxième édition. New York : W.W. Norton.

MAYES, S.D., et BIXLER, E.O. (1993). « Reliability of global impressions for assessing methylphenidate effects with children with attention-deficit hyperactivity disorder ». *Perceptual and Motor Skills*, 77, 1215-1218.

MCGUINESS, D. (1989). « Attention deficit disorder : The emperor's clothes, animal "pharm" and other fiction ». *In* S. Fisher et R. Greeberg (éd.), *The Limits of Biological Treatments for Psychological Distress* (p. 151-187). Hillsdale, NJ : LEA.

MERROW, J. (1995). « Reading, writing, and Ritalin ». *The New York Times*, 21 octobre, p. 21.

MORROW, D. (1997). « Attention disorder is found in growing number of adults ». *New York Times*, 2 septembre, p. 1.

MRAZEK, P.J., et HAGGERTY, R.J. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders : Frontiers for Preventive Intervention Research*. Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders, Institute of Medicine. Washington, DC : National Academy Press.

NAU, J.Y. (1995). « Un médicament pour enfants "hyperactifs" suscite la controverse ». *Le Monde*, 15 septembre. p. 11.

PARRAN, T.V., et JASINSKI, D.R. (1991). « Intravenous methylphenidate abuse : Prototype for prescription drug abuse ». *Archives of Internal Medicine*, 151(4), 781-783.

PERRING, C. (1997). « Medicating children : The case of Ritalin ». *Bioethics*, 11(3-4), 228-240.

PFEFFERBAUM, B., BUTLER, P.M., MULLINS, D., et COPELAND, D.R. (1987). « Two cases of benzodiazepine toxicity in children ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 48(11), 450-452.

PICKERING, H., et STIMSON, J.W. (1994). « Prevalence and demographic factors of stimulant use ». *Addiction*, 89(11), 1385-1389.

PRINZ, R.J., et LONEY, J. (1986). « The hyperactive child grows up : Teachers' descriptions and their predictors ». *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*, 5, 247-293.

QUINN, D.M.P. (1986). « Prevalence of psychoactive medication in children and adolescents ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 31(6), 575-580.

RAPOPORT, J.L., BUCHSBAUM, M., ZAHN, T.P., WEINGARTNER, H., LUDLOW, C., et MIKKELSEN, E. (1978). « Dextroamphetamine : Cognitive and behavior effects in normal prebupertal boys ». *Science*, 199, 560-563.

RAPPLEY, M.D., GARDINER, J.R., et JETTON, R.C.H. (1995). « The use of methylphenidate in Michigan ». *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 149, 675-679.

RICHTERS, J.E. *et al.* (1995). « NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD : I. Background and rationale ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 987-1000.

SAFER, D.J. (1994). « The impact of recent lawsuits on methylphenidate sales ». *Clinical Pediatrics*, 33(3), 166-168.

SAFER, D.J., et KRAGER, J.M. (1983). « Trends in medication treatment of hyperactive school children : Results of six biannual surveys ». *Clinical Pediatrics*, 22(7), 500-504.

SAFER, D.J., et KRAGER, J.M. (1984). « Trends in medication therapy for hyperactivity : National and international perspectives ». *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*, 3, 125-149.

SAFER, D.J., et KRAGER, J.M. (1994). « The increased rate of stimulant treatment for hyperactive/inattentive students in secondary schools ». *Pediatrics*, 94, 462-464.

SAFER, D.J., ZITO, J.M., et FINE, E.M. (1996). « Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s ». *Pediatrics*, 98(6), 1084-1088.

SCAHILL, L., et LYNCH, J.A. (1994). « The use of methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder ». *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 7(4), 44-47.

SHAYWITZ, S.E., *et al.* (1985). « Psychopharmacology of attention deficit disorder : Pharmacokinetic, neuroendocrine, and behavioral measures following acute and chronic treatment with methylphenidate ». *Pediatrics*, 69, 688-694.

SHERMAN, M., et HERTZIG, M.E. (1991). « Prescribing practices of Ritalin : The Suffolk County, New York study ». *In* L.L. Greenhill et B.B. Osman (éd.), *Ritalin : Theory and Patient Management* (p. 187-194). New York : Mary Ann Liebert, Inc., Publishers.

SIMEON, J.G., et WIGGINS, D.M. (1993b). « The placebo problem in child and adolescent psychiatry ». *Acta Paedopsychiatrica*, 56, 119-122.

SIMEON, J.G., WIGGINS, D.M., et WILLIAMS, E. (1995). « World wide use of psychotropic drugs in child and adolescent psychiatric disorders ». *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 19, 455-465.

SOMMERS-FLANAGAN, J., et SOMMERS-FLANAGAN, R. (1996). « Efficacy of antidepressant medication with depressed youth : What psychologists should know ». *Professional Psychology : Research and Practice*, 27(2), 145-153.

SPENCER, T., BIEDERMAN, J., WILENS, T., HARDING, M., O'DONNELL, D., et GRIFFIN, S. (1996). « Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(4), 409-432.

SPENSLEY, J., et ROCKWELL, D.A. (1972). « Psychosis during methylphenidate abuse ». *New England Journal of Medicine*, 286 (20 avril), 880-881.

STEPP, L.S. (1996). « A wonder drug's worst side effect. Kids turning to easy-to-get Ritalin for a quick—and sometimes deadly—high ». *The Washington Post*, 6 février, p. A1, A6.

STERNBACH, H. (1981). « Pemoline-induced mania ». *Biological Psychiatry*, 16(10), 987-989.

STEWART, D.G., et BROWN, S.A. (1995). « Withdrawal and dependency symptoms among adolescent alcohol and drug abusers ». *Addiction*, 90, 627-635.

STRAUCH, B. (1997). « Use of antidepression medicine for young patients has soared ». *The New York Times*, 10 août, p. A1, A24.

SWANSON, J.M., CANTWELL, D., LERNER, M., MCBURNETT, K., PFIFFNER, L., et KOTKIN, R. (1992). « Treatment of ADHD : Beyond medication ». *Beyond Behavior*, 4(1), p. 13-16 et 18-22.

SWANSON, J.M., MCBURNETT, K., CHRISTIAN, D.L., et WIGAL, T. (1995). « Stimulant medications and the treatment of children with ADHD ». *In* T.H. Ollendick et R.J. Prinz (éd.), *Advances in Clinical Child Psychology*, volume 17 (p. 265-322). New York : Plenum Press.

SWANSON, J.M., *et al.* (1993). « Effect of stimulant medication on children with Attention Deficit Disorder : A "review of reviews" ». *Exceptional Children*, 60, 154-162.

TUCKER, M.E. (1997). « "Dear Doctor" : A reminder of potential Cylert risk ». *Clinical Psychiatry News*, mars, p. 4.

TURNER, J. (1996). « Ritalin sharer expelled : Friend who sold drug also booted ». *Roanoke Times*, 16 mai, p. A1.

VITARO, F., DOBKIN, P., JANOSZ, M., et PELLETIER, D. (1992). « Enfants et adolescents à risque de toxicomanies ». *Apprentissage et Socialisation*, 15(2), 109-120.

VITIELLO, B., et JENSEN, P.S. (1997). « Medication development and testing in children and adolescents : Current problems, future directions ». *Archives of General Psychiatry*, 54(9), 871-876.

VOLKOW, N.D., DING, Y., FOWLER, J.S., WANG, G., LOGAN, J., GATLEY, J.S., DEWEY, S., ASHBY, C., LIEBERMAN, J., HITZEMANN, R., et WOLF, A.P. (1995). « Is methylphenidate like cocaine ? Studies on their pharmacokinetics and distribution in the human brain ». *Archives of General Psychiatry*, 52(6), 456-463.

WEINER, J.M. (éd.) (1977). *Psychopharmacology in Childhood and Adolescence*. New York : Basic Books, 1977.

WERRY, J.S. (1993). « Long-term drug use in psychiatric disorders in children : Facts, controversies and the future ». *Acta Paedopsychiatrica*, 56, 113-118.

WHALEN, C.K., et HENKER, B. (1997). « Stimulant pharmacotherapy for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders : An analysis of progress, problems, and prospects ». *In* S. Fisher et R.P. Greenberg (éd.). *From Placebo to Panacea : Putting Psychotropic Drugs to the Test* (p. 323-347). New York : John Wiley & Sons.

WILEY, R.F. (1971). « Abuse of methylphenidate (Ritalin) ». *New England Journal of Medicine*, 285, 464.

YAROSCHEVSKY, F., et SCHATZKY, D. (1996). « Ritalin, Ritalin, who's got the Ritalin ? » *The Globe and Mail*, 3 septembre, p. A17.

YOUNG, J.G. (1981). « Methylphenidate-induced hallucinosis : Case histories and possible mechanisms of action ». *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2, 35-38.

ZACHARY, G.P. (1997). « Male order : Boys used to be boys, but do some now see boyhood as a malady ? Marty Holt, a quirky kid, resisted "sick" tag, yet pressure to label is huge ». *The Wall Street Journal*, 2 mai, p. A1, A6.

ZITO, J.M., SAFER, D.J., DOSREIS, S., MAGDER, L.S., et RIDDLE, M.A. (1997). « Methylphenidate patterns among Medicaid youths ». *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 143-147.

CHAPITRE 6

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Synthèse des principaux constats concernant les personnes âgées et les femmes

La prévalence, les facteurs sociaux ainsi que les effets associés à la prescription et à l'utilisation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées et les femmes conduisent aux constats suivants :

1) Les personnes âgées et les femmes constituent les groupes d'utilisateurs les plus importants et les benzodiazépines sont, de loin, les médicaments psychotropes les plus prescrits à ces groupes.

2) Si la prescription et l'utilisation de benzodiazépines ont diminué depuis le début des années quatre-vingts, un noyau important d'utilisateurs à long terme demeure. Il comporte une majorité de personnes âgées, et plus précisément, de femmes âgées.

3) Des facteurs sociaux sont associés à la consommation importante de médicaments psychotropes au sein des deux groupes étudiés ici. Chez les femmes, une situation socio-économique souvent plus difficile que celle des hommes d'un même milieu, une marginalisation persistante sur le marché du travail, un fardeau socio-affectif souvent lourd, une socialisation qui encourage le recours aux soins de santé et l'expression des problèmes de détresse psychologique et de santé mentale sont autant de facteurs qui encouragent la consommation.

4) Chez les personnes âgées, des pathologies multiples, des douleurs chroniques et des problèmes d'insomnie se conjuguent avec des problèmes socio-affectifs particuliers à ce groupe. La trajectoire sociale du vieillissement implique un phénomène de perte au niveau social et psychologique et de marginalisation face à l'ensemble de la société. Le retrait du marché du travail, le départ des enfants, le deuil du conjoint, le démantèlement progressif du réseau social sont autant de facteurs qui, souvent, conduisent à l'isolement. Ces facteurs qui se renforcent mutuellement encouragent la consommation de médicaments psychotropes.

5) Les pratiques de prescriptions des médecins, fortement influencées par des déterminants sociaux de divers ordres orientent également l'utilisation de psychotropes. Loin d'être neutre et systématique, la prescription de psychotropes s'est fondée, dès l'apparition de ces substances, sur des indications médicales très larges, allant jusqu'à un usage prophylactique au regard de certaines pathologies. La difficulté à reconnaître et à distinguer les problèmes de détresse psychologique, d'anxiété et de dépression a également conduit à une utilisation qui n'est pas toujours fondée médicalement et scientifiquement. Les pressions de la demande sociale, le désir de répondre aux attentes des patients, l'inconfort à refuser, les contacts avec l'industrie pharmaceutique sont autant d'éléments qui ont pu influencer ces pratiques et conduire à une aussi forte prévalence de l'utilisation de médicaments psychotropes au sein des deux groupes étudiés.

6) Les résultats de nombreuses études tendent à préciser, de plus en plus, quels sont les effets néfastes associés à la consommation à court et à long terme de médicaments psychotropes chez les utilisateurs : troubles cognitifs, psychomoteurs et de comportement. Les études ont également fait la démonstration de la place importante qu'occupent les benzodiazépines dans les tentatives de suicide.

7) La prévalence de la consommation de médicaments psychotropes à long terme chez les femmes et les personnes âgées soulève nécessairement la question de la dépendance et de l'abus quant à ces substances. Ce thème a fait l'objet d'un important débat depuis plus de quinze ans, débat centré sur les caractéristiques du médicament, en l'occurrence les benzodiazépines, plutôt que sur les caractéristiques des groupes qui le consomment. Deux tendances d'interprétation émergent de ce débat, l'une expliquant la consommation à long terme par la prévalence et le caractère chronique des problèmes d'anxiété et d'insomnie (*therapeutic use model*), l'autre par le développement d'une dépendance à ces substances (*abuse model*).

8) Les études ont démontré l'existence d'une tolérance, d'un syndrome de sevrage ainsi que la présence d'effets renforçants chez les utilisateurs à court et à long terme.

9) Si les résultats des études démontrent clairement l'existence d'une tolérance, d'un syndrome de sevrage ainsi que d'effets renforçants lors de l'utilisation de benzodiazépines, les indicateurs classiques de toxicomanies tels la compulsion et l'usage non médical se révèlent mal adaptés et difficiles à cerner dans les faits.

10) En ce qui concerne les personnes âgées, il est très difficile de distinguer les comportements volontaires et intentionnels de ceux qui relèvent davantage de la confusion ou de l'incapacité à respecter les consignes médicales. Il semble y avoir de la part des auteurs, dans ce champ, une certaine résistance à la perspective de distinguer clairement l'abus de la non observance. Cette attitude est peut-être également liée à la difficulté inhérente à établir cette distinction entre les deux types de comportement, faute de définitions claires, de critères ou d'indicateurs adaptés à cette population et faute de données fines sur les comportements d'utilisation des personnes âgées.

11) La fréquence des phénomènes d'abus de substances psychotropes serait en outre sous-diagnostiquée par les médecins. Les imprécisions quant aux indicateurs de toxicomanies, le débat autour des indications de la prescription, les biais des enquêtes populationnelles, l'isolement des personnes ayant des comportements d'abus ainsi que le déni des proches et des patients eux-mêmes en regard du phénomène d'abus seraient ici en jeu.

12) Nous constatons enfin que si les données sont trop parcellaires actuellement pour véritablement cerner l'ampleur des phénomènes d'abus et de dépendances aux médicaments psychotropes, les indices sont suffisamment présents pour soulever un questionnement à cet égard et nécessiter impérativement le développement de la recherche dans ce champ.

Synthèse des principaux constats concernant les enfants

La prévalence, les facteurs sociaux ainsi que les effets associés à la prescription et à l'utilisation de médicaments psychotropes chez les enfants conduisent aux constats suivants :

1) Il y a eu une hausse importante de la consommation de stimulants (particulièrement le méthylphénidate ou Ritalin) des enfants d'âge scolaire. De 1990 à 1995, l'augmentation des prescriptions en Amérique du Nord est de 250 % à 300 %. Chez les garçons de 5 à 14 ans, la prévalence de la consommation serait de 10 % à 12 %. Ce phénomène est limité au Canada et aux États-Unis.

2) La hausse de la prescription va de pair avec une hausse des diagnostics de TDAH; l'indication principale pour les stimulants. Les deux phénomènes semblent pratiquement identiques.

3) Le consensus robuste sur les effets thérapeutiques des stimulants est celui d'un effet tranquillisant à court terme (sept à dix-huit semaines) chez une majorité d'enfants. Tous les auteurs concluent qu'aucun effet positif n'a été démontré à long terme en ce qui a trait aux habiletés académiques ou au fonctionnement social. De plus, la durée du traitement ne semble avoir aucun effet sur les « acquis » comportementaux.

4) L'étude systématique des effets néfastes des stimulants chez les enfants, en particulier la toxicité comportementale, est véritablement négligée dans les recherches. De nombreuses *cases studies* fournissent des descriptions détaillées d'effets néfastes sur le SNC, en particulier des dysphories, dépressions, léthargies, hyperactivité, effets de sevrage, mais les recherches de groupe et à long terme brillent par leur absence.

5) Le potentiel toxicomanogène des stimulants – le méthylphénidate en particulier – est abondamment documenté dans les recherches, les avis officiels récents d'organismes internationaux de lutte antidrogue, ainsi que dans le parcours historique de ces substances. Les effets neuropharmacologiques du méthylphénidate et de la cocaïne sont considérés comme virtuellement identiques.

6) Malgré ces évidences, la notion de toxicomanie chez les enfants traités au méthylphénidate n'est pas populaire. Il y a d'abord la difficulté à établir des indicateurs pertinents et valides de toxicomanies chez les enfants et adolescents recevant des médicaments psychotropes. Il y a aussi l'absence totale dans la documentation des perspectives subjectives des enfants traités, ce qui permettrait indirectement d'évaluer un indicateur comme la compulsion, par exemple.

7) Par contre, trois indicateurs classiques retiennent l'attention. Depuis deux ans, l'usage non médical des stimulants par les jeunes est bien documenté mais absent des articles scientifiques publiés. L'évidence se trouve dans les résultats de grands sondages auprès des jeunes du secondaire (qui documentent en particulier le détournement du Ritalin vers l'usage récréatif), les articles de quotidiens aux États-Unis, ainsi que les données sur les admissions en salles d'urgence pour abus de méthylphénidate chez les adolescents et même les préadolescents. Les effets de sevrage et de rebond comportemental sont documentés amplement dans des *case studies* mais peu de manière systématique dans des études contrôlées. Le troisième indicateur est celui du développement de

toxicomanies subséquentes au diagnostic de TDAH dans l'enfance. L'évidence plus ancienne était négative mais l'évidence récente semble appuyer l'existence d'un tel lien. Cependant, les recherches pertinentes persistent à ne pas examiner la *consommation de stimulants* dans l'enfance en relation avec le développement ultérieur d'abus de substances. Le seul lien véritablement examiné est celui entre le *diagnostic* de TDAH et l'abus ultérieur.

Déni et sous-estimation du phénomène

Nous remarquons un débat idéologique dans les écrits concernant les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes, notamment par rapport à la consommation de benzodiazépines. Jusqu'à un certain point, ce débat colore l'interprétation que l'on peut faire des résultats d'études épidémiologiques et cliniques. Le débat est nettement perceptible à travers les différentes synthèses qui se sont multipliées depuis le début des années quatre-vingts (voir section 4.4.1). Le débat est moins évident en ce qui concerne la consommation de médicaments psychotropes chez les enfants, probablement parce que les écrits scientifiques recèlent très peu d'études systématiques et globales sur cette consommation et donc des facteurs sociaux et contextuels qui influent sur cette consommation. Ces facteurs sembleraient néanmoins déterminants puisque les enfants ne demandent pas cette prescription et n'y consentent pas de facto. Ce manque de débat explicite pourrait découler partiellement du fait que les stimulants sont intimement liés, selon quelques experts, au développement de la psychopharmacologie des troubles de l'enfance comme discipline scientifique.

La présence d'interprétations antinomiques du phénomène pourrait témoigner du fort déni social que soulève la question des toxicomanies liées aux médicaments, dans la mesure ou le *therapeutic model* est dominant. Un déni face à des phénomènes d'abus et de dépendance susceptibles de se développer ou d'être alimentés à travers la prescription médicale rend difficile l'évaluation scientifique de la situation réelle. Il induit une absence de réflexion et de questions de recherche visant à analyser la situation au moyen d'indicateurs spécifiquement adaptés au contexte thérapeutique, une sous-estimation du phénomène, une absence relative d'études sur les effets à long terme de la consommation de médicaments psychotropes. Cet état de chose est renforcé par un déni parallèle d'autres acteurs impliqués, dont une partie des cliniciens, des utilisateurs et de leur famille ou entourage proche.

Constats concernant les données existantes et les méthodes de collecte de données

À travers cette recension des écrits et des données disponibles à partir des grandes enquêtes canadiennes et québécoises, nous constatons le manque de données fines permettant de véritablement capter le phénomène de la consommation de médicaments psychotropes en soi dans l'ensemble de la population, et tout particulièrement, pour les groupes à risque que constituent les enfants, les personnes âgées et les femmes.

L'utilisation des médicaments psychotropes au sein des deux premiers groupes est d'autant plus difficile à cerner que l'enquête auprès de ces populations, situées soit en amont ou en aval de la vie adulte, se heurte à des limites plus importantes que celles généralement constatées au sein de la population adulte dans son ensemble. Par exemple, les biais de mémoire risquent d'être particulièrement importants dans la population des personnes âgées, l'enquête auprès des jeunes se heurtant possiblement quant à elle à divers problèmes d'ordre éthique (validité de données récoltées auprès des mineurs; refus, réticences ou difficultés à les utiliser comme sujets de recherche). Dans ces deux cas, la discordance entre les rôles sociaux et les valeurs véhiculées à travers le concept de toxicomanie peut accentuer l'influence de désir social dans les réponses aux questionnaires. Ainsi, par exemple, les personnes âgées apparaissent particulièrement sensibles aux valeurs religieuses et aux normes sociales. Dans le cas d'enfants préadolescents, les questions mêmes de recherche ne semblent pas adaptées aux manifestations possibles des toxicomanies au sein de cette population (trajectoires futures possibles de consommation de psychotropes, etc.).

Failles méthodologiques principales

À ces limites, il faut ajouter celles qui proviennent de la façon dont sont conçues les enquêtes. Nous constatons à cet égard un manque d'harmonisation des données actuellement disponibles à partir des grandes enquêtes, notamment au niveau de la fenêtre temporelle (deux jours, deux semaines, une année, etc.) ainsi qu'au niveau des classes de médicaments utilisées. Des chevauchements entre les catégories de médicaments à l'intérieur d'une même enquête, des catégories non-directement comparables d'une enquête à une autre, des réponses imprécises quant au type de médicament utilisé sont autant d'éléments qui nuisent à la comparaison dans le temps et dans l'espace. Ces limites empêchent d'avoir des données valides concernant le phénomène de la consommation au sein de ces populations.

Manque d'indicateurs adaptés

Nous constatons également qu'il y a peu d'indicateurs de dépendance adaptés à la question des médicaments psychotropes au sein des banques de données. Même un indicateur classique comme celui des effets de sevrage – facilement inférable de réponses subjectives à quelques questions dans un questionnaire – est absent des banques de données actuellement existantes.

Manque de données publiques et indépendantes

Nous constatons qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de banques de données publiques indépendantes des données de pharmacovigilance produites par l'industrie pharmaceutique. Les données commerciales d'IMS, pour intéressantes qu'elles soient, sont pratiquement inaccessibles compte tenu des coûts requis pour pouvoir les utiliser.

Manque de données d'enquêtes adaptées à l'évolution des tendances de consommation

Enfin, nous constatons un manque d'adaptation des données d'enquêtes à l'évolution rapide de la consommation de médicaments psychotropes. Le « système » d'utilisation des médicaments lui aussi connaît des mutations relativement profondes avec, par exemple, un raccourcissement des délais d'approbation des médicaments par les agences régulatrices ainsi qu'une implication grandissante de l'industrie pharmaceutique dans la dissémination d'informations directement aux consommateurs, par le biais de publicités dans les journaux et magazines ou, aux États-Unis, à la télévision. Ces modifications entraînent des conséquences importantes quant aux patterns de consommation et à la vitesse de leur développement. Règle générale, les journaux – et non les chercheurs présumément experts dans le domaine ou les décideurs concernés – sont les premiers informés.

Par exemple, à l'heure où l'on constate une diminution de la consommation de benzodiazépines, il y a augmentation de celle d'antidépresseurs et de stimulants. Les transformations qui ont cours au niveau de l'arsenal thérapeutique et la multitude de nouveaux médicaments mis sur le marché chaque année requièrent des données suffisamment précises et complètes concernant toutes les classes de médicaments psychotropes pour permettre aux chercheurs de suivre une évolution dans l'utilisation qui se traduit souvent par le principe des vases communicants, c'est-à-dire par l'abandon progressif d'une classe de médicaments pour une autre. Voici une illustration récente de ce phénomène.

Transformation des tendances de consommation : le cas récent des antidépresseurs

Selon les données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP, 1995) menée auprès d'environ 17 500 sujets, la consommation des antidépresseurs est à la hausse dans la population générale. Les sujets furent interrogés sur leur consommation de différentes catégories de médicaments psychotropes durant les 30 jours précédant l'enquête. Pour la première fois dans une enquête canadienne sur la population générale, la proportion de consommateurs « d'antidépressifs » (2,8 %) dépassait celle de consommateurs de « tranquillisants comme le Valium » (2,6 %).

Des données plus récentes nous suggèrent que cette consommation serait en fait plus élevée. IMS Canada (cité dans Bromstein, 1997) rapporte que cinq millions de prescriptions d'antidépresseurs ISRS auraient été émises en 1996, mais nous ne savons pas combien de canadiens en auraient consommé. Cependant, IMS America (cité dans Strauch, 1997) rapporte que 28 millions d'Américains – 10 % de la population – auraient reçu au moins une prescription d'ISRS en 1996.

Les enfants ne sont pas épargnés par ces tendances, telle que le relate la presse américaine (Huffington, 1997; Leonard, 1997; Strauch, 1997; Tanouye, 1997). Citant les données d'IMS America, le *New York Times* rapportait que le nombre de nouvelles prescriptions de fluoxétine (Prozac) aux enfants de 6 à 12 ans avait augmenté de 298 % *en une seule année* (1995 à 1996), passant de 51 000 à 203 000. Le nombre global de nouvelles prescriptions de trois antidépresseurs ISRS (Prozac, Paxil et Zoloft) auprès des 6 à 18 ans aurait pour sa part augmenté de 168 % cette même année, passant de 472 000 à 796 000 (Strauch, 1997). Enfin, le 17 octobre 1997, la Food and Drug Administration, aux États-Unis, a

officiellement approuvé l'antidépresseur Zoloft (sertraline) comme médicament pédiatrique (Anonyme, 1997).

Zarifian (1996), dans son rapport officiel sur la prescription de psychotropes, mandaté par le gouvernement français et rédigé en 1995, avait analysé ces phénomènes de « substitution » de médicaments :

> Il est à craindre que dans cinq ou six ans nous ne connaissions avec les antidépresseurs un phénomène analogue à celui qui a été constaté avec les benzodiazépines. Tout est en place pour une formidable explosion de la consommation d'antidépresseurs, en particulier dans la série d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine dont le nombre va croître sur le marché. L'encadrement extrêmement serré de l'opinion médicale, la parfaite collaboration du milieu académique avec l'industrie pharmaceutique vont faciliter cette situation dont tous les aspects sont déjà contrôlés : les données épidémiologiques démonstratives justifient toutes les augmentations du volume de prescriptions; les concepts cliniques sont atomisés, ouvrant très grand le marché, de nombreux efforts ont été déployés pour obtenir que le concept d'anxio-dépression soit reconnu dans la classification de l'OMS (ce qui est chose faite); seront donc légitimes, à présent, des indications nouvelles pour de nouveaux produits ou des débordements d'indications pour d'anciens produits; on affirme la nécessité de traiter pendant des années; toutes les catégories d'âge sont touchées; on « démontre » avec insistance combien l'instauration de traitements antidépresseurs permet de réaliser des économies; [...] on conditionne directement l'opinion publique par les médias; on encadre les prescripteurs par des opérations de formation continue [...] (p. 220).

Recommandations

Les recommandations proposées touchent presque exclusivement le domaine de la recherche. En effet, cette recension a fait ressortir clairement le manque de documentation centrée sur la problématique et en conséquence le manque d'indicateurs pertinents. Avec de telles informations, nous serions en mesure d'émettre des recommandations touchant les politiques et les moyens d'intervention et de prévention. À l'étape actuelle du développement des connaissances, nos recommandations visent plutôt les chercheurs et les personnes concernées par la problématique et ont comme objectif de permettre de constituer une masse critique de connaissances valides et fines sur le sujet.

Banques de données

— **Développer des banques de données publiques et indépendantes sur l'évolution de la consommation des médicaments psychotropes.** Toutes les banques de données actuelles, hormis celles d'IMS, fournissent des données parcellaires, à de trop longs intervalles temporels, de manière trop imprécise pour permettre aux chercheurs et aux décideurs de suivre de manière régulière l'évolution et les mutations du phénomène. En règle générale, les données accessibles aux

chercheurs offrent des portraits statiques et souvent dépassés au moment où elles deviennent disponibles.

— **Développer des banques de données susceptibles de permettre d'identifier et d'analyser le phénomène tel qu'il existe.** En particulier, les enquêtes générales de consommation de médicaments doivent impérativement utiliser des catégories comparables d'une enquête à l'autre. Compte tenu des sommes et des efforts requis pour mener ces grandes enquêtes, il est inexcusable que les catégories importantes ne soient comparables d'une enquête à l'autre. À l'intérieur d'une même enquête, les chevauchements entre catégories de médicaments (par exemple : « tranquillisants », « somnifères », « psychotropes ») doivent être évités à tout prix afin que les données soient utilisables. De plus, il est important de pouvoir préciser quels types de médicaments spécifiques sont consommés plutôt que de tabler exclusivement sur la « fonction » du médicament (pour dormir, pour calmer, pour les nerfs, etc.).

Orientations et développement de la recherche

— **Encourager la recherche dans le champ des toxicomanies liées aux médicaments psychotropes** grâce à des appels d'offres d'organismes subventionnaires tels que le CQRS et le FRSQ concernant spécifiquement :

1) les facteurs socio-économiques, à petite et à grande échelle, qui sous-tendent la prescription et l'utilisation;

2) les cadres conceptuels et les modèles explicatifs;

3) les perspectives subjectives des acteurs (incluant les consommateurs), notamment au moyen de recherches qualitatives susceptibles de générer de nouvelles hypothèses ou interprétations des données existantes;

4) les indicateurs de toxicomanies adaptés à l'utilisation de médicaments dans le contexte thérapeutique;

5) les outils de dépistage (par exemple : dépistage d'effets de sevrage et de rebond) pour les médecins, pharmaciens, éducateurs, utilisateurs, proches et autres acteurs directement impliqués dans les situations de prescription de médicaments psychotropes.

Références

ANONYME. (1997). « Pediatric approval for Pfizer's Zoloft ». *Marketletter*, 20 octobre.

BROMSTEIN, E. (1997). « One big Prozac party ». *The Gazette*, 26 août, p. A4.

ENQUÊTE NATIONALE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (ENSP) (1995).

ENQUÊTE CANADIENNE SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET AUTRES DROGUES (ECCAAD) (1994).

HUFFINGTON, B. (1997). « Peppermint Prozac ». *US News & World Report*, 18 août, p. 28.

LEONARD, M. (1997). « Children: The hot new market for antidepressants ». *The Boston Globe*, 28 mai.

STRAUCH, B. (1997). « Use of antidepression medicine for young patients has soared ». *The New York Times*, 10 août, p. A1, A24.

TANOUYE, E. (1997). « Antidepressant makers study kids' market ». *The Wall Street Journal*, 4 avril, p. 1, B1, B6.

ZARIFIAN, E. (1996). *Le prix du bien-être*. Psychotropes et société. Paris : Odile Jacob.