

De l'activité pharmacologique à l'usage des drogues : la construction des connaissances sur les psychotropes

From Pharmacological Activity to Drug Use: Constructing Knowledge About Psychotropic Drugs

Michael Montagne, Ph.D.

Volume 22, Number 1, Spring 1997

Thérapie et patient borderline (1) et Médicaments psychotropes : aspects psychosociaux (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/502100ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/502100ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Montagne, M. (1997). De l'activité pharmacologique à l'usage des drogues : la construction des connaissances sur les psychotropes. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 149–163. <https://doi.org/10.7202/502100ar>

Article abstract

Drug effects are complex events in drug users' lives. What do we know about the effects of major psychotropic drugs, and how have we arrived at this knowledge? An exercise is presented herein that assists the reader in assessing the state of her or his knowledge about the effects of certain psychotropic drugs. The exercise format allows the reader to explore how their and others' knowledge about psychotropic drugs are constructed, by examining cellular, organal, behavioral, and social levels of experience for specific drugs. Examples of effects for five specific drugs, identified from a variety of sources, are presented and described in the context of these different levels of experience.



De l'activité pharmacologique à l'usage des drogues : la construction des connaissances sur les psychotropes

Michael Montagne*

Les effets des drogues sont des événements complexes dans la vie des usagers. Que savons-nous des effets des plus importants psychotropes et comment en sommes-nous arrivés à ces connaissances? Un exercice proposé aide le lecteur à évaluer l'état de ses connaissances. En examinant les niveaux d'expérience cellulaire, organique, comportemental et social de certaines drogues, l'exercice permet au lecteur d'explorer comment ses connaissances et celles des autres sont construites. Des exemples d'effets de cinq drogues, identifiés à partir de diverses sources, sont présentés et décrits dans le contexte de ces niveaux d'expérience.

L'usage des drogues est une expérience quotidienne pour la plupart des gens, soit de façon directe par l'administration ou la consommation de médicaments, soit indirectement par des échanges de vues avec d'autres personnes à propos de leurs expériences. Par exemple, nous avons entendu parler récemment de la sérotonine et de la mélatonine, des drogues naturelles qui se retrouvent dans notre corps et aussi dans de nouveaux médicaments, comme le Prozac, qui agissent sur la sérotonine.

Toutefois, ces nouveaux médicaments semblent faire beaucoup plus qu'influencer la quantité de sérotonine dans le corps humain. Pour les usagers, ces drogues soulagent des états comme la dépression ou le syndrome prémenstruel ainsi que certains symptômes comme l'anxiété. Des usagers rapportent que ces drogues peuvent produire d'autres types d'effets : humeur changeante, nervosité, anorexie, insomnie, nausée, migraine, meilleure performance, sentiment de tranquillité, timidité, personnalité changée, spiritualité accrue, manie, somnolence, éruption cutanée, tremblement, étourdissement, gain ou perte de poids, sentiment d'étrangeté émotionnelle, rires ou pleurs excessifs et perte de concentration. Les médias parlent du Prozac comme de la pilule joyeuse (« soyez heureux sans effets secondaires ») et décrivent « com-

* Michael Montagne, Ph.D., est professeur agrégé de pharmacie sociale à la Division des sciences pharmaceutiques du Massachusetts College of Pharmacy and Allied Health Services, à Boston.

ment la science vous permettra de changer votre personnalité au moyen d'une pilule » (Anonyme, 1994).

Plusieurs médecins et professionnels de la santé croient que certains antidépresseurs peuvent changer la façon de vivre des gens et même changer l'humeur et les émotions d'individus en parfaite santé, si ces derniers le désirent. Les groupes de consommateurs et de défense des droits des patients croient et rapportent que certains antidépresseurs provoquent des attaques et des cauchemars chez certaines personnes et les rendent même suicidaires. De plus, ces produits seraient mal utilisés par des gens qui ne sont pas vraiment malades. Est-ce que tous ces « effets » sont *causés* uniquement par une substance qui agit sur la sérotonine dans notre corps ?

Examinons ce que nous savons actuellement au sujet de certaines drogues et comment nous en sommes arrivés à cette connaissance collective. Le but principal de cet article est d'encourager le lecteur à examiner de près quelles sont ses connaissances des psychotropes et comment elles ont été construites. Afin de brosser un tableau de l'éventail des croyances et connaissances qui existent, un bref aperçu des perspectives pharmacologiques et sociologiques sur l'expérience des drogues est ici fourni.

D'abord, il nous faut considérer la notion selon laquelle les effets des drogues sont perçus et décrits à différents niveaux d'expérience. À chaque niveau, du moléculaire et du cellulaire au physique et au culturel, ce que nous savons et ne savons pas des drogues et de leurs effets est fortement influencé par des idées et des informations à la fois pharmaceutiques et sociales (Bunce, 1979; Pellegrino, 1976; Wallace, 1959). Cette approche par niveaux d'analyse (voir tableau 1) constitue la base d'un exercice où le lecteur devra identifier ses connaissances sur cinq psychotropes et fournir des descriptions spécifiques des actions et des effets attribués à ces drogues. L'exercice permettra au lecteur de commencer à examiner comment ses connaissances ont été construites.

Les différents niveaux d'expérience

Chaque individu impliqué dans l'usage de substances comme les psychotropes, ou qui y est intéressé, apporte à l'examen d'une situation spécifique d'utilisation une connaissance et une expérience différentes. (Montagne, 1996; Naditch, 1975). Les expériences peuvent être perçues et interprétées à différents niveaux : activités moléculaires et cellulaires ; réponses physiologiques des systèmes de tissus et d'organes ; effets subjectifs et comportementaux ainsi qu'un vaste éventail de conséquences sociales et culturelles (voir tableau 1).

Par exemple, les scientifiques et les professionnels de la santé mettent l'accent sur l'activité cellulaire et moléculaire du psychotrope. Ils postulent que le gros de l'activité biologique correspond directement aux principaux effets physiques et psychiques chez les usagers (Julien, 1995). Les scientifiques qui en étudient le phénomène au niveau cellulaire sont peut-être en mesure d'identifier une « action » spécifique (normalement en termes d'activités de récepteurs), mais qu'elle équivale à un « effet » particulier d'une drogue demeure hypothétique. Les professionnels de la santé recherchent des effets thérapeutiques optimaux et ils espèrent limiter ou prévenir les effets secondaires. Ils s'attardent aux systèmes d'organes et aux réponses physiologiques qu'ils observent chez leurs patients.

Pour leur part, les usagers recherchent des substances bénéfiques pour les aider à atteindre leur but de santé et de bien-être. Ils se préoccupent rarement de l'activité au niveau cellulaire ou physiologique, mais davantage des effets au niveau physique ou comportemental ou sur leur vie quotidienne (Paul, 1965). La plupart des usagers ont un système de croyances ancré dans l'expérience même de la drogue au niveau comportemental et personnel (Morris et O'Neal, 1975). Les effets qu'ils attribuent à certaines substances chimiques constituent la raison principale derrière leur usage (Arluke, 1980).

Les effets sociaux et culturels des drogues sont rarement remarqués par les individus. On les identifie grâce à une vaste évaluation faite par des personnes qui étudient ces niveaux (par ex., les épidémiologistes, les chercheurs en sciences sociales) lors de l'examen de problèmes reliés à certains usages de la drogue, tels les effets secondaires de médicaments et les épidémies de mauvais usage (Barber, 1967; Hartzema et al., 1991; Svarstad, 1989).

Théories, croyances et mythes au sujet des actions et des effets

Depuis 1906 et l'introduction par Paul Ehrlich du concept des drogues comme *capsules magiques* (magic bullets), la théorie pharmacologique des effets des drogues a atteint des proportions paradigmatiques. Elle contrôle largement la pensée sur l'usage des drogues appelées « médicaments » (Giardina, et al., 1996; Gilman, 1996). La spécificité biochimique, incluant les interactions de récepteurs cellulaires et les relations entre dosage et réponse, sont les principes centraux de cette théorie. Celle-ci influence non seulement les façons d'étudier et de mesurer les effets des drogues mais aussi comment les nouvelles drogues sont développées et testées, comment la pharmacologie clinique est conçue et enseignée et comment la pharmacothérapie est prescrite et surveillée.

Cependant, il n'existe en réalité aucune loi connue qui définit la relation entre la constitution chimique et l'activité pharmacologique (Hofman, 1996). En fin de compte, toutes les connaissances sur les associations entre les structures chimiques spécifiques et l'activité pharmacologique mesurée, sans parler des effets vécus, reposent uniquement sur des données empiriques. Nos connaissances de la pharmacologie des drogues sont largement basées sur une notion tautologique selon laquelle les réponses chimiques normalement observées et mesurées en laboratoire, souvent avec des parties d'animaux (cellules et systèmes d'organes), sont présumées être des causes chimiques (Kenakin, 1993).

Les théories sociologiques, au contraire, décrivent les effets des drogues comme étant fondamentalement d'origine sociale (Becker, 1967 ; Orcutt, 1978). Elles s'opposent aux principes de base de la théorie pharmacologique, perçue comme une fausseté « chimiste ». L'erreur consiste à affirmer qu'une drogue particulière provoque des effets spécifiques qui sont fonction intégrante des propriétés biochimiques de cette drogue (Dubos, 1964).

Dans les théories sociologiques, on postule que la nature et la signification des effets ne dépendent pas directement de l'activité pharmacologique de la drogue mais sont plutôt une fonction des perceptions et des attributions des usagers ainsi que des définitions socialement construites qu'ils donnent à leurs expériences avec les drogues (Conrad, 1985 ; Cooperstock and Lennard, 1979 ; Zinberg, 1984). Le fondement pour percevoir, interpréter et décrire les effets des drogues est un assemblage métaphorique des connaissances sociales à leur sujet et sur leur usage (Helman, 1981 ; Montagne, 1988 ; Rhodes, 1984).

Du point de vue des usagers individuels et de la société, certaines croyances et conceptions culturelles paraissent avoir évolué vers des principes fondamentaux dominant la connaissance sociale (Lennard, 1971). Il semble exister une croyance répandue qu'une drogue produit un seul effet, ou un effet primaire considéré comme « principal », avec une connotation positive. Si d'autres effets sont ressentis, ils sont tenus pour « secondaires », avec cette fois une connotation négative. En fait, toute drogue produira un ensemble de changements cellulaires, physiologiques et psychologiques chez qui en fait usage.

Il semble aussi exister une croyance qu'une drogue produit le même effet chaque fois qu'elle est prise, et chez chaque individu qui la prend. Essentiellement, ces effets sont *causés* par le composé chimique qui est ingéré et, par extension, les « effets » sont une propriété de ce composé même — ils ne résultent pas de changements dans les organismes vivants

et n'en sont pas fonction. Toutefois, certains pharmacologues ont noté que « nous pouvons dire de plusieurs drogues que nous savons *comment* elles agissent et de quelle manière, mais sommes toujours incapables de dire *pourquoi* elles agissent comme elles le font » (Hofmann, 1996).

En conséquence, il semble y avoir une croyance générale que la plupart des drogues prescrites et en vente libre guérissent, mais la grande majorité ne le font pas. Elles ne font qu'améliorer les symptômes, prévenir l'exacerbation de crises, ou limiter l'étendue des dommages des affections chroniques et, généralement, pendant une certaine période seulement. La plupart des effets ne se produisent que si la drogue est présente physiquement dans le corps. Les drogues qui sont des remplacements chimiques externes sont rarement aussi efficaces que leurs contreparties endogènes. En tant que substances chimiques, elles affectent seulement les systèmes biologiques. La croyance dans les cultures scientifiques occidentales selon laquelle la maladie n'a qu'un fondement biologique mène à l'idée que les drogues constituent le traitement médical primaire ou optimal (Gilman, 1996 ; Lupton, 1993).

L'influence des connaissances et des croyances sur le développement des drogues et sur leur usage

Quelle influence ont ces théories, croyances et mythes sur la vie quotidienne ?

Les fabricants de drogues mettent l'accent sur l'effet principal et tentent d'optimiser l'activité biochimique de la molécule, d'accroître sa spécificité et cherchent à augmenter son efficacité en rehaussant ce seul effet, ou de réduire tous les autres effets ou du moins ceux qui sont considérés toxiques.

Cette mentalité se retrouve aussi chez les professionnels de la santé qui interagissent avec les fabricants, du moins par le biais de l'information construite par l'industrie. Lorsqu'ils traitent leurs patients, ils mettent l'accent sur un médicament avec un effet majeur. Plusieurs d'entre eux réalisent bien que les individus varient dans leurs réponses aux drogues. Ils recherchent alors le composé le plus actif, avec le plus haut degré de spécificité et le moins d'effets secondaires, souvent à la dose la plus faible. Ils font correspondre l'activité avec la puissance et la posologie.

Toutefois, les usagers s'attardent aux diverses modifications qui surviennent après l'ingestion du médicament. Une grande confusion peut s'ensuivre parce qu'ils ressentent beaucoup plus que le seul effet principal. De plus, ils portent leur attention sur ce seul effet.

Les usagers aussi bien que les professionnels qui les soignent emploient une variété de métaphores pour comprendre et décrire les effets qu'ils éprouvent et les raisons de leur usage des drogues. Par exemple, les drogues sont perçues comme de la magie (guérison mystique), de la nourriture (tonique, énergie, combustible), la solution à un problème (réponse, panacée), une forme d'aide (béquille, pacificateur, sucette, consolateur), un voyage (vacances, fuite), un endroit (paradis, un lieu sûr et relaxant), un obstacle (prison), un mal (ennemi, meurtrier), la mort (maladie, peste, poison), une image (style de vie, acceptation sociale ou déni), ou comme une forme de faiblesse morale (Montagne 1988 ; 1996). Ces métaphores sont à la base des connaissances individuelles et sociales au sujet des drogues et de leurs effets.

Les effets des psychotropes à travers différents niveaux d'expérience

Il est instructif d'examiner ses propres connaissances des effets d'une drogue particulière et aussi de réfléchir sur le savoir social et collectif à propos de cette même drogue. Un moyen d'entreprendre cette autoanalyse est d'identifier des petites parties de votre connaissance, nommées actions et effets, à chaque niveau d'expérience (voir tableau 1).

Tableau 1

Effets spécifiques de l'usage des drogues par niveaux d'expérience

NOM COMMERCIAL (nom générique)	
Type d'expérience personnelle avec cette drogue : _____	
Votre expérience et votre connaissance : _____	
Niveau d'expérience	Descriptions des actions et des effets
Social/Culturel	_____
Comportemental/Personnel	_____
Organique/Physiologique	_____
Moléculaire/Cellulaire	_____
NOTES :	_____

Si vous désirez explorer vos propres connaissances avant de lire les descriptions des actions et effets provenant d'autres personnes, faites alors cinq copies du format présenté au tableau 1 et classez chacune séparément avec le nom des drogues suivantes : fluoxétine (Prozac), triazolam (Halcion), méthylphénidate (Ritalin), carbonate de lithium et caféine. Pour chaque niveau d'expérience, dressez une liste avec des mots et phrases courtes des actions et effets associés à la drogue en question.

Si vous ne pouvez penser à une action ou un effet à un niveau donné, passez au suivant et considérez ce que vous savez et où vous pouvez le placer. Si vous avez des hésitations, ne vous attardez pas à l'endroit où insérer les mots ou les courtes phrases. La tâche la plus importante est *d'écrire ce que vous savez* au sujet des « effets » de cette drogue en particulier.

Les résultats de l'exercice pour ces cinq drogues démontrent un incroyable éventail de descriptions et de connaissances (voir tableau 2). Les descriptions des effets présentées au tableau 2 ont été obtenues par l'auteur au moyen de différentes méthodes, impliquant toutes le format des niveaux d'expérience. On y trouve un échantillon de données contenues dans les principaux ouvrages de référence en pharmacologie et en thérapeutique et dans les informations fournies par les agences gouvernementales (FDA, USPC), les organisations de professionnels de la santé et les sources médiatiques, incluant des articles de journaux et de magazines et des publicités. Les descriptions fournies par les consommateurs et les professionnels ont été obtenues à partir de groupes de discussion utilisant le format décrit plus haut.

L'auteur a fait faire l'exercice à des étudiants en pharmacie (environ 200 à ce jour), à des professionnels de la santé et des services sociaux (environ 50) et à des groupes de consommateurs. Les descriptions fournies par les participants ont été analysées, et celles le plus fréquemment mentionnées ont été répertoriées au tableau 2. Ces listes ne sont évidemment pas complètes ; les descriptions (incluant les vôtres) sont aussi variées que les individus qui les créent — une notion à ne pas oublier.

Tableau 2

Effets spécifiques de l'usage des drogues par niveau d'expérience pour le Prozac, l'Halcion, le Ritalin, le lithium et la caféine

PROZAC (fluoxétine)	
Niveau d'expérience	Descriptions des actions et des effets
	<p>Social/Culturel : dysfonctionnement sexuel, productivité accrue au travail, « psychopharmacologie cosmétique », drogue jouissant d'un grand intérêt social (« la pilule du bonheur »).</p> <p>Comportemental/Personnel : soulagement de symptômes de certains troubles psychiatriques : dépression, attaque de panique, trouble obsessionnel-compulsif, obésité, anorexie, dépendances (par ex. jeu compulsif), humeur changeante, meilleure performance, sentiment de tranquillité, timidité, personnalité changée, spiritualité éveillée, nervosité, anorexie, produisant l'anxiété ou la réduisant, insomnie, nausée, manie, soulagement des symptômes du syndrome prémenstruel, convulsions, migraine, cauchemars, somnolence, pensées suicidaires, éruption cutanée, étourdissement, perte ou gain de poids, sentiment d'étrangeté émotionnelle (ou se sentir comme mort à l'intérieur), rires ou pleurs excessifs, perte de concentration.</p> <p>Organique/Physiologique : transmission de la sérotonine rehaussée, activité électrophysiologique, hypoglycémie, suppression de la phase MOR (mouvement oculaire rapide) du sommeil, réactions allergiques.</p> <p>Moléculaire/Cellulaire : inhibiteur du recaptage de la sérotonine, peut aussi se fixer aux récepteurs muscariniques, histaminergiques et adrénergiques, mais les mécanismes spécifiques d'action demeurent inconnus.</p>
HALCION (triazolam)	
Niveau d'expérience	Descriptions des actions et des effets
	<p>Social/Culturel : risque plus élevé d'accident (particulièrement lorsque pris avec de l'alcool), « intoxication involontaire », drogue d'un grand intérêt social.</p> <p>Comportemental/Personnel : sommeil réparateur, effet tranquillisant, confusion, amnésie, ataxie, somnolence matinale, comportement psychotique, agitation, hallucination, paranoïa, dépersonnalisation.</p> <p>Organique/Physiologique : dépression du SNC, respiration et rythme cardiaque ralentis.</p> <p>Moléculaire/Cellulaire : rehausser/faciliter la transmission du GABA, un inhibiteur d'influx nerveux, stimulation des récepteurs GABA, contraire aux récepteurs de benzodiazépine, mais son mécanisme d'action spécifique demeure inconnu.</p>
RITALIN (méthylphénidate)	
Niveau d'expérience	Descriptions des actions et des effets
	<p>Social/Culturel : réduit les perturbations à l'école et au travail; introduction de l'usage d'un psychotrope à la maison et à l'école, drogue jouissant d'un grand intérêt social, associée avec les amphétamines (« Speed kills »).</p> <p>Comportemental/Personnel : traitement du trouble déficitaire de l'attention, narcolepsie, baisse ou augmentation de l'activité motrice, augmentation de l'attention et de la vigueur d'esprit, baisse</p>

de la fatigue, concentration accrue, légère euphorie, perte d'appétit, insomnie, étourdissement, nervosité, tolérance, états physique et psychologique de dépendance, paranoïa, agitation, changement des croyances des enfants au sujet des drogues, échanges de drogues, augmentation de comportements violents.

Organique/Physiologique : stimulation du cortex et des régions sous-corticales ainsi que du système respiratoire, augmentation du rythme cardiaque et de la tension artérielle, effet modéré sur le système sanguin périphérique.

Moléculaire/Cellulaire : régularise le blocage de la recapture de dopamine, stimulant ainsi le système dopaminergique, mais le mécanisme d'action spécifique demeure inconnu.

CARBONATE DE LITHIUM

Niveau d'expérience

Descriptions des actions et des effets

Social/Culturel : augmentation de l'interaction sociale, « drogue miracle » pour la maniaco-dépression, anti-agressivité.

Comportemental/Personnel : anti-manie, anti-dépression, prévention de la migraine vasculaire, mais peut causer des migraines, arrière-goût métallique, gain de poids, diarrhée, somnolence, anorexie, faiblesse musculaire, soif, tremblement des mains, inhibiteur d'activités spontanées.

Organique/Physiologique : altération de l'activité électrique des neurones, dépression du SNC, nombreuses actions pharmacologiques sur les systèmes hématologique, rénal, endocrinien, cardiaque et gastro-intestinal.

Moléculaire/Cellulaire : activité sur les ions métalliques alkali, théories suggèrent une réduction des concentrations de catécholamines, toutefois affecte plusieurs systèmes de neurotransmetteurs, mais le mécanisme d'action spécifique demeure inconnu ; peut aussi interférer avec le métabolisme des lipides inositiles.

CAFÉINE (méthylxanthine)

Niveau d'expérience

Descriptions des actions et des effets

Social/Culturel : augmentation de l'interaction sociale, lubrifiant social défini, marchandise importante.

Comportemental/Personnel : augmentation de la vigueur d'esprit, augmentation de la clarté et de la cohérence de la pensée, fébrilité, baisse de la fatigue, anxiété, augmentation de l'effort intellectuel, agitation, tremblements, insomnie, migraine, réduction de la rétention des fluides, indigestion, palpitations (battements rapides et forts).

Organique/Physiologique : stimulation du SNC (cortex), resserrement des vaisseaux sanguins, augmentation du rythme cardiaque et de la tension artérielle, augmentation des urines, sécrétion d'acide gastrique, relaxation des bronches, resserrement vasculaire cérébral, mais dilatation vasculaire périphérique, respiration rapide, régulation de la livraison de l'oxygène aux cellules.

Moléculaire/Cellulaire : bloque les récepteurs d'adénosine dans le SNC, l'adénosine pourrait être impliquée dans la production d'une sédation comportementale ; pourrait agir sur d'autres systèmes neurotransmetteurs ; au moins trois théories différentes de mécanismes d'action, mais le mécanisme d'action spécifique demeure inconnu.

Ce que nous savons sur les psychotropes et comment nous le savons

Que savons-nous vraiment de drogues particulières et comment les divers facteurs sociaux et pharmaceutiques influencent-ils la construction du savoir individuel et collectif au sujet de ces drogues ? Le phénomène du Prozac illustre l'extraordinaire variété d'effets que les usagers attribuent à un seul agent chimique. En examinant la nature et la signification des actions et des effets connus d'une drogue, les relations des effets entre un niveau d'expérience et un autre et le processus de construction et de transformation de ces connaissances sociales, nous pouvons mieux comprendre pourquoi ces drogues sont utilisées et comment se développent des problèmes reliés leur utilisation.

La fluoxétine, mieux connue par son nom commercial Prozac, agit au niveau cellulaire en inhibant le recaptage de la sérotonine à la membrane neuronale présynaptique (Feighner et Boyer, 1996). La sérotonine est un neurotransmetteur, donc une substance qui permet la transmission d'influx nerveux dans le cerveau. C'est un inhibiteur de l'activité et du comportement, un régulateur de la circulation sanguine et des aliments, de la température du corps et des instincts sexuels. La sérotonine affecte aussi plusieurs tissus et systèmes d'organes (Herdon et Glennon, 1993). La fluoxétine se fixe aussi aux récepteurs des systèmes de neurotransmission muscarinique, histaminergique et adr-énergique. Toutefois, son mécanisme précis d'action reste inconnu. Des recherches en pharmacologie comportementale suggèrent que la fluoxétine a peu de potentiel pour induire la dépendance ou l'usage abusif. Ses résultats cliniques à long terme et ses autres effets par suite d'un usage prolongé n'ont toujours pas été évalués dans des recherches expérimentales bien conçues, et ce pour toutes ses indications.

La fluoxétine peut réduire les symptômes de troubles psychiatriques (dépression, panique, trouble obsessionnel-compulsif, obésité et anorexie), et pourrait accroître de plus la productivité au travail. Elle peut aussi produire des dysfonctionnements sexuels. Elle est devenue la drogue exemplaire de la « psychopharmacologie cosmétique », c'est-à-dire la modification chimique de l'humeur, de la personnalité et du comportement chez les personnes « saines ».

Cette drogue a joui d'une grande attention médiatique. Les médias ont décrit comment les percées scientifiques concernant le cerveau augmentent la probabilité de personnalités « faites sur mesure ». Les effets personnels, sociaux et culturels attribués à la fluoxétine, particulière-

ment sous son nom commercial, pourraient, en fait, avoir peu de liens avec son activité sur certains systèmes physiologiques.

Aux États-Unis, la Food and Drug Administration (FDA) a servi un avertissement à certaines compagnies pharmaceutiques à propos de leur publicité sur certains effets d'antidépresseurs. Sans aucune approbation de la FDA pour certaines indications, des compagnies font la promotion de ces drogues pour le soulagement des symptômes du syndrome prémenstruel, de la dépression chronique, de la perte ou du gain de poids et de la dépression *post partum*. Un antidépresseur en particulier, le Zoloft, a été publicisé pour le traitement de patients souffrant de dépression après un infarctus, même si des recherches du fabricant indiquent que le produit pourrait causer des palpitations, des douleurs à la poitrine et des variations de tension artérielle (Langreth, 1996).

Ce type d'analyse par niveau d'expérience peut être appliqué pour évaluer les connaissances sur les quatre autres drogues de cet exercice. Les mécanismes d'actions spécifiques ne sont également pas encore connus pour ces autres drogues. Aux niveaux organique et comportemental, elles produisent des changements physiques et mentaux par le biais d'une altération d'un processus physiologique continu ; ces changements sont perçus, interprétés et décrits en des termes construits par des usagers ou des observateurs (chercheurs, professionnels de la santé).

Il est important d'apprécier comment l'information — en particulier celle destinée aux professionnels — est construite. Elle est issue de références pharmacologiques et de groupes de consensus, tel le *U.S. Pharmacopeial Convention*. Ces groupes ont recours à des panels d'experts pour évaluer les données des recherches et de la clinique.

Ces sources dressent souvent une liste de nombreux effets non reliés sur le plan physiologique (classifiés comme effets majeurs, secondaires, indésirables ; comme réactions toxiques ou de surdosage ; ou indications pour usage) pour une drogue. En fin de compte, cette classification n'est que le résultat des méthodes de collecte et d'analyse des données lors d'essais cliniques (USPC, 1997). Dans les recherches cliniques, les sujets sont censés rapporter tous les changements se produisant au niveau physique ou mental et les effets autres que thérapeutiques, qui sont tous notés pour la monographie du produit (Basara and Montagne, 1994). Les relations entre l'activité physiologique et les effets rapportés ne sont généralement pas décrites clairement. C'est le cas en fait pour à peu près tous les médicaments et les substances actives et non pas seulement pour les psychotropes.

Par exemple, dans une évaluation récente du traitement de l'hypertension, destinée à la formation continue des pharmaciens et comprenant seulement des produits pharmaceutiques, les auteurs ont décrit l'état actuel des connaissances sur ces drogues (Bazil and Gabriel, 1996). Ils passent en revue la pharmacologie, la thérapeutique et les résultats cliniques de neuf différentes catégories chimiques ou physiologiques de molécules, consistant en 37 drogues distinctes. Des mécanismes d'action ont été jusqu'à un certain point élucidés pour six catégories de molécules, mais demeurent inconnus pour les trois autres, incluant les diurétiques thiazide et les bêta-bloquants qui sont des médicaments populaires. Tandis que des activités spécifiques, mesurées ou observées, ont été démontrées pour les neuf catégories de molécules, la valeur de chaque produit en termes d'efficacité et de soins cliniques n'a été démontrée que pour deux.

Conclusion

La construction des connaissances au sujet des psychotropes et de leurs effets illustre comment des informations souvent incomplètes et anecdotiques, des données insuffisantes des recherches et même de simples hypothèses se transforment en faits scientifiques, en pratiques médicales acceptées et en certitudes (nourries par les médias) sur la vie et l'existence humaine (Gusfield, 1981).

Nous sommes trop portés à croire que : 1) nous possédons une bonne compréhension des effets des drogues, particulièrement des médicaments ; 2) que l'action de la drogue est égale à son effet, et que les effets à différents niveaux d'expérience sont directement reliés ; 3) que les effets de l'absorption d'une drogue seront les mêmes pour chaque usager et se produiront chez lui chaque fois que cette drogue est prise ; 4) que les drogues produisent ou causent seulement un effet, représentant souvent une guérison ; 5) que la recherche va découvrir des composés encore plus spécifiques qui affectent directement le tissu ou l'organe visés mais n'ont pratiquement aucune influence (par ex. des effets secondaires) sur les autres systèmes.

En réalité, nous ne connaissons pas les mécanismes d'action de plusieurs drogues utilisées couramment comme médicaments, sans parler des substances que nous utilisons à des fins non médicales. Il n'existe aucune drogue et il n'en existera jamais une qui ne produira qu'un seul effet premier et pratiquement aucun autre. Les mêmes effets ne se produisent pas toujours chez tous les patients ou chez le même patient tout le temps. La plupart des réponses cliniques, des bénéfiques thérapeutiques et des conséquences sociales et comportementales d'un usage à court et à

long terme n'ont pas été évalués dans des essais cliniques bien élaborés, ou encore moins répétés, ni dans d'autres recherches expérimentales.

L'information sur les drogues et leur effets provient d'une variété de sources accumulées sur de longues périodes et chaque nouvelle parcelle d'information re-construit notre connaissance sociale à leur sujet. Nous devons réaliser que les effets des drogues dépendent à la fois de l'activité fondamentale pharmacologique d'une molécule aussi bien que de la perception, de l'interprétation et de la description construites par l'usager des changements qui en résultent.

RÉFÉRENCES

- ANONYME, 1994, Beyond Prozac, *Newsweek*, 4 février, 36-40.
- ARLUKE, A., 1980, Judging drugs: patients' conceptions of therapeutic efficacy in the treatment of arthritis, *Human Organization*, 39, 84-88.
- BARBER, B., 1967, *Drugs and Society*, Russell Sage, New York.
- BASARA, L. R., MONTAGNE, M., 1994, *Searching for Magic Bullets: Orphan Drugs, Consumer Activism, and Pharmaceutical Development*, Haworth Press, New York.
- BAZIL, M. K., GABRIEL, G., 1996, Review of therapy for hypertension, *U.S. Pharmacist*, pp. 31, 37-39, 42, 44, 49.
- BECKER, H. S., 1967, History, culture, and subjective experience: an explanation for the social bases of drug-induced experiences, *Journal of Health and Social Behavior*, 8, 163-86.
- BUNCE, R., 1979, Social and political sources of drug effects: the case of bad trips on psychedelics, *Journal of Drug Issues* 9, 213-33.
- CONRAD, P., 1985, The meaning of medications: another look at compliance, *Social Science and Medicine*, 20, 29-37.
- COOPERSTOCK, R., LENNARD, H. L., 1979, Some social meanings of tranquilizer use, *Sociology of Health and Illness*, 1, 331-47.
- DUBOS, R., 1964, On the present limitations of drug research, in Talalay, P., éd., *Drugs In Our Society*, Johns Hopkins Press, Baltimore, 37-45.
- FEIGHNER, J. P., BOYER, W. F., 1996, *Selective Serotonin Re-Uptake Inhibitors*, Wiley, New York.
- GIARDINA, D., PIERGENTILI, A., PIGINI, M., 1996, *Perspectives in Receptor Research*, Elsevier, Amsterdam.
- GILMAN, A. G., 1996, *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 9^e éd., Macmillan, New York.
- GUSFIELD, J. R., 1981, *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*, University of Chicago Press, Chicago.

- HARTZEMA, A. G., PORTA, M. S., TILSON, H. H., 1991, *Pharmacoepidemiology, An Introduction*, 2^e éd., Harvey Whitney, Cincinnati.
- HELMAN, C. G., 1981, "Tonic", "Fuel", and "Food": Social and symbolic aspects of the long-term use of psychotropic drugs, *Social Science and Medicine*, 15B, 521-33.
- HERNDON, J. L., GLENNON, R. A., 1993, Serotonin receptors, agents, and actions, in Kozikowski, A. P., éd., *Drug Design for Neuroscience*, Raven Press, New York, 167-212.
- HOFMAN, A., 1996, Planned research and chance discovery in pharmaceutical development, in Bleidt, B. A., et Montagne, M., éd., *Clinical Research in Pharmaceutical Development*, Marcel Dekker, New York, 27-44.
- JULIEN, R. M., 1995, *A Primer of Drug Action*, 7^e éd., Freeman, New York.
- KENAKIN, T., 1993, *Pharmacologic Analysis of Drug-Receptor Interaction*, 2^e éd., Raven, New York.
- LANGRETH, L., 1996, Pfizer ordered to alter claims for Zoloft uses, *Wall Street Journal*, 7 août, B1, B2.
- LENNARD, H. L., 1971, *Mystification and Drug Misuse*, Jossey-Bass, San Francisco.
- LUPTON, D., 1993, The construction of patienthood in medical advertising, *International Journal of Health Services* 23, 805-19.
- MONTAGNE, M., 1988, The metaphorical nature of drugs and drug taking, *Social Science and Medicine*, 26, 417-24.
- MONTAGNE, M., 1996, The Pharmakon phenomenon: Cultural conceptions of drugs and drug use, in Davis, P., éd., *Contested Ground: Public Concern and Private Interest in the Regulation of Pharmaceuticals*, Oxford University Press, New York, 11-25.
- MORRIS, L. A., O'NEAL, E. C., 1975, Judgments about a drug's effectiveness: the role of expectations and outcomes, *Drugs In Health Care*, 2, 179-86.
- NADITCH, M. P., 1975, Individual differences and setting as determinants of acute adverse reactions to psychoactive drugs, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 161, 326-35.
- ORCUTT, J. D., 1978, Normative definitions of intoxicated states: a test of several sociological theories, *Social Problems*, 25, 385-96.
- PAUL, I. H., 1965, Individual differences in the recall of a drug experience, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 140, 132-45.
- PELLEGRINO, E., 1976, Prescribing and drug ingestion, symbols and substances, *Drug Intelligence Clinical Pharmacy*, 10, 624-30.
- RHODES, L. A., 1984, "This will clear your mind": the use of metaphors for medication in psychiatric settings, *Culture Medicine and Psychiatry*, 8, 49-70.

- SVARSTAD, B. L., 1989, Sociology of drugs in health care, in Wertheimer, A. I., et Smith, M. C., éd., *Pharmacy Practice: Social and Behavioral Aspects*, 3^e éd., Williams and Wilkins, Baltimore, 197-211.
- U.S. P. C., 1997, *USP-Dispensing Information*, deux volumes, 17^e éd., USPC, Rockville.
- WALLACE, A. F. C., 1959, Cultural determinants of response to hallucinatory experience, *Archives of General Psychiatry*, 1, 58-69.
- ZINBERG, N. E., 1984, *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*, Yale University Press, New Haven.

ABSTRACT

From pharmacological activity to drug use: constructing knowledge about psychotropic drugs

Drug effects are complex events in drug users' lives. What do we know about the effects of major psychotropic drugs, and how have we arrived at this knowledge? An exercise is presented herein that assists the reader in assessing the state of her or his knowledge about the effects of certain psychotropic drugs. The exercise format allows the reader to explore how their and others' knowledge about psychotropic drugs are constructed, by examining cellular, organal, behavioral, and social levels of experience for specific drugs. Examples of effects for five specific drugs, identified from a variety of sources, are presented and described in the context of these different levels of experience.