

**Zeitschrift:** Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie  
= Swiss journal of sociology

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

**Band:** 26 (2000)

**Heft:** 1

**Artikel:** Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours

**Autor:** Le Moige, Philippe

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-814788>

#### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

#### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

#### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 11.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## ANXIOLYTIQUES, HYPNOTIQUES. LES DONNÉES SOCIALES DU RECOURS

*Philippe Le Moigne*

Laboratoire d'Etude et de Recherche Sociales  
Institut du Développement Social, Rouen-Canteleu

### 1. Introduction

La consommation des médicaments psychotropes, face à l'ampleur acquise par le phénomène, a gagné au droit d'être débattue et critiquée par un nombre toujours plus grand de commentateurs : médecins ou psychiatres bien sûr, mais également journalistes, économistes, décideurs, philosophes, etc. L'usage soulève en effet, au-delà de l'argumentaire scientifique, des questions d'ordre varié, qu'elles soient éthiques, économiques, sinon politiques. A l'idée que les substances puissent offrir un soulagement à la souffrance répond ainsi par exemple l'argument qui dénonce l'illusion du «bonheur sur ordonnance». Consommation et irresponsabilité se côtoient ici au motif que l'explosion du recours laisse planer le doute d'une délégation généralisée du libre arbitre et de l'autonomie individuelle à la chimie. Ou bien, dans un autre registre, la perspective d'une solution médicale aux problèmes sociaux fait craindre l'intoxication des pauvres et l'entrée massive des plus déshérités en toxicomanie.

L'objet de ce texte est de tenter d'éclairer le débat à partir des résultats les plus solides de la statistique sociale<sup>1</sup>. Il abordera trois questions en particulier : qui consomme ?, en vertu de quels problèmes ?, en un mot, que soignent les médicaments psychotropes ? Mais avant d'évoquer ces données par le détail, il peut être utile de procéder à un détour par quelques éléments de définition et de méthode.

#### 1.1 *Essai de définition*

Les médicaments psychotropes peuvent être définis, de la façon la plus large, comme des substances naturelles ou de synthèse, créées à titre thérapeutique,

<sup>1</sup> Cet article est issu du travail de recension développé dans «Anxiolytiques, hypnotiques : les facteurs sociaux de la consommation», *Documents de Synthèse du Groupement de Recherche Psychotropes, Politique et Société*, Paris, CNRS-CETSAH, n°1, janvier-mars 1999 (Le Moigne, 1999).

dont l'objet est d'atteindre le système nerveux central – le cerveau – afin d'y susciter des modifications de fonctionnement (Costentin, 1993). Les médicaments inclus sous ce label ne constituent pas une catégorie pure dans la mesure où des produits à visée somatique contiennent le cas échéant des substances psychoactives (Allard *et al.*, 1996). Par ailleurs, le système nerveux central représente une cible thérapeutique que la médication partage entre autres avec les analgésiques, l'aspirine en particulier : il n'y a donc pas lieu d'y réduire les médicaments du psychisme. C'est pourquoi il convient d'ajouter que les molécules composant les produits psychotropes ont plus spécifiquement pour objet de modifier (d'accroître ou de réduire) les transmissions cérébrales opérées par les neuromédiateurs (dopamine, sérotonine, noréadrénaline) dont la dérégulation serait à l'origine des troubles de l'humeur, de l'anxiété ou de la dépression. Enfin, en dépit de controverses répétées (Zarifian, 1988; Kapsambelis, 1994), il est possible de tenir pour acquise la classification de ces substances en 4 groupes : anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et neuroleptiques (Deniker, 1982; Oughourlian, 1984; Cohen et Cailloux-Cohen, 1995). Chacun de ces groupes couvre un champ thérapeutique qui pourrait être ramené de manière purement formelle aux correspondances suivantes, si les schémas de diagnostic et de prescription n'étaient dans les faits aussi diversifiés : anxiété pour les anxiolytiques, troubles du sommeil pour les hypnotiques, états dépressifs pour les antidépresseurs et traitement des psychoses pour les neuroleptiques. *Ce texte est consacré uniquement aux deux premières classes de produits, à savoir les anxiolytiques et les hypnotiques.* Par commodité d'écriture, ces produits seront désignés dans la suite du texte par l'expression «médicaments psychotropes». Lorsqu'il sera question d'évoquer les deux autres catégories de médicaments, celles-ci seront expressément mentionnées.

Selon la mesure de comptage retenue (vente à l'unité, chiffre d'affaires, prescription), les produits psychotropes, toutes substances confondues, se placent entre le deuxième et le dixième rang des médicaments les plus consommés dans les nations occidentales (Bocognano *et al.*, 1993; CNMITS, 1996; Zarifian, 1996). Parmi ces produits, ce sont les anxiolytiques et les hypnotiques qui se partagent l'essentiel du marché (80% des ordonnances), en dépit de la percée récente réalisée par les antidépresseurs, grâce notamment à leur produit star : le Prozac® (Rösch *et al.*, 1989; Guignon *et al.*; 1994; Sermet, 1995; Ehrenberg, 1995). Par ailleurs, dans plus de 80% des cas, les médicaments sont prescrits par un médecin généraliste (Hemminki, 1975; Hemminki, 1988; Marinier *et al.*, 1982; Zarifian, 1996). Enfin, on estime que, parmi les plus de 18 ans, 1 individu sur 2 a déjà consommé au moins une fois l'une de ces substances et que, selon *l'échelle de temps* (3 mois, 6 mois, 1 an et plus de recours) et de *réitération considérée* (consommation journalière, hebdomadaire), 10 à 20%

d'entre eux en font un usage régulier (Rösch *et al.*, 1989; Guignon *et al.*, 1994; Sermet, 1995; Le Moigne, 1996a).

## 1.2 *Principes pharmacologiques et réalités d'usage*

Avant d'aborder l'abondante littérature consacrée à ce thème par les sciences sociales, notamment dans les pays anglo-saxons (Cohen, 1994; Cohen et Karsenty, 1997), il importe d'entourer le propos de quelques précautions. Quatre remarques devraient permettre de saisir de quelle manière les résultats de recherche peuvent contribuer, malgré leurs limites et leurs imperfections, à éclairer les débats.

1) *Une «surconsommation» française* ? En France, le nombre annuel de médicaments psychotropes consommés aurait connu, entre 1970 et 1990, une croissance endémique, de l'ordre de 105% (Lecomte, 1994). Cette progression placerait la nation au premier rang mondial des pays consommateurs (Zarifian, 1996). Ces estimations pourraient être tenues pour acquises si la comparaison internationale ne butait sur le problème de la comparabilité des systèmes de soins, notamment de la couverture sociale ou du taux de remboursement qui prévaut dans chaque pays. Les scores nationaux, calculés à partir du rapport entre le volume des ventes et le nombre de personnes en âge de consommer, ignorent en effet le poids exercé par les incitations ou les contraintes publiques à la prescription (ordonnance en triplicata, montant de la prise en charge, politique de limitation des ventes, etc.) (Le Pen, 1998), sans parler des questions liées à la diversité de conditionnement des produits (comprimés, solutés, gélules) (Guignon, 1994). Autant de remarques qui doivent conduire à relativiser le caractère d'exactitude d'une «particularité française» (Pariente *et al.*, 1991)<sup>2</sup>.

2) *Un patient sous influence* ? Une définition rigoureuse *du fait de consommation* implique la prescription, la délivrance, l'administration et l'ingestion des médicaments (Seradell *et al.*, 1987). Appréhendé ainsi, le recours suppose un respect minimal de l'ordonnance. Or, souvent, il y a loin entre la posologie ordonnée par le praticien et l'usage médicinal du patient : arrêt prématuré du traitement voire absence d'utilisation du produit, surdosage, reprise épisodique de la consommation, délivrance secondaire du produit à un tiers,

2 Ajoutons que les scores nationaux décrivent des moyennes, ce qui contribue à aplatiser les différences entre consommateurs occasionnels et consommateurs réguliers. Faute d'une telle distinction, les observations mentionnées sont parfois trompeuses. Ainsi, le recul du recours aux benzodiazépines à la fin des années 1980 pourrait laisser croire à une diminution générale de la consommation d'anxiolytiques. En réalité, cette décroissance traduit *la réduction du nombre de nouveaux patients prescrits*, peu ou pas de baisse significative de l'usage *chez les consommateurs réguliers* de cette catégorie de médicaments (Williams, 1987).

etc. Ces pratiques, dites de non-observance si on se place du côté de la médecine, ou d'autocontrôle si on se place du côté du patient (Van Putten et May, 1978; Conrad, 1987; Thorne, 1990), peuvent concerner jusqu'à 30% des ordonnances<sup>3</sup>. Refus du traitement (Nananda et al., 1990), effets secondaires, disparition des symptômes (Spagnoli et al., 1989), affirmation d'autonomie face au médecin (Blaska, 1990) composent autant de motifs susceptibles de limiter l'usage et, par suite, de biaiser les estimations déduites des données enregistrées par le système de soin en entretenant la confusion entre le fait de vente et celui de la consommation (Cooperstock et Parnell, 1982; Johnson et Vollmer, 1991; Le Moigne, 1998).

Cette difficulté pourrait commander le recueil direct de l'information par interview de la population, si l'investigation ne butait ici sur des difficultés d'un autre ordre : omissions, oubli, fausses déclarations, etc. (Le Moigne, 1998)<sup>4</sup>. Il importe donc de garder à l'esprit que les résultats de recherche pâtissent, sans exception, de cette part d'incertitude. Cette remarque doit surtout dissuader de décrire le consommateur sous les espèces d'un acteur passif, dominé par le diktat médical, ou bien inscrit dans la dépendance au produit.

3) *Une thérapie du psychisme* ? Il convient également de se prémunir de l'idée selon laquelle la délivrance des médicaments psychotropes répondrait à une *indication thérapeutique* bien circonscrite. La prise en charge de la mélancolie, de la détresse, de l'anxiété ou de l'insomnie alterne ici avec l'accompagnement et le soulagement des maladies invalidantes ou du risque vital (Sermet, 1995), le traitement de l'obésité, des douleurs menstruelles (Ashton, 1991; Baumann et al., 1996), la prévention du risque cardio-vasculaire (Le Moigne et Colin, 1997), la lutte contre les effets secondaires d'une première médication (Closser, 1991), etc. Ce constat appelle la question suivante : que soigne le médicament psychotrope ?

Sous l'influence croissante de la psychopharmacologie, l'éventail des indications n'a cessé de s'élargir depuis le début des années 1950, notamment avec l'apparition d'entités cliniques mal définies : dépression, anxiété, stress, etc. (Ehrenberg, 1998; Legrand, 1996). Ce mouvement a contribué à élargir l'éventail du traitement et de la pratique médicale (Karsenty, 1991), sans que par ailleurs le fonctionnement biochimique des médicaments ne soit parfaitement

3 Il est vrai que l'estimation de la non-observance bute sur de nombreuses difficultés. L'obtention d'informations fiables dans ce domaine constitue sans doute l'obstacle le plus sérieux. Par ailleurs, cette mesure ne peut s'appliquer à la totalité des ordonnances. En effet, lorsque la prescription reste évasive, que le praticien recommande d'utiliser le médicament en cas de nécessité ou selon les besoins, comment établir que le patient contrevient à ses consignes ?

4 A moins de rechercher, comme Hancock et son équipe, à vérifier les déclarations des personnes aux moyens d'un test d'urine ... (Hancock et al., 1991).

connu ni démontré (Cohen, 1996). Que cette évolution conduise à mettre en doute le bon usage thérapeutique des substances (Zarifian, 1994) est une chose; en tout état de cause, elle oblige à défaire en pensée le lien souvent admis entre la consommation de psychotropes et la morbidité psychique. D'une part, le niveau de recours est de loin supérieur à la distribution réelle du trouble dépressif ou des psychoses, pour ne considérer que l'aspect d'indication des antidépresseurs ou des neuroleptiques (Hadsall et al., 1982; Swain, 1985; Widlöcher, 1985; Broadhead et al., 1991). D'autre part, il n'est pas certain que les médicaments possèdent «l'effet primaire» que leur dénomination est censée désigner : compte tenu des pratiques actuelles de la médication, soit leur fonctionnalité est immensément plus développée qu'on ne pouvait le supposer au regard de leur vocation initiale, soit ils ne répondent à aucune cible thérapeutique en particulier (Montagne, 1996). Au terme de quoi, l'idée d'une parfaite adéquation entre spécificité de produits et particularité de troubles appelle un véritable débat.

4) *Une population cible* ? En dehors des problèmes de mesure et de contenu, l'étude de la consommation soulève une difficulté de *caractérisation* qu'on peut formuler de la manière suivante : l'usage des médicaments psychotropes décrit-il une catégorie spécifique de *comportements* à laquelle associer *une population* elle-même particulière ? Près de 50% des personnes interrogées, rappelons-le, déclarent avoir consommé au moins une fois ces produits au cours de leur vie. Par son caractère extrêmement répandu, la consommation, évaluée à ce niveau de fréquence, ne permet pas de sélectionner réellement une population cible. Le débat, qu'on situe souvent entre recours et abstinence (Orcutt, 1978; Haxaire et al., 1988), paraît donc tomber un peu à plat au regard de la diffusion des produits, de la diversité des motifs de recours, et de l'amplitude des durées de consommation.

Plus haut, on évoquait l'absence d'unité entre la vocation initiale des produits et le faisceau pathologique pour lequel ils sont prescrits. Ce constat doit donc être agrémenté d'une donnée supplémentaire : il n'existe pas non plus de rapports *a priori*, que la psychopharmacologie pourrait fonder, entre *les substances* et *un public particulier de consommateurs*.

### 1.3 Proposition d'une grille de lecture

L'analyse de la consommation de médicaments psychotropes requiert d'abandonner l'idée : 1) que les propriétés des produits sont explicatives de la décision de recours et des caractéristiques de la population consommatrice, 2) que leur usage correspondrait à des normes d'indication et de comportement prédéfinies. *L'adéquation entre trouble, prescription et recours ne peut être démontrée en principe*. Comprendre ce phénomène exige de décrire les facteurs

qui, au-delà de l'argument pharmacologique, organisent dans les faits la profusion et la diversité de consommation des produits. Ces facteurs sont de nature sanitaire (morbilité, normes de prescription), mais ils dépassent de loin le cadre étroit du laboratoire et des codifications médicales. Le propre de l'analyse sociologique est de tenter de comprendre comment, au-delà des catégories de la biologie, de la chimie et de la médecine, *patients et médecins ont fini par imposer au recours leurs propres logiques d'action*. C'est dans cet esprit qu'on a choisi de présenter et de discuter les résultats de recherche, essentiellement quantitatifs, qu'on aborde maintenant.

Cette présentation reprend un à un l'ensemble des éléments les plus souvent évoqués en vue de décrire et d'expliquer les mécanismes de la consommation, à savoir : 1) l'effet du genre et des définitions sociales des rôles sexuels; 2) l'impact de l'âge et du cycle de vie; 3) l'incidence imputée à la précarité ou aux difficultés économiques, et incidemment aux nuisances de l'environnement urbain; 4) l'influence exercée en propre par le corps médical et l'industrie pharmaceutique. Ajoutons qu'on a laissé volontairement de côté les recherches consacrées à la médication en institution ainsi que la consommation dite de déviance, le cas échéant intégrée aux polytoxicomanies. On a voulu en effet consacrer l'essentiel du propos au terrain de prédilection des consommateurs, à savoir la médecine ordinaire. Par ailleurs, l'étude des consommations liées aux marchés illicites souffre d'une carence évidente : elle continue d'échapper, faute d'accès à l'information, aux possibilités du travail statistique.

## 2. La qualité du patient : influence de l'âge et du sexe

### 2.1 *La place des femmes dans la production du soin*

La plupart des études concluent à une majoration de la prescription auprès des femmes. Leurs ordonnances, comparées à celles des hommes, comprennent entre 1,5 et 2,5 fois plus souvent des médicaments psychotropes (Laurier et al., 1992). Par ailleurs, leur recours est plus fréquent, plus durable et plus important en volume (Cooperstock et Hill, 1982; Verbrugge et Steiner, 1995). Trois types d'explication ont été donnés à ce phénomène (Cafferata et al., 1983; Cafferata et Meyers, 1990; Riska, 1989) : 1) l'influence des définitions culturelles du soin selon le sexe; 2) la surexposition féminine aux événements stressants; 3) l'incidence des carences du soutien social chez les femmes.

### 2.1.1 *L'énoncé de la plainte, sa recevabilité médicale*

Le premier type d'explication remet en cause l'idée selon laquelle la consommation féminine serait liée au fait que «les femmes sont plus malades que les hommes». Leurs affections sont plus nombreuses, mais elles sont moins souvent génératrices de mortalité (Aiach et al., 1979; Aiach et al., 1983). Certes, il est possible d'admettre que les femmes, surtout les plus jeunes d'entre elles, ont un taux de morbidité psychiatrique supérieur à celui des hommes, notamment dans le domaine de la dépression. Mais, on n'a pas pu rapporter cette différence ni à des facteurs endocriniens ni, comme on le verra plus loin, à l'hypothèse d'une condition féminine confrontée à davantage d'événements pénibles (Widlöcher, 1985; Lovell et Fuhrer, 1996)). Autrement dit, le nombre excédentaire de consommatrices ne peut être expliqué *en totalité* par l'hypothèse d'une plus grande concentration des difficultés organiques, psychiques ou sociales chez les femmes (Tamblyn et al., 1996b). L'explication la plus probable impute le phénomène, non pas à un fait de santé, mais à une pratique héritée de la division culturelle des rôles sexuels, laquelle confère par exemple aux femmes un devoir d'implication plus grand dans la gestion de la morbidité, et de sa prise en charge sanitaire (Home-Hansen, 1989). Cette compétence leur assigne, plus souvent qu'aux hommes, de prêter une attention particulière aux problèmes de santé, d'une part, et de demander au médecin d'en répondre, d'autre part (Cooperstock, 1971; Cooperstock, 1978; Carta et al., 1991; Morabia et al., 1992)<sup>5</sup>.

Dispensatrices de soins profanes, les femmes sont également appelées à investir plus tôt et plus fréquemment le rôle de patient (Chenu, 1988). Cette disposition culturelle facilite, ou exige, l'exposition de leurs problèmes émotionnels devant le praticien (Cafferatta et al., 1983). Dans la mesure où cette attitude est reconnue, et anticipée à la fois par le médecin, celui-ci aurait tendance à délivrer plus facilement des médicaments psychotropes à leurs

5 Cette disposition culturelle est apprise dès les premiers âges, et se note par exemple à l'attention et au crédit que les adolescentes prêtent, comparées aux garçons, à leur santé mentale ou à leur vulnérabilité psychique (Ledoux et Choquet, 1994). La transmission de ces apprentissages par la mère est renforcée par le fait que celle-ci est souvent le premier consultant à qui l'adolescente demande conseils et médicaments. On a pu observer ainsi que la consommation des psychotropes débute souvent chez les filles par une «ponction» personnelle, ou encadrée par l'autorité maternelle, parmi les produits de la pharmacie familiale (Pedersen et Lavik, 1991; Baumann et al., 1997). Il convient de noter toutefois qu'avant l'adolescence, ce sont les garçons qui sont plus souvent prescrits par les médecins, notamment pour des difficultés d'endormissement (Sermet, 1995). Cet excédent de prescriptions pourrait être, à titre d'hypothèse, rapporté au fait que le public de la pédiatrie est lui-même dominé en médecine générale par les enfants de sexe masculin. Il resterait toutefois à dire si ce surcroît de fréquentation se déduit d'une attention plus soutenue des mères à l'égard de la progéniture masculine ou s'il témoigne de leur part, au contraire, d'une volonté de contrôle plus affirmée à l'égard du comportement des garçons (Le Moigne et Colin, 1997).

patientes. Ainsi, Verbrugge et Steiner, comparant les ordonnances d'hommes et de femmes de même âge, affectés par des problèmes de gravité et de chronicité similaires, ont pu constater que des différences de prescription en matière psychotrope demeuraient en vertu du sexe du patient (Verbrugge et Steiner, 1995). Ce qui reviendrait à dire que ni le faisceau pathologique ni la proximité au système de soin, évaluée aux fréquences de la consultation, ne constituent des facteurs suffisamment explicatifs de la «sur-prescription» des femmes : *celle-ci se déduirait plutôt de l'effet de renforcement qu'il est possible d'imputer au contenu de leur plainte et à l'attention que lui réserve le prescripteur.*

Une étude française avance ici une hypothèse complémentaire (Baumann et al., 1996). Afin de rendre compte de l'influence que les stéréotypes sexuels exercent en propre chez le praticien, cette étude met l'accent sur «la norme d'internalité». Que faut-il comprendre ici ? En vue de résoudre leurs difficultés, les individus mobilisent *des aptitudes personnelles*, le cas échéant, ils recourent à *la contribution d'un tiers*. Le choix entre l'une ou l'autre de ces voies de recours dépend de nombreux facteurs : la nature du problème, les ressources détenues par les individus, celles de leur entourage, etc. La norme d'internalité n'en a cure. Héritée des stéréotypes sociaux, elle fixe *par avance* les caractéristiques des populations susceptibles, pour les unes, de s'en sortir seules, pour les autres, de «necessiter» une aide. Dans la mesure où l'autonomie féminine est peu plébiscitée par cette norme, dans la mesure également où le praticien tend à partager ce point de vue, il s'en déduit logiquement une majoration du concours médical et de la prescription pharmaceutique auprès des femmes.

Ce raisonnement pourrait être confirmé, au détour, par les études qui ont cherché à comparer le recours aux médicaments, d'une part, à la consommation d'alcool, d'autre part, des publics féminins. Pihl, qui a conduit cette comparaison, dresse le portrait de deux populations distinctes. Les femmes qui font un usage exclusif de l'alcool s'estiment en meilleure santé, se montrent davantage critiques à l'égard des rôles féminins traditionnels et prônent une certaine autonomie. En revanche, celles qui recourent uniquement aux médicaments paraissent plus soucieuses des conventions familiales, mentionnent davantage de problèmes personnels et se déclarent favorables à un soutien externe (Pihl et al., 1986).

Cette étude a l'avantage de déconstruire l'aspect monolithique du comportement féminin, tel qu'il est trop souvent présenté par les enquêtes. Cette prescription concerne d'abord les femmes, mais surtout la part d'entre elles qui démontre un vif attachement aux conceptions traditionnelles du rôle féminin. Au terme de cette discussion, l'interrogation fait donc face à une alternative. 1) Est-ce la souscription aux conventions de rôles qui constraint ces femmes, indépendamment de leurs motifs de souffrance, à rechercher *un appui*

médical plutôt qu'un recours personnel ? 2) Ou bien, est-ce leur exigence de conformité qui les expose en propre à *davantage de difficultés* et, par suite, à des recours médicinaux plus fréquents ? C'est en partie le sens qu'on peut donner aux tentatives d'explications qu'on présente maintenant.

### 2.1.2 *Les femmes et le stress*

Cafferata et son équipe ont cherché à redonner consistance au facteur étiologique, c'est-à-dire à l'idée qu'une surcharge de problèmes serait à l'origine de la plus grande consommation féminine (Cafferata et al., 1983). Ils reconnaissent le rôle joué par les «indications» culturelles en matière de soins et de médicaments, mais ajoutent qu'il ne peut être tenu pour déterminant. Selon eux, il convient d'adoindre à cette explication la part imputable au «taux de détresse psychologique», tel qu'il est distribué chez les hommes, d'une part, et les femmes, d'autre part. Après avoir isolé l'influence exercée par l'âge, l'état de santé et l'accès aux soins des personnes, les auteurs concluent qu'il est possible de dégager pour les femmes des formes d'explication du recours qui obéissent : 1) à leur exposition à des événements de vie plus nombreux; 2) aux difficultés que suggèrent en propre les responsabilités liées à leur rôle familial. Intéressons-nous au premier facteur, avant de revenir sur le second.

L'étude d'Ashton livre un élément critique de taille à l'explication qui entend déduire la «surconsommation» féminine d'une plus grande exposition au stress (Ashton, 1991). L'auteur admet que les manifestations de détresse sont plus répandues chez les femmes, mais il conteste le fait que cette caractéristique connaisse un débouché thérapeutique approprié : la prescription de psychotropes est aléatoire et n'obéit qu'occasionnellement au dépistage de difficultés psychiques. Surtout, il fait remarquer que quel que soit le trouble considéré, c'est-à-dire y compris pour des affections organiques, les femmes ont toujours deux fois plus de chances de recevoir des produits pharmaceutiques, toutes substances confondues, que les hommes. Selon Ashton, *la prescription des produits psychotropes en direction des femmes n'est donc pas spécifique : elle est conforme à la surabondance générale de leur ordonnance en pharmacie*. Si spécificité il y a, elle serait plutôt à rechercher dans le fait que de nombreux désordres physiques (douleurs menstruelles, obésité, etc.) sont diagnostiqués chez elles comme étant de nature psychique. D'où l'extension logique de la «sur-médication» féminine aux médicaments psychotropes.

Ainsi compris, il est possible de se demander si l'argument de la *surexposition au stress*, tel qu'il est utilisé ici à propos du public féminin, n'a pas quelque chose à voir avec le raisonnement auquel emprunte la pratique médicale. Dans le corps professionnel, cette catégorie diagnostique tend à «recycler» du côté

des perturbations subjectives une somme indéterminée de malaises d'origines fort disparates (anxiété face à la maladie, problèmes liés à l'activité professionnelle, difficultés de la relation conjugale, etc.). Le «règne» du psychique, lorsqu'il conduit comme ici à réserver l'essentiel de l'attention aux symptômes plutôt qu'aux causes, comprend un risque évident : celui d'une attribution purement individuelle aux raisons du mal être. Et, de fait, cette dérive paraît d'abord s'appliquer aux femmes.

### 2.1.3 *L'isolement féminin*

Revenons au deuxième élément retenu par Cafferata et son équipe, qu'on retrouve d'ailleurs très fréquemment dans la littérature : l'idée selon laquelle la «surconsommation» des femmes pourrait être expliquée par les difficultés auxquelles les responsabilités familiales les exposent en propre. Les chercheurs donnent comme exemple le cas des familles de type traditionnel où l'homme travaille à l'extérieur du domicile, tandis que la femme prend en charge les tâches domestiques. Ces femmes, observent-ils, à l'instar des mères de foyer monoparental ou de celles dont le conjoint est en mauvaise santé, ont en probabilité plus de chances de consommer des tranquillisants. Que faut-il en conclure ? Ces femmes rencontrent-elles davantage de difficultés : a) parce qu'elles assurent la *pénible gestion* de la sphère domestique, b) ou bien parce qu'elles assument cette tâche dans le plus complet *isolement* ? Chez les auteurs, les deux dimensions paraissent interchangeables. Tantôt ils font intervenir l'idée qu'elles doivent composer avec une activité peu gratifiante, tantôt ils font dépendre leurs problèmes d'un déficit de soutien familial (Cafferata et al., 1983). Plusieurs remarques s'imposent dans l'un et l'autre cas.

a) *Les contraintes de l'univers domestique.* D'abord, il convient de remarquer que le statut de femme au foyer n'est pas explicatif en soi, bien qu'il soit toujours mis en lumière par les enquêtes (Guignon et al., 1994; Le Moigne, 1996a). En effet, d'autres études de consommation tendent à montrer, notamment en France, qu'une partie importante des abstinentes se recrutent précisément parmi les femmes sans profession (Rösch et al., 1989). En vérité, cette situation s'avère difficile à vivre *lorsqu'elle n'est pas choisie* ou que *les espérances qu'elle laissait imaginer ont été déçues*. Cooperstock et Hill ont pu ainsi faire remarquer, dans le cadre d'une étude entreprise à la fin des années 1970, que l'usage des médicaments semblait répondre chez les femmes aux tensions engendrées par une définition de rôle qui, bien que défendue par elles, les laissait insatisfaites (Cooperstock et Hill, 1982). Gabe et Thoroughood indiquent de leur côté que la «surconsommation» des femmes de la classe ouvrière anglaise peut être expliquée par le fait qu'elles ne disposent d'aucune alternative capable de les soustraire aux obligations que leur dicte leur entourage (Gabe et

Thoroughood, 1986). Ainsi compris, le statut de mère au foyer peut se révéler en effet fort problématique dans l'hypothèse où la condition qu'il représente n'est pas conforme aux attentes des femmes et que, par ailleurs, celles-ci ne peuvent saisir une «porte de sortie». Cette remarque permet d'expliquer en propre la sur-représentation des inactives de la classe ouvrière parmi les consommateurs réguliers (Rösch et al., 1989; Le Moigne, 1996a).

b) *La solitude des femmes.* L'hypothèse de l'isolement social mérite également d'être retenue, à condition là aussi de préciser le propos. Si on ne tient compte que du fait de vivre seul, sans conjoint ni enfants, il y a peu de chances que ce facteur ait une incidence sur la propension à consommer. En effet, il importe davantage de savoir dans quelle mesure *l'individu est intégré à un réseau* (familial, amical ou professionnel) suffisamment actif pour lui permettre d'obtenir la contribution d'autrui (Chambers et Griffey, 1975). Dans cet esprit, les théories du soutien social avancent l'idée que la raréfaction ou l'éclatement du tissu relationnel est davantage préjudiciable aux femmes. La consommation durable des inactives, des veuves, et pour des durées plus relatives, des femmes divorcées ou séparées, vient d'ailleurs à l'appui de ce constat. Néanmoins, plusieurs confusions semblent être faites ici.

D'abord, le veuvage étant, si on peut dire, une «spécialité» féminine dans la mesure où l'espérance de vie des femmes continue d'être supérieure à celle des hommes, il est normal que les veufs ne soient guère représentés parmi la population consommatrice. Ensuite, il n'est pas certain que le recours privilégié des femmes aux médicaments démontre qu'elles sont plus sensibles aux difficultés soulevées par la décomposition de la cellule familiale ou l'inactivité : il indique seulement leur préférence pour un règlement médical, les hommes choisissant généralement d'autres manières de faire face, le cas échéant, moins maîtrisées (alcool) ou plus expéditives (suicide). Enfin, l'hypothèse d'un usage suggéré par la disparition du réseau familial prête à une dernière objection : le tissu relationnel des consommateurs réguliers paraît davantage marqué par l'effritement des relations amicales que par la rupture des échanges avec les parents (Allard et al., 1996; Le Moigne, 1996a). En somme, la présence d'un cercle d'amis semble protéger plus directement de cette consommation, ce qui reviendrait à dire, à titre d'hypothèse, que le règlement des difficultés de vie (la possibilité d'en parler par exemple) connaît un meilleur sort lorsqu'il s'appuie sur des affinités électives plutôt que sur la parenté.

#### 2.1.4 *Et les hommes ?*

L'ensemble des propositions avancées par les chercheurs en vue d'expliquer la prépondérance de la consommation féminine finit, comme on peut en juger à

ce qui précède, par éclipser le recours masculin. De fait, l'usage des médicaments psychotropes demeure chez les hommes assez marginal jusqu'à l'âge de 60 ans. Avant le départ à la retraite, il est largement concurrencé par la consommation d'alcool au point que certaines enquêtes ont pu conclure à un rapport d'exclusion entre les deux produits (Rösch et al., 1989). Cela ne veut pas dire que le recours médicinal soit inexistant chez les hommes actifs : il est le plus souvent épisodique, c'est-à-dire inférieur à 6 mois de traitement. Pour ces recours occasionnels, il n'est d'ailleurs pas possible d'établir une différence significative entre les sexes : pour la population en âge de travailler, la sur-représentation des femmes ne peut être démontrée que pour la frange des recours les plus durables. Enfin, l'observation des usages chroniques indique un aplatissement des différences entre les sexes à partir de 60 ans, et une relative égalité à partir de 75 ans (Allard et al., 1996). Pour le dire autrement, *la «surconsommation» féminine décrit un phénomène redéivable, pour l'essentiel, au poids exercé par l'usage chronique des femmes de 40 à 60 ans.*

L'intérêt de la consommation masculine, bien qu'à vrai dire on sache encore peu de choses dans ce domaine, obéit au registre des causes invoquées. L'analyse souligne généralement, pour les hommes de 30 à 60 ans, l'incidence de la dégradation du niveau de vie, due en particulier au chômage (Guignon et al., 1994). Elle mentionne également l'effet des difficultés physiques et psychiques produites par l'activité de travail (Cooperstock et Lennard, 1979). Pour les plus âgés, il est souvent fait mention des désordres imputés à l'inactivité, notamment au passage à la retraite, ou à l'apparition d'une maladie invalidante (Rösch et al., 1989).

Là encore, il importe de mentionner le rôle joué par le filtre de la formulation médicale des difficultés de vie. Autrement dit, le fait que les médicaments psychotropes soient plutôt ordonnés aux hommes en situation de chômage, ou rencontrant des problèmes au travail, ne signifie pas que le rapport à l'activité soit pour eux l'unique motif de souffrance ou que les relations professionnelles leur réservent davantage de contraintes : cette forme d'indication souligne simplement que la plainte masculine est plus aisément exprimée et reçue en médecine lorsqu'il y est question des difficultés de l'emploi. A l'inverse, de nombreux désordres sont évacués, dans le cas des hommes, de la scène thérapeutique. Par exemple, il est souvent noté que leur recours aux psychotropes n'est pas sensible au statut matrimonial : leur propension à consommer ne varie pas qu'ils soient célibataires, mariés, divorcés ou bien veufs (Rösch et al., 1989). Cela ne veut pas dire que les difficultés liées à la séparation conjugale ou à la décomposition de la cellule familiale n'atteignent pas les hommes ; cela signifierait plutôt qu'exposer ce genre de problèmes au médecin ne va pas de soi dans leur cas.

Au détour, on observera que les problèmes les plus souvent mentionnés pour le public masculin (difficultés au travail, cessation d'activité, maladie) ménagent toujours une part de causes collectives (les relations professionnelles, le syndrome de la retraite, etc.) ou d'étiologie proprement médicale (affections somatiques, dysfonctionnements organiques, etc.). Ainsi donc, les catégories de la prescription dédouaneraient plutôt le patient alors qu'elles contribuent à personnaliser le sort de la patiente et, parfois, à la mettre en cause : incapacité à s'en sortir seule (Baumann et al., 1996), difficulté à assumer le rôle exigé d'elle dans la famille (Cooperstock et Lennard, 1979), hypocondrie féminine (Ashton, 1991), etc. Pour résumer et conclure à la fois sur l'incidence du genre, il paraît possible d'avancer le diagnostic suivant : *on peut analyser la «surconsommation» des femmes, qui survient entre 40 et 60 ans et surtout dans le milieu ouvrier, sous la forme d'une rencontre entre les frustrations et les tensions inhérentes à leur «maintien» dans la sphère privée, d'une part, et le comportement d'une médecine généraliste largement acquise à l'idée de leur incapacité, d'autre part.*

## 2.2 *Le rôle de l'âge : entre maladie et maintien de l'intégration*

La littérature consacrée à l'influence de l'âge sur le niveau de consommation est également très fournie (Mishara, Mc Kim, 1989; Jensen et al., 1994; Gustaffson et al., 1996). Il faut dire que l'abondance des prescriptions ordonnées aux personnes âgées est largement démontrée. On estime que 30% des femmes et 20% des hommes de plus de 60 ans consomment régulièrement des médicaments psychotropes (Guignon et al., 1994), cette proportion s'élevant à 70% de la population âgée lorsqu'on considère uniquement les personnes résidant en institution (Aguzzoli, Sermet, 1993; Fourrier et al., 1996). La consommation des «aînés», pour reprendre une expression québécoise, représente un niveau de recours de 2 à 3 fois supérieur à celui des plus jeunes (Hendricks et al., 1991). C'est ainsi, par exemple, que 40% des benzodiazépines seraient délivrées aux personnes de plus de 60 ans (Closser, 1991).

De nombreuses enquêtes ont tenté de rendre compte de ce phénomène, souvent, malheureusement, en tentant de mesurer l'influence d'une seule variable. C'est la raison pour laquelle on ne dispose pas, à de rares exceptions près, d'un modèle organisé d'explication permettant de pondérer le poids de chacun des facteurs isolés par la recherche. Mishara a tenté ainsi de dresser la liste des causes invoquées par l'une ou l'autre de ces enquêtes : la pratique de prescription des médecins, le rôle des institutions de soin; l'attachement des plus de 60 ans aux thérapeutiques médicinales et aux médicaments psychotropes en particulier; l'influence du genre, du déclin des relations sociales, de la

multiplication des événements de vie; l'incidence des épisodes d'hospitalisation, de l'état somatique des personnes ou bien encore de leur santé mentale, constituent au regard de la littérature autant de pistes plausibles d'interprétation (Mishara, 1996; Caroselli-Karinja, 1985).

Comme on aura pu l'observer sans doute, ces facteurs interagissent souvent entre eux : la dégradation de la santé physique et l'expérience du vieillissement agissent sur le bien-être global des personnes, donc vraisemblablement, sur leur santé mentale (Allard et al., 1996); inversement, les épisodes du deuil, du veuvage, que la recherche tend à décrire comme «événements de vie» (Pérodeau, Ostoj, 1990), peuvent créer des difficultés psychiques qui à leur tour contribuent à l'entrée en maladie des personnes : dans ces conditions, où situer l'origine du phénomène étudié ? De la même manière, les variables utilisées sont souvent redondantes. Par exemple, pour une femme, passée le cap des 60 ans, la probabilité du veuvage croît sensiblement : comment alors connaître la part d'effet due, respectivement, à l'âge et au statut matrimonial dans la mesure où l'un et l'autre des ces facteurs sont fortement intriqués ?

Ces difficultés obligent à concevoir des hypothèses d'explication permettant de hiérarchiser le poids de chacune des variables. Parmi la série des causes les plus souvent invoquées, et sans doute parmi les plus plausibles, la recherche a tendu à distinguer trois facteurs prépondérants : 1) la morbidité accrue des personnes âgées; 2) la somme des expériences douloureuses qui, avec le temps, s'imposent à elles; 3) enfin, leur isolement social. Ce sont les trois modes d'explication qu'on discutera ici.

### 2.2.1 *Un effet de l'entrée en pathologie ?*

L'imputation de la consommation à l'état de santé des personnes âgées est complexe : a) cette relation peut souligner l'incidence de l'augmentation significative de la morbidité avec l'âge, c'est-à-dire un effet direct et prépondérant de la maladie; b) ou bien révéler, derrière la pathologie elle-même, l'impact des *conditions de vie passées* de la personne âgée, notamment la pénibilité de son travail.

a) *L'impact de la morbidité.* La présence d'un problème de santé, en particulier de facture organique, reste, selon Mishara, un des meilleurs éléments de prédiction du recours aux médicaments psychotropes (Mishara, 1996). Chez les consommateurs en effet, une relation directe noue cet usage au nombre d'affections déclarées, d'une part, et de thérapeutiques ordonnées, d'autre part (Hendricks et al., 1991; Bourque et al., 1991; Coons et al., 1992). Certaines études signalent un lien possible entre la médication psychotrope et un faisceau limité de pathologies organiques : l'invalidité (Sermet, 1995), le risque cardio-

vasculaire, les problèmes articulaires (Le Moigne et Colin, 1997), etc. Autrement dit, la consommation paraît appuyer ici une politique sanitaire qui oscille entre l'action préventive, la médication de confort et le soin palliatif.

Néanmoins, dans la mesure où la morbidité des plus de 60 ans est à l'origine de nombreuses prescriptions médicinales, il faut se garder de penser que la consommation pharmaceutique de ce public est d'abord structurée par le recours aux médicaments psychotropes. En effet, 70% des personnes âgées consomment de manière journalière un médicament au moins, quel qu'il soit, ce qui représente un niveau de recours 7 fois supérieur à la moyenne (Hendricks et al., 1991). Dans ces conditions, il conviendrait plutôt d'attribuer la diffusion du recours aux psychotropes parmi les aînés au simple fait d'abondance de leur médication, c'est-à-dire à un effet d'entraînement. En outre, par leur proximité au système de soins, par la fréquence de leur consultation, les personnes âgées rencontrent une probabilité exceptionnelle de prescription. C'est pourquoi leur recours aux produits paraît expliqué d'abord par l'effet surdéterminant de *la morbidité* et, par suite, de *la prise en charge sanitaire* dont dépend le développement significatif de l'offre pharmaceutique. Ce constat appelle une remise en cause de l'effet d'âge lui-même. En effet, celui-ci recouvre pour bonne part ici l'influence induite de la maladie. Ce raisonnement paraît confirmé par le fait que les personnes inactives en raison d'un handicap ou d'une maladie invalidante connaissent, quel que soit leur âge, la plus forte probabilité de consommation (Rösch et al., 1989; Guignon et al., 1994).

*b) L'impact des conditions de vie antérieures.* La critique de l'effet d'âge peut être également soutenue à partir des recherches de Stewart. Celles-ci tendent à montrer que le recours des femmes après 60 ans dépend pour partie de leur antériorité de consommation. Les données recueillies pour les personnes âgées masqueraient-elles une continuité de l'influence du genre (Stewart, 1998) ? Plus étonnant encore, au premier abord : parmi les études qui ont cherché à analyser *en propre* la consommation des plus de 60 ans, nombreuses sont celles qui concluent, soit à l'absence de relation entre le taux de recours et l'âge (Hendricks et al., 1991; Stewart et al., 1994; Allard et al., 1996), soit à une diminution significative de l'usage après 75 ans (Buck, 1988; Pérodeau, Ostoj, 1990).

La critique de l'effet d'âge possède sans nul doute une grande part de vérité, mais elle doit être à son tour relativisée. D'abord, le fait que la consommation des plus 60 ans n'enregistre pas de variations significatives, tant en volume qu'en fréquence, ne permet pas de conclure à l'absence d'un tel effet. Ce diagnostic n'est tenable qu'à condition de faire abstraction du taux de recours des plus jeunes : il y a effet d'âge dans la mesure où l'usage des aînés concentre bel et bien une part importante de la consommation effectuée dans

*l'ensemble de la population*, caractéristique qu'on ne saisit pas lorsqu'on limite, comme Hendricks et son équipe, le public de l'étude aux plus de 60 ans. Par ailleurs, que le recours connaisse une relative décrue après 75 ans s'explique fort bien par le risque que les effets secondaires des médicaments psychotropes font peser à cet âge sur la santé du patient (Tamblyn et al., 1996a)<sup>6</sup>. Enfin, la tentation de renoncer à l'idée d'un effet d'âge, en vertu de la proximité au système sanitaire des plus de 60 ans, revient à prêter un rôle surdéterminant à l'accès aux soins. La consultation médicale est une condition nécessaire à la croissance significative de la consommation, mais elle n'est pas suffisante. Autrement dit, il y a plus d'un pas entre le fait de fréquenter les cabinets médicaux et le fait de se voir prescrire un médicament psychotrope (Le Moigne, 1996a), y compris lorsqu'on est âgé. Eve et Friedsman ont pu faire remarquer dans ce sens que, chez les plus de 60 ans, le revenu ou le niveau d'intégration sociale s'avère aussi déterminant que l'utilisation des services de santé (Eve et Friedsman, 1981).

Les causes somatiques expliquent une part indéniable de la consommation des personnes âgées, mais on serait tenté d'ajouter que la probabilité d'une médication psychotrope dépend largement de la pathologie déclarée. Là également, des études tendent à montrer que la morbidité n'est pas également distribuée parmi les plus de 60 ans (Chenu, 1988) : elle dépend pour beaucoup des modes de vie - tabac, alcool (Nizard et Munoz-Perez, 1993) – mais également des conditions de travail qui ont précédé le passage à la retraite. Ainsi, l'usage des hypnotiques chez les personnes âgées, par exemple, est souvent lié à un passé d'activité marqué par l'emploi alterné en équipe et les «trois huit», c'est-à-dire pour l'essentiel par le travail industriel (Touranchet, 1996). Ces situations d'emploi exercent leurs effets le plus souvent après que la personne a cessé d'être active (Jacquinet-Salord, 1993). C'est pourquoi ces causes se dissimulent à l'observation lorsqu'on concentre le regard sur la maladie, sans tenir compte des conditions de vie antérieures du patient.

L'effet de l'âge pourrait donc être comparé ici à *un effet de palier*, l'accès à la soixantaine révélant sous forme de difficultés les contraintes passées des patients. Toutefois, comme pour le genre, son influence ne doit pas être considérée de manière monolithique : elle doit être, pour être comprise, insérée dans le contexte social dont dépend la personne. En particulier, l'organisation familiale et les conditions de travail contribuent à forger, en propre et distinctement, des seuils de vulnérabilité fort différenciés selon les groupes sociaux. Ainsi compris,

6 Le risque de morbidité, associé à la prise de ces substances par les personnes âgées, a suscité de nombreuses études. Ainsi, l'emploi des médicaments psychotropes serait à l'origine d'environ 10% des hospitalisations relatives aux plus de 60 ans (Closser, 1991). Il constituerait par ailleurs l'une des causes majeures des accidents de la route imputables à ce public (Ray, 1992).

maladie et isolement peuvent expliquer l'abondance de consommation des femmes ou des personnes âgées, à condition toutefois de conjuguer leurs effets aux difficultés éprouvées par chacun des milieux sociaux dans ces domaines, et par le monde ouvrier en particulier (*Le Moigne, 1996b*).

### 2.2.2 *Un effet du cumul des événements de vie ?*

Compte tenu du poids exercé chez les plus de 60 ans par leurs conditions antérieures d'existence, peut-on aller jusqu'à dire qu'une partie de leur taux de recours peut être expliquée par la somme des événements qu'ils ont dû affronter au cours de leur vie ? Comparativement aux plus jeunes, ils ont pour la plupart vécu un nombre bien supérieur d'épisodes douloureux (séparation, deuil, cessation d'activité, baisse de revenu, etc.). Les résultats d'enquête demeurent néanmoins contradictoires : dans certains cas, la multiplication des événements de vie paraît agir logiquement sur la consommation de psychotropes (Allard et al., 1996), dans d'autres, elle semble au contraire n'y tenir aucun rôle (Pérodeau et al., 1992). En dehors de l'effet attribuable à la nature des événements retenus par chacune de ces études, ainsi qu'à leur mesure, il reste que l'optique du *life events*, dont on a déjà critiqué la perspective à propos de la consommation des femmes, mérite une inspection plus circonstanciée.

Widlöcher suggère que les expériences de perte (deuil, séparation, licenciement) sont en effet à considérer parmi les événements les plus pathogènes (Widlöcher, 1985). Il indique par ailleurs que les personnes âgées sont confrontées en propre à davantage de difficultés au motif que le décès du conjoint s'ajoute dans leur cas, avec une plus grande probabilité, aux épisodes douloureux qu'elles ont déjà eu à subir. La perte du conjoint produit en effet, comme le souligne l'auteur, des signes nets de dépression chez 35% des sujets un mois après l'épisode du décès. Mais, ajoute-t-il, les recherches effectuées dans ce domaine indiquent que 2% seulement des personnes confrontées à cet événement nécessitent en moyenne un traitement spécifique. Autrement dit, il y a loin entre la surexposition au risque dépressif, d'une part, et le fait de déclarer la maladie et surtout d'intégrer une prise en charge conçue à cet effet, d'autre part. Selon l'auteur, le poids attribuable aux événements de vie s'avère en fait assez faible, y compris dans les cas où ils se cumulent. Leur incidence sur la consommation dépend en fait d'autres facteurs, appelés à renforcer ou atténuer au contraire l'ampleur des expériences difficiles : le soutien que le sujet peut recevoir de son entourage revêt ici, selon Widlöcher, une importance capitale. Si donc on ne prend pas en compte *cette dimension de solidarité*, le rôle exercé en propre par les événements de vie paraîtra le cas échéant, comme on a pu le noter précédemment, tantôt déterminant, tantôt sans effet.

### 2.2.3 *Repli de la personne âgée ou recherche d'influence ?*

Les conclusions précédentes conduisent à prêter une influence plus déterminante au facteur d'isolement de la personne âgée (Eve et Friedsam, 1981; McKim et Mishara, 1987; Shelowitz, 1987; Morse, 1988). De fait, le risque de perdre contact avec le milieu de vie décrit une issue souvent rencontrée lors du passage à la retraite. Cette particularité ne peut être généralisée sans prudence, mais elle est d'autant plus marquée que le cercle de sociabilité de la personne a longtemps ménagé une sorte de confusion entre le groupe des amis et celui des collègues, comme ce peut être le cas chez les salariés de l'industrie (Le Moigne, 1996b).

Si cette hypothèse est exacte, alors la consommation des aînés décrit davantage *un effet du cycle de vie* que de l'âge : avec la cessation de l'activité, ces personnes intègrent une condition nouvelle, marquée par la décomposition relationnelle et, par suite, par une plus grande vulnérabilité. Cet isolement n'est pas systématique et son préjudice reste variable. Il semblerait néanmoins que la solitude de la personne âgée se révèle toujours plus problématique lorsqu'elle fait suite à la disparition progressive des relations amicales. En effet, il est souvent fait remarquer que le taux de consommation des plus de 60 ans n'est pas relié statistiquement à la fréquence des contacts avec la famille : l'absence des proches ne paraît avoir qu'une incidence marginale (Allard et al., 1996). Certaines études attirent d'ailleurs l'attention sur le fait suivant : l'observation d'un lien éventuel entre l'absence de consommation, d'une part, et la présence de la parenté, d'autre part, ne permet pas de conclure à la démonstration des vertus bénéfiques du soutien familial. Dans ce cas, l'absence de recours dérive moins des avantages que la personne âgée reçoit de la sollicitude familiale qu'elle ne traduit le contrôle que les enfants entendent exercer sur la consommation médicinale de leurs parents (Smart et Adalf, 1988).

Le fait de vivre seul, ou de ne plus entretenir de relations avec la famille, ne suffit pas à expliquer le taux de recours des plus de 60 ans. C'est moins l'isolement à proprement parler, ou la raréfaction des liens affectifs, qui semble devoir être incriminé ici que le sentiment (ou le ressentiment) occasionné par *la menace d'une privation de rôle social*. Cette hypothèse revient à dire que la consultation, la prescription, enfin la consommation des produits, peuvent offrir au patient un moyen de *reprise d'influence*, ou si on veut, de *réintégration sociale* : ce que Dupré-Lévêque nomme «l'effet tertiaire» des médicaments psychotropes. L'auteur montre comment, par exemple, dans le cadre des familles souches du milieu rural du sud-ouest de la France, la personne âgée peut réussir à motiver pour son propre compte la mobilisation des proches et du médecin, dès lors qu'elle les convainc par une «démonstration de caractère» (mauvaise humeur, acrimonie, agressivité, agitation, hypocondrie, etc.) de la

nécessité d'une médication. Les enfants déménagent, se rapprochent du parent souffrant, font pression sur le médecin qui, lui-même, recommande une surveillance étroite de la posologie, si bien que la substance finit par occuper la place d'un agent (ré)organisateur du tissu social de la personne âgée (Dupré-Lévéque, 1996; Kail et Litwak, 1989). Cette vertu n'est pas spécifique aux médicaments psychotropes; elle s'enrichit néanmoins ici d'une particularité. Le recours à ces produits permet en effet à la personne âgée de mobiliser l'entourage, familial ou amical, autour de l'éventualité de sa déviance à l'égard des normes de comportement : la médication souligne ou anticipe des difficultés qui ont trait à *la relation à l'autre*, en quoi elle permet d'exiger un soutien sur ce terrain en particulier.

En résumé, derrière l'âge et la maladie, il paraît possible de pointer en amont l'effet des modes de sociabilité et des conditions de travail propres à chaque groupe social. Autrement dit, ce déplacement de l'interrogation inviterait à considérer plutôt l'effet du *vieillissement* dans l'ensemble de ses dimensions. C'est là, pourrait-on dire, que s'inscrit en propre *la spécificité de la consommation des publics âgés* : *le recours aux psychotropes leur offre une manière de réponse aux difficultés qu'inaugurent et répercutent à la fois la cessation d'activité, l'isolement et la perte d'autonomie. Leur consommation n'est donc pas nécessairement liée au déclenchement d'une pathologie, bien que ce facteur ne puisse être tenu pour négligeable, surtout lorsque l'activité professionnelle contribue à l'augmentation significative du risque vital après 60 ans. Le recours témoigne ici, plus généralement, des changements qu'entraînent pour les personnes âgées l'entrée dans un nouveau cycle de vie, et pour certaines d'entre elles en particulier, la menace d'une complète marginalisation sociale.*

### **3. La misère, la ville : l'influence des conditions d'existence**

#### **3.1 *La morphologie sociale des consommateurs : un usage pharmaceutique atypique ?***

##### ***3.1.1 L'intoxication des pauvres : une liaison discutable***

Les dimensions sociales du recours aux médicaments psychotropes décrivent des particularités qui s'opposent, du moins à première vue, aux caractéristiques ordinaires de la consommation pharmaceutique. En effet, généralement, l'usage médicinal croît avec le niveau du diplôme, le revenu et la position occupée dans la hiérarchie sociale. Pour les psychotropes, chacune de ces relations est inversée, en France comme à l'étranger : l'absence de titres scolaires implique une consommation de 10 points plus élevée que la moyenne; la probabilité d'usage des employés et des ouvriers est de 7 à 13% supérieure à celle des

autres actifs; les bas revenus concentrent également les plus forts indices de recours (Eve et Friedsam, 1981; Gabe et Lipshitz-Philipps, 1984; Rösch et al., 1989; Guignon et al., 1994; Sermet, 1995). Ces particularités paraissent plus appuyées encore lorsqu'on considère la précarité d'emploi. Alors que le chômage engage généralement une baisse de la fréquentation médicale, il induit, chez les hommes en particulier, une probabilité de consommation de 57% supérieure à celle observée chez les actifs employés (Guignon et al., 1994; Sermet, 1995).

Ces résultats semblent aller dans le sens d'une médicalisation de la précarité, d'une part, et des inégalités sociales, d'autre part. Ils pourraient donc venir confirmer la thèse d'un contrôle social d'origine médicinal, souvent associée au recours. Cette perspective d'explication peut être résumée en quelques mots : la prescription des substances masquerait, derrière l'apparence de soins, la reproduction de l'ordre social en concourant à détourner les classes dominées de toute forme de revendication – un «assommoir» moderne. Koumjian est l'auteur qui a le plus ouvertement défendu cette position. Selon lui, cette médication parvient d'autant mieux à légitimer la structure de classe : 1) que les médecins contribuent à travers elle à réduire à une origine médicale *et* individuelle une part de plus en plus grande des problèmes sociaux; 2) que leurs prescriptions sont adressées en particulier à ceux qui sont le plus directement confrontés aux jeux de la domination sociale (femmes, inactifs, chômeurs) (Koumjian, 1981). Quelle valeur accorder à cette interprétation ?

Weyerer et Dilling, étudiant l'usage des psychotropes au sein d'un échantillon de la population bavaroise, rapportent qu'ils n'ont observé aucune relation entre le revenu et le taux de recours (Weyerer et Dilling, 1991) : comment expliquer la divergence des résultats ? Un détour par les questions de méthode s'impose ici. Dans une autre enquête, Johnson et Vollmer, comparant la qualité des sources employées par la recherche, ont fait remarquer que l'utilisation des bases de données du système de soins américain conduit à sous-estimer certaines populations de consommateurs. En effet, ces données inspectent les prescriptions ordonnées dans la population sur une période de 90 jours, ce qui contribue à la sous-évaluation des traitements associés aux maladies chroniques (Johnson et Vollmer, 1991). En somme, cette durée s'avère trop courte pour permettre une juste mesure des consommations régulières : l'échelle de temps minimise la présence des usagers chroniques, et conduit à n'estimer qu'à la marge leurs profils et les facteurs explicatifs de leur recours. Dans le cas de l'étude de Weyerer et Dilling, précédemment citée, l'absence d'implication du revenu obéit sans doute à un problème similaire, la période de consommation retenue par les auteurs ayant été ramenée à la semaine précédant l'enquête (Weyerer et Dilling, 1991). De la même manière, les recherches indiquant une forte relation entre précarité d'emploi, pauvreté et taux de recours, sont également dépendantes

de durées de référence souvent trop courtes puisqu'elles s'appliquent pour la plupart à des périodes de 12 semaines, ou de 6 mois au plus (Rösh et al., 1989; Guignon et al., 1994; Sermet 1995). C'est pourquoi le portrait de la consommation, et des usagers, s'applique surtout dans de tels cas aux *recours conjoncturels*.

Si on étend la durée de référence à 6 ans au moins d'usage continu, on obtient une image assez différente des publics consommateurs. Les femmes au foyer et les inactifs retraités, les anciens ouvriers en particulier, se dégagent alors très nettement de la population étudiée (Le Moigne, 1996b). On retrouve ici le poids prédominant de l'isolement social, consécutif à la cessation d'activité, d'une part, et de l'invalidité ou des maladies chroniques, d'autre part. En revanche, aucun lien tangible ne permet d'associer les consommations chroniques à la précarité d'emploi ou à la pauvreté. Dans la mesure où cet usage qualifie surtout la pratique de retraités ayant été actifs durant la période protégée du salariat, il n'est pas rare en effet que ces consommations soient associées à la détention d'un patrimoine immobilier.

Le chômage et la rupture conjugale déterminent des recours moins durables. Par ailleurs, la fréquence des consommations épisodiques croît avec la position occupée dans la hiérarchie sociale. Autrement dit, en France au moins, les difficultés liées aux séparations ou à la perte de l'emploi paraissent motiver des usages plus conjoncturels, d'une part, et plus souvent attribuables aux membres de la classe moyenne, d'autre part. Si des nuances d'ordre social existent selon les pays, la consommation chronique n'est en revanche jamais associée à l'extrême pauvreté (Cooperstock et Lennard, 1979, Gabe et Thorougood, 1986; Gabe et Bury, 1991). A cela sans doute une raison simple : le recours médicinal implique une proximité nécessaire à l'appareil de soins, laquelle tend à décroître lorsque les personnes sont privées de ressources (Mormiche, 1993).

La consommation des médicaments psychotropes, rapportée aux caractéristiques générales de la consommation pharmaceutique, n'est donc atypique qu'en partie (Le Pen, 1991). En fait, dans sa dimension chronique, elle se rapproche des médications régulières liées au *risque vital*. Les facteurs en cause sont, dans l'un et l'autre cas, du même ordre. Les conditions de travail, l'abstention médicale et l'usage d'autres psychotropes (tabac, alcool) structurent au premier chef les écarts de morbidité entre catégories sociales, et par suite, l'ampleur de leur traitement pharmaceutique, dont le recours aux médicaments psychoactifs. C'est pourquoi cette médication s'inscrit dans *un rapport de convergence thérapeutique* : sont prescrites les personnes déjà ordonnées pour

d'autres pathologies<sup>7</sup>. Ces éléments expliquent dans ce domaine la relative sur-représentation des anciens ouvriers. En revanche, ils ne permettent de conclure ni à la médicalisation de la pauvreté ni à la diffusion d'une thérapeutique massive des effets de la crise de l'emploi.

### 3.1.2 *La protection des classes supérieures*

La relation admise entre médication globale et médication psychotrope permet d'expliquer *la sous-prescription des classes supérieures* : l'état de santé des personnes, la précocité de leur suivi médical, enfin, leur niveau d'intégration sociale, jouent en leur faveur et rend moins nécessaire dans leur cas l'intervention médicale, pharmaceutique en particulier. Après avoir largement initié l'usage par l'intermédiaire d'une plus grande proximité aux soins, la consommation des cadres paraît ne plus constituer qu'une part résiduelle du phénomène, même si en effet elle permet de caractériser les motifs de recours liés à la décomposition familiale ou à la rupture conjugale (Le Moigne, 1996a). Logiquement, le recours tend dans ce contexte à demeurer épisodique, même s'il peut être appelé à se renouveler assez fréquemment. L'incidence de la morbidité, de l'isolement et de la division des rôles sexuels conduit plutôt à rapporter les usages réguliers à une caractéristique de consommation des milieux populaires. Même lorsque des recours durables peuvent être imputés aux difficultés de la relation de travail, ils concernent surtout les fractions les plus modestes des classes moyennes, les employées en particulier (Piotet et Lattès, 1998). Là encore, chefs d'entreprise, professeurs et cadres supérieurs ne paraissent intégrer la consommation qu'à la marge.

Il est vrai qu'une meilleure estimation du recours des classes supérieures supposerait de pouvoir disposer de grands échantillons. Comme l'a fait remarquer

7 Seul le statut matrimonial semble constituer une exception. En effet, la séparation et le divorce occasionnent, surtout dans la population féminine, des formes de prescriptions plus génériques, le médicament psychotrope représentant souvent dans ce cas l'essentiel de l'ordonnance. Autrement dit, *les situations de rupture conjugale* placent semble-t-il la prescription hors du constat préalable d'un problème somatique. Cette particularité revient à dire que les publics ordonnés pour ce motif sont, comparativement aux consommateurs ordinaires, *sur-prescrits* : ne présentant pas de difficultés organiques, ils devraient en effet logiquement échapper au traitement. C'est donc qu'ils incarnent une cible privilégiée par la médication. Dans la mesure où peu de produits pharmaceutiques sont ordonnés pour ce registre de causes, il y a lieu de fonder dans cette prise en charge *la spécificité de la prescription*. Ajoutons néanmoins que cette conclusion s'appuie sur le fait que l'ordonnance tend dans ce cas à ne comprendre que des produits psychotropes : cette observation n'intègre ni le volume ni la durée de la médication. Dans la mesure où les recours encadrant des situations de divorce ou de séparation restent souvent inférieurs à l'année, cette forme de sur-prescription ne doit pas être confondue avec un effet de «surcharge» pharmaceutique. Ces usages ne sont ni plus fréquents ni plus volumineux qu'en moyenne; ils sont seulement dissociés de toute autre forme de médication (Le Moigne et Colin, 1997).

D'Houtaud à propos de la consommation d'alcool, la recherche est moins à même de rendre compte de la diffusion des psychotropes chez les cadres que chez les ouvriers (D'Houtaud et Taleghani, 1995). Compte tenu du poids respectif de chaque groupe social dans la population active, compte tenu également des limites de taille qu'il faut souvent assigner à l'échantillon d'enquête, l'analyse de la consommation des cadres se réduit assez fréquemment à l'étude de quelques cas. C'est ainsi que la faiblesse numérique des données interdit la plupart du temps d'entreprendre pour eux la moindre généralisation. Même si on peut douter qu'une connaissance appuyée de leur pratique puisse remettre en cause les conclusions actuelles de la recherche, il demeure que l'analyse fouillée du rapport des cadres aux médicaments psychotropes reste à conduire.

### 3.2 *Stress urbain, solitude d'habitat : l'environnement coupable ?*

#### 3.2.1 *Un traitement des «pathologies urbaines» ?*

Les nuisances urbaines constituent également un élément d'explication souvent invoqué. Surpeuplement, solitude, excès de bruit, rythme de vie, longueur et durée des déplacements occasionnés par le travail, en tant qu'éléments générateurs de stress, pourraient motiver une part conséquente des scores de consommation observés dans les grandes agglomérations. Cette interprétation impliquerait de démontrer que les consommations sont moins élevées en milieu rural. Les résultats d'enquête ne sont pas assez convergents pour permettre de conclure sur ce point (Rösch et al., 1989; Chopart, 1993). On procédera donc autrement.

A la vérité, peu d'études ont tenté d'éclaircir les rapports de la consommation au problème urbain. Une enquête américaine déjà ancienne, menée par Webb et Collette, fait à notre connaissance exception (Webb et Collette, 1975). L'objectif de cette recherche était d'examiner la proportion de prescriptions d'une série d'aires géographiques en fonction de caractéristiques environnementales. En vue de typer les contextes urbains, les auteurs ont retenu les éléments suivants : densité démographique, nombre d'habitants par logement, composition des ménages résidents. Quant aux données de prescription, elles ont été recueillies par voie de questionnaire auprès des pharmaciens de chaque site. Les résultats de l'étude s'avèrent, à vrai dire, assez limités : les zones de surpeuplement sont moins consommatrices, d'une part, les aires où les personnes seules sont plus nombreuses affichent les taux de recours les plus élevés, d'autre part. En un mot, la recherche met en lumière l'effet de l'isolement mais ne va guère au-delà. Aussi, même si on admet que la densité des personnes seules est plus élevée en ville, en quoi ce constat suffit-il à incriminer la vie citadine ? Autrement dit, le poids de l'isolement doit-il être compris comme

l'effet d'un *avatar urbain*, ou bien traduit-il plus globalement l'influence qu'exerce sur l'individu, indépendamment de son lieu de vie, *la raréfaction de ses relations sociales* ?

En France, une des rares analyses géographiques de la consommation conclut de son côté à la faiblesse de l'explication environnementale : la proximité des axes circulatoires ou du tissu industriel, le nombre d'individus par logement, la densité de l'habitat collectif, aucun de ces éléments ne génère une distribution significative des scores de consommation dans l'espace (Bussi et al., 1997). Comme l'a fait remarquer Wessling et son équipe, les variations spatiales du taux de recours traduisent pour l'essentiel les disparités socio-démographiques des sites, c'est-à-dire la structure par âge et par sexe des lieux de résidence soumis à étude (Wessling et al., 1991) : là où la population est féminine et âgée, la consommation est plus fréquente. Autrement dit, derrière l'effet prêté à la solitude en milieu urbain, transparaît plus vraisemblablement l'isolement consécutif au vieillissement ou à l'inactivité.

### 3.2.2 Difficulté d'accès au soin ou abstention médicale ?

Un dernier aspect de l'hypothèse spatiale mériterait d'être analysé en propre, celui de l'accessibilité au système de soins, souvent invoqué au titre d'élément explicatif du recours : les consommateurs réguliers bénéficient-ils d'une plus grande proximité à l'offre médicale ? Contrairement à une idée souvent partagée, certaines études tendent à montrer que *les conditions réelles* d'accès aux cabinets médicaux (proximité, condition de trajet) exercent moins d'influence sur la fréquentation que *les perceptions* qui entourent le recours aux soins : les personnes se rendent davantage chez le médecin si elles ont le sentiment qu'il s'agit d'un acte utile et simple à réaliser, et cela, indépendamment des contraintes en temps et distance que ce geste suppose. Par ailleurs, le fait de consommer des produits prescrits obéit également aux représentations de la morbidité. Une estimation à la baisse des problèmes de santé contribue logiquement au plébiscite des médicaments non prescrits, consommés par voie d'automédication ou obtenus auprès du pharmacien (Bush et al., 1978), voire à l'abstinence médicinale. Cette tendance permet d'expliquer la faible consommation de soins des hommes les plus jeunes, et partant, le caractère modéré de leur médication. En somme, *l'abstention médicale*, plus que les difficultés que peut présenter l'accès territorial aux soins, paraît explicative de la faible consommation de médicaments psychotropes dans certaines catégories de la population.

Si la distance sociale au système sanitaire constitue un des facteurs explicatifs du phénomène d'abstinence, en revanche, la fréquentation des cabinets médicaux ne suffit pas à rendre compte, loin s'en faut, de la distribution de la consommation.

D'abord, le nombre de visites médicales varie sensiblement selon l'origine sociale (Chenu, 1988), en dehors de toute considération de morbidité. Autrement dit, au moins jusqu'à l'âge de 50 ans, on ne peut pas déterminer de liens solides entre la fréquentation de la médecine de ville et le faisceau pathologique des patients. Ensuite, la prescription de médicaments psychotropes dépend autant de la souffrance exprimée par le patient, de ses attentes de médication, que de la lecture qu'en propose le praticien. Pour que la consultation connaisse cette issue, encore faut-il que la personne qui vient consulter «s'ouvre» à son médecin et que celui-ci considère qu'une telle prescription est adaptée au cas qu'il traite : autant d'éléments que la répétition des visites ne peut suffire à déterminer (Le Moigne et Colin, 1997)<sup>8</sup>.

#### 4. Le poids de la pratique médicale

L'influence imputée au genre et à l'âge du patient est importante mais n'est pas totalement explicative. En particulier, ni l'état de santé, ni la fréquence du recours au soin ne suffisent à rendre compte en totalité des écarts de consommation observés entre hommes et femmes. Ce constat a conduit la recherche à imputer aux médecins – à *l'effet prescripteur* – une partie de la variance inexplicable (Tamblyn et al., 1996b). En effet, il est admis depuis plus d'une vingtaine d'années que la prescription varie, à profils de patients comparables, de façon très importante chez les praticiens (Raynes, 1979; Lennard et Cooperstock, 1980), mais peu d'éléments permettaient encore au début des années 1990 de donner une explication à ce phénomène. Les recherches entreprises depuis apportent des éléments de réponse, dans 3 domaines en particulier : 1) l'influence exercée par le genre du médecin, 2) sa position à l'égard de la médication en générale, et de la prescription de médicaments psychotropes en particulier, 3) son attitude en matière de gestion de clientèles.

8 La connaissance des médicaments n'est pas non plus décisive. Certes, les abstinents ne sont, en général, pas des bons connaisseurs des produits. A l'inverse, ceux qui les consomment régulièrement connaissent logiquement au moins le nom des substances dont ils font usage. Mais, on peut repérer également une frange de la population qui s'avère particulièrement cultivée dans ce domaine, notamment parmi les membres des professions sanitaires et sociales, et qui pourtant s'avère peu consommatrice. Il semblerait ici que la connaissance acquise en matière de médication joue à la manière d'un effet protecteur, en suscitant une attitude réfractaire à l'égard des produits. Même si on peut douter des positions de principe affichées par ces personnes, il demeure que la relation entre consommation, d'une part, et compétence médicinale, d'autre part, reste à démontrer (Le Moigne, 1996a).

#### 4.1 *La part de «l'effet prescripteur»*

##### 4.1.1 *L'effet d'influence des femmes médecins*

Etudier l'influence qu'exerce le genre du praticien sur le niveau de la prescription exige que certaines conditions d'expérimentation soient réunies. Il importe en particulier de comparer la pratique des professionnels sur la base de clientèles relativement similaires. Ce type d'études bute donc sur une difficulté immédiate dans le cas où le choix du médecin est laissé à la liberté du patient. Lorsque le système sanitaire est fondé sur cette règle, il a pu être constaté que les usagers avaient tendance à élire leur praticien en fonction de la qualité de leur trouble. Ainsi, les patientes auraient tendance à préférer des femmes médecins pour les consultations ayant trait à des problèmes endocriniens ou psychiques, tandis que les patients préféreraient rencontrer des praticiens de sexe masculin lorsqu'ils ont à faire face à des problèmes cardio-vasculaires ou respiratoires (Britt et al., 1996). Dans ces conditions, comment déterminer la part d'influence redevable au profil du médecin si ce profil contribue en amont à la constitution de clientèles différencierées (Baumann et al., 1997) ?

Cette difficulté peut être levée lorsque le système de soins est régi par une carte sanitaire qui constraint le choix médical du patient. L'étude pilote conduite par Morabia et son équipe à Genève a pu bénéficier de cette condition puisque chacun des 6 districts qui composent ce canton est assigné chaque année à 6 médecins (Morabia et al., 1992). Les auteurs ont pu observer, indépendamment du genre du praticien, que les prescriptions de médicaments psychotropes à l'adresse des patientes étaient toujours plus nombreuses. Surtout, et c'est là sans doute l'élément explicatif de la renommée acquise par l'enquête, Morabia et son équipe avancent l'idée que les praticiennes ordonneraient plus souvent que leurs confrères masculins des médicaments psychotropes aux femmes. Selon eux, ce constat peut alimenter trois hypothèses : 1) les femmes sont plus anxieuses que les hommes et cette particularité est mieux appréhendée par les médecins féminins; 2) les praticiennes attribuent plus volontiers des causes psychiques aux symptômes physiques de leurs patientes; 3) ou bien encore, celles-ci évoqueraient plus ouvertement leur détresse devant une femme médecin. Que penser de ces hypothèses ?

Comme l'ont fait remarquer Tamblyn et son équipe, ces résultats dérivent d'une procédure de recherche dont on peut critiquer plusieurs aspects : d'abord, la taille de l'échantillon paraît trop réduite (24 médecins); ensuite, ni les différences d'âge entre praticiens ni la structure de leur clientèle n'ont pu être prises en compte par Morabia (Tamblyn et al., 1996b). Or, on peut légitimement penser que les taux de médication sont sensibles à la proportion de femmes ou de personnes âgées que reçoit le prescripteur. De ce point de vue, la carte

sanitaire ne permet pas d'isoler complètement l'effet de différenciation des clientèles que contribuent à produire : 1) la structure socio-démographique de l'espace où recrute le médecin; 2) les écarts que l'âge, le sexe et la position sociale appliquent à la fréquence du recours aux soins. Cette remarque est à l'origine d'une question à laquelle la recherche a souhaité répondre depuis, et qu'on peut formuler de la manière suivante : les scores de prescription par médecin sont-ils le produit *des structures de clientèles*, ou *de pratiques professionnelles* indépendantes du profil des patients ? Dans le premier cas, l'effet prescripteur se réduirait à l'application de schémas de médication adaptés à des portraits types de patients ou de symptômes; dans le second cas, les normes d'exercice, notamment la distribution des attitudes professionnelles à l'égard de la prescription, l'emporteraient sur les caractéristiques des publics et des pathologies. Que pouvons-nous dire dans ce domaine ?

#### 4.1.2 *Structures de clientèle et pratiques de médication*

Tamblyn et son équipe ont étudié au Québec les prescriptions de plus de 45'000 patients âgés de 65 ans et plus, durant une période de 12 mois. L'étude des feuilles de soins, attribuables à 1'300 généralistes, a permis d'analyser la médication des produits psychotropes au regard *d'indicateurs généraux de prescription* (ordonnance globale de médicaments, prescription d'examens, orientation vers les services médicaux), d'une part, *selon les caractéristiques d'âge et de genre du patient et du praticien*, d'autre part (Tamblyn et al., 1996b). Les premiers résultats de la recherche confirment la structure démographique de la consommation, notamment la «sur-prescription» des patientes. Toutefois, les auteurs ont pu également observer que la part des patients ayant reçu une ordonnance de psychotropes, tous sexes confondus, variait de 0,2% à 67,4% selon le praticien ! Autrement dit, la ventilation par genre de la clientèle ne suffit pas, loin s'en faut, à expliquer la propension des médecins à prescrire.

Si la prescription des praticiens est pour partie indépendante des caractéristiques des publics qu'ils reçoivent, alors il faut imaginer que certains profils professionnels appuient en particulier la médication psychotrope. Lesquels ? Tamblyn et son équipe ont mis au jour trois éléments en particulier : *l'âge du prescripteur, sa spécialité et son affiliation universitaire*, le genre du médecin n'intervenant qu'à la marge d'après les auteurs. Selon eux, la fréquence de la prescription connaît un pic chez les praticiens de plus de 60 ans. Par ailleurs, le fait d'ordonner des psychotropes est plus développé chez les généralistes que chez les ophtalmologues ou les médecins de laboratoire. Enfin, les praticiens démontrent des habitudes de prescription, inégalement ouvertes aux substances, selon l'université qui les a diplômés. Autrement dit, l'attitude

des médecins à l'égard des produits paraît également marquée par les préférences thérapeutiques et les normes de médication que chaque faculté organise en propre.

L'ordonnance de médicaments psychotropes obéit aux cultures de métier du champ médical, et aux légitimités plus ou moins égales qu'elles accordent à l'emploi des produits (Colvez et al., 1979; Tatossian, 1985). Toutefois, il convient de ne pas exagérer la portée de ce facteur : en effet, les attitudes professionnelles ne peuvent être dissociées qu'en partie des caractéristiques de la clientèle. Ainsi, deux traits généraux fédèrent la prescription, quelles que soient les caractéristiques de profil des médecins : les patientes sont toujours davantage prescrites; le nombre d'ordonnances fléchit chez les patients les plus âgés ou déjà hospitalisés à plusieurs reprises. Ce consensus médical est à mettre au compte d'une norme professionnelle de prescription qui, d'un côté, établit un lien de proximité entre pathologie féminine et médication psychotrope, et de l'autre, un rapport de prévention contre l'effet iatrogène des substances chez les publics à forte morbidité (Tamblyn et al., 1996a). *Ces observations conduisent à rapporter la prescription à l'effet conjugué de deux facteurs : la définition médicale de populations cibles; une autonomie relative de l'exercice professionnel se mesurant, à clientèles égales, par des dispositions à prescrire relativement différentes.*

## 4.2 *Un regard sur les contraintes de l'exercice professionnel*

### 4.2.1 *La gestion des patients : le produit et le temps*

L'ordonnance de médicaments psychotropes appuie le constat d'une diversité de pratiques chez les médecins. Pour autant, cette prescription décrit-elle une ligne de partage entre les praticiens ? La relation observée entre l'âge du médecin et la propension à prescrire paraît offrir ici un début de réponse. L'augmentation significative de la médication chez les praticiens de plus de 60 ans laisse effectivement songer, derrière l'effet d'âge, à l'influence d'un effet de génération : la pratique professionnelle des «anciens», sous l'effet d'apprentissages différents et d'une adhésion plus marquée à la chimiothérapie, permettant d'expliquer ce rapport. En fait, ce trait de la prescription traduit plus vraisemblablement *l'incidence de l'ancienneté professionnelle*.

On a pu observer effectivement que l'indication pharmaceutique, toutes substances confondues, tend à croître chez les médecins après 10 ans d'exercice (Le Moigne et Colin, 1997). Cette tendance inclut logiquement l'ordonnance de produits psychotropes. C'est pourquoi Hadsall et son équipe ont pu considérer que *la propension générale à prescrire* constituait en réalité l'élément

déterminant de l'attitude professionnelle à l'égard des médicaments (Hadsall et al., 1982). Dans le même ordre d'idées, il paraît possible d'établir un lien direct entre la durée d'exercice, l'ordonnance de services médicaux (examen biologique, radiographie, indication à un spécialiste), et la multiplication des actes ou des visites (Davidson et al., 1994). Autrement dit, *la prescription, quelle qu'en soit la nature, augmente logiquement à mesure que croît la clientèle du médecin*. Ce phénomène requiert une antériorité professionnelle minimale – le temps que la clientèle se constitue –, c'est pourquoi les médecins âgés ordonnent plus souvent. On peut donc formuler la conclusion suivante : la médication de produits psychoactifs ne permet pas de discriminer des fractions entières du corps médical, acquises à des formes particulières d'exercice; elle témoignerait plutôt de l'effet d'entraînement que le développement de la consultation tend à exercer en général, dans la profession, sur l'indication pharmaceutique des praticiens (Tamblyn et al., 1996b; Le Moigne et Colin, 1997).

L'ordonnance de médicaments psychotropes traverse donc plus qu'elle ne divise le corps médical. Pour autant, elle décrit bien un trait spécifique de l'exercice professionnel. En quoi ? Cormack et Howells ont pu noter, à la suite d'une enquête menée par entretiens auprès de 25 médecins, le fait suivant : les grands prescripteurs de benzodiazépines ont, plus souvent que leurs confrères, tendance à établir une relation directe entre la délivrance de ces produits et leur charge de travail. Ces praticiens considèrent en effet que ce type de prescriptions leur fait gagner du temps de consultation (Cormack et Howells, 1992). Deux vertus se déduisent de cette pratique : *un gain de productivité, la fidélisation de la clientèle*. Dans le premier cas, l'ordonnance de médicaments psychotropes permet au praticien d'afficher une position dite objective qui le dédouanerait d'avoir à s'ouvrir à la situation vécue par le patient, moyennant quoi il devient possible d'accroître la rapidité de la consultation. Quant à la fidélisation, celle-ci se déduirait du délai que la médication permet d'assigner à l'énoncé diagnostique. A défaut de pronostic ou d'un repérage bien balisé du trouble, l'ordonnance permet de temporiser et de reporter à plus tard l'identification du problème : elle fait dépendre l'amélioration du patient d'une seconde entrevue. De ce point de vue, la prescription de médicaments psychotropes décrit bel et bien une particularité de l'exercice médical : *elle n'accompagne pas seulement la croissance de l'activité professionnelle; elle contribue à la produire*.

#### 4.2.2 *Les effets de renforcement de l'industrie pharmaceutique*

Les médicaments psychotropes offrent un appui à l'intensification du nombre de visites par patients, et plus globalement, à la croissance de fréquentation des cabinets. En oeuvrant à cette tendance, l'outil pharmaceutique contribue à

orienter l'activité professionnelle vers une entreprise de consultation. Le fait de miser sur la progression numérique de la clientèle entretient en effet un rapport antagoniste avec le choix d'autres investissements : formation continue, actualisation des connaissances en pharmacologie, etc. (Zarifian, 1996). Cette contradiction offre un point d'appui au pouvoir d'influence des campagnes d'information des laboratoires pharmaceutiques. De fait, de nombreuses études font valoir que la publicité préforme (ou valide) le jugement des médecins : soit en présentant le patient en dehors de tout contexte social, c'est-à-dire en accréditant l'idée d'efficacité d'une thérapeutique purement chimique (Kleinman et Cohen, 1991); soit en renforçant les stéréotypes sociaux qui traversent le corps médical, notamment à l'égard des femmes (Smith et Griffin, 1977; Hohmann, 1989; Prather, 1991). Ces messages exercent sans doute un effet de ratification culturelle auprès des professionnels. Pour autant, sont-ils déterminants ? Répondre à cette question exigerait de pouvoir disposer d'une analyse fouillée de l'impact de l'industrie pharmaceutique. Excepté un travail anglo-saxon portant sur l'effet des marchés (Healy, 1998), et les études françaises consacrées à l'économie de la thérapeutique dépressive (Le Pen, 1998), cette recherche reste à notre connaissance à entreprendre. Faute de mieux, on se bornera donc à formuler une opinion générale.

C'est moins sans doute le contenu des annonces qui paraît important ici, même si son effet de renforcement ne peut être tenu pour négligeable, que le rôle d'information que la publicité a fini par exercer auprès du corps médical. En effet, selon Peay, dans 70% des cas, ce sont les représentants des laboratoires pharmaceutiques qui informent les praticiens de la sortie d'un nouveau médicament psychotrope sur le marché (Peay et Peay, 1988). Faut-il pour autant établir, comme Krupka et Vener, un lien direct entre, d'un côté, l'investissement record que les fabricants du diazépam (Valium®) ont consacré dans les années 1970 à la publicité du produit dans la presse médicale, et de l'autre, le fait que l'anxiolytique ait été durant la période concernée le médicament le plus prescrit au monde (Krupka et Vener, 1985) ? On serait tenté d'y voir pour notre part, moins la preuve d'une toute puissance de l'industrie pharmaceutique, que le résultat d'une conjonction structurante entre, d'une part, *l'essor de la fréquentation médicale et des problèmes justiciables d'un traitement par la médecine*, et d'autre part, *la nécessité d'une productivité d'exercice accrue* dont l'industrie pharmaceutique a réussi en effet à tirer profit.

## 5. Conclusion

L'étude de la consommation des médicaments psychotropes fait apparaître une forte complexité. Celle-ci peut être réduite en partie si on tente de hiérarchiser les facteurs qui la déterminent. Parmi les éléments d'explication les plus décisifs, on doit retenir en premier lieu *le risque vital et l'invalidité*. En somme, les médicaments sont davantage associés aux traitements des maladies organiques qu'ils ne sont directement liés aux thérapeutiques des troubles psychiques, si toutefois leur différenciation est possible. Il reste néanmoins que les scores de consommation sont sans commune mesure avec la distribution des maladies invalidantes dans la population. Des éléments de facture plus directement sociale fondent en vérité l'essentiel du recours aux médicaments psychotropes. *La définition culturelle du mal être et de sa recevabilité par la médecine* jouent ici un rôle prépondérant. La consommation engage d'abord une proximité culturelle à l'appareil de soin, ensuite l'énonciation d'une détresse légitime, enfin, la traduction médicale de ce malaise sous la forme d'une thérapeutique appuyée par le médicament. Au nombre des maux qui intègrent le plus aisément ce processus, le risque de marginalisation induit par *l'isolement* surpassé tous les autres parce qu'il dérive d'une demande recevable d'intégration et paraît solliciter à bon droit, en l'absence d'une solidarité sociale suffisante, l'alternative d'une solution médicale. Les événements de vie, les accidents qui émaillent la trajectoire conjugale, familiale ou professionnelle, exercent également une influence sur le recours mais de manière plus conjoncturelle. Du côté de l'exercice médical, *les contraintes de productivité* augmentent chez les praticiens la probabilité de prescription en vertu de *la croissance des clientèles* et de l'ouverture grandissante de la profession *aux difficultés* d'ordre social. Autrement dit, les produits permettent au corps médical de construire une réponse qui reste située dans le champ sanitaire alors même que le problème à traiter a cessé de lui appartenir.

De cette organisation du recours découlent logiquement les caractéristiques socio-démographiques des populations consommatrices. Cet usage concerne d'abord *les inactifs*, c'est-à-dire les groupes qui tendent à associer maladie et isolement. Plus précisément encore, il concerne *les femmes*, d'une part, et *les personnes âgées*, d'autre part, pour qui le recours à la solution médicale dérive à la fois d'une plus grande proximité à l'appareil de soins *et* d'une incapacité dont l'idée est largement répandue tant chez les patients eux-mêmes qu'à l'intérieur du corps médical. *Les femmes au foyer*, les anciennes ouvrières en particulier, recourent d'autant plus longuement aux médicaments qu'elles ne peuvent ni échapper à leur situation d'isolement ni opposer une alternative à la consommation. Pour les plus de 60 ans, l'âge et surtout le vieillissement se révèlent d'autant plus influents que *l'entrée en maladie* s'accompagne d'une

*perte des relations sociales*, des cercles d'amis en particulier. Dans la mesure où *le monde des ouvriers* tend à cumuler ces deux traits, il est facile de comprendre pourquoi les consommateurs chroniques, notamment masculins, se recrutent essentiellement parmi les inactifs de cette catégorie sociale.

Quand un de ces éléments de situation n'est pas présent, logiquement, la consommation tend à s'infléchir ou à demeurer plus conjoncturelle. La critique de l'argument, qui tend à lier recours et pauvreté, se comprend ainsi aisément par exemple dès lors qu'on rappelle la condition de proximité à l'appareil de soins. Dans la mesure où la fréquentation de la médecine de ville demeure pour bonne part dépendante du revenu, il est rare que les publics les plus démunis soient consommateurs, faute de consulter. La même explication vaut pour les chômeurs dont on sait qu'ils tendent, par défaut de moyens ou de légitimité, à s'éloigner du système sanitaire. De la même manière, la consommation des cadres, qui a initié l'usage des médicaments, a fini par représenter un phénomène isolé à mesure que les normes de prescription se sont stabilisées : les modalités actuelles de l'indication (morbilité, isolement social et constat d'incapacité) décrivent autant de désordres que les classes supérieures présentent plus rarement, ou qui leur sont moins souvent attribués par le corps médical.

Il reste toutefois à rappeler la part d'ombre que ménage la recherche sur la consommation des médicaments psychotropes. D'abord, les difficultés de méthode demeurent innombrables. Les données réunies sont tributaires, soit de la qualité des enregistrements des organismes de soins, soit des déclarations des consommateurs. On sait au mieux qui achète les produits mais on ne peut pas établir dans quelle mesure les médicaments acquis sont effectivement consommés. Par ailleurs, on continue de déduire les causes du recours des caractéristiques socio-démographiques du patient (âge, sexe, statut matrimonial, type d'activité, catégorie d'inactivité, etc.). Cette approche pose un premier problème : 1) elle déduit *l'origine de la consommation* des faits les plus saillants du changement identitaire (rupture de statut social, décomposition familiale, déclaration de morbidité), sans pouvoir les restituer dans le cadre d'une trajectoire ou d'une biographie individuelle (Haafkens, 1997). Ce procédé est commandé par les opérations de comptabilité qui requièrent le concours d'éléments aisément repérables, fixés dans le temps. Mais il ne permet pas de dire dans quelle mesure les épisodes repérés sont subis, ni d'évaluer l'influence des événements qui viennent le cas échéant s'intercaler entre eux : agression, condamnation judiciaire, avortement, etc. 2) L'emploi des variables de statut, ou de changement de situation, prête à une seconde difficulté. On continue en effet par ce type d'explication à déduire *l'efficacité du recours* d'éléments extérieurs à la consommation proprement dite. Cette méthode offre un appui solide à l'analyse chiffrée mais elle ne permet pas de comprendre pourquoi le recours fournit à

l'usager *une réponse tangible* aux problèmes qu'il rencontre (Helman, 1981). Une question d'importance demeure donc peu résolue par la recherche statistique : comment se négocie lors de la consultation, entre patient et médecin, la pertinence de la thérapeutique; à quoi l'un et l'autre évaluent-ils le caractère adapté et performant des produits ? En somme, il reste à étudier la consommation de «l'intérieur», et à déplacer le regard quantitatif des éléments qui causent et encouragent le recours vers ceux qui conditionnent l'idée de sa réussite.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aguzzoli, Fabienne et Catherine Sermet (1993), *La consommation pharmaceutique des personnes âgées en institution*, Paris : CREDES.
- Aiach, P.; I. Aiach et A. Colvez (1983), Motifs de consultation et diagnostics médicaux en matière de troubles mentaux : analyse de leurs correspondances, approche critique sur le plan épidémiologique, *Psychologie médicale*, 15, 4.
- Aiach, P.; A. Philippe, A. Leclerc, M. Vennin et D. Cere (1979), Les femmes sont-elles plus malades que les hommes ?, *Revue Française de Santé Publique*, 27, 331-358.
- Allard, Jacques; Denis Allaire, Gilbert Leclerc et Simon-Pierre Langlois (1997), L'influence des relations familiales et sociales sur la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées, in : David Cohen et Guillaume Pérodeau, éds, *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec*, 22, 164-182.
- Ashton, H. (1991). Psychotropic-drug prescribing for women, *British Journal of Psychiatry*, 158, 30-35.
- Baumann, Michèle; Jeanine Pommier et Jean-Pierre Deschamps (1997), Sociologie de la santé : comportement de «genre» chez les adolescents et psychotropes, *Connexions*, 69, p. 141-152.
- Baumann, Michèle; Jeanine Pommier et Jean-Pierre Deschamps (1996), Prescription médicale et consommation de psychotropes : quelques interrogations sur les différences entre hommes et femmes, *Cahiers de Sociologie et de Démographie médicale*, 36, 63-78.
- Blaska, B. (1990), The myriad medication mistakes in psychiatry : a consumer's view, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 993-998.
- Bocognano, Agnès; Nathalie Granfils, Philippe Le Fur, Andrée Mizrahi et Arié Mizrahi (1993), *Santé, soins et protection sociale en 1992*, Paris : CREDES.
- Bourque, O.; L. Blanchard, M. R. Sadéghui et A. M. Arsenault (1991), Etat de santé, consommation de médicaments et symptômes de la dépression chez les personnes âgées, *Canadian Journal of Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 10, 4, 309-319.
- Britt H.; A. Bhasale, D. A. Miles, A. Meza, G. P. Sayer et M. Angelis (1996), The sex of the general practitioner. A comparison of characteristics patients and medical conditions managed, *Medical Care*, 34, 403-415.
- Broadhead, W. E.; D. B. Larson, K. S. H. Yaranall, D. G. Blazer et C. Tse (1991), Tricyclic antidepressant prescribing for nonpsychiatric disorders, an analysis based on data from the 1985 National Ambulatory Medical Care Survey, *The Journal of Family Practice*, 33, 24-32.
- Buck, J. A. (1988). Psychotropic drug practice in nursing homes, *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 5, 409-418.
- Bush, P. J. et M. Osterweis (1978), Pathways to medicine use, *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 179-189.

- Bussi, Michel; Guido De Ridder, Claude Legrand et Philippe Le Moigne (1997), Lieux et milieux de désarroi urbain : consommation de psychotropes et déclassement social, *Espaces-Temps*, 59–62.
- Cafferata, G. L. et S. M. Meyers (1990), Pathways to psychotropic drug use, understanding the basis of gender differences, *Medical Care*, 28, p. 285–300.
- Cafferata, G. L.; J. Kasper et A. Bernstein (1983), Family roles, structure and stressors in relation to sex differences in obtaining psychotropic drugs, *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 132–143.
- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (1996). *Enquête nationale sur la pharmacie (mai 1993)*, Paris : CNAMTS.
- Caroselli-Karinja, M. (1985), Drug abuse and the elderly, *Journal of Psychiatric Nursing*, 23, 25–30.
- Carta, M. G.; B. Carpinello, P. L. Morosini et N. Rudas (1991), Prevalence of mental disorders in Sardinia : a community study in an island mining district, *Psychological Medicine*, vol., n° 4, 1'061–1'071.
- Chambers, C. D. et M. S. Griffey (1975), Use of legal substances within the general population : the sex and age variables, *Addictive Diseases*, 2, 7–19.
- Chenu, Alain (1988) Sexe et mortalité en France – 1906–1980, *Revue Française de Sociologie*, XXIX, 293–324.
- Chopart, Jean-Noël (1993), La distribution de psychotropes dans les secteurs du centre hospitalier spécialisé du Rouvray, in : Bernard Doray et Jean-Michel Rennes, *Regards sur la folie : investigations croisées des sciences de l'homme et de la société*, Paris : L'Harmattan, 311–322.
- Closser, M. H. (1991), Benzodiazepines and the elderly : a review of potential problems, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 35–41.
- Cohen, David (1996), Les nouveaux médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé ?, *Sociologie et sociétés*, XXVIII, 17–33.
- Cohen, David (1994), *Promotion, prescription et consommation des médicaments psychotropes : inventaire des recherches en sciences humaines (1988–1993)*, Paris-Montréal : MIRE.
- Cohen, David et Serge Karsenty (1997), *Les représentations sociales des effets secondaires des anxiolytiques : une étude comparative Québec-France*, Paris-Montréal : MIRE.
- Cohen, David et Suzanne Cailloux-Cohen (1995), *Guide critique des médicaments de l'âme*, Montréal : Les Editions de l'Homme, Québec.
- Colvez, A.; E. Michel et N. Quemada (1979), Les maladies mentales et psychosociales dans la pratique libérale. Approche épidémiologique, *Psychatrie Française*, 10.
- Conrad, P. (1987), The noncompliant patient in search of autonomy, *Hastings Center Report*, August, 15–17.
- Cooperstock, R. (1978), Sex differences in psychotropic drug use, *Social Science and Medicine*, 12, 179–186.
- Cooperstock, R. (1971), Sex differences in the use of mood-modifying drugs : an explanatory model, *Journal of Health and Social Behavior*, 12, 238–244.
- Cooperstock, R. et J. Hill (1982), Les effets de l'usage des tranquillisants : l'usage des benzodiazépines au Canada, in : Direction de la Promotion de la Santé, *Santé et bien-être social*, Ottawa : Direction de la Promotion de la Santé, 50–53.
- Cooperstock, R. et P. Parnell (1982), Research on psychotropic drugs use : a review of findings and methods, *Social Science and Medicine*, 16, 1'179–1'196.
- Cooperstock, R. et H. Lennard (1979), Some social meanings of tranquiliser use, *Sociology Health and Illness*, 1, p. 331–347.

- Coons, S. J.; M. Johnson et M. H. Chandler (1992), Sources of self-treatment information and use of home remedies and over-the-counter medications among older adults, *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 7, 1, 71–82.
- Cormack, M. A. et E. Howells (1992), Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainees, *Family Practice*, 9, 466–471.
- Costentin, Jean (1993), *Les médicaments du cerveau*, Paris : Odile Jacob.
- Davidson, W.; W. Molloy, G. Somers et M. Bédard (1994), Relation between physician characteristics and prescribing for elderly people, *New Brunswick : Canadian Medical Association Journal*, 150, 917–921.
- Deniker, Pierre (1982), Vers une classification automatique des psychotropes à travers un fichier informatisé de leurs propriétés, *Annales Médico-psychologiques*, 1, 3–5.
- D'Houtaud, Alphonse et Michel Taleghani (1995), *Sciences sociales et alcool*, Paris : L'Harmattan.
- Doré, Christine et David Cohen (1997), La prescription de stimulants aux enfants hyperactifs : une étude pilote des incitatifs et des contraintes pour les parents, les médecins et les enseignants, in : David Cohen et Guillaume Pérodeau, éds, *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec*, 22, 216–238.
- Dupré-Lévéque, Delphine (1997), Les «effets tertiaires» du médicament psychotrope. Bilan d'une recherche anthropologique menée dans le Sud-Ouest de la France auprès de consommateurs âgés, in : David Cohen et Guillaume Pérodeau, éds, *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec*, 22, 183–199.
- Ehrenberg, Alain (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris : Odile Jacob.
- Ehrenberg, Alain (1995), *L'individu incertain*, Paris : Calmann-Levy.
- Eve, S. B. et H. J. Friedsam (1981), Use of tranquilizers and sleeping pills among older texans, *Journal of Psychoactive Drugs*, 13, 165–173.
- Fourrier, A.; L. Letenieur, J. Dartigues, A. Decamps et B. Begaud (1996), Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé vivant à domicile et en institution à partir de la cohorte Paquid : importance de la polymédication et utilisation des psychotropes, *La Revue de Gériatrie*, 09, 473–482.
- Gabe, J. et M. Bury (1991), Tranquillisers and health care in crisis, *Social Science and Medicine*, 32, 449–454.
- Gabe, J. et Thorogood (1986), Prescribed drug use and the management of everyday life : the experiences of black and white working class women, *Sociological Review*, 34, 737–772.
- Gabe, J. et S. Lipshitz-Philipps (1984), Tranquillisers as social control ?, *Sociological Review*, 36, 320–352.
- Guignon Nicole; Pierre Mormiche et Claude Sermet (1994), La consommation régulière de psychotropes, *INSEE-Première*, n° 310.
- Gustafsson, T. M.; D. G. L. Isacson, M. Thorslund et D. Sorbom (1996), Factors associated with psychotropic drug use among the elderly living at home, *The Journal of Applied Gerontology*, 15, 2, 238–254.
- Haafkens, J. (1997), *Rituals of silence. Long term tranquilizer use by women in the Netherlands*, Amsterdam : Het Spinhuis.
- Hadsall, R. S.; R. A. Freeman et G. J. Norwood (1982), Factors related to the prescribing of selected psychotropic drugs by primary care physicians, *Social Science and Medicine*, 16, 1'747–1'756.
- Hancock, L., D. Hennrikus, D. Henry, R. Sanson-Fisher et R. Walsh (1991), Agreement between two measures of drug use in a low-prevalence population, *Addictive Behaviors*, 16, 507–516.
- Haxaire, C.; Brabant-Hamonic, E. Cambon et E. Rougeot (1998), Appropriation de la notion de dépendance et opportunité des psychotropes à travers l'étude de pharmacies familiales

- dans une région rurale de Basse-Normandie, in : Ehrenberg A., éds, *Drogues et médicaments psychotropes : le trouble des frontières*, Paris : Editions Esprit, 171–208.
- Healy, D. (1998), *The antidepressant era*, Harvard : Cambridge University Press.
- Helman, C. (1981), «Tonic», «fuel» and «food» : social and symbolic aspects of long-term use of psychotropic drugs, *Social Science and Medicine*, 158, 521–533.
- Hemminki, E. (1988), Factors influencing prescribing, in : Ghodse H., Khan I., *Psychoactive Drugs, Improving Prescribing Practices*, Geneva, Word Health Organization, 22–35.
- Hemminki, E. (1975), Review of literature on the factors affecting drug prescribing, *Social Science and Medicine*, 9, 111–115.
- Hendricks, J.; T. P. Johnson, S. L. Sheahan et S. J. Coons (1991), Medication among older persons in congregate living facilities, *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 6, 47–61.
- Hohmann, A. (1989), Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care, *Medical care*, 27, 478–490.
- Home-Hansen, E. (1989), How widely do women and men differ in their use of psychotropic drugs : a review of danish studies ?, *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 6, 165–183.
- Jacquinet-Salord, M. (1993), Sleeping tablet consumption, self reported quality of sleep, and working conditions, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47, 64–68.
- Jensen, E.; O. Dehlin, B. Hagberg, G. Samuelsson et T. Svensson (1994), Medical, psychological, and sociological aspects of drug treatment in 80-year olds, *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 140–144.
- Johnson, R. E. et W. M. Vollmer (1991), Comparing sources of drug data about the elderly, *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 1'079–1'084.
- Kail, B. L. et E. Litwak (1989), Family, friends and neighbors : the role of primary groups in preventing the misuse of drugs, *Journal of Drug Issues*, 19, 261–281.
- Kapsambelis, Vassilis (1994), *Les médicaments du narcissisme. Métapsychologie des neuroleptiques*, Paris : Les Empêcheurs de Penser en Rond.
- Karsenty, S. (1991), Remarques socio-économiques sur la consommation française de médicaments hypnotiques et tranquillisantes, *La Revue Prescrire*, 110, p. 457–459.
- Kleinman, D. L. et L. J. Cohen (1991), The decontextualisation of mental illness : the portrayal of work in psychiatric drug advertisements, *Social Science and Medicine*, 32, 867–874.
- Koumjian, K. (1981), The use of Valium as a form of social control, *Social Science and Medecine*, 15, 245–249.
- Krupka, L. R. et M. A. Vener (1985), Prescription drug advertising : trends and implications, *Social Science and Medecine*, 20, 191–197.
- Laurier, C.; J. Dumas, J-P. Grégoire (1992), Factors related to benzodiazepine use in Quebec : a secondary analysis of survey data, *Journal of Pharmacoeconomics*, 2, 73–96.
- Lecomte, Thérèse (1994), *La consommation pharmaceutique en 1991. Evolution 1970–1980–1991*, Paris : CREDES.
- Ledoux, S. et M. Choquet (1994), Usage de médicaments à but psychotrope à l'adolescence : pourquoi plus les filles ? Etude sur un échantillon des 12–20 ans scolarisés en Haute-Marne, *Revue d'Epidémiologie en Santé Publique*, 42, 216.
- Legrand, Claude (1996), *Médecine et malheur moral. Les modes de légitimation de la prescription de médicaments psychotropes dans la presse médicale – 1950–1990*, Rouen : LERS-MIRE.
- Le Moigne, Philippe (1999), Anxiolytiques, hypnotiques : les facteurs sociaux de la consommation, *Documents de Synthèse du Groupement de Recherche Psychotropes, Politique et Société*, Paris : CNRS-CETSAH, n° 1.

- Le Moigne, Philippe (1998), L'usage chronique des médicaments psychotropes : problèmes d'analyse et de méthode, in : Alain Ehrenberg, éds, *Drogues et médicaments psychotropes : le trouble des frontières*, Paris : Editions Esprit, 150–179.
- Le Moigne, Philippe (1996-a), *Territoires en déclin et consommation des médicaments psychotropes : une gestion ouvrière du désarroi urbain ?*, Rouen : LERS/PIR-Villes.
- Le Moigne, Philippe (1996-b), La faute au faubourg ? La consommation de médicaments psychotropes en milieu urbain, *Annales de la Recherche Urbaine*, n° 73, 74–82.
- Le Moigne, Philippe et Isabelle Colin (1997), *Lieux et milieux de désarroi. Observation territorialisée des prescripteurs et consommateurs de médicaments psychotropes*, Rouen : LERS-INSERM-CNAMTS.
- Lennard, H. et R. Cooperstock (1980), The social context and functions of tranquilizer prescribing, in : R. Mapes, éds, *Prescribing Practice and Drug Usage*, London : Croom Helm, 73–82.
- Le Pen, Claude (1998), Economie de la dépression, in : Alain Ehrenberg, éds, *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*, Paris : Editions Esprit, 29–61.
- Le Pen, Claude (1991), Une politique pour les tranquillisants ?, in : Alain Ehrenberg, éds, *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*, Paris : Editions Esprit, 271–280.
- Lovell, A. et R. Fuhrer (1996), Troubles de la santé mentale : la plus grande «fragilité» des femmes remise en cause, in : M.-J. Savrel-Cubizolles et B. Blondel, éds, *La santé des femmes*, Paris : Flammarion, 252–283.
- Mant A.; D. Broom et P. Duncan-Jones (1983), The path to prescription : sex differences in psychotropic drug prescribing for general practice patients, *Social Psychiatry*, 18, p. 185–192.
- Marinier, R. L.; R. O. Phil, C. Wildford et J. E. Lapp (1982), Psychotropic drug usage in Quebec urban women : pharmacological aspects, *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 16, 556–562.
- McKim, W. A. et B. L. Mishara (1987), *Drugs and Aging*, Toronto : Butterworlte.
- Mishara, B. L. et W. A. Mc Kim (1989), *Drogues et vieillissement*, Boucherville : Gaëtan Morin.
- Mishara, B. L. (1996), L'écologie familiale et la consommation de médicaments chez les personnes âgées : commentaire sur un facteur important ignoré dans les recherches et les projets de prévention, in : David Cohen et Guilhème Pérodeau, éds, *Drogues et médicaments mis en contexte*, Santé mentale au Québec, 22, p. 200–215.
- Montagne, Michael (1996), De l'activité pharmacologique à l'usage des drogues : la construction des connaissances sur les psychotropes, in : David Cohen et Guilhème Pérodeau, éds, *Drogues et médicaments mis en contexte*, Santé mentale au Québec, 22, 149–163.
- Morabia, A.; J. Fabre et J-P. Dunand (1992), The influence of patient and physician gender on prescription of psychotropic drugs, *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 111–116.
- Mormiche, Pierre (1993), Les disparités de recours aux soins en 1991, *Economie et Statistique*, 265, 45–52.
- Morse, R. M. (1988), Substance abuse among the elderly, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 52, 259–268.
- Nananda, C.; J. C. Fanale et P. Kronholm (1990), The role of medication non-compliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly, *Archives of International Medicine*, 150, 841–845.
- Nizard, Alfred et Francisco Monoz-Perez (1993), Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950 : essai d'évaluation du nombre des décès dus à la consommation d'alcool et de tabac en 1986, *Population*, 3, p. 571–608.

- Orcutt, J. D. (1978), Normative definitions of intoxicated states : a test of several sociological theories, *Social Problems*, 25, 385–396.
- Oughourlian, Jean-Michel ([1974] 1984), *La personne du toxicomane. Psychosociologie des toxicomanies actuelles dans la jeunesse occidentale*, Toulouse : Privat.
- Pariente, P.; J-P. Lepine et J. Lelouch (1991), Self-reported psychotropic drugs use and associated factors in a french community sample, *Psychological Medicine*, vol. 22, 181–190.
- Peay, M. Y. et E. R. Peay (1988), The role of commercial sources in the adoption of a new drug, *Social Science and Medicine*, 26, 1'183–1'189.
- Pedersen, W. et N. J. Lavik (1991), Adolescents and benzodiazepines : prescribed use, self-medication and intoxication, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 94–98.
- Pérodeau, G.; S. King et M. Ostoj (1992), Stress and psychotropic drug use among the elderly : an exploratory model, *Canadian Journal on Aging*, 11, 347–369.
- Pérodeau, G. et M. Ostoj (1990), *Facteurs psychosociaux reliés à la consommation de psychotropes par des personnes âgées en maintien à domicile*, Verdun : Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.
- Pihl, R. O.; D. Murdoch, J. E. Lapp et R. Marinier (1986), Psychotrope and alcohol use by women : one or two populations ?, *Journal of Clinical Psychology*, 42, 991–999.
- Piotet, F. et C. Lattès (1998), *Travail et relations de travail dans l'enquête sur la santé et les soins médicaux, 1991–1992*, Paris : Laboratoire Georges Friedmann/MIRE.
- Prather, J. E. (1991), Decoding advertising : the role of communication studies in explaining the popularity of minor tranquilisers, In J. Gabe, éds, *Understanding tranquiliser use*, Londres : Tavistock/Routledge, 112–135.
- Ray, W. A. (1992), Medications and the safety of the older driver : is there a basis for concern ?, *Human Factors*, 34, 33–47.
- Raynes, N. V. (1979), Factors affecting the prescribing of psychotropic drugs in general practice consultations, *Psychological Medicine*, 9, 671–679.
- Riska, E. (1989), How the sex differences in the use of psychotropic drugs are explained, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 17–1, 3–6.
- Rösch, Didier; Laurence Hauesler et Françoise Facy (1989), *La consommation de produits psychotropes dans la population française : alcool, tabac, café, thé, médicaments psychotropes*, Paris : CREDOC.
- Sermet, Catherine (1995), *Les spécificités de la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques. Enquête sur la santé et les soins médicaux (1991–1992)*, Paris : CREDES.
- Serradell, J.; D. C. Bjornson et A. G. Hartzema (1987), Drug utilization study methodologies : national and international perspectives, *Drug intelligence and clinical pharmacy*, 21, 994–1001.
- Shelowitz, P. A. (1987), Drug use, misuse and abuse among elderly, *Medecine and Law*, 6, 235–250.
- Smart R. G. et E. M. Adalp (1988), Alcohol and drug use among the elderly : trends in use and characteristics of users, *Canadian Journal of Public Health*, 79, 236–342.
- Smith, M. C. et L. Griffin (1977), Rationality of appeals used in the promotion of psychotropic drugs : a comparison of male and female models, *Social Science and Medicine*, 11, 409–414.
- Spagnoli, A.; G. Ostino, A. D. Borga, R. D'Ambrosio, P. Maggiorotti, E. Todisco, W. Pattichizzo, L. Pia et M. Comelli (1989), Drug compliance and unreported drugs in the elderly, *Journal of the American Geriatric Society*, 37, 619–624.
- Stewart, R. B. (1988), Drug use in the elderly, in : Delfuente J. C., Stewart R. B., *Therapeutics in the Elderly*, Baltimore, William and Wilkins, 50–63.

- Stewart, R. B.; R. G. Marks, F. E. May et W. E. Hale (1994), Factors which predict multiple drug use in the elderly, *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 9, 2, 53–67.
- Swain, Gladys (1985), Chimie, cerveau, esprit et société. Paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale, *Le Débat*, 172–183
- Tamblyn, R. M.; P. Mc Leod, M. Abrahamowicz et R. Laprise (1996-a), Do too many cooks spoil the broth ? Multiple physician involvement in medical management of elderly patients and potentially inappropriate drug combinations, *Canadian Medical Association Journal*, 154, 1'117–1'184.
- Tamblyn, Robyn; Réjean Laprise, Brian Schnarch, Johanne Monette et Peter Mc Leod (1996-b), Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux hommes, in : David Cohen et Guillaume Pérodeau, éds, *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec*, 22, 239–262.
- Tatossian, A. (1985), Les pratiques de la dépression : étude critique, *Revue Française de Psychiatrie*.
- Thorne, S. E. (1990), Constructive noncompliance in chronic illness, *Holistic Nursing Practice*, 5, 62–69.
- Touranchet, A. (1996), Santé, travail et âge. Résultats de l'enquête Estev 1990, *Actualité et dossier en santé publique*, n° 15, 18–24.
- Van Putten, T. et P. May (1978), Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy : the consumer has a point, *Archives of General Psychiatry*, 35, 477–480.
- Verbrugge, L. M. et L. P. Steiner (1995), Prescribing drugs to men and women, *Health Psychology*, 4, 79–98.
- Webb, S. D. et J. Collette (1975), Urban ecological and household correlates of stress-alleviative drug use, *American Behavioral Scientist*, 18, 750–770.
- Wessling, A.; U. Bergman et B. Westerholm (1991), On the differences in psychotropic drug use in the three major urban areas in Sweden, *European Journal of Clinical Pharmacology*, 40, 495–500.
- Weyerer, S. et H. Dilling (1991), Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics and the use of psychotropic drugs in community : results from the upper bavarian field study, *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 303–311.
- Widlöcher, D. (1985), Le rôle des événements de la vie et la place des psychothérapies dans les états dépressifs, *La Revue du Praticien*, 27, 1'639–1'645.
- Williams, P. (1987), Long-term benzodiazepine use in general practice, in : H. Freeman et Y. Rue, *Benzodiazepines in Current Clinical Practice*, London : Royal Society of Medicine Service.
- Zarifian, Edouard (1996), *Le prix du bien-être. Psychotropes et société*, Paris : Editions Odile Jacob.
- Zarifian, Edouard (1994), *Des paradis plein la tête*, Paris : Odile Jacob.
- Zarifian, Edouard (1988), *Les jardiniers de la folie*, Paris : Odile Jacob.

*Adresse de l'auteur :*

Philippe Le Moigne  
Laboratoire d'Etude et de Recherche Sociales  
Institut du Développement Social  
Route de Duclair, BP n° 5  
F-76380 Rouen-Canteleu

