



La faute au faubourg ? Le recours aux médicaments psychotropes en milieu urbain

Philippe Le Moigne

► To cite this version:

Philippe Le Moigne. La faute au faubourg ? Le recours aux médicaments psychotropes en milieu urbain. Les Annales de la Recherche Urbaine, 1996, 73 (1), pp.74-83. 10.3406/aru.1996.2008 . hal-03433498

HAL Id: hal-03433498

<https://hal.science/hal-03433498>

Submitted on 20 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La faute au faubourg ? Le recours aux médicaments psychotropes en milieu urbain

Philippe Le Moigne

Citer ce document / Cite this document :

Le Moigne Philippe. La faute au faubourg ? Le recours aux médicaments psychotropes en milieu urbain. In: Les Annales de la recherche urbaine, N°73, 1996. Ville et santé publique. pp. 74-83;

doi : <https://doi.org/10.3406/aru.1996.2008>

https://www.persee.fr/doc/aru_0180-930x_1996_num_73_1_2008

Fichier pdf généré le 23/04/2018

Resumen

¿ La falta es del suburbio ? El empleo de medicamentos psicotropos en entorno urbano

El consumo de medicamentos psicotropos se reparte en la aglomeración de Ruán de acuerdo con los factores objetivos de exposición a la enfermedad y con las maneras más subjetivas de cuidarse y de hacer frente. Los mayores consumos se localizan en los antiguos arrabales industriales y las urbanizaciones de vivienda obrera, sin que pueda no obstante establecerse un vínculo de causalidad unívoca con los índices de precariedad social. A diferencia de los obreros, especialmente de aquellos que llegan a la edad de la jubilación, las clases medias son consumidoras menos asiduas, dado en buena parte a que están menos expuesto que los primeros a grandes dificultades orgánicas. La dimensión social de la enfermedad, tal como se expresa a través de la vida de trabajo y de los valores del grupo de pertenencia, hace que se comprendan sus manifestaciones espaciales.

Zusammenfassung

Ist die Vorstadt schuld ? Die Verbreitung von Psychopharmaka im Stadtbereich

Der Konsum von Psychopharmaka verteilt sich im Ballungsraum Rouen in Abhängigkeit von objektiven Faktoren (Anfälligkeit durch besondere Belastung) wie auch subjektiven Verhaltensmustern. Am höchsten liegt der Verbrauch in ehemaligen Industriegebieten und Arbeitersiedlungen, ohne daß sich ohne weiteres ein kausaler Zusammenhang mit sozialen Notlagen feststellen ließe. Im Unterschied von Arbeitern und vor allem denen unter ihnen, die sich dem Rentenalter nähern, liegt der Konsum der Mittelschichten um so niedriger, als sie weniger schwere organische Krankheiten durchmachen. Die räumliche Verteilung erklärt sich somit aus der sozialen Dimension der Erkrankungen, wie sie im Arbeitsleben und in den Werten der peer-group in Erscheinung tritt.

Abstract

The inner suburbs' fault ? resorting to psychotropic drugs in urban areas

The consumption of psychotropic drugs in the greater Rouen area is divided up according to objective factors of exposure to illness as well as to the more subjective aspects of looking after oneself and facing up to things. The highest consumption is located in the formerly industrial inner suburbs - where there are working-class houses - although no univocal causal link can be established with indications of social vulnerability. Contrary to the working class, in particular those at retirement age, the middle classes are less regular users because they experience serious physical problems less frequently. The social dimension of illness, as it is expressed in the work and values of a group, explains its spatial manifestations.

Résumé

La consommation de médicaments psychotropes se répartit dans l'agglomération de Rouen en fonction des facteurs objectifs d'exposition à la maladie et des manières plus subjectives de prendre soin de soi et de faire face. Les plus fortes consommations se localisent dans les anciens faubourgs industriels, zones de pavillonnaire ouvrier, sans que l'on puisse toutefois établir un lien de causalité univoque avec les indices de précarité sociale. A la différence des ouvriers, notamment de ceux qui arrivent à l'âge de la retraite, les classes moyennes sont d'autant moins consommatrices assidues qu'elles connaissent moins que les premiers de graves difficultés organiques. La dimension sociale de la maladie, telle qu'elle s'exprime à travers la vie de travail et les valeurs du groupe d'appartenance fait comprendre ses manifestations spatiales.



LA FAUTE AU FAUBOURG ?

LE RECOURS AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES EN MILIEU URBAIN

Philippe Le Moigne

Mesurer la détresse sociale en milieu urbain soulève immédiatement un problème de définition même si on peut supposer qu'elle renvoie schématiquement à des situations où, immergé dans la ville, l'individu fait l'expérience « dégradante » d'un environnement, de comportements ou d'une condition contraires à ses buts ou aux représentations qu'il souhaiterait appliquer au milieu, voire à lui-même. Quel outil suffisamment fiable permettrait d'approcher la distribution spatiale et sociale d'un tel malaise ? Le choix s'est porté sur la consommation de médicaments psychotropes : on pouvait supposer en effet qu'un lien direct se trouvait là « aiguisé », à travers le recours aux anxiolytiques, aux hypnotiques ou aux neuroleptiques, entre la confrontation à la souffrance vécue en ville et la tentative d'y répondre. Ainsi, une première recherche, appuyée sur l'analyse statistique des données de Sécurité Sociale, a eu pour objet d'identifier les consommateurs du grand Rouen, essentiellement leurs caractéristiques démographiques et leur lieu de résidence. Une seconde enquête, menée cette fois par questionnaire, a permis de confronter les conclusions déduites de l'analyse chiffrée aux éléments d'information recueillis auprès de la population de quatre quartiers de l'agglomération.

Ces deux recherches ne débouchent pas sur une convergence de résultats. La spatialisation met plutôt en lumière le rôle que serait censé exercer, à travers la vétusté de l'habitat, tout à la fois le déclassement social et le démantèlement urbain des quartiers les plus anciens : plus exactement, elle pointe l'implication de la « décrépitude » du faubourg ouvrier, de la condition sociale de ses propriétaires en particulier. Les résultats de cette première étude permettent de réfuter les hypothèses les plus physiologistes : la proximité aux axes circulatoires les plus fréquentés, l'habitat situé au voisinage de la pétrochimie et des sites industriels en général, ou bien encore le logement des grands ensembles, ne structurent en aucune manière le cadastre des aires de consommation. Mais, l'analyse préserve une partie de cette facture dans la mesure où la ventilation spatiale des données attire le regard vers l'élément sanitaire de l'habitat, qu'elle coiffe ainsi indirectement du statut de principe actif.

L'étude par questionnaire met tout au contraire l'accent sur le soubassement proprement pathologique

du recours : elle renvoie non plus à la souffrance mais à la douleur, surtout, elle réintroduit au nombre des facteurs explicatifs la prévalence imputable à la distribution sociale de la vulnérabilité face à la maladie, telle qu'elle est modelée par les conditions de travail. La réponse médicale permet là également de pointer une pratique des catégories ouvrières mais de manière beaucoup plus générique : elle ne paraît plus engager une étiologie dans laquelle le déclin social, éprouvé par le délabrement architectural du site, aurait sa place.

La confrontation des deux études oblige à la réflexion. Elle conduit notamment à s'interroger sur les mécanismes de pensée, sinon sur les motivations, qui conduisent à projeter sur l'origine du malheur moral, et donc également social, la cartographie immédiate des espaces de vie. Le pouvoir de conviction du jeu de correspondances ainsi construit est immédiat : pollutions, émanations, pour l'excès, vétusté, désorganisation, pour le défaut, tels sont les éléments sur lesquels s'édifie l'économie sommaire qui tente de relier l'affection des corps et des « âmes » à celle des produits de l'environnement, c'est-à-dire au fond de calquer la pathologie *en* milieu urbain sur celle censée découler directement *du* milieu urbain. Il reste qu'un tel jeu de formes, dont on reconnaîtra la filiation proprement hygiéniste, en reste au stade des descriptions sous couvert d'expliquer : l'étude des relations entre ville et santé incorpore nécessairement une causalité faite de sens ; elle appelle la médiation des individus, c'est-à-dire de leurs perceptions tout à la fois cognitives et sensibles du mal qu'ils ressentent à un endroit, dans leur corps ou dans l'espace, ou qu'ils diagnostiquent en autrui dans le cadre de leur consultation. C'est pourquoi l'interprétation doit chercher à se positionner au carrefour *des formes organisées du soin*, dont le cabinet médical, telles qu'elles sont ventilées dans la ville, et de *la distribution sociale de la douleur* (ou de la souffrance) telle que celle-ci est tour à tour travaillée par *les facteurs objectifs d'exposition à la maladie* (ou au malheur), et *les manières plus subjectives de prendre soin de soi et de faire face*.

Ci-contre : Centre aéré à Roubaix.

Les Annales de la Recherche Urbaine n° 73, 0180-930-XII-96/73/76/10 © METT

L'implication du faubourg

Les données de la première enquête s'appuient sur le relevé systématique de l'ensemble des ordonnances qui, adressées en 1991 en vue de leur remboursement à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Rouen et aux autres organismes de sécurité sociale, comprenaient au moins un psychotrope. Devant l'ampleur de la tâche, seules quatre journées de traitement, c'est-à-dire une par trimestre, ont été retenues, soit au total plus de 7 500 ordonnances. Afin de statuer sur la présence effective d'une substance psychotrope, on a entrepris avec l'aide de médecins et d'épidémiologues de retenir cinq classes de médicaments qui, considérées dans leur ensemble, sont assez représentatives du produit ; à savoir les neuroleptiques, les anxiolytiques, les sédatifs, les hypnotiques et les antidépresseurs. Dans chacune de ces catégories, on a repéré les médicaments les plus couramment prescrits ; une liste de quarante produits a été ainsi dressée¹.

Cette saisie de la consommation fond donc malheureusement dans un même ensemble les demandes de remboursement qui font suite à une absorption réelle du médicament et celles pour lesquelles on ignore si l'achat a donné lieu à une consommation effective². D'autres limites proviennent des informations livrées par les ordonnances. Elles permettent de connaître l'adresse, l'âge et le sexe du patient mais elles ne disent rien de sa profession ni de son niveau d'études. Les limitations introduites par l'absence de la catégorie socio-professionnelle ou des titres scolaires peuvent difficilement être contournées ; elles déterminent un nombre important des essais cartographiques de cette étude qui, faute d'être fondés sur ces données, entreprennent d'en approcher la réalité en décrivant les milieux dans lesquels ces consommateurs vivent.

Une médication associée

Les feuilles de remboursement livrent deux éléments d'information : d'une part, les psychotropes prescrits ne paraissent pas désigner un état « dépressif » caractérisé, d'autre part, les ordonnances parvenant à la C.P.A.M. traduisent une médication peu spécifique et peu justiciable en l'occurrence d'une lecture réduite à la seule prise en compte des psychotropes. En effet, la grande majorité des demandes de remboursement concerne l'achat d'anxiolytiques et d'hypnotiques ; les antidépresseurs, les neuroleptiques et les sédatifs – censés parer à des situations de crise psychique, d'état de choc, ou de « désarroi » durable – n'occupant qu'une position marginale sur cet axe. Par ailleurs, la fréquence d'apparition de ces différents médicaments est inversement proportionnelle à la longueur et au caractère spécifique de l'ordonnance. Autrement dit, lorsque les antidépresseurs ou les neuroleptiques sont présents, ils représentent respectivement 57 et 54 % de la totalité de la prescription. Si on



Le Houleme, faubourg ouvrier de Rouen.

applique le même raisonnement aux anxiolytiques et aux hypnotiques, on observe des valeurs sensiblement inférieures, de l'ordre de 46 et 42 %.

Ces premiers résultats semblent donc indiquer qu'il s'agit d'une médication non pas orientée mais associée. La désignation d'états dépressifs ou d'une pathologie justiciable d'un traitement organisé sur la base de ces seuls médicaments s'avère assez rare et ne peut être considérée comme caractéristique. Par ailleurs, on constate que les ordonnances les plus spécifiques, c'est-à-dire celles qui contiennent essentiellement ou uniquement des psychotropes, ne peuvent être attribuées à un territoire particulier : leur répartition dans l'espace est relativement homogène. En revanche, la médication associée est en valeur et en proportion beaucoup plus fréquente sur certains espaces, notamment sur la Rive Gauche et le long de la Vallée du Cailly³. Soulignons toutefois que 3 % seulement de la population totale d'une zone géographique « intègre » l'effectif des consommateurs, soit 5 % au plus de la population adulte.

1. Cf. G. De Ridder, C. Legrand, P. Le Moigne, M. Bussi, *Carte noire pour nuits blanches : la consommation de médicaments psychotropes dans l'agglomération rouennaise. De l'analyse spatiale aux comportements de santé*, Rouen, IERS/MTG/PIR-Environnement, 1993.

2. De fait, un nombre important des prescriptions ne donne lieu à aucun achat. En effet, selon certaines études, cette forme de non-observance concernerait 25 % des prescriptions. Par ailleurs, près de 40 % des consommateurs effectifs avouent la plupart du temps modifier la médication et notamment la posologie. Cf. N. Fineman, « The social construction of noncompliance : a study of health care and social service providers in everyday practice », *Sociology of health and illness*, vol. 13, n° 3, 1991, pp. 354-374.

3. La Vallée du Cailly traverse les communes de Déville-lès-Rouen, Maromme, Notre Dame de Bondeville, Le Houleme et Malaunay. Cet espace, essentiellement pavillonnaire, se situe à distance « raisonnable » des sites industriels situés sur le port ; il n'est pas non plus « occupé » par un axe routier particulièrement emprunté. La comparaison des cartes de consommation avec celles du trafic, de la pollution, de la densité résidentielle, démontre l'absence totale de lien entre le recours et les facteurs dits de « stress » ou de « nuisance ».

L'âge et le sexe : influence générique et poids relatif

L'enquête confirme, à propos de l'âge et du genre, ce qu'avancent la plupart des travaux effectués en la matière⁴. Environ un consommateur sur deux a plus de 60 ans. Sept fois sur dix, le consommateur est une femme. Le nombre d'ordonnances croît donc avec l'âge et culmine pour les patients âgés de 65 ans. Quant aux femmes, elles représentent parfois 100 % des consommateurs d'une même aire géographique⁵.

Néanmoins, il ne s'agit pas là, hormis la fréquence, de la consommation la plus spécifique : la grande majorité des ordonnances des personnes âgées relève d'une médication associée. C'est plutôt aux catégories d'âge situées entre 29 et 40 ans qu'on peut observer la médication la plus spécifique puisque 55 % des médicaments contenus dans les ordonnances de cette population comprennent des psychotropes. En un mot, le nombre de médicaments, la facture et la valeur du remboursement augmentent avec l'âge mais de tels éléments, s'ils sont inducteurs de coûts, ne peuvent être attribués seulement, loin s'en faut, à la prescription de psychotropes. Ils reflètent plus largement la structure par âge de la consommation de soins.

La prise en compte du genre apporte quelques éléments nouveaux. Près de deux demandes de remboursement sur trois concernent des femmes. En outre et cela va de pair avec les précédentes conclusions, les prescriptions revêtent pour elles un caractère beaucoup plus général. Les femmes consomment bien davantage de sédatifs et d'antidépresseurs que les hommes : il faut ici incriminer, non une prévalence pathologique mais bien plutôt la proximité féminine, longtemps entretenue, au système de soins. Enfin, si on croise l'âge et le genre, on peut remarquer que la consommation féminine croît dès l'âge de 20 ans. Par ailleurs, si on ne tient compte que des ordonnances féminines les plus spécifiques, on observe un pic vers 40 ans : avant et après cet âge, la fréquence de ce type de prescriptions est moins importante. La structure par âge ne constitue donc qu'une explication partielle ; en tout état de cause, le vieillissement n'est pas inducteur d'une augmentation brute et linéaire de la prescription par individu.

Variables démographiques ou variables contextuelles ?

Un élément plus déroutant peut être observé dès lors qu'on contextualise ces données. Si l'âge et le sexe étaient porteurs d'une influence générique et totalement discriminante, on ne devrait enregistrer aucune variation de la consommation dans des espaces semblables du point de vue démographique. Or, les communes où le nombre de consommateurs recensés est le plus important ne sont pas nécessairement marquées par une structure à la fois féminine et âgée. Les résultats de l'*analyse écolo-*

gique sont ici particulièrement parlants. Cette analyse consiste, rappelons-le, à interpréter en termes individuels *un ensemble de propositions portant sur des collectifs*⁶. S'il existe, par exemple, une relation forte entre les variations de consommation et la proportion de femmes présentes dans l'espace, alors on peut raisonnablement conclure à l'existence d'un effet individuel pur, incarné par le genre et peu sensible au contexte. L'analyse, menée au niveau du quartier INSEE, ne révèle pas une telle constante. En un mot, l'effet du genre paraît médié par le milieu. En revanche, l'âge s'avère plus déterminant puisqu'on observe un lien certain entre la présence



Rouen. Travail pénible sur le port.

des plus de 65 ans et le niveau de consommation. L'éventualité accrue d'un accident sanitaire, passé cet âge, expliquerait en grande partie la permanence de ce trait cette fois proprement individuel, c'est-à-dire peu sensible au milieu.

La procédure, étendue à l'*analyse contextuelle*, confirme ces résultats. Ce type d'analyse a pour objet de mesurer l'*influence que le contexte social* (la structure démographique des quartiers par exemple) *exerce sur les relations observées cette fois entre variables indivi-*

4. Cf. E. Holme Hansen, « How widely do women and men differ in their use of psychotropic drugs : a review of Danish studies », *Journal of social and administrative pharmacy*, vol. 6, 1989, pp. 165-183. J. Hendricks, T.P. Johnson, S.L. Shahan and S.J. Coons, « Medication use among older persons in congregate living facilities », *Journal of geriatric drug therapy*, vol. 6, 1991, pp. 47-61 et N. Guignon, P. Mormiche et C. Sermet, « La consommation régulière de psychotropes », Paris, INSEE-SESI-CREDES, 1994.

5. L'échelle de ce zonage est extrêmement réduite puisqu'il s'agit d'aires géographiques de 250 m².

6. A propos de l'analyse écologique, on peut consulter R. Boudon, « Propriétés individuelles et propriétés collectives : un problème d'analyse écologique », in R. Boudon et P. Lazarsfeld, *L'analyse empirique de la causalité*, Paris, La-Haye, Mouton, 1966, pp. 233-247.

duelles (l'âge, le sexe du consommateur, la probabilité individuelle d'un recours aux psychotropes...) ⁷. On observe que la probabilité pour une personne de plus de 60 ans de consommer est toujours supérieure à celle des personnes plus jeunes quel que soit le contexte considéré. Par ailleurs, cette probabilité croît logiquement lorsque les personnes âgées résident sur un territoire où globalement la fréquence de consommation est plus forte qu'ailleurs. Autrement dit, l'influence du cycle de vie est renforcée – jusqu'à deux fois – par la présence d'une tendance locale à la consommation. Quant au genre, la probabilité qu'une femme soit concernée par ce recours est, à milieu identique, toujours supérieure à celle des hommes. En revanche, on ne peut établir aucun lien réel entre cette probabilité et la progression du nombre de femmes dans le contexte. En résumé, on peut dire que le genre explique une partie de la variance de la consommation en deçà d'un certain âge. Passé le seuil de la soixantaine, l'âge informe certainement davantage ce type de pratique. En-deçà de cette ligne, la consommation peut être dite en partie féminine. Néanmoins, cela ne suffit pas à faire de ces dimensions des variables totalement expli-

et à la nature de l'habitat. Une forte corrélation peut ainsi être mise au jour entre le taux d'ouvriers et le nombre d'ordonnances, tous deux évalués à la hauteur d'une zone géographique de 250 mètres de côté. Plus la présence ouvrière est forte, plus la concentration des demandes de remboursement est importante ⁸. Plus précisément encore : *les zones qu'on peut définir comme les anciens faubourgs industriels sont généralement « inductrices » des consommations les plus fortes.*

Si on poursuit l'analyse, on observe également une réelle relation entre la consommation de psychotropes et le taux de chômage. Néanmoins, cette corrélation apparaît plus importante pour les zones de chômage médian. En revanche, elle est plus faible pour les sites caractérisés par des niveaux élevés de chômage. Dans les zones où la crise économique est plus forte qu'ailleurs et les risques de précarisation plus nombreux – si tant est que le taux de chômage suffise à pareille caractérisation – le niveau de consommation tend à décroître. La même chose peut être dite de la distribution des revenus : la consommation croît en raison inverse du niveau de revenu mais la corrélation n'atteint un point culminant ($r = 0,65$) qu'à l'intérieur des zones qui peuvent se prévaloir d'un revenu moyen assez conséquent. En-deçà ou au-delà de ce seuil, la relation est moins marquée. *La consommation n'est donc pas l'indice ou l'émanation d'une précarité sociale ni d'une médicalisation de l'exclusion.* L'étude effectuée à partir de la localisation des bénéficiaires du RMI vient à l'appui de ces observations ⁹.

Surtout, la prise en compte des différentes variables servant à décrire l'habitat permet de résumer et d'affiner ce qui vient d'être dit. Les quartiers où la consommation est la plus dense ne sont pas des ZUP, des espaces marqués par les grands ensembles ou les appartements individuels mais plutôt *des zones caractérisées par un bâti pavillonnaire ouvrier, ancien et vétuste, et largement ouvert à l'accès à la propriété.* Plusieurs éléments attestent du caractère vétuste et plus largement de la dépréciation dont semble pâtir ce type d'habitat. Le nombre de logements vacants y est supérieur à la moyenne, les indicateurs de vétusté concernant les sanitaires et le chauffage y enregistrent une valeur inégale, enfin et c'est le corollaire de ce qui précède, la valeur locative de cet



Quartier de la Houssière, en « bout de piste » de la ZUP.

catives de la variance de la consommation. En un mot, l'âge et le sexe n'exercent qu'une influence limitée sur les disparités spatiales observées. C'est pourquoi il a paru opportun de rechercher ailleurs, c'est-à-dire du côté des caractéristiques de milieu, les raisons d'une telle distribution.

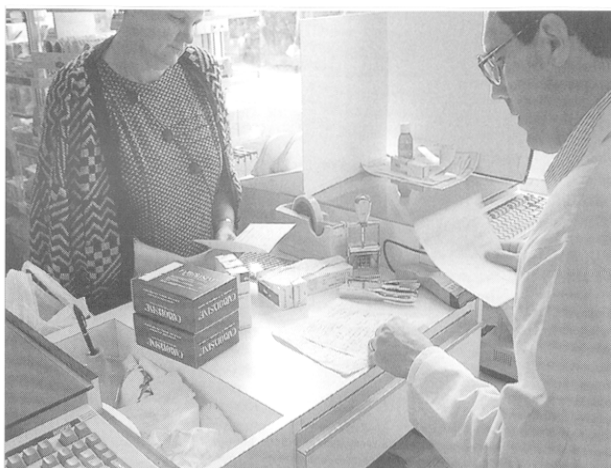
Le déclin du faubourg : aux origines de la détresse urbaine ?

La distribution spatiale devient beaucoup plus intelligible dès lors qu'on rapporte la consommation à la composition sociale des zones, aux revenus de leurs habitants

7. A propos de l'analyse contextuelle, on peut consulter J. Davis, « Effets de composition et survie de groupes », in R. Boudon et P. Lazarsfeld, *L'analyse empirique de la causalité*, op. cit., pp. 181-187.

8. Cette étude reste rappelons-le tributaire d'informations manquantes. En effet, il conviendrait de comparer les caractéristiques sociales – qui nous sont inconnues – des consommateurs de psychotropes avec les données qu'on possède sur la population du territoire où ils résident. Pour l'instant, on peut affirmer que les territoires à forte présence ouvrière sont des zones de forte consommation de psychotropes ; mais on ne sait pas si les consommateurs saisis par les ordonnances sont eux-mêmes ouvriers.

9. La relation entre RMI et consommation est très faible. Cette observation reste toutefois d'une portée limitée dans la mesure où la spatialisation des ayants droit exprime une trop grande dispersion pour rendre compte à elle seule ou de manière conjointe des disparités territoriales observées.



Réassort en médicaments.

habitat est l'une des plus faibles de toute l'agglomération. Il s'agit là des premiers espaces à avoir été touchés par la récession économique, notamment celle du textile, et qui donc ne bénéficient plus depuis longtemps d'une taxe professionnelle susceptible d'enclencher une politique de service étoffée. Par ailleurs, la relative absence de logements sociaux contribue à exclure ces zones des différentes politiques de ré-aménagement et de rénovation de l'habitat.

Parvenu à ce point, il paraît possible d'établir un début d'hypothèse interprétative. Dans la mesure où la fréquence de consommation la plus forte, en dépit de la part résiduelle de la population concernée par cette pratique, se situe dans les quartiers les plus directement affectés par la détérioration urbaine, le recours au psychotrope semblerait témoigner d'une recherche d'intégration, d'un désir de rester fidèle au passé tant du groupe que du quartier, bref, d'une volonté de se maintenir dans un contexte où la communauté d'appartenance et le milieu de vie sont confrontés à un vif démantèlement¹⁰.

L'implication de la vulnérabilité ouvrière

Afin de mieux cerner la dimension proprement urbaine de cette catégorie de la consommation de soins, on a entrepris de sélectionner quatre quartiers, en veillant à mobiliser chacune des variables censées modifier le volume de la prescription, en vue d'interroger *cette fois par voie de questionnaire* la population résidente sur sa pratique des psychotropes¹¹. Le choix du terrain s'est porté sur quatre zones de densités ouvrières et de niveaux de consommation – tels qu'ils étaient estimés sur la base des demandes de remboursement – différents. Par ailleurs, afin de donner l'entière mesure de la spécificité des espaces, on a décidé de retenir une échelle territoriale inférieure au quartier : les zones comprennent 1 000 personnes au plus, soit 350 logements en moyenne. La passation du questionnaire, conduite en janvier 1996, a été effectuée par 17 enquêtrices. Elle a permis de recueillir

550 questionnaires exploitables. L'objet de cette investigation était double : cerner le profil socio-démographique des consommateurs mais également des non-consommateurs (abstentionnistes ou réfractaires) ; statuer sur la relation apparente entre ce fait de santé et son organisation dans l'espace.

De l'exceptionnel au commun : « tous consommateurs » ?

La première surprise provient du fait que plus de la moitié des personnes interrogées déclarent avoir consommé au cours de leur vie passée au moins une fois ces substances¹². Pour près d'un tiers d'entre elles, ce recours s'est prolongé durant une période continue d'au moins un mois ; 13 % des répondants reconnaissent une pratique ininterrompue d'une durée supérieure à deux ans ; enfin, pour 4 % d'entre eux, cette durée dépasse les dix ans. Le caractère généralisé de la consommation, entendue dans son sens le plus large, est donc tout à fait criant. Il est d'ailleurs difficile à ce stade de mobiliser une variable permettant de discriminer les populations selon qu'elles sont consommatrices ou « abstinentes ». Les utilisateurs sont évidemment moins réfractaires à la thérapeutique et accordent un plus large éventail de motifs possibles à sa mise en œuvre. De même, ils ont tendance à mieux connaître les substances mais encore ne faut-il pas généraliser cet aspect puisqu'on recense également de « bons connaisseurs » qui sont par ailleurs de forts abstentionnistes : ils se recrutent généralement parmi le corps médical, paramédical et les personnels de l'intervention sociale, c'est-à-dire parmi les agents professionnels les mieux informés par leur pratique sur le répertoire des substances et également les plus directement tenus par leur emploi d'énoncer leur position à l'égard de la prescription. On peut certes montrer que la proximité au système de soins, évaluée sommairement par la fréquence des consultations médicales, constitue une condition nécessairement mobilisée par la consommation. Mais, cette dimension n'est pas suffisante dans la mesure où on peut montrer à l'inverse qu'une fréquentation assidue des cabinets médicaux ne se solde par

10. L'analyse permet d'établir en effet que la probabilité de recours en milieu ouvrier tend à croître de manière significative lorsque la population ouvrière elle-même connaît un taux de chômage supérieur à la moyenne locale et qu'elle doit composer avec une distance sociale (mesurée à la présence d'artisans, de chefs d'entreprise, de professions libérales et de cadres supérieurs) elle-même relativement forte. Le poids du contexte est donc d'autant plus marqué qu'on a affaire à une population ouvrière devant faire face à la fois à une menace de déclassement et à une structure sociale clivée.

11. Cf. P. Le Moigne, *Territoires en déclin et consommation médicale : le psychotrope, une gestion ouvrière du désarroi urbain ?*, Rouen, LERS/PIR-Villes, 1996.

12. On laisse de côté ici, faute de place, les problèmes méthodologiques soulevés par la procédure du questionnaire. On se contentera de renvoyer le lecteur, justement attentif à ces questions, vers un article à paraître pour le compte de la Délégation Générale de la Lutte contre la Toxicomanie.

aucune prescription psychotrope, sinon par aucune médication : dans ce cas, il s'agit des individus les plus directement engagés dans les visites de routine, spontanées ou telles qu'elles sont suscitées par l'exercice de la gynécologie, de l'ophtalmologie ou de la dentisterie. L'intégration de la filière sanitaire peut donc ne traduire qu'une posture de prophylaxie, de réassurance ou de prévention, qu'elle émane du patient ou du praticien ; posture qui tend à exclure tout recours médical.

En conséquence de quoi, la probabilité de consommer et de consommer durablement des médicaments psychotropes n'est réellement reliée qu'au diagnostic médical d'un trouble ; elle suppose une entente minimale entre le médecin et le patient sur la qualification pathologique de l'état organique, psychique ou social du « cas » qu'ils étudient ensemble lors de la consultation. Il n'est donc pas surprenant que la sous-population des consommateurs déclare toujours davantage de problèmes d'ordre psychique ou organique. Que ce trait trahisse une réelle habileté à suggérer au médecin ou à l'enquêteur la présence d'un prétendu *pathos* qui masque en fait une attente de sollicitude – une figure renouvelée de l'hypochondrie, ou qu'il renvoie à la manifestation objective d'un trouble, importe peu ici. Ce qu'il faut plutôt souligner c'est la régularité avec laquelle les personnes interrogées lient le recours au dépistage par eux-mêmes ou par autrui d'une difficulté qui doit pouvoir trouver réponse dans la thérapeutique telle qu'elle est sanctionnée par le colloque médical, les indications pharmacologiques, ou par le réseau des proches dans les cas plus rares d'auto-prescription¹³.

Dans la mesure où la consommation noue une problématique du soi à sa résolution tant médicinale que médicale, il convient de rechercher l'élément qui accroît le plus sensiblement la probabilité de consommer du côté des facteurs qui suscitent une accélération de la carrière sanitaire, c'est-à-dire tout à la fois une augmentation de la fréquence des visites *et* de la probabilité d'une qualification pathologique du Moi. Certains cycles de vie se prêtent évidemment mieux à une telle conjonction, c'est pourquoi l'âge constitue bel et bien un facteur discriminant¹⁴.

Les ressorts sociaux de la vulnérabilité

Les variables démographiques opèrent donc l'essentiel de la sélection parmi la population candidate en probabilité à la consommation, que celle-ci soit évaluée de manière extrêmement large (une prise au moins) ou plus précise (un traitement). Elles agissent également, et sur un mode identique, lorsqu'on limite l'investigation aux populations consommatrices. Néanmoins, leur influence est concurrencée ici par l'appartenance sociale des consommateurs¹⁵. Autrement dit, les facteurs démographiques expliquent l'essentiel de la variance impliquée par l'entrée en consommation, et moins la ventilation statistique des différents consommateurs, tels qu'ils peu-

vent être distingués par la durée et par la récurrence de leur recours. Ici, il faut faire jouer la vulnérabilité à la maladie des différentes catégories sociales. Un rapport étroit lie en effet la hiérarchie sociale tant à la chronicité qu'à la fréquence du recours. Les ouvriers, les manœuvres en particulier, forment l'essentiel du groupe affecté par « une pathologie handicapante » *et* faisant un usage chronique des médicaments. *On retrouve ici la lecture proprement sanitaire de la consommation mais telle qu'elle est informée cette fois par la distribution sociale de la maladie*. Autrement dit, les employés, mais surtout les professions intermédiaires et les cadres, sont d'autant moins des « consommateurs compulsifs » des substances qu'ils connaissent en moyenne moins de difficultés organiques sérieuses. A travers ce premier élément, proprement objectif (physiologique ou si on veut organogénétique), transparaissent aussi bien les conséquences particulières des conditions de travail auxquelles sont soumises les différentes catégories sociales que les implications sanitaires de leurs modes de vie, telles qu'elles déterminent en amont leur probabilité respective d'être confronté à la maladie¹⁶.

A ce premier élément d'explication s'ajoutent d'autres facteurs, plus résiduels, mais cette fois plus en lien avec les interprétations sociales du mal être et des manières d'en déjouer la venue, ou bien encore avec les moyens –

13. La quasi-totalité des consommateurs fait dépendre le recours de la délivrance de médicaments telle qu'elle est encadrée par le médecin et le pharmacien. Cette démarche consacre, à travers la figure de l'omnipraticien, l'expertise de la médecine généraliste, de la médecine organique, du soin de proximité et des relations durables. Très peu de recours sont exclusivement liés aux modes plus informels de mise à disposition du médicament, qu'on songe à ceux éventuellement assurés par les proches ou par les réseaux de revente.

14. Ce qui ne veut pas dire que les non-consommateurs se portent nécessairement mieux. Tout juste s'agit-il d'indiquer ici que l'absence de recours sanctionne chez eux une situation sanitaire, individuelle ou sociale, dont les aspects les plus problématiques sont demeurés à l'écart d'une traduction publique, en l'occurrence médicale. Bien entendu, l'éventualité de ce « silence » est d'autant plus forte que l'individu peut compter sur une solidarité d'ordre privé et minimiser la résonance proprement sociale des troubles, incidents et autres accidents qui jalonnent son parcours tant professionnel, intime que médical, et qui naturellement tendent à s'accroître pour une part d'entre eux avec l'âge.

15. Il est difficile en l'occurrence de connaître avec exactitude la nature des pathologies organiques associées au recours. Une seule certitude : les usages chroniques s'inscrivent dans un ensemble thérapeutique large où le médicament psychotrope décrit une composante seulement de la panoplie médicale. A ce stade, la multiplication des troubles, leur enchaînement, accordent à la thérapeutique psychotrope à proprement parler un statut et une fonction qu'il est difficile de restituer : s'agit-il de parer aux désagréments physiques induits par une anomalie organique ; s'agit-il de compenser l'effet secondaire des autres substances utilisées ; ou, s'agit-il de réguler l'humeur du sujet « pris » par sa maladie ?

16. Ces résultats confirment les analyses consacrées à la consommation des hypnotiques : ce recours tend en effet à croître lorsque l'âge de la retraite approche et que l'entrée dans ce nouveau cycle de vie ponctue une carrière professionnelle fortement marquée par le décalage horaire, c'est-à-dire les « trois-huit » ou le travail alterné en équipe. Cf. A. Touranchet, « Santé, travail et âge. Résultats de l'enquête Estev 1990 », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 15, 1996, pp. 18-24.

tels qu'ils sont mis à disposition des individus par chacun des groupes sociaux – que peuvent mobiliser leurs ressortissants afin de construire *une alternative au recours*. Autrement dit, on peut faire l'hypothèse que cette prescription finit par déjouer la rivalité des rapports sociaux, dont la consultation ouvrière constitue l'une des occurrences, lorsqu'elle parvient à réduire le diagnostic – et la relation qu'elle implique – à des causes purement organiques. Du côté de l'ouvrier, le lien qui soude sa représentation du mal et de l'organisme à une sorte de « physique des corps » offre un terrain propice à ce type de qualifications. Mais cette interprétation est d'autant plus à l'œuvre de son côté qu'il ne peut plus mobiliser la résistance communautaire offerte par le réseau d'amis, et donc opposer à la qualification médicale de sa personne et de sa souffrance une lecture proprement relationnelle, sinon conflictuelle. On constate en effet une relation statistique importante entre l'isolement – évalué par la densité des relations amicales ou par l'affiliation associative – et la prescription. Hypothèse complémentaire : si la liaison statistique qui relie l'inactivité à la consommation est d'autant plus forte chez les ouvriers, les anciennes ouvrières en particulier, c'est que la fin du travail signe chez eux la clôture – souvent définitive – de leur inscription dans le groupe et l'effritement des différentes solidarités acquises à cette occasion. La dimension revêtue ici par l'activité, plus exactement par le groupe, le temps et l'espace de travail, agit d'autant plus sur la propension à consommer qu'elle éclate au moment du passage à la retraite, pour les hommes, ou du « confinement social » que suggère le repli sur le foyer pour les femmes lorsqu'elles sont « invitées », souvent aussi bien par l'appareil économique que par leur conjoint, à quitter leur emploi.

En revanche, les classes moyennes bénéficient d'une plus faible vulnérabilité organique, et peuvent compter plus efficacement sur la présence de leur groupe d'appartenance une fois atteint l'âge de la retraite. C'est pourquoi la saturation pathologique de la relation tant au médecin qu'à soi-même apparaît plus rare dans leur cas. Là encore, qualification du mal et solidarité sociale vont de pair. On note en effet ici une tendance plus forte à la psychologisation du trouble, c'est-à-dire à *une estimation proprement relationnelle des causes du malaise*. L'absence d'amis, les événements conjugaux, forment ici l'essentiel des éléments formels qu'on peut associer à la consommation de ces fractions sociales. Ce ressort expurge le diagnostic tant subjectif que médical du registre conventionnel de la pathologie : il l'inscrit dans le cadre plus étroit des difficultés comportementales, de la souffrance morale, des « déchirures de l'âme », bref d'une psychologie sans doute spontanée mais tout également légitime dans ce cadre. C'est pourquoi la prescription débouche le plus souvent sur un traitement de courte durée, et la consommation au plus sur une certaine récurrence, et peu sinon jamais sur un usage chronique.

L'effet de clientèle chez le prescripteur selon l'espace social

Régie par les conventions qui structurent la maladie et par celles qui phagocytent la définition légitime du « chagrin », la consommation est très peu sollicitée par l'événement du chômage, la précarisation massive, à moins qu'ils ne soient porteurs d'isolement, d'une rupture conjugale ou d'une somatisation excessive. Ce n'est en effet que passé le seuil des longues périodes chômées (2 ans et plus), qu'un lien paraît se dessiner entre la perte de l'emploi et le recours ; encore ne s'agit-il là que d'un épiphénomène. Ce constat va dans le sens des conclusions livrées par l'analyse des données de Sécurité Sociale, néanmoins, il grève tout également la crédibilité d'une partie de l'hypothèse du déclin, telle qu'elle avait été construite à partir de *la relation qui semblait souder l'altération des conditions de vie à la détérioration de l'habitat*. De fait, aucune relation n'a pu être établie entre la consommation, jugée en bloc ou à travers ses différents types, d'une part, la perte de l'emploi, l'incapacité à préserver son patrimoine (la vente de la propriété) ou à le maintenir (la vétusté du logement), le fait de devoir affronter une mobilité sociale descendante ou une homogamie peu conforme aux attentes du groupe d'origine, d'autre part. Les consommateurs les plus « assidus »



Centre-ville. « Réduire le stress à des causes purement organiques » ?

sont le plus souvent propriétaires de leur habitat, dont ils ont d'ailleurs le plus souvent réglé en totalité le coût. Par ailleurs, ils sont très peu concernés par le déclassement puisque ouvriers, ils sont pour la plupart eux-mêmes fils d'ouvriers, de manœuvres en particulier. La consommation est donc plutôt associée à une forte reproduction sociale, voire à une ascension relative si on considère la dimension patrimoniale du statut, telle l'accès à la propriété ou la détention d'une épargne.

Toutefois, si on étend la caractérisation du déclassement à la situation d'emploi des enfants, on observe bel et bien une relation entre cette variable et la consommation. Chez les consommateurs, plus est important le chômage des enfants, plus leur recours croît en durée. Le déclin se trouve donc bel et bien mobilisé par la pratique de consommation des ouvriers mais, à vrai dire, d'une manière assez peu fidèle à l'influence qu'on lui avait prêtée. La précarisation – qu'on pensait pouvoir déduire de la carte relative à la vétusté du logement, parfaitement accolée à celle de la consommation – n'est en fait que très indirectement influente, si ce n'est par l'intermédiaire des enfants. A cela une raison simple : *la vétusté de l'habitat s'avère en fait un piètre indice de la pauvreté des ménages ; elle soulignerait plutôt chez les propriétaires des cultures d'habitat qui diffèrent des normes le plus souvent mobilisées aujourd'hui pour définir le confort.*

Cela ne veut pas dire pour autant qu'on ne puisse pas mettre en lumière des mécanismes proprement territoriaux ; mais, de fait, leur origine se situe ailleurs. En effet, le taux – et non plus cette fois le nombre – d'ouvriers effectivement consommateurs dans un périmètre donné, croît lorsque cette catégorie sociale est moins présente et plus hétérogène. Ce phénomène traduit au plan local une raréfaction numérique de la présence ouvrière, au profit de la classe moyenne, et un déplacement relatif des secteurs d'embauche des ouvriers eux-mêmes, de l'industrie (papeterie, métallurgie, textile) vers les services (transport) ou la construction (le bâtiment). Ce mouvement implique sans doute, du moins c'est l'hypothèse qu'on peut en déduire, un affaiblissement de la résistance de classe si on considère que ce type d'opposition est sensible tant à la densité du milieu qu'à l'homogénéité de conditions. On peut donc parler ici plus exactement de l'influence exercée par le *déclassement social de l'espace ouvrier* si on associe à cette formulation, d'une part, une croissance locale de la distance sociale, de l'autre, un effritement relatif de l'organisation communautaire.

Par ailleurs, l'appareil de soin qui organise une part des rencontres entre les résidents n'échappe pas sur ces sites à la nouvelle donne sociale. De ce point de vue, les modifications de morphologie de l'espace ouvrier pourraient connaître un prolongement sur le plan médical, à travers ce qu'on a été tenté d'appeler *un effet de clientèle*. On oublie généralement que la prescription médicale tire son argument non seulement de l'interrogatoire et des indices visuels et tactiles qui l'accompagnent, où d'ailleurs stigmates pathologiques et stigmates sociaux finissent pour partie par se confondre, mais qu'elle est également sensible aux normes qui imposent progressivement au jugement du médecin la stratification spécifique de sa clientèle. Là où les ouvriers, moins nombreux, sont également moins en mesure qu'ailleurs d'imposer par leur venue massive dans les cabinets une représentation homogène des publics, une discrimination prescriptive –

se soldant par l'ordonnance plus fréquente d'un traitement – paraît mobilisée par le médecin à leur égard. Ce phénomène affecte également les membres de la classe moyenne lorsqu'ils résident dans des quartiers où la consultation ouvrière « donne le ton ». *L'imbrication de l'effet prescripteur*, toujours mobilisé dans la mesure où la médication implique peu ou prou une lecture du trouble informée socialement, *et de la configuration sociale du site* expliquerait ainsi la relative fluctuation de la consommation des différents groupes selon leur implantation territoriale. Toutefois, l'effet clientèle ainsi décrit, à travers lequel on pointe en effet la dimension proprement contextuelle et donc territoriale de la pratique, ne doit pas faire illusion : la consommation est d'abord structurée par l'âge, ensuite, par la distribution sociale du *pathos*, enfin seulement, par le rôle qu'on peut prêter à l'évolution des agencements sociaux, et partant des clientèles médicales, qui spécifient chacune des configurations territoriales.

Se garder du mécanisme hygiéniste

En cherchant à mettre l'accent sur la dimension spatiale de la consommation, la cartographie a sans doute sous-estimé les facteurs à la fois temporels (la chronologie des espaces urbains et des pratiques de consommation) et catégoriels (l'appartenance sociale). La « photographie » spatiale invite naturellement à présenter des états de situation plus que des changements ou des évolutions. Mais, la sous-estimation des dynamiques socio-spatiales a eu pour effet de gonfler artificiellement l'influence exercée par les dimensions proprement physiques, et souvent parmi les plus stables, des contextes urbains (le bâti), au détriment des mouvements de population (et de leurs implications sur l'étendue de la distance sociale) ou des évolutions démographiques des sites (le vieillissement). Ainsi, en 1991, on avait bien, réunie dans les anciens faubourgs, la plus forte densité d'ouvriers âgés de plus de 50 ans. Cinq ans après, la ventilation spatiale de la structure par âge des ouvriers a bien entendu évolué. Le vieillissement a également « gagné » les quartiers où le bâti est plus « conforme » aux normes sanitaires légitimes : l'argument tendant à prêter à la vétusté du logement une incidence propre tombe donc à plat, et avec lui l'hypothèse d'une influence probable de la précarisation ouvrière en matière de recours.

Rétrospectivement, on peut se demander si associer ressources et dispositifs sanitaires du logement par une relation logique ne trahit pas en fait une sorte d'hygiénisme à rebours. La consommation, surtout dans sa durée, est trop structurée par la maladie pour faire apparaître l'influence propre du logement, sinon sous le mode d'un effet marginal à verser au compte des différents éléments qui rehaussent par surcroît – mais dans quelle mesure ? – la probabilité pour une même personne de contracter une affection sérieuse. La consommation, donc la pathologie organique, sont d'abord travaillées

par les conditions de travail, puis par l'inactivité, enfin par les définitions catégorielles qui statuent sur les manières de prendre soin de soi. Associer directement la vulnérabilité d'un individu à l'état sanitaire de son logement, revient donc en quelque sorte à appliquer de manière un peu trop directe un raisonnement hérité à la fois de l'hygiénisme et du thérapeutisme ; raisonnement dont la particularité consiste à minimiser la dimension sociale de la maladie, telle qu'elle stratifie à travers l'activité de travail et les normes comportementales du groupe la vulnérabilité des personnes, au profit d'une étiologie purement formelle, physique (organique) ou matérielle (le bâti) du *pathos*. Par ailleurs, cette réduction ignore le médecin et l'influence qu'on peut prêter au milieu proprement social, aux configurations locales, qui situent le lieu de son exercice. Enfin, elle attribue à l'origine du trouble que le psychotrope est censé résoudre ou amoindrir une explication qui ne s'embarrasse pas de contradictions : silence ou bruit, promiscuité ou solitude, dégradation ou aseptisation, peu lui importe puisqu'il suffit pour elle d'indiquer par l'équivalence immédiate d'une « physique du mal » et d'une « mécanique urbaine » le fondement proprement matériel de tout problème mais également de tout remède. C'est là sans doute que prend racine le pouvoir de séduction des substances psychotropes : matière entre les matières, pont jeté entre le corps vivant,

l'organe des sens, d'une part, l'environnement physique de la ville ou l'artifice de la foule, « cette machine à broyer les hommes », d'autre part.

Walter Benjamin, mais on pense également à Michel Foucault, associait volontiers le caractère plastique de l'habitat, notamment son degré de transparence, au risque d'une domination décuplée et, partant, à celui d'une culpabilisation accrue des individus, portés à « prendre sur eux » la cause d'un mal conçu en fait en sous-main par les initiateurs de l'architecture¹⁷. « L'aspect complotif » de sa perspective n'est évidemment plus d'actualité. Mais, son analyse a au moins le mérite de rapporter une part essentielle du mal, du malheur moral, au destin que fait subir aux « caractères » physiques de l'individu, ou de son espace, le regard de l'autre, d'un autre présent ou simplement évoqué par la pensée. Parce que l'étude du rapport entre ville et santé ouvre sur la voie d'une géographie, même intuitive, de l'espace intime, elle doit nécessairement tenir compte d'une telle mise en garde. ■

Philippe Le Moigne

17. Cf. W. Benjamin, « Paris, capitale du XIXe siècle », [1939], in *Ecrits français*, Paris, Gallimard, éd. 1991.

BIBLIOGRAPHIE

- D. Bailly, J.-L. Venisse (dir.), *Dépendance et conduites de dépendance*, Paris, Masson, 1994.
- G. Bateson, « La cybernétique du "soi" : une théorie de l'alcoolisme », *Vers une écologie de l'esprit*, Paris, Le Seuil, 1977, pp. 225-252.
- W. Benjamin, « Paris, capitale du XIXe siècle », [1939], in *Ecrits français*, Paris, Gallimard, éd. 1991.
- F. Bouchayer (dir.), *Trajectoires Sociales et inégalités : Recherches sur les conditions de vie*, Ramonville Saint-Agne, MIRE/INSEE-Erès, 1994.
- J.-P. Castelain, *Manières de vivre, manières de boire : alcool et sociabilité sur le port*, Paris, Ed. Imago, 1989.
- J.-N. Chopart, « La distribution de psychotropes dans les secteurs du centre hospitalier spécialisé du Rouvray », in B. Doray, J.-M. Rennes, *Regards sur la folie : investigations croisées des sciences de l'homme et de la société*, Paris, L'Harmattan, 1993.
- J. David, « Effets de composition et survie de groupes », in R. Boudon et P. Lazarfeld, *L'analyse empirique de la causalité*, op. cit., pp. 181-187.

- G. De Ridder, C. Legrand, P. Le Moigne, M. Bussi, *Carte noire pour nuits blanches : la consommation de médicaments psychotropes dans l'agglomération rouennaise. De l'analyse spatiale aux comportements de santé*, Rouen, LERS/MTG/PIR-Environnement, 1993.
- N. Guignon, P. Mormiche, C. Sermet, « La consommation régulière de psychotropes », Paris, INSEE-SESI-CREDES, 1994.
- P. Le Moigne, *Territoires en déclin et consommation médicale : le psychotrope, une gestion ouvrière du désarroi urbain ?*, Rouen, LERS/PIR-Villes, 1996.
- J.-F. Terrail, *Destins ouvriers : la fin d'une classe ?*, Paris, PUF, 1990.
- A. Touranchet, « Santé, travail et âge. Résultats de l'enquête Estev 1990 », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 15, 1996, pp. 18-24.

Philippe Le Moigne, sociologue, chargé de recherche au Laboratoire d'Etude et de Recherche Sociales, a développé une série de travaux portant à la fois sur le recours aux substances psychotropes et la mise en question des identités. Il est l'auteur entre autres de « Les territoires de consommation des médicaments psychotropes », *Courrier du CNRS*, n° 82, 1996, pp. 114-116. Cette étude a fait par ailleurs l'objet d'une présentation « multimédia » au Festival International de Géographie de Saint-Dié, en 1995. Cette présentation est en cours d'édition sur CD-Rom.