



HAL
open science

La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ?

Philippe Le Moigne

► **To cite this version:**

Philippe Le Moigne. La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ?. *Dé-viance et Société*, 2003, 27 (3), pp.285-296. <10.3917/ds.273.0285>. <hal-03433536>

HAL Id: hal-03433536

<https://hal.science/hal-03433536v1>

Submitted on 18 Mar 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.



HAL Authorization

LA PRESCRIPTION DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES : UNE MÉDECINE DE L'INAPTITUDE ?

*Philippe Le Moigne**

MOTS-CLÉS: MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES – CONSOMMATION – EMPLOI – ISOLEMENT – MALADIE ORGANIQUE

KEY-WORDS: PSYCHOTRIC DRUGS – CONSUMPTION – EMPLOYMENT – ISOLATION – SOMATIC DISEASE

De nombreuses enquêtes sociologiques soulignent l'influence exercée par les facteurs socio-économiques sur la souffrance. Selon ces études, la pauvreté, la précarité d'emploi, engageraient une situation d'isolement ou de stress susceptible d'accroître la prévalence de la psychopathologie parmi les catégories sociales les plus démunies (Dohrenwend, 2000, 1990; Turner, Lloyd, 1999; Turner *et al.*, 1995; Silver *et al.*, 2002). De leur côté, les recherches de l'épidémiologie psychiatrique tendent à associer les pathologies les plus sévères et les plus chroniques à un tout autre profil: celui des cadres et, en particulier pour la dépression, des femmes diplômées de l'enseignement supérieur (Loze *et al.*, 2001; Montagnon *et al.*, 2000).

La divergence des résultats obéit à plusieurs raisons. On en retiendra deux.

1. D'abord, la mesure de la souffrance psychique n'est pas conduite dans les deux cas de la même manière. La sociologie de la santé mentale, comme la psychométrie clinique d'ailleurs, recourent le plus souvent à des échelles dimensionnelles qui évaluent le mal-être, le dysfonctionnement ou l'inadaptation, en degrés. À l'inverse, la psychiatrie se fonde sur un recensement diagnostique, catégoriel, beaucoup plus discriminant dans la mesure où il considère seulement les cas positifs, c'est-à-dire les pathologies dites « déclarées » ou « constituées » (Kessler, 2002). Ces logiques de désignation et de comptage peuvent conduire à des écarts d'appréciation importants: si la première méthode retient les niveaux de souffrance les plus élevés au regard de la moyenne des situations, cette sélection revient à agréger des profils dont beaucoup seront « négatifs » si on opte pour une lecture diagnostique.
2. Ensuite, la relation établie entre chômage ou pauvreté, d'une part, et souffrance, d'autre part, relève d'une explication sans doute trop linéaire. Elle tend à assimiler l'absence d'emploi à une condition passive et homogène. En réalité, l'expérience du chômage est inégale: elle ne peut être assimilée systématiquement, tant de manière objective que subjective, à une privation (économique, intégrative, identitaire, etc.) (Nordenmark, Strandh, 1999). De la même manière, toutes les situations d'emploi ne suscitent pas la même satisfaction ou n'induisent pas les mêmes contraintes. En vertu de quoi, le rapport

* Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société (CESAMES-CNRS) – Université Paris V René Descartes.

entre souffrance et travail mériterait d'être inscrit dans le cadre d'une relation orthogonale décrivant, sur un premier axe, les conséquences induites selon les cas par le chômage, sur un second, les bénéfices obtenus en propre par les personnes titulaires d'un emploi (Dooley *et al.*, 2000).

L'étude des prescriptions de médicaments psychotropes peut-elle offrir une réponse satisfaisante aux difficultés qui entourent la caractérisation sociale de la psychopathologie ? Répondre à cette question constitue le premier objectif de cet article. En s'appuyant sur les données médicales, la recherche déplace son regard des causes vers leurs effets. Néanmoins, cette stratégie implique de pouvoir montrer que l'usage des produits répond à la plupart des situations de souffrance (Le Moigne, 1998). Or, c'est sans doute l'un des traits les moins caractéristiques de la prescription. Les résultats des recherches conduites sur ce thème, qu'on passe en revue dans ce texte, obligent en effet à mettre en doute la représentativité du traitement médical. Deux phénomènes jouent ici un rôle particulièrement sélectif :

1. l'accès aux soins qui, à vulnérabilité égale, suscite des taux de recours extrêmement différenciés dans la population ;
2. les attitudes thérapeutiques des médecins qui, à diagnostic constant, influent sur la décision de prescrire et la durée du traitement. Ces facteurs concourent à l'élection d'une population d'usagers dominée par les femmes et les inactifs des milieux populaires. En particulier, la thérapeutique paraît d'abord organisée par la morbidité organique, le vieillissement et l'isolement, c'est-à-dire par l'incapacité ou l'incapacité.

Ces données appellent deux déductions.

1. L'usage des médicaments psychotropes en médecine générale traduit une prise en charge bien réelle de la vulnérabilité psychique, mais lacunaire. Son étude ne permet d'évaluer ni la distribution réelle de la souffrance, ni l'effet que le travail ou le chômage est susceptible d'exercer sur elle.
2. En revanche, les données offrent de nombreuses indications sur l'espace de soin inauguré par la thérapeutique, indications qui ne sont pas sans éclairer l'aspect sélectif de la médication. En effet, l'accès aux médicaments psychotropes, leur délivrance, marquent la formation d'un territoire d'intervention dont la légitimité paraît s'être construite, précisément, par le maintien à distance des difficultés de l'emploi. C'est là sans doute un élément plus caractéristique de la prescription. C'est du moins le second argument qu'on cherchera à développer dans ce texte.

L'inactivité: le centre de légitimité de la médication

Un fait généralisé ?

Les médicaments psychotropes représentent 6% environ du marché pharmaceutique. Cette position peut paraître marginale. Rappelons toutefois que certaines de ces substances, le Valium® en l'occurrence, ont longtemps figuré parmi les médicaments les plus prescrits à travers le monde. Les anxiolytiques et les hypnotiques concentrent l'essentiel des ventes, en dépit de la percée récente des antidépresseurs : au début des années 1990, ils réunissaient à eux seuls près des deux tiers des prescriptions. Dans 80% des cas, les médicaments sont

ordonnés par un médecin généraliste. Notons encore que celui-ci adresse en moyenne cette thérapeutique à 20% environ de sa clientèle (Hemminki, 1988; Zarifian, 1996).

Surtout, *on peut estimer qu'un individu sur deux, en âge de consommer, a déjà eu recours au moins une fois à l'une de ces substances au cours de sa vie*. Dans 70% des cas, la durée de la consommation est inférieure à 12 semaines. Chez 10 à 15% des usagers, elle peut être néanmoins qualifiée de chronique: les recours s'étendent alors sur des périodes comprises entre 6 et 12 ans d'usage en moyenne (Guignon *et al.*, 1994; Sermet, 1995; Le Moigne, 1996).

La consommation est donc extrêmement répandue: c'est un fait ordinaire. La durée des recours, qui permet de différencier consommations courtes et chroniques, peut offrir une explication de ce phénomène (Le Moigne, 2002). Paradoxalement, *c'est la prévention contre l'usage du médicament qui bâtit sa diffusion dans le corps social*. Le risque présenté par les effets secondaires, ou la menace de dépendance, offre en effet une contrainte «naturelle» au renouvellement des consommations. Il s'agit là d'une attitude partagée aussi bien par le patient que par le généraliste (Cohen, Karsenty, 1997; Haxaire, 2002). Dans la mesure où l'un et l'autre s'entendent le plus souvent pour limiter la durée de l'usage, il est rare que la consommation soulève un problème de légitimité, morale ou sanitaire. Le respect de cette règle autorise à prescrire en probabilité tout client qui en ferait la demande, d'où la diffusion massive des produits.

Ce constat en amène un autre: les recours conjoncturels définissent le mode le plus courant de la prescription, moins sa légitimité. Avec le renouvellement répété de l'ordonnance, médecins et patients doivent nécessairement convenir d'une bonne raison d'emploi. Cette nécessité leur impose de se prononcer plus clairement sur la vocation de la thérapeutique. Il semblerait là également que l'un et l'autre s'accordent sur l'idée de réserver cet usage à l'accompagnement des maladies chroniques, lorsque leur fond organique ne peut être mis en cause: réduire la douleur, contenir l'angoisse face à la mort, stabiliser la morbidité en veillant à contrôler son caractère anxiogène, désignent autant de principes invitant à ménager une certaine tolérance à l'égard des effets secondaires des substances (Collins, 1999).

Il y a plus. Sur le «terrain du corps», le médecin est naturellement fondé à agir: il est au cœur de son expertise professionnelle, il peut donc contrôler plus facilement l'influence du malade et maintenir son autorité. Mais, le patient peut également tirer profit de la priorité ainsi donnée aux problèmes somatiques: cette entrée ne l'oblige pas à déclarer au médecin les raisons de sa détresse lorsque celles-ci s'agrémentent de difficultés «plus privées».

La place des femmes: la question de l'inaptitude subjective

Parmi les consommateurs, deux populations sont sur-représentées: les femmes et les personnes âgées. Quelles causes est-il possible d'attribuer à ce phénomène?

Les femmes recourent de manière plus fréquente et plus durable aux produits. Par ailleurs, leurs ordonnances comprennent en moyenne deux fois plus souvent des médicaments psychotropes. Ce résultat ne peut être rapporté à l'idée que le public féminin développerait davantage de morbidités psychiques (Lovell, Fuhrer, 1996). Un tel argument tend à masquer l'effet de sélection que la division sexuée des rôles tend à exercer sur l'énoncé de la plainte et sa recevabilité médicale. Cette division réclame des femmes un plus grand investissement dans le domaine de la gestion du soin et appelle, de leur part, une plus grande proximité à l'égard du système sanitaire (Cooperstock, 1978; Home-Hansen, 1989). Une telle compétence leur commande, plus souvent que les hommes, de prêter

une attention particulière aux problèmes de santé, et de demander au médecin d'en répondre. Moyennant quoi, il est également vrai que les praticiens tendent eux-mêmes à anticiper la déclaration d'une difficulté de la part de cette clientèle, quitte à la solliciter parfois (Verbrugge, Steiner, 1995). Ce glissement est d'autant plus probable que les praticiens ont tendance à considérer que les femmes échouent plus souvent à s'en sortir par elles-mêmes, autrement dit, qu'un tel public a davantage besoin du soutien médical (Baumann *et al.*, 1996).

Par ailleurs, on a pu noter, en Angleterre comme en France, que la part des consommations chroniques était plus importante chez *les femmes au foyer des milieux populaires* (Gabe, Thorogood, 1986; Le Moigne, 1996). L'explication, la plus souvent avancée, concerne peu la solitude qu'il est possible d'associer, le cas échéant, à ces situations de vie. Le statut de femme au foyer paraît susciter le désarroi lorsqu'il est subi, autrement dit, lorsqu'il s'accompagne d'espérances déçues ou d'une totale absence d'alternative. En vertu de quoi, il paraît possible de décrire la plus grande consommation des femmes qui survient entre 40 et 60 ans, en particulier dans le milieu ouvrier, sous la forme d'une imbrication entre les tensions inhérentes à leur maintien dans la sphère privée, d'une part, et l'attitude d'une médecine généraliste largement acquise à l'idée de leur incapacité, d'autre part (Le Moigne, 2000).

La structure par genre de la consommation invite logiquement à questionner par rebond le recours masculin. Cet usage n'est, avant la quarantaine, ni plus important ni plus fréquent que chez les femmes. En revanche, les motifs qu'il est possible d'attribuer à ce recours paraissent bien différents: ils concernent en majorité les conflits de la relation de travail ou la perte conjoncturelle de l'emploi (Cooperstock, Lennard, 1979). Les traitements suscités par la rupture conjugale ou la décomposition familiale demeurent à cet égard l'apanage des femmes. Ainsi comprise, l'interaction médicale tendrait plutôt à socialiser les causes du mal-être masculin, en l'attribuant à un problème d'organisation professionnelle ou d'emploi (soit à un effet de situation), alors qu'elle imputerait plus volontiers le trouble des femmes à une origine subjective (soit à un effet individuel), voire à une forme d'inaptitude. Ce découpage exclut de la scène thérapeutique l'examen des difficultés auxquelles les hommes ont tendance à réserver eux-mêmes un traitement de nature plus strictement privée. Le règlement des problématiques du couple ou de la famille en particulier les inviterait plutôt à d'autres types de recours, que l'alcool en particulier continue massivement d'incarner (Rösch *et al.*, 1989).

Le vieillissement: l'incapacité légitime

S'il est un public caractéristique de la consommation, c'est sans nul doute celui des personnes âgées. Selon les données disponibles, 20 à 30% des plus de 60 ans consomment régulièrement des médicaments psychotropes. Autrement dit, leur niveau de recours est deux à trois fois supérieur à celui des plus jeunes. Ils reçoivent ainsi près de 40% des anxiolytiques et des hypnotiques délivrés en médecine générale (Closser, 1991). Pourquoi ?

Une première explication impute la consommation des plus de 60 ans au fait que ces personnes sont confrontées, en raison de leur âge, à un cumul d'événements douloureux. La thèse de *life events* appuie en particulier son argumentaire sur l'idée que le deuil d'un proche s'ajoute avec une probabilité plus importante aux difficultés que la personne âgée doit négocier (Allard *et al.*, 1996). La psychiatrie a pu noter en effet que la perte du conjoint produit en moyenne des signes nets de dépression chez 35% des sujets confrontés

à cette situation. Néanmoins, elle estime à 2% seulement le nombre de personnes devant nécessiter un traitement pour ce motif (Widlöcher, 1985). Autrement dit, les expériences difficiles ne conduisent qu'exceptionnellement à une dépression installée. Leur influence dépend en réalité du soutien que l'individu peut attendre de son entourage. Cette dimension de solidarité implique de situer plus directement la consommation des personnes âgées dans le cadre des réorganisations individuelles suscitées par le vieillissement, soit par *la maladie* et *l'isolement* en particulier.

En effet, la déclaration d'une pathologie organique constitue le meilleur élément de prédiction de la consommation. Cette corrélation est d'autant plus importante que l'invalidité est patente, que le risque vital est majeur, et que les affections sont multiples (Bourque *et al.*, 1991 ; Coons *et al.*, 1992). Rapporté à ce contexte, le médicament psychotrope paraît d'abord organiser une politique de soin comprise entre le soin palliatif, la médication de confort, et l'action préventive. Mais, si ce mode de prescription est particulièrement prégnant dans le cas des personnes âgées, il ne leur est spécifique qu'en partie : d'une part, la coexistence d'une indication somatique constitue un fait général comme le souligne la prépondérance des médications associées, d'autre part, les situations d'handicap ou d'invalidité produisent invariablement les plus fortes probabilités de recours, quel que soit l'âge du patient (Rösch *et al.*, 1989).

Le facteur d'isolement constitue sans doute un trait tout aussi caractéristique de la consommation des plus de 60 ans (Mishara, Mc Kim, 1989). C'est, semble-t-il, moins la solitude qui importe ici que *le risque de marginalisation* qu'il est possible de déduire de cette situation. En particulier, la baisse de densité des relations sociales paraît revêtir un poids d'autant plus important que le cercle de sociabilité de la personne a longtemps ménagé une sorte de confusion entre le groupe des amis et celui des collègues. Cette organisation du lien social tend naturellement à appliquer à la cessation d'activité l'expression d'une perte d'influence. Dans la mesure où ce mode relationnel décrit l'une des caractéristiques du monde ouvrier, il y a là indubitablement une voie d'explication à la sur-représentation de ces anciens actifs parmi les consommateurs chroniques.

Cette menace de marginalisation conduit souvent les plus de 60 ans à réinvestir le lien familial. Mais, faut-il encore que le contact avec les proches se soit maintenu dans le temps. Les médicaments psychotropes jouent ici un rôle peut-être plus inattendu, comme le démontrent certaines observations effectuées parmi les familles souches du sud-ouest de la France (Dupré-Lévêque, 1996). Dans ce contexte, il n'est pas rare que la personne âgée réussisse à motiver la mobilisation des proches et du médecin, en les convainquant de la nécessité d'une médication par une « démonstration de caractère » (mauvaise humeur, acrimonie, insomnie, etc.). Les enfants déménagent, se rapprochent du parent souffrant, et font pression sur le médecin. Celui-ci à son tour sollicite l'entourage afin qu'il contrôle la prise des médicaments, leur posologie, et qu'il prête une attention particulière aux effets secondaires du traitement. La maladie, et toute médication en général, peuvent servir d'appui à la reprise d'influence de la personne âgée. Dans le cas des médicaments psychotropes, cette propriété s'enrichit d'une particularité supplémentaire. Cette fonction, qu'on peut désigner sous le nom *d'effet tertiaire des médicaments psychotropes* (Dupré-Lévêque, 1996), peut être caractérisée de la manière suivante : le recours permet 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, autrement dit, 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.

Responsabilité médicale et rentabilité économique : les dilemmes de l'exercice thérapeutique et leurs règlements

Crise économique et marginalité : une médicalisation des problèmes sociaux ?

Les dimensions socio-professionnelles de l'usage décrivent des particularités qui s'opposent, au moins à première vue, aux caractéristiques ordinaires de la consommation pharmaceutique (Sermet, 1995). En effet, généralement, le recours médicinal croît avec le niveau scolaire, 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 diplôme 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, Friedsam, 1981 ; Gabe, Lipshitz-Philipps, 1984). Ces particularités paraissent plus appuyées encore lorsqu'on considère les situations de perte d'emploi. Alors que le chômage engage généralement une baisse de la fréquentation médicale, il suggère, chez les hommes en particulier, une probabilité de consommation de 57% supérieure à celle observée chez les actifs employés (Guignon *et al.*, 1994). Ces résultats paraissent aller dans le sens d'une médicalisation à la fois de la précarité et des inégalités sociales (Koumjian, 1981). En réalité, cette proposition est loin d'être avérée.

Les recherches pointant une forte relation entre précarité d'emploi, revenu et taux de recours, s'appliquent à des périodes de prescription de douze semaines, voire de six mois au plus. C'est pourquoi le portrait de la consommation, et des usagers, s'applique surtout dans pareil cas aux *recours conjoncturels* (Johnson, Vollmer, 1991 ; Le Moigne, 1996). Si on étend la durée de référence à six ans au moins d'usage, on obtient une image assez différente de la consommation. Les femmes au foyer et les inactifs retraités des milieux ouvriers se dégagent alors nettement de la population étudiée. On retrouve ici le poids prédominant de l'isolement social, consécutif à la cessation d'activité, d'une part, de l'invalidité et du risque vital, d'autre part¹.

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 sociale². Autrement dit, et 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, Lennard, 1979 ; Gabe, Bury, 1991). À cela trois raisons au moins :

¹ L'étude par questionnaire que nous avons réalisée en 1995, auprès d'un échantillon de 550 résidents de l'agglomération rouennaise, permet d'estimer à 27% la part des recours supérieurs à trois ans. Dans environ 75% des cas, ces usages sont le fait d'inactifs. La distribution de ces consommateurs peut être détaillée comme suit : 51% de retraités, 25% de femmes au foyer, 13% d'actifs employés et 11% de chômeurs. La part des actifs diminue à mesure que la durée du recours croît et devient infinitésimale au delà de dix ans d'usage (Le Moigne, 1996).

² Pour les consommations inférieures à deux ans, l'étude mentionnée précédemment fait état de la distribution suivante : parmi les usagers en situation d'activité ou de recherche d'emploi, 44% sont des employés, 27% des ouvriers, 24% d'entre eux appartiennent aux professions intermédiaires et 5% aux cadres. Les chômeurs ne sont pas plus représentés que les actifs employés : pour les recours supérieurs à trois ans, ils composent ensemble environ 20% des publics consommateurs (Le Moigne, 1996).

1. 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 n'échappe pas à la règle³.
2. À l'image des pathologies chroniques, les recours les plus durables aux médicaments psychoactifs sont déterminés par la vulnérabilité des groupes sociaux face à la maladie, moins par la perte de l'emploi ou la pénurie de ressources. Les conditions de travail, l'abstention médicale et l'usage d'autres psychotropes (tabac, alcool) conditionnent au premier chef les écarts de morbidité entre les catégories sociales (Nizard, Monoz-Perez, 1993). Ces facteurs permettent d'expliquer la sur-représentation des anciens ouvriers parmi la population consommatrice, donc, il est vrai, de personnes dotées de revenus modestes et dépourvues de diplômes. Pour autant, cette observation ne permet 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. La relation admise ici permet également 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 l'intervention médicale, pharmaceutique en particulier.
3. La prévention contre les effets secondaires et les risques d'assuétude dissuade le plus souvent les praticiens, comme la plupart de leurs patients, de renouveler l'ordonnance. Les exceptions à cette règle sont rares: elles sont soumises à un constat d'incapacité qui requiert, dans la plupart des cas, le diagnostic préalable d'une pathologie organique.

La rentabilité professionnelle: entre morale médicale et productivité économique

La recherche statistique s'est également appliquée à mesurer en propre le poids de la pratique médicale sur la distribution de la consommation, en tentant de répondre à la question suivante: la prescription dépend-elle de la structure par âge et par sexe des clientèles ou bien, à fréquentations comparables, observe-t-on des niveaux de médication différenciés, c'est-à-dire des attitudes prescriptives inégalement partagées par les praticiens? Cette interrogation ne constitue plus aujourd'hui un lieu de débats: certaines enquêtes ont montré en effet que l'ordonnance de médicaments psychotropes pouvait représenter, selon les médecins, de 1 à 67% des actes, et que cette variation n'était déductible qu'en partie seulement de la structure des publics reçus (Tamblyn *et al.*, 1996). Pour autant, si l'autonomie et la diversité de l'exercice professionnel paraissent ainsi démontrées, à quoi les attribuer?

Le rôle exercé par la formation, et par l'université en particulier dont le médecin est diplômé, offre ici un premier élément d'explication. Autrement dit, le corps médical est pour partie partagé entre des cultures thérapeutiques différentes qui s'élaborent, pour l'essentiel, lors de la phase d'apprentissage du métier. Surtout, la prescription croît avec l'âge du praticien, mais ce phénomène ne doit pas être imputé à un effet de génération. L'ancienneté professionnelle exerce ici une influence sans doute plus prépondérante. En effet, l'augmentation de la fréquence des prescriptions constitue une tendance relativement partagée par les praticiens après dix ans d'exercice. Autrement dit, l'ordonnance de médicaments

³ Signalons toutefois que les données sur lesquelles s'appuie l'analyse des prescriptions, en France du moins, n'enregistrent pas les médications délivrées à l'hôpital. Or, le secteur des urgences constitue l'offre de service la plus souvent exploitée par les populations démunies (Peneff, 2000). Il y aurait donc à établir avec quelle fréquence l'exploitation de ces services par les publics défavorisés s'accompagne d'une prescription de médicaments psychotropes.

psychotropes croît à mesure que la clientèle du médecin croît elle-même. C'est pourquoi il y a tout lieu de penser que le développement de la prescription n'accompagne pas seulement l'augmentation de l'activité professionnelle, mais qu'elle contribue à la produire.

Deux explications pourraient confirmer cette thèse. D'abord, l'ordonnance de médicaments psychotropes ferait gagner du temps au praticien : elle lui permettrait d'écourter la durée de la consultation (Cormack, Howells, 1992). En l'absence de réels symptômes, le professionnel sait qu'il ne pourra porter de diagnostic sans une longue écoute de son client. Cette perspective s'oppose à l'exigence de rentabilité, et confère au patient un rôle sans doute trop décisif puisqu'elle revient à lui accorder tout ou partie de la compétence médicale. « Les difficultés de l'existence » ne se prêtent pas en effet à une auscultation directe : elles obligent la médecine à se reporter aux causes que le malade veut bien lui-même énoncer. En réduisant la durée de l'échange, le médecin rompt cette éventualité. Il lui suffit simplement de reporter l'examen diagnostique à une seconde entrevue. C'est là qu'on peut situer le deuxième élément autorisant à lier la progression de la prescription à l'amélioration de la productivité médicale : l'ordonnance du produit permet au médecin de fidéliser *a minima* sa clientèle.

Mais on peut y voir davantage. Le fait de reporter l'énoncé diagnostique à une deuxième visite permet de temporiser, c'est-à-dire de produire une thérapeutique sans la relier à une cause précise. Dans la mesure où la seconde consultation se borne souvent à constater l'amélioration du sujet, le soin paraît ainsi jouer son rôle. Pour autant, il n'est pas certain que les raisons de la souffrance aient été mieux identifiées. C'est pourquoi, dans le cadre des recours conjoncturels au moins, la prescription peut être assimilée à une technique de neutralisation : la ressource pharmaceutique est bien délivrée, elle réussit probablement à soulager le consommateur sans le confronter de manière durable aux effets secondaires du produit, surtout, la socialisation de la plainte et l'évocation de possibles mises en cause, qu'elles concernent le patient ou bien le praticien, semblent ainsi pouvoir être évitées.

Conclusion et perspectives

Les médicaments psychotropes permettent aux personnes de faire face, de maintenir leurs échanges ou leurs engagements. Ils rendent raison à leurs difficultés individuelles tout en leur permettant de poursuivre leur participation sociale (Hagestad, 1988). L'usage s'applique donc à réduire l'écart entre vie personnelle et affiliation collective, et cherche à normaliser cette distance en tentant d'y apporter un remède : il en socialise la cause.

Cette offre de réintégration est suspendue, en médecine générale, à une série de clauses : la prescription doit pouvoir montrer que le candidat au recours est bien victime de la situation, d'une part, que cette situation relève bien d'une participation sociale recevable, d'autre part, enfin, que l'usage du produit ne constitue pas une menace tant pour l'individu que pour son entourage. Patients et médecins peuvent s'entendre sur l'hypothèse d'un traitement de courte durée dans la mesure où cette forme de recours n'a pas réellement besoin de statuer sur le degré de responsabilité du consommateur, ni sur les effets sociaux de sa consommation. En revanche, le renouvellement de l'ordonnance requiert un examen plus circonstancié. Elle répond à une série limitée d'identités : au premier chef, le malade, la personne âgée et la femme au foyer. Dans chacun des cas, la demande du produit peut être rapportée à un manque patent d'autonomie, soit à une impossibilité individuelle qui n'engage pas sur le fond une mise en cause directe de l'environnement social des personnes. En revanche, lorsque ces conditions ne sont pas réunies, le recours aux produits suggère une sorte d'arbitraire : chez les patients potentiels, il paraît faire affront à leur capacité d'action, c'est-à-dire à la probabilité qu'ils puissent s'en sortir seuls ; chez les prescripteurs, il laisse augurer l'hy-

pothèse d'une intervention excessive de la médecine dans la vie sociale. C'est pourquoi l'actif, au travail ou en recherche d'emploi, comme l'adulte en charge d'enfants, ne peuvent la plupart du temps ni prétendre ni souhaiter eux-mêmes développer cet usage.

Il reste néanmoins que la situation qu'on décrit s'applique surtout aux consommations d'anxiolytiques et d'hypnotiques. La question est de savoir si l'essor récent des antidépresseurs a modifié l'équilibre fragile que la pratique médicale semble avoir réussi à imposer entre responsabilité et rentabilité. Les thérapeutiques antidépressives concentrent en effet aujourd'hui 30% du marché (Middelton *et al.*, 2001; Pietraru *et al.*, 2001; Legrain, Lecomte, 1998). Quelle est l'origine de cette progression? D'abord, avec la dépression, la souffrance psychique semble se détacher du socle de la folie et de la psychologisation des problèmes sociaux: sa prise en charge souligne l'expression d'une relative conformité au regard de l'exigence de santé mentale qui s'est diffusée dans la population (Ehrenberg, Lovell, 2001). Ensuite, la biologie des dérèglements de l'humeur tend à naturaliser l'origine du mal-être, soit à disculper tant le patient que ses conditions sociales (Valenstein, 1998). Enfin, les nouveaux antidépresseurs, les ISRS (Inhibiteur Sélectif de Recapture de la Sérotonine) en particulier, semblent dépourvus d'effets secondaires majeurs. Cette conjonction de faits pourrait avoir levé une partie des contraintes à la prescription. Elle pourrait également avoir suggéré une croissance de la demande, et accentué dans ce sens la pression des patients sur les praticiens (Collins, 1999).

Pour autant, cette conjonction suffit-elle à modifier la relation de la médecine générale à la souffrance? Les données rassemblées à ce jour ne sont pas congruentes. La médicalisation de la crise de l'emploi serait, selon certaines études, attestée par la prescription croissante des allocataires des minima sociaux en antidépresseurs (Cohen, Collin, 1997). D'autres enquêtes inviteraient plutôt à conclure à la recomposition interne de la médication. Selon cet argument, les nouveaux antidépresseurs auraient été ordonnés pour l'essentiel aux patients déjà prescrits en anxiolytiques ou en hypnotiques: ceux-là auraient simplement fait l'objet d'un changement thérapeutique (Linden *et al.*, 1999). De ce point de vue, la connaissance des évolutions, ou involutions, imputables à l'essor de ces molécules doit constituer aujourd'hui l'un des objectifs de la recherche appliquée à la prescription des médicaments psychotropes. Il pourrait y être question, au détour, de juger si les données de la thérapeutique offrent, avec les antidépresseurs, une base plus solide à la caractérisation sociale de la souffrance et, en particulier, à la mesure du mal-être initié par la relation de travail, l'absence ou la perte de l'emploi.

Philippe Le Moigne
CESAMES – CNRS
Université Paris V René Descartes
Bâtiment Jacob
45, rue des Saints-Pères
F-75270 Paris Cedex 06
philippe.le-moigne@paris5.sorbonne.fr

BIBLIOGRAPHIE

- ALLARD J., ALLAIRE D., LECLERC G., LANGLOIS S.-P., 1996, L'influence des relations familiales et sociales sur la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées, in COHEN D., PERODEAU G., *Santé mentale au Québec*, 22, 164-182, numéro spécial «Drogues et médicaments mis en contexte».

- BAUMANN M., POMMIER J., DESCHAMPS J.-P., 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.
- BOURQUE O., BLANCHARD L., SADEGHUI M. R., ARSENAULT A. M., 1991, État 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.
- CLOSSER M. H., 1991, Benzodiazepines and the elderly : a review of potential problems, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 35-41.
- COHEN D., COLLIN J., 1997, *Les toxicomanies en lien avec les médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits*, Québec, ministère de la Santé et des services sociaux, Groupe de travail sur la prévention des toxicomanies.
- COHEN D., KARSENTY S., 1997, *Les représentations sociales des effets secondaires des anxiolytiques : une étude comparative Québec-France*, Paris-Montréal, MIRE.
- COLLINS J., 1999, La construction d'une rationalité : les médecins face à la prescription de psychotropes aux personnes âgées, *Sciences sociales et santé*, 17, 31-50.
- COONS S. J., JOHNSON M., CHANDEL R. M. H. H., 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.
- COOPERSTOCK R., 1978, Sex differences in psychotropic drug use, *Social Science and Medicine*, 12, 179-186.
- COOPERSTOCK R., LENNARD H., 1979, Some social meanings of tranquiliser use, *Sociology Health and Illness*, 1, 331-347.
- CORMACK M. A., HOWELLS E., 1992, Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainees, *Family Practice*, 9, 466-471.
- DOHRENWEND B. P., 1990, Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders, *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 25, 41-47.
- DOHRENWEND B. P., 2000, The role of adversity and stress in psychopathology : some evidence and its implications for theory and research, *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 1-19.
- DOOLEY D., PRAUSE J., HAM-ROWBOTTOM K., 2000, Underemployment and depression : longitudinal relationships, *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 4, 421-436.
- DUPRÉ-LÉVÊQUE D., 1996, Les « effets tertiaires » du médicament psychotrope. Bilan d'une recherche anthropologique menée dans le Sud-Ouest de la France auprès de consommateurs âgés, in COHEN D., PERODEAU G., *Santé mentale au Québec*, 22, 183-199, numéro spécial « Drogues et médicaments mis en contexte ».
- EHRENBERG A., 1998, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG A., LOVELL A., 2001, *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob.
- EVE S. B., FRIEDSAM H. J., 1981, Use of tranquilisers and sleeping pills among older texans, *Journal of Psychoactive Drugs*, 13, 165-173.
- GABE J., BURY M., 1991, Tranquilisers and health care in crisis, *Social Science and Medicine*, 32, 449-454.
- GABE J., LIPSHITZ-PHILIPPS S., 1984, Tranquilisers as social control?, *Sociological Review*, 36, 320-352.
- GABE J., THOROGOOD M., 1986, Prescribed drug use and the management of everyday life : the experiences of black and white working class women, *Sociological Review*, 34, 737-772.
- GUIGNON N., MORMICHE P., SERMET C., 1994, La consommation régulière de psychotropes, *INSEE-Prémière*, n° 310.
- HAAFKENS J., 1997, *Rituals of Silence. Long-Term Tranquilizer use by Women in the Netherlands*, Amsterdam, Het Spinhuis.
- HAGESTAD G. O., 1988, Demographic change and the life course. Some emerging trends in the family realm, *Family Relations*, 37, 405-410.
- HAXAIRE C., 2002, « Calmer les nerfs » : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes, *Sciences sociales et santé*, 20, 1, 63-88.
- HELMAN, C. G., 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, World Health Organization, 22-35.
- 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.
- JOHNSON R. E., VOLLMER W.M., 1991, Comparing sources of drug data about the elderly, *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 1079-1084.
- KESSLER R.C., 2002, The categorial versus dimensional assessment controversy in the sociology of mental illness, *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 171-188.
- KOUMJIAN K., 1981, The use of Valium as a form of social control, *Social Science and Medicine*, 15, 245-249.
- LEGRAIN M., LECOMTE P., 1998, La consommation des psychotropes en France et dans quelques pays européens, *Annales pharmaceutiques françaises*, 56, 2, 67-75.
- LE MOIGNE P., 1996, La faute au faubourg? La consommation de médicaments psychotropes en milieu urbain, *Annales de la recherche urbaine*, 73, 74-82.
- LE MOIGNE P., 1998, L'usage chronique des médicaments psychotropes: problèmes d'analyse et de méthode, in EHRENBERG A. *Drogues et médicaments psychotropes*, Paris, Éditions Esprit, 227-264.
- LE MOIGNE P., 2000, Anxiolytiques, hypnotiques: les données sociales du recours aux médicaments psychotropes, *Revue suisse de sociologie*, 26, 71-109.
- LE MOIGNE P., 2002, De la médiation médicale: les conventions d'usage des médicaments psychotropes, *Sciences sociales et santé*, 20, 1, 13-33.
- LINDEN M., LECRUBIER Y., BELLANTUONO C., BENKERT O., KISELY S., SIMON G., 1999, The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, 2, 132-140.
- LOVELL A., FUHRER R., 1996, Troubles de la santé mentale: la plus grande « fragilité » des femmes remise en cause, in SAVRET-CUBIZOLLES M.-J., BLONDEL B., *La santé des femmes*, Paris, Flammarion, 252-283.
- LOZE J.-Y., AZORIN J.M., LEGUAY D., PARQUET P., SECHTER D., ROUILLON F. 2001, Enquête pharmaco-épidémiologique sur l'instauration et la continuation des traitements antidépresseurs (EPICTA), *Annales médico-psychologiques*, 159, 8, 600-604.
- MIDDELTON N., GUNNELL D., WHITLEY E., DORLING D., FRANKEL S., 2001, Secular trends in antidepressant prescribing in the UK, 1975-1998, *Journal of Public Health Medicine*, 23, 4, 262-267.
- MISHARA B. L., MC KIM W.A., 1989, *Drogues et vieillissement*, Boucherville, Gaëtan Morin.
- MONTAGNON F., SAIED S., PAYAN C., CORRUBLE E., TALEB M., ROUILLON F., 2000, Données cliniques et épidémiologiques de patients hospitalisés pour épisode dépressif majeur, *Annales médico-psychologiques*, 158, 1, 11-20.
- MORMICHE P., 1993, Les disparités de recours aux soins en 1991, *Économie et statistique*, 265, 45-52.
- NIZARD A., MONOZ-PEREZ F., 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, 571-608.
- NORDENMARK M., STRANDH M., 1999, Towards a sociological understanding of mental well-being among the unemployed: the role of economic and psychosocial factors, *Sociology*, 33, 3 577-597.
- PENEFF J., 2000, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métaillié.
- PIETRARU C., BARBUI C., POGGIO L., TOGNONI G., 2001, Antidepressant drug prescribing in Italy, 2000: analysis of a general practice database, *European Journal of Clinical Pharmacology*, 57, 8, 605-609.
- ROSCH D., HAUESLER L., FACY F., 1989, *La consommation de produits psychotropes dans la population française: alcool, tabac, café, thé, médicaments psychotropes*, Paris, CREDOC.
- SERMET C., 1995, *Les spécificités de la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques. Enquête sur la santé et les soins médicaux (1991-1992)*, Paris, CREDES.
- SILVER E., MULVEY E.P., SWANSON J.W., 2002, Neighborhood structural characteristics and mental disorder: Faris and Dunham revisited, *Social Science and Medicine*, 55, 1457-1470.
- TAMBLYN R.M., LAPRISE R., SCHNARCH B., MONETTE J., MC LEOD P. J., 1996, Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux hommes, in COHEN D., PERODEAU G., *Santé mentale au Québec*, 22, 239-262, numéro spécial « Drogues et médicaments mis en contexte ».

- TURNER R.J., LLOYD D.A., 1999, The stress process and the social distribution of depression, *Journal of Health and Social Behavior*, 60, 104-125.
- TURNER R.J., WHEATON B., LLOYD D.A., 1995, The epidemiology of social stress, *American Sociological Review*, 60, 104-125.
- VALENSTEIN E.S., 1998, *Blaming the Brain*, New York, The Free Press.
- VERBRUGGE L.M., STEINER L.P., 1995, Prescribing drugs to men and women, *Health Psychology*, 4, 79-98.
- WIDLOCHER D., 1985, Le rôle des événements de la vie et la place des psychothérapies dans les états dépressifs, *La revue du praticien*, 27, 1639-1645.
- ZARIFIAN E., 1996, *Le prix du bien-être. Psychotropes et société*, Paris, Odile Jacob.