



HAL
open science

Entre maladie et mal-être : la prescription des médicaments psychotropes en médecine générale.

Philippe Le Moigne

► **To cite this version:**

Philippe Le Moigne. Entre maladie et mal-être : la prescription des médicaments psychotropes en médecine générale.. *Revue Sociologie Santé - RSS*, 2009, Médicaments et société, 30, pp.243-263. hal-03433633v2

HAL Id: hal-03433633

<https://hal.science/hal-03433633v2>

Submitted on 30 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.

Entre maladie et mal-être :
la prescription des médicaments psychotropes en médecine générale

Philippe Le Moigne

Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société (CESAMES)
INSERM Unité 611 - CNRS UMR 8136 - Université Paris 5 René Descartes
45, rue des Saints-Pères - 75006 Paris
02.35.18.07.48
philippe.le-moigne@paris5.sorbonne.fr

Résumé

L'article rend compte du fossé qui sépare la prescription des médicaments psychotropes de leur indication. En médecine générale, principal lieu de leur délivrance, la médication s'applique rarement au trouble mental caractérisé mais se destine plutôt à l'accompagnement de la maladie organique, des troubles familiaux ou des problèmes professionnels. Pour donner la mesure d'une telle orientation, l'article dépeint d'abord la structure sociodémographique des consommateurs. Il décrit ensuite les contraintes de l'exercice médical ainsi que le contenu de la plainte qui façonnent, aussi bien du côté des prescripteurs que des patients, la légitimité du recours à ces substances. Après quoi, on pourra observer que la délivrance des médicaments psychotropes donne à voir l'organisation d'un espace de soin qui, s'il n'est pas celui du trouble mental, se revendique néanmoins d'une exigence de santé. Cette exigence recouvre le champ de la maladie, mais elle contribue à en étendre le spectre en donnant corps et légitimité au traitement du mal-être.

Médicaments psychotropes – psychiatrie – maladie – dépression – anxiété – mal-être –
démographie – position socioprofessionnelle – relations professionnelles – famille

Introduction

La classe des médicaments psychotropes est formée, pour l'essentiel, des anxiolytiques, des hypnotiques, des antidépresseurs et des neuroleptiques. Ces produits sont dédiés, respectivement et au premier chef, au traitement de l'anxiété généralisée, des troubles du sommeil, de la dépression et des psychoses. La consommation de ces médicaments, en vertu de leur taux de prescription, fait en France l'objet de débats récurrents qui entendent indiquer que les produits seraient « sur-prescrits », adressés à mauvais escient, ou bien encore capables d'induire de véritables situations de dépendance.

La contribution des sciences sociales apporte un regard assez différent sur cette question. Celui-ci se distingue du regard clinique ou épidémiologique en ce qu'il ne s'appuie pas sur une définition préalable de la santé : il cherche plutôt à comprendre comment les états – physiques ou psychiques - placés sous ce registre par l'ensemble des acteurs du soin affectent le contenu et la dynamique de celui-ci. En tenant compte de l'ensemble de ces définitions, il devient possible de comprendre pourquoi la distribution des consommateurs, comme l'usage des produits psychotropes, ne recouvre pas – loin s'en faut, les normes administratives et cliniques de leur indication. Mais, à travers cet examen, il devient également possible de comprendre pourquoi en dépit de cet écart aux règles de prescription, la consommation des médicaments psychotropes épouse bien une logique de santé. Celle-ci recouvre évidemment le champ de la maladie, mais elle contribue à en étendre le spectre en donnant corps et légitimité à une série plus vaste de signes et de symptômes regroupés, en substance, sous la bannière du mal-être.

Pour donner à voir cette orientation, on propose une démarche en trois temps : 1) On aborde d'abord *la question du degré « élevé » de la consommation* à partir du niveau de prescription de chacune des classes de psychotropes et de leur association avec les autres prescriptions pharmaceutiques. 2) On aborde ensuite *les caractéristiques démographiques des personnes* traitées, afin de montrer que l'âge et le genre sont des facteurs discriminants. 3) La présentation de la distribution générale de la consommation étant réalisée, on proposera de se pencher sur les *facteurs sociaux* susceptibles de l'expliquer. A ce titre, on analysera d'abord les logiques de prescription des *médecins généralistes*, de loin les principaux prescripteurs. On se penchera ensuite sur les ressorts de la consommation, tels qu'ils peuvent être identifiés auprès des usagers eux-mêmes, en vue de dégager notamment les différents facteurs qui interviennent dans *l'arrêt ou la continuation* du recours aux médicaments.

D'un point de vue méthodologique, on s'appuie sur une synthèse de résultats des travaux disponibles. La difficulté de l'entreprise obéit à l'absence d'appariement des données : les études disponibles s'appliquent rarement aux mêmes échantillons de populations et ne s'appuient pas sur les mêmes critères de définition de l'usage ou de la chronicité. Toutefois, on doit souligner l'étonnante convergence des résultats de ces études, qu'elles soient françaises ou non. Ce constat oblige à considérer qu'une homogénéité de facteurs et de rationalités entourent la consommation des médicaments psychotropes dans les pays occidentaux. A cet égard, il invite à relativiser l'idée qu'une « spécialité purement française » serait à l'oeuvre dans ce domaine.

Pour donner corps au propos de ces études, on reviendra par ailleurs à de nombreuses reprises sur l'étude qu'on a réalisée à partir des données de la CPAM de Rouen (Le Moigne, 2004). Cette enquête est l'une des seules en France à avoir tenté d'inspecter l'ensemble des variables d'intérêt (données pharmaceutiques, démographiques, profils socio-économiques des publics consommateurs, incidence de l'activité médicale, etc.), et à avoir doublé cette analyse d'une campagne d'interviews auprès des prescripteurs et des usagers des produits. Les conclusions de cette enquête permettront d'affiner la compréhension des constantes mises au jour par la recherche tant nationale qu'internationale.

1. La prescription : une distribution contrastée

1.1 Un indicateur de la prescription pharmaceutique

1.1.1 Une médication diffuse

A quelle hauteur les différentes classes de psychotropes sont-elles prescrites et quelle évolution dénote-t-on dans ce domaine depuis ces dix dernières années ? Jusqu'au début des années 1990, les anxiolytiques et les hypnotiques représentaient l'essentiel des prescriptions de psychotropes, soit 80% des ordonnances, même si les antidépresseurs avaient déjà fait une apparition en force à cette date (Guignon et al. 1994 ; Le Moigne, 2000).

En termes de prévalence de consommation, on estimait à cette date que 1 individu sur 2 avait consommé au moins une fois l'une de ces substances au cours de sa vie. Selon l'échelle de temps (3 mois, 6 mois, 1 an et plus de recours consécutif) et de réitération considérées (consommations journalière, hebdomadaire), 10 à 20% d'entre eux en faisaient un usage régulier (Le Moigne, 2000). Depuis 1995, la prévalence a quasiment doublé en France comme dans la plupart des pays européens (Middelton et al., 2001). Les données nationales de prescription en 2000, obtenus à partir des remboursements du régime général de la sécurité sociale, montrent que 24,5% des assurés du régime général ont obtenu le remboursement d'un médicament psychotrope au cours de l'année (Lecadet et al., 2003), ce qui équivaut à considérer que plus de 10 millions de personnes sont concernées par la prescription chaque année en France.

Toutefois, il est peut être plus important de souligner que la prescription des psychotropes s'inscrit d'abord dans celle, plus large, des prescriptions de produits pharmaceutiques en général. A cet égard, le niveau élevé des consommations de psychotropes en France rejoint plus généralement le niveau élevé des consommations de médicaments dans le pays. Comprendre ce phénomène impose de considérer par le détail les co-prescriptions.

1.1.2. Des médicaments associés à une médication somatique

Les études montrent que la prescription de psychotropes est souvent associée à la prescription de médicaments relevant d'autres spécialités : 80% des ordonnances contenant des médicaments psychotropes mêlent cette spécialité à d'autres gammes de produits. Au regard de l'étude réalisée sur le Grand Rouen, les trois principales classes concernées sont les thérapeutiques cardio-vasculaires (classe C), les médications des voies digestives et du métabolisme (classe A) et les médicaments dits du système nerveux central, psychotropes exceptés (Classe N). Ces co-prescriptions sont présentes respectivement dans 49%, 41% et 40% des ordonnances de médicaments psychotropes (Le Moigne, 2004).

La prescription des médicaments psychotropes s'intègre donc pour large part à une polythérapie pharmaceutique. Il y a là une explication à la chronicité de certains traitements. En effet, on observe dans la durée une corrélation entre le nombre de psychotropes prescrits et le nombre total d'ordonnances en pharmacie délivrées aux patients (Le Moigne, 2004). Cette corrélation tend à signifier que *l'ordonnance des produits s'applique à une médication d'accompagnement de la morbidité organique*. Il y est question en particulier de la prévention du risque cardio-vasculaire, de l'accompagnement des problèmes digestifs, et dans une moindre mesure de la gestion des douleurs rhumatismales. Dans la mesure où ces pathologies

présentent elles-mêmes un caractère de chronicité, les prescriptions de médicaments psychotropes tendent elles-mêmes dans ce cas à devenir chroniques.

Par contraste, les ordonnances ne contenant que de médicaments psychotropes sont minoritaires : elles représentent environ 18% des ordonnances comprenant ce type de produit (Le Moigne, 2004). En ce sens, la consultation de médecine générale ne se solde que de manière exceptionnelle par une prescription où seule la question psychique serait traitée, à l'instar des traitements ordonnés dans le cadre de la clinique psychiatrique.

1.1.3. Une clinique du psychisme ?

La prescription des médicaments psychotropes s'associe à une prescription élevée de pharmacie. Elle en est de ce point de vue un élément illustratif, sinon significatif.

Il y a là globalement la convergence de deux tendances. En médecine générale, l'usage des médicaments psychotropes est toujours à restituer dans le cadre d'une prise en charge globale du patient. Cette particularité permet de comprendre pourquoi ces produits sont prescrits avec d'autres classes de médicaments, et pourquoi le traitement de la plainte psychique s'entremêle ici toujours à une plainte ou une morbidité somatique. Toutefois, depuis 10 ans, la croissance rapide de la prescription des antidépresseurs, et des associations de psychotropes avec elle, laisse entrevoir une diffusion progressive d'un traitement pour soi des troubles psychiques en médecine générale.

Ainsi, si l'indication des omnipraticiens demeure bien ancrée dans le cadre d'une médecine somatique, elle témoigne aujourd'hui d'une ouverture plus manifeste aux questions de santé mentale. Cette ouverture ne signifie pas que le médecin généraliste prend en charge davantage de troubles psychiques qualifiés : comme on va le voir, il y serait plutôt question de traiter du mal-être ou de la souffrance psychique, indépendamment des questions relatives à la douleur ou aux conséquences mentales d'un problème organique. Pour mieux comprendre cette évolution, son étendue et sa complexité, un détour par l'étude des populations auxquelles ces médicaments sont prescrits s'impose.

1.2. Les publics de la prescription : de la diffusion de la consommation à sa durée

La plupart des études dessinent le portrait d'un « consommateur moyen » d'antidépresseurs qui ressemble au consommateur d'anxiolytiques et d'hypnotiques du passé : il s'agit d'une femme d'environ 50 ans, qui a reçu une éducation primaire ; elle est inactive ou au chômage, et possède des revenus moyens, voire faibles. Ce portrait s'associe à une série de traits qui permet de mieux typer le contexte social de la prescription : morbidité organique importante, milieu social intermédiaire, isolement social important et cumul des événements de vie (Baumann et al. 2001).

En dehors d'être dominée par les femmes et les personnes âgées, la population consommatrice serait issue dans sa grande majorité des milieux populaires (ouvriers, employés) et des classes moyennes (les professions intermédiaires), tandis que les membres des classes supérieures (les cadres en particulier) et les personnes les plus pauvres seraient moins concernées par l'usage.

1.2.1. La prévalence de la prescription : la surreprésentation des femmes

La proportion de consommateurs est faible avant 35 ans tant pour les femmes que pour les hommes. Les jeunes, surtout les moins de 15 ans, sont encore peu prescrits en France : dix fois moins qu'en Amérique du Nord. La classe d'âge la plus représentée est celle des 50-55 ans. Parmi elles, les femmes sont surreprésentées (Le Moigne, 2004).

En population générale, tous psychotropes confondus, 31,3% des femmes avaient eu un médicament remboursé en 2000, contre 17,3% des hommes (Lecadet et al., 2003). Soulignons que cette sur-sélection féminine n'est pas spécifique aux psychotropes, et concerne les médicaments dans leur ensemble. Les personnes âgées connaissent également un taux élevé de prescription de psychotropes, avec là encore une surreprésentation des femmes, surtout pour les plus de 75 ans. Au cours de l'année 2000, 54,8% des femmes de 70-79 ans et 32,9% des hommes de la même tranche d'âge se sont vus rembourser un médicament psychotrope (Lecadet et al., 2003).

La surreprésentation des femmes est un phénomène constant et très bien documenté. Parmi les explications données à cette surreprésentation, il est souvent fait mention d'une plus grande proximité à l'égard de l'appareil de soin, et d'une définition du mal-être plus souvent exprimée sous la forme d'une plainte psychique, formulation largement anticipée sinon proposée par les prescripteurs eux-mêmes (Tamblyn et al., 1996). Autrement dit, la consommation féminine n'est pas nécessairement à imputer à une plus grande vulnérabilité, mais à un effet de recrutement : l'accès au soin des hommes, jeunes en particulier, demeure en effet sans commune mesure avec celui des femmes.

Peut-on mettre au jour des facteurs prépondérants pour expliquer cette fois le rôle exercé par l'âge sur la consommation de médicaments psychotropes ? La surreprésentation des personnes âgées a fait l'objet d'hypothèses multiples, souvent étudiées séparément, de sorte qu'il est rarement possible de proposer un modèle explicatif qui permettrait de pondérer le poids des différents facteurs (Mishara, 1996). Parmi les hypothèses les plus plausibles, on doit considérer le niveau et le nombre de morbidités déclarées par cette population. A cet égard, la prescription de psychotropes peut être comparée ici à une médication de confort ou à une forme de soins palliatifs. Le second facteur le plus souvent évoqué a trait à l'isolement social de cette population : le départ des enfants, l'accès à la retraite ou l'apparition d'une maladie invalidante ayant pour effet de rompre les liens d'attaches des personnes avec leurs proches ou leurs amis (Le Moigne, 2004 ; Mishara et al., 1996, Guignon et al., 1994). En somme, c'est à l'ensemble des conséquences – tant physiques que sociales - induites par le vieillissement que la prescription des médicaments psychotropes semble s'adresser.

Jusqu'ici, nous n'avons évoqué que des données de prévalence. Or, pour caractériser les modes de consommation, il faut impérativement intégrer la question de la durée du recours. On l'aborde maintenant.

1.2.2. La chronicité de l'usage : une affaire d'âge

Parmi les consommateurs interviewés par Bauman et son équipe (Bauman et al., 2001), 30% d'entre eux déclaraient une consommation d'au moins deux ans, 30 à 40%, un usage prolongé mais inférieur à deux ans, tandis que la même proportion de patients avouait avoir abandonné cette prescription durant l'année. En termes de prévalence, on l'a vu, deux classes d'âge sont surreprésentées : celle des 45-55 ans et celle des plus de 75 ans. En revanche, si on considère la durée des usages, on aperçoit que celle-ci croît de manière

linéaire avec l'âge, indépendamment du sexe. Autrement dit, plus le consommateur est âgé, plus sa probabilité de consommer les produits de manière durable est élevée, qu'il s'agisse d'une femme ou d'un homme (Le Moigne, 2004).

Ainsi, la population âgée est prescrite de façon particulièrement répétée : selon l'enquête réalisée sur le Grand Rouen, entre 2000 et 2002, 25% des plus de 65 ans ont été ordonnés plus de 20 fois entre 2000 et 2002 (Le Moigne, 2004). Autrement dit, une part croissante de cette classe d'âge tend aujourd'hui à recevoir des prescriptions de médicaments psychotropes, lesquelles sont sans conteste les plus durables. Plus précisément encore, c'est dans la classe d'âge des plus de 75 ans qu'on peut situer l'épicentre de la chronicité. D'après Ohayon, plus de 80% des personnes de plus de 75 ans consommeraient aujourd'hui des anxiolytiques et des hypnotiques depuis au moins un an (Ohayon et al., 1996).

2. De la norme thérapeutique à la pratique médicale

Quel est l'impact de la pratique médicale sur la distribution des consommations ? Les médecins généralistes sont, comme on l'a dit, prescripteurs de plus de 80% des ordonnances. Or, dans le débat public, les généralistes se voient souvent imputer un mode de prescription qui ne respecte pas les règles édictées lors de l'Autorisation de Mise sur le Marché des produits, qui déborde du cadre diagnostique, et qui est généralement de trop longue durée. Qu'en sait-on exactement et comment peut-on expliquer les caractéristiques de leur prescription ? Cette question a fait l'objet de nombreuses études (Le Moigne, 2000) : on en résume l'essentiel du propos.

2.1. L'adéquation clinique de la prescription

Le manque de formation des médecins généralistes en matière de psychopathologie est souvent avancé en vue d'expliquer « l'approximation » de leur prescription (Zarifian, 1996). En réalité, parler d'approximation revient à défendre une norme d'indication, héritée des études cliniques. Une telle perspective prête peu d'égard aux conditions de l'exercice médical, pas plus qu'elle ne rend justice aux définitions concurrentes de la santé mentale qui traversent le corps social. Or, c'est bien avec ces définitions que l'omnipraticien doit composer.

2.1.1. Le défaut de cible : prescrire hors diagnostic

Une partie de la littérature fait souvent état de l'inadéquation de la prescription des médicaments psychotropes au regard de la symptomatologie présentée par les patients. Qu'en est-il ? Deux phénomènes, largement opposés, ont été identifiés en la matière : le défaut de cible et le défaut de prise en charge. Dans le premier cas, des psychotropes sont prescrits à des personnes ne présentant pas tout ou partie des symptômes visés par la thérapeutique ; dans le second, des personnes présentant bel et bien un trouble psychiatrique ne reçoivent pas pour autant de psychotropes. Que permettent de dire les données réunies dans ce domaine, en particulier pour la dépression et l'usage des antidépresseurs ISRS ?

La plupart des études consacrées au diagnostic des populations prescrites en antidépresseurs rapportent un tableau dépressif incomplet. Certaines d'entre elles fixent la part des usagers asymptomatiques à près de 25%, d'autres avancent le chiffre de 10% pour les plus de 65 ans (Bouhassira et al., 1998). Des constats plus radicaux évoquent un décalage total entre l'indication de la thérapeutique et le profil pathologique des patients traités. Ainsi, pour la population âgée, les antidépresseurs seraient d'abord prescrits en vue d'accompagner, comme les benzodiazépines avant eux, les maladies somatiques chroniques (Newman et al., 1999). En médecine générale, la prescription encadrerait surtout des personnes présentant des signes d'anxiété (Lecrubier, 1998) ou d'insomnie (Ohayon et al., 1996).

En outre, les antidépresseurs sont rarement prescrits seuls. Lorsqu'on rapporte les ordonnances d'antidépresseurs à la moyenne des prescriptions en pharmacie, elles comprennent davantage de médicaments, qu'il s'agisse de médicaments psychotropes ou non. Cette co-prescription est d'autant plus forte et durable (5 ans et plus) lorsque l'antidépresseur a été le premier médicament prescrit. Autrement dit, on retrouverait ici les traits caractéristiques de la carrière thérapeutique des usagers réguliers de benzodiazépines : a) initiation du traitement pour déprime, nervosité ou insomnie ; b) renforcement et chronicité de la thérapeutique sous l'effet des difficultés quotidiennes et de l'apparition d'une maladie organique invalidante.

2.1.2. Le défaut de prise en charge : la sous-prescription des dépressifs

La sous-prescription des états dépressifs fait pendant au premier constat, mais paraît atteindre une toute autre ampleur. Parmi les 15-54 ans, les désordres de l'humeur, si on leur adjoint les troubles de l'anxiété, ne susciteraient une visite en médecine générale ou en psychiatrie libérale que dans 50% des cas . En outre, la consultation de ces patients ne donnerait lieu qu'une fois sur deux, voire une fois sur trois, à un traitement (Mojtabai, 1999). La prise en charge des 15-34 ans serait encore moins bien assurée : dans cette tranche d'âge, près de 90% des dépressifs majeurs ne feraient l'objet d'aucune prise en charge pharmaceutique, psychothérapeutique, voire même phytothérapeutique. Il faut souligner cependant que les évaluations du sous-traitement des dépressifs sont loin d'être convergentes : selon les études, leur proportion varie de 15% à 50% (Lecrubier, 1998).

Une certitude néanmoins : si la prescription hors diagnostic paraît s'appliquer d'abord aux personnes âgées, ou croître avec l'âge du patient, en revanche, le défaut de prise en charge des personnes pour lesquelles un trouble peut être diagnostiqué concerne d'abord les publics les plus jeunes, à savoir les moins de 30 ans. L'une des raisons susceptibles d'expliquer ce phénomène a trait à l'inégalité de l'accès aux soins. Le recours au système sanitaire est en effet moins important chez les jeunes, en particulier chez les hommes, d'où la difficulté à mener une politique de prévention et de prise en charge à l'attention de cette population.

2.2. La rationalité thérapeutique des généralistes : une convergence de pratiques

Plus largement, quels sont les facteurs qui organisent la pratique de prescription des médecins généralistes ? Peut-on parler ici d'une hétérogénéité de pratiques ou bien faut-il considérer que les omnipraticiens partagent une même rationalité thérapeutique ? On peut montrer dans ce domaine que, sous l'apparente hétérogénéité des taux de prescription par médecin, la pratique de médecine de ville peut être ramenée à deux facteurs qui transcendent

la diversité des modes d'exercice : 1) *des normes de prescription partagées* par la majorité du corps médical ; 2) le poids exercé par *la gestion de la clientèle*.

2.2.1. Structures de clientèles et pratiques de médication

Tamblyn et son équipe ont étudié au Québec les prescriptions de plus de 45.000 patients âgés de 65 ans et plus, durant une période de 12 mois. L'étude des feuilles de soins, attribuables à 1.300 généralistes, a permis d'analyser la médication des produits psychotropes au regard d'indicateurs généraux de prescription (ordonnance globale de médicaments, prescription d'examen, orientation vers les services médicaux), d'une part, selon les caractéristiques d'âge et de genre du patient et du praticien, d'autre part (Tamblyn et al., 1996). Les résultats de la recherche confirment la structure démographique de la consommation, notamment la "surprescription" des patientes. Toutefois, les auteurs ont pu également observer que la part des patients ayant reçu une ordonnance de psychotropes, tous sexes confondus, variait de 0,2% à 67,4% selon le médecin! Autrement dit, les différences de la structure par genre des clientèles ne suffisent pas, loin s'en faut, à expliquer la propension des différents médecins à prescrire.

Si la prescription des médecins est pour partie indépendante des caractéristiques des publics qu'ils reçoivent, alors il faut imaginer que certains profils professionnels appuient en particulier la médication psychotrope. Lesquels? Tamblyn et son équipe ont mis au jour trois éléments en particulier : l'âge du praticien, sa spécialité et son affiliation universitaire, le genre du médecin n'intervenant qu'à la marge. En pondérant ces différents facteurs, ils s'avèrent, selon eux, que *la fréquence de la prescription est d'abord sensible à l'âge du praticien*, et qu'elle connaît un pic chez les médecins de plus de 60 ans.

2.2.2. La gestion de l'exercice médical : le produit et le temps

L'augmentation significative de la médication chez les praticiens de plus de 60 ans trahit, derrière l'effet d'âge, l'incidence de l'ancienneté professionnelle. On a pu observer effectivement que la prescription pharmaceutique, toutes substances confondues, tend à croître chez les médecins après 10 ans d'exercice (Le Moigne et Colin, 1997). Cette tendance inclut logiquement l'ordonnance des médicaments psychotropes, de sorte que Hadsall et son équipe ont pu considérer que la propension générale à prescrire constituait le facteur principal d'explication de la délivrance des produits psychoactifs par les médecins (Hadsall et al., 1982).

Dans le même ordre d'idées, il paraît possible d'établir un lien direct entre la durée d'exercice, l'ordonnance de services médicaux (examen biologique, radiographie, indication à un spécialiste), et la multiplication des actes ou des visites. Autrement dit, la prescription, qu'elle qu'en soit la nature, croît à mesure que croît la clientèle du médecin. Ce phénomène requiert une antériorité professionnelle minimale – le temps que la clientèle se constitue, c'est pourquoi les médecins âgés ordonnent plus souvent.

La prescription des médicaments psychotropes traverse plus qu'elle ne divise le corps médical. Pour autant, elle décrit bien un trait spécifique de l'exercice professionnel. En quoi? Cormack et Howells ont fait remarquer que les grands prescripteurs de benzodiazépines établissent souvent une relation directe entre cette médication et leur charge de travail. Ces médecins considèrent que ce type de prescriptions leur fait gagner du temps de consultation :

en un mot, ils estiment plus profitable de donner un second rendez-vous, après avoir ordonné un psychotrope, plutôt que de prolonger le premier (Cormack et Howells, 1992). Les avantages bruts de ces médicaments seraient ainsi de deux ordres : l'amélioration de la productivité quantitative de l'exercice, la fidélisation de la clientèle. De ce point de vue, la prescription de médicaments psychotropes décrit bel et bien une particularité de l'exercice médical : elle n'accompagne pas seulement la croissance de l'activité professionnelle ; elle contribue à la produire.

3. Du côté des patients : les logiques de l'usage

3.1. Le contexte social de la consommation

Les facteurs qui décident de la probabilité de consommer, et de consommer durablement, doivent être recherchés dans deux domaines en particulier : les conditions sociales de l'accès au soin (qui décident de la sélection des candidats à la prescription), d'une part, le degré de sévérité du tableau symptomatologique des personnes, notamment, en matière de morbidité organique, d'autre part. On évoque d'abord la question de l'accès au soin, avant de revenir sur la question de la chronicité des recours.

3.1.1. Consommation et position socioprofessionnelle

Aux Etats-Unis, certains auteurs estiment que la prescription des antidépresseurs ISRS a accru la prise en charge de la dépression et qu'elle a, ce faisant, attiré vers la médecine générale des publics jusque-là exclus de l'accès au soin, tels que les minorités ethniques et les personnes à faibles revenus (Harman et al., 2001). En France, le phénomène semble plus atténué au regard des données existantes, dont il faut cependant souligner le caractère souvent incomplet.

De fait, les dimensions sociales du recours aux médicaments psychotropes décrivent des particularités qui s'opposent, du moins à première vue, aux caractéristiques ordinaires de la consommation pharmaceutique. En effet, généralement, le recours médicinal croît avec le niveau du diplôme, le revenu et la position occupée dans la hiérarchie sociale. Pour les psychotropes, chacune de ces relations est inversée, en France comme à l'étranger : l'absence de 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 (Guignon et al., 1994). Ces particularités paraissent plus appuyées encore lorsqu'on considère la précarité d'emploi. Alors que le chômage engage généralement une baisse de la fréquentation médicale, il 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 de la précarité, d'une part, des inégalités sociales, d'autre part. Quelle valeur accorder à cette interprétation?

3.1.2. Un effet de la pauvreté ou de la maladie ?

Si on se base sur une durée de 6 ans au moins d'usage continu, les femmes au foyer et les inactifs retraités – les anciens ouvriers en particulier, se dégagent alors très nettement de la population étudiée. On retrouve ici le poids prédominant de l'isolement consécutif à la

cessation d'activité, d'une part, l'influence de l'invalidité et du risque vital, d'autre part. En revanche, aucun lien tangible ne permet d'associer les consommations chroniques à la précarité d'emploi ou à la pauvreté.

Pour le dire autrement, le chômage et la rupture conjugale déterminent des recours moins durables. Par ailleurs, la fréquence des consommations épisodiques croît avec la position occupée dans la hiérarchie sociale. Autrement dit, 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 (Gabe et Lipshitz-Philipps, 1984). A cela une raison simple : le recours médical implique une proximité nécessaire à l'appareil de soins, et à la médecine de ville en particulier, laquelle tend à décroître lorsque les personnes sont privées de ressources (Guignon et al., 1994).

La consommation de médicaments psychotropes, rapportée aux caractéristiques générales de la consommation pharmaceutique, n'est donc atypique qu'en partie. En fait, dans sa partie chronique, elle se rapproche des médications régulières liées au risque vital. Cette prescription, comparée aux autres produits également ordonnés par le praticien, s'inscrit dans un rapport de convergence thérapeutique : sont prescrites les personnes déjà ordonnées pour d'autres pathologies. A l'image des médications 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 catégorie sociale. Si donc l'inégalité face à la pathologie se développe au cours de la période d'activité, elle n'apparaît réellement qu'au moment du passage à la retraite. Ces conditions expliquent dans ce domaine la sur-représentation des anciens ouvriers, donc des personnes dotées de revenus modestes et souvent dépourvues de diplômes. Pour autant, elles ne permettent de conclure ni à la médicalisation de la pauvreté ni à la diffusion d'une thérapeutique massive des effets de la crise de l'emploi.

3.2. Consommation et durée de recours

3.2.1. Les motifs de consommation : entre maladie et mal-être

Les recherches qui sont centrées sur l'identification des motifs du recours font apparaître une difficulté de taille : avec le temps, les raisons de la consommation perdent en précision. En outre, le statut du mal et la nature de l'indication revêtent souvent un caractère incertain et polymorphe chez les consommateurs. Pour Baumann et son équipe, la consommation s'apparente à « *une carrière d'usage* » dont on peut décrire la dynamique comme suit : « *on prend d'abord des psychotropes pour une étiopathologie avancée par le médecin, puis c'est l'individu qui fournit au médecin des raisons potentiellement acceptables pour que celui-ci légitime la poursuite de la prescription* » (Baumann et al., 2001, p. 66).

Ces éléments de parcours obligent à penser que des définitions concurrentes – ou plus extensives – de la santé, au regard de celles proposées par la clinique ou la pharmacologie psychiatriques, étayent la démarche des publics du soin. Ces définitions alternatives de la santé puisent pêle-mêle leur légitimité dans la nécessité du maintien de

l'autonomie face à la maladie ou la douleur, de la préservation de l'intégration sociale devant les conflits du travail, le chômage ou la rupture familiale. Il y est donc plutôt question d'une gestion du mal-être et de la souffrance que d'une psychopathologie déclarée. En somme, le maintien d'un bien-être minimal est placé ici au centre des préoccupations, ou paraît à tout le moins doter d'une légitimité égale à celle attribuée à la visée plus directement curative du geste médical. L'entretien direct des généralistes et des consommateurs s'avère ici riche d'enseignements : on se réfèrera à la typologie des usages qu'on a tenté de produire à partir des conclusions de l'enquête de terrain conduite sur le Grand Rouen en 2004 (Le Moigne, 2004).

3.2.2. Les usages ponctuels : le fait des circonstances

L'essor des médicaments d'antidépresseurs a renforcé la prescription des populations âgées de 35 à 55 ans. Pour ces patients, la co-prescription de la thérapeutique avec un anxiolytique est très fréquente, et la durée du recours paraît assez conforme aux normes sanitaires. Les prescriptions répondent ici à des crises passagères dues à des événements de vie ou des accidents biographiques (divorce, séparation, conflit au travail, tensions familiales ou conjugales, chômage, etc.). Ces motifs de recours, très diffus aujourd'hui parmi les quadragénaires, de la classe moyenne en particulier, pourraient être versés, au regard de la classification psychiatrique, au compte des traitements de la dépression dite « réactionnelle », c'est-à-dire aux formes de l'affection que la clinique juge normales et non pathologiques.

Ces recours « circonstanciels » peuvent devenir chroniques lorsque la situation qui motive la souffrance du patient tend elle-même à s'installer dans le temps. Dans la mesure où la médecine n'a pas prise sur ces circonstances, et où celles-ci peuvent être structurelles, la durée de la consommation s'élève souvent à plusieurs années. Et, dans la mesure également où le traitement peut être rapporté à un facteur pour tout ou partie extérieur au patient, le recours bénéficie d'une certaine légitimité tant auprès du consommateur que du prescripteur. Cela est d'autant plus vrai que l'amélioration des conditions de vie de l'utilisateur semble probable à terme.

3.2.3. Les usages chroniques : l'invalidité, l'insomnie, l'isolement

Les usages tendent à devenir plus réguliers lorsqu'ils accompagnent le traitement d'affections organiques invalidantes, l'insomnie ou encore le vieillissement. On a affaire ici aux recours les plus chroniques. Dans la mesure où les praticiens ont tendu à substituer au cours de ces dernières années les antidépresseurs aux benzodiazépines, il n'est pas rare que les ISRS intègrent ces usages au long cours. Ce phénomène est d'autant plus marqué que la population prescrite a également vieilli : les patients de plus de 75 ans organisent en effet de manière plus significative aujourd'hui la distribution des publics consommateurs.

Ce recours, dominé par la prescription des benzodiazépines, est majoritaire au-delà de la soixantaine. Il est nettement plus développé parmi les inactifs, anciennement ouvriers ou employés en particulier. On a ici, indirectement, une nouvelle démonstration de l'inégalité sociale face à la maladie organique. Toutefois, la consommation de ces populations n'est pas liée uniquement au déclenchement d'une pathologie, bien que ce facteur ne puisse être tenu pour négligeable. Ces recours témoignent, plus globalement, des changements que suggèrent aux personnes âgées l'entrée dans un nouveau cycle de vie, et pour certaines d'entre elles en particulier, la menace d'une complète marginalisation sociale, après le départ des enfants ou le décès du conjoint (Le Moigne, 2000).

La chronicité, qui peut impliquer plus de vingt ans d'usage, est admise et tolérée, y compris par les prescripteurs, dans la mesure où aucune perspective d'amélioration ne peut être escomptée. Le cas échéant, la chronicité a pu démarrer avant la survenue de la maladie organique ou la perte du conjoint. C'est particulièrement vrai du traitement de l'insomnie. Ici, la légitimité du recours est souvent bâtie sur deux arguments : la nécessité impérieuse de dormir, et la « nature » du patient. A cet égard, les discours des usagers et celui des prescripteurs rejoignent par certains aspects la pensée de la psychiatrie, et de la psychologie de la personnalité en particulier. Ces usagers au long cours se disent en effet porteur d'une disposition personnelle à l'insomnie, le cas échéant, anxieuse. Dans la mesure où ce trait est dit structurel, la prescription s'engage souvent à devenir chronique.

3.2.4. Le paradoxe du déprimé : les chronicités problématiques

La prescription des médecins généralistes est, en proportion, peu mobilisée par l'anxiété généralisée et par la dépression dite « endogène », qui fondent le cadre des essais cliniques et la démonstration d'efficacité des anxiolytiques et des antidépresseurs. Mais, c'est ici sans doute qu'on peut observer les usages chroniques les plus problématiques, même si leur chiffrage demeure difficile à produire.

Ces patients sont plus jeunes, âgés de 40 à 50 ans en moyenne. Ils se recrutent généralement parmi les classes moyennes, chez les enseignants et les travailleurs sociaux en particulier. La prescription est organisée par les antidépresseurs, parfois prescrits seuls, mais plus généralement associés à des anxiolytiques *et* des hypnotiques. Le symptôme est défini dans les termes de la dépression, ou de la dépressivité. Ce contexte de prescription reste ouvert à l'hypothèse de la rémission. Pour autant, l'origine du trouble, voire sa qualification en tant que pathologie, ne se laissent pas aisément devinées, c'est du moins ce que les usagers comme les prescripteurs tendent à rapporter. La légitimité du mal-être ne peut se prévaloir d'une cause événementielle ou organique. Elle laisse les patients penser qu'elle se situe à l'intérieur d'eux-mêmes, « en profondeur ».

La thérapeutique paraît maintenir ici les usagers hors d'un retour massif à l'épisode initial de détresse, mais elle ne produit pas de rémission franche. C'est pourquoi, après quelques mois de traitement, certains prescripteurs finissent par douter de la réalité de la plainte et par l'attribuer à l'insuffisance du patient (Haxaire et al., 2005). Celui-ci est « pris » dans un jeu assez complexe : il ne sait pas si la stabilisation de son état est due aux produits, ou bien si c'est « lui » qui va mieux. Cette incertitude se double d'un rapport ambivalent à l'égard de la thérapeutique : le patient se dit soulagé par elle, mais il reconnaît en même temps que la solution à son problème dépend d'abord de lui. C'est pourquoi, ici, le recours à la chimie apporte un effet stabilisateur, mais c'est l'abandon de toute thérapeutique qui incarne l'idéal de ces usagers (North et al., 1995).

En l'absence de rémission, ces consommateurs sont souvent à l'affût de la moindre innovation thérapeutique. Chez eux, l'investissement dans le produit atteint un point culminant, proche d'une dépendance : ils vont ainsi parfois jusqu'à construire des schémas d'usage complexes où les variations des dosages, les circonstances de la prise sont pensées dans leurs moindres détails, donnant lieu à des expérimentations et des ajustements incessants. Rarement, la relation aux produits n'est marquée plus qu'ici par une tension. Le recours paraît à la fois « stabiliser » ces patients et induire à la fois un nouveau mal-être, relation que nous avons désignée sous le terme de « maintien paradoxal » (Le Moigne, 2004).

Et c'est bien d'un paradoxe dont il s'agit puisque ces patients, par leur caractère au moins pour partie dépressif, incarnent au plus près la cible visée par la thérapeutique.

Conclusion

Une constante se dégage de l'ensemble de ces données : l'écart de la prescription à l'égard des recommandations cliniques et thérapeutiques. Pour comprendre cet écart, l'étude de la structure sociodémographique des usagers et de leur motif de recours s'avère fort utile. Les consommations sont d'autant plus durables que l'utilisateur est âgé. En ce sens, la chronicité du recours est étroitement liée à la prise en charge du vieillissement, c'est-à-dire à la prévention et à l'accompagnement des maladies organiques, de l'invalidité et de l'isolement. La prescription s'apparente ici à une gestion de la douleur, le cas échéant, à un soin palliatif. C'est la raison pour laquelle, dans 80% des cas, l'ordonnance des médicaments psychotropes est associée à un médicament d'une autre classe pharmaceutique.

A ce titre, si la consommation est particulièrement répandue en France, il n'y a pas lieu d'en faire une « spécialité nationale ». La prescription atteint des niveaux comparables à ceux d'autres pays occidentaux, tels que la Belgique ou l'Angleterre (OPEPS, 2006). Surtout, la particularité de cette prescription est relative : *l'ordonnance et la consommation des médicaments psychotropes demeurent à l'image de l'engouement suscité en France par le médicament en général*. Cette légitimité médicale est telle qu'elle parvient à l'emporter sur les représentations souvent négatives qui entourent l'usage des médicaments psychotropes (dépendance, folie, etc.). Par ailleurs, dans la mesure où le remboursement des médicaments en France continue d'être élevé, cette tendance est logiquement maintenue. La particularité française du paiement à l'acte n'est pas sans renforcer non plus cette tendance : dans ce cadre, les médicaments psychotropes, comme l'ordonnance en pharmacie de manière plus générale, sont d'autant plus facilement délivrés et renouvelés qu'ils permettent aux praticiens de faire face à la cadence des visites.

Ce mécanisme est lui-même accrue par les conditions de l'accès aux soins. L'offre de psychothérapie a longtemps bénéficié aux classes supérieures. Elle est elle-même aujourd'hui en plein essor, sans qu'on puisse dire, faute d'inventaire, quels sont ses publics et les types de prises en charge qui l'organisent (Champion, 2008). Cette segmentation de l'offre ajoute à la déconnexion de la médecine générale à l'égard des autres agents dispensateurs de soin (hôpital général ou psychiatrique, CMP, dispositifs d'urgence, psychiatrie et psychothérapie libérales, etc.) (Demailly et Bresson, 2005). Ce contexte ne permet pas aux omnipraticiens d'exercer un véritable rôle dans la prévention et le traitement des psychopathologies. Dans le même temps, c'est bien vers eux que continue de s'adresser une partie importante de la population confrontée à des problèmes, qui de près ou de loin, pourraient être du ressort des politiques sociales, de la famille ou de l'emploi. On comprend mieux ainsi pourquoi la délivrance des médicaments psychotropes est si diffuse en médecine générale et, pour autant, pourquoi elle emprunte si peu à la clinique psychiatrique.

L'ensemble de ces facteurs contribue à orienter cette prescription vers une thérapeutique de la douleur ou de la souffrance, en marge des indications prévues par les recommandations de l'administration sanitaire. Plus exactement, deux visions de la santé cohabitent ici. L'une, la définit comme l'absence de maladie et s'emploie, sur ce motif, à

corriger les dysfonctionnements physiques ou mentaux qui sont à l'origine de la pathologie : cette référence est celle d'une médecine physiologique et curative. Les attentes des patients, auxquelles la médecine générale cherche à donner suite, partagent cette visée mais puisent également à une vision de la santé plus positive ou extensive : il y est question d'un maintien du bien-être, de la poursuite de l'intégration sociale face aux événements, de la conjuration du désarroi occasionné par la relation professionnelle ou conjugale, bref, d'une volonté d'échapper au mal-être, au malheur et aux émotions qu'ils suscitent.

Doit-on considérer que ce type d'attentes n'a pas de légitimité, et que les prescriptions qui cherchent à répondre à cette demande représentent un dévoiement de l'intervention médicale ou de la thérapeutique ? Condamner ces motifs de recours conduirait à faire abstraction de deux données majeures : 1) la diffusion progressive d'une aspiration au bien-être personnel comme forme de salut, d'où se déduit une extension formidable de la notion de santé comme d'ailleurs des états qui en démentent la présence (stress, souffrance psychique, burn-out, etc.) ; 2) la position de premier sinon de seul recours que tend à incarner le médecin généraliste devant l'extension de cette problématique. Comment l'omnipraticien, dans ce contexte et dans l'isolement de sa pratique, pourrait-il proposer une alternative à la prescription de médicaments psychotropes ?

Références bibliographiques

BAUMANN M., ALLA F., EMPEREUR F., *Psychotropes et dépendances. Profils des consommateurs et trajectoires de leurs comportements*, Paris, OFDT, 2001.

BOUHASSIRA M., ALLICAR M.P, BLACHIER C., NOUVEAU A., ROUILLON F., "Which patients receive antidepressants ? A 'real world' telephone study", *Journal of Affective Disorders*, 1998, vol. 49, pp. 19-26.

CHAMPION F. (dir.), *Psychothérapie et société*, Paris, Armand Colin, 2008.

CORMACK M. A., HOWELLS E., "Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainees", *Family Practice*, 1992, 9, pp 466-471.

DEMAILLY L., BRESSON M., *Les modes de coordination entre professionnels dans le champ de la prise en charge des troubles psychiques*, Paris, IFRESI-MIRE, 2005.

GABE J., LIPSHITZ-PHILIPPS S., "Tranquilisers as social control?", *Sociological Review*, 1984, 36, pp. 320-352.

GUIGNON N., MORMICHE P., SERMET C., "La consommation régulière de psychotropes", *INSEE-Première*, 1994, n° 310.

HADSALL R.S, FREEMAN RA, NORWOOD GJ, "Factors related to the prescribing of selected psychotropic drugs by primary care physicians", *Social Science and Medicine*, 1985, 16, pp. 1747-1756.

HARMAN J.S., MULSANT B.H., KELLEHER K.J., SCHULBERG H.C., KUPFER D.J., REYNOLDS C. F., "Narrowing the gap in treatment of depression", *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2001, vol. 31 (3), pp. 239-253.

HAXAIRE C., RICHARD E., DUMITO-LAHAYE C. GENEST P., BODENEZ P., BAIL P., *Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes de Bretagne Occidentale*, Paris, Mire, 2005.

LECADET J., VIDAL P., BARIS B., VALLIER N., FENDER P., ALLEMAND H ET LE GROUPE MEDIPATH, « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales – 2000 », *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2003, 2, pp. 75-84.

LECRUBIER Y., "Is depression under-recognised and undertreated?", *International Clinical Psychopharmacology*, 1998, vol. 13 (5), pp. 3-6.

LE MOIGNE P., "Anxiolytiques, hypnotiques. Les données sociales du recours", *Revue Suisse de Sociologie*, 2000, 26, pp. 71-109.

LE MOIGNE P. (dir.), « La dépendance aux médicaments psychotropes. Enquête auprès des usagers et des prescripteurs, Paris, CESAMES-MILDT, 2004.

LE MOIGNE P., COLIN I., *Lieux et milieux de désarroi. Observation territorialisée des prescripteurs et consommateurs de médicaments psychotropes*, Rouen, LERS-INSERM-CNAMTS, 1997.

MIDDELTON N., GUNNEL D., WHITLEY E., DORLING D., FRANKEL S., "Secular trends in antidepressant prescribing in the UK, 1975-1998", *Journal of Public Health Medicine*, 2001, 23 (4), pp. 262-267.

MISHARA B. L., "L'écologie familiale et la consommation de médicaments chez les personnes âgées : commentaire sur un facteur important ignoré dans les recherches et les projets de prévention", In COHEN D., PERODEAU G., *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec*, 1996, 22, pp. 200-215.

MOJTABAI R., "Prescription patterns for mood and anxiety disorders in a community sample", *Psychiatric Services*, 1999, vol. 50 (12), pp. 1557.

NEWMAN S.C., HASSAN A.I., "Antidepressant use in the elderly population in Canada: results from a national survey", *Journals of Gerontology*, 1999, vol.54 (10), pp. 527-530.

NORTH D., DAVIS P., POWELL A., « Patients responses to benzodiazepines medication: A typology of adaptive repertoires developed by long-term users », *Sociology of Health and Illness*, 1995, 17, 5, pp. 632-650.

OFFICE PARLEMENTAIRE D'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SANTÉ (OPEPS), *Le bon usage des médicaments psychotropes*, Paris, Assemblée Nationale – Sénat, 2006.

OHAYON M.M., CAULET M., LEMOINE P., « Sujets âgés, habitudes de sommeil et consommation de psychotropes dans la population française », *L'Encéphale*, 1996, vol. 22 (5) : 337-350.

TAMBLYN R. M., LAPRISE R., SCHNARCH B., MONETTE J., MC LEOD P. J.,
"Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux hommes", In COHEN D., PERODEAU G., *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec*, 1996, 22, pp. 239-262.

ZARIFIAN E., *Le prix du bien-être*, Paris, Odile Jacob, 1996.