



La dépendance aux médicaments psychotropes en population générale. Une lecture sociologique

Philippe Le Moigne

► To cite this version:

Philippe Le Moigne. La dépendance aux médicaments psychotropes en population générale. Une lecture sociologique. Sociograph, 2016, Addictions et société: voyage au pays des ombres Actes du colloque des 50 ans du GREA, 25, pp.69-88. hal-03434721

HAL Id: hal-03434721

<https://hal.science/hal-03434721>

Submitted on 22 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.

LA DÉPENDANCE AUX MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES EN POPULATION GÉNÉRALE. UNE LECTURE SOCIOLOGIQUE

Philippe Le Moigne

La dépendance aux médicaments psychotropes est depuis longtemps étudiée par la clinique. Ce texte voudrait montrer qu'il est possible d'en comprendre les ressorts à partir d'une lecture sociologique, fondée sur la problématique contemporaine de la responsabilisation de l'individu. Partant d'une enquête conduite auprès de consommateurs réguliers, cette lecture met au jour le paradoxe suivant : l'attachement aux médicaments est d'autant plus fort que l'usager en recherche activement les bénéfices sans pour autant connaître d'amélioration.

Les médicaments psychotropes les plus prescrits – à savoir, les anxiolytiques, les hypnotiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques – balaient un faisceau large d'indications qui va de la nervosité, aux troubles du sommeil, jusqu'à l'anxiété, la dépression et la psychose². Leur visée thérapeutique pourrait laisser supposer que la notion de dépendance n'a pas ici sa place. Ce



² L'analyse s'applique ici aux produits les plus consommés en population générale. C'est pourquoi il ne sera pas fait mention des psychotropes proches des opiacés ou visant à s'y substituer tels que le méthylphénidate ou la buprénorphine.

serait sans compter avec la diffusion des recours chroniques et des marques de surinvestissement dans le produit³. Ce phénomène, observé dans les populations les mieux intégrées, a mis à mal l'idée selon laquelle la dépendance devait être confinée pour ces produits à leur abus par les « marginaux », et les injecteurs d'héroïne en particulier.

Cet état de fait a été établi très tôt par la psychopharmacologie et la psychopathologie. De fait, l'usage des produits entraîne peu souvent une tolérance (c'est-à-dire une gradation du dosage pour compenser la perte d'effet), et l'arrêt du traitement suscite rarement une sensation de manque qui acculerait le patient à une recherche compulsive du produit. En cela, les médicaments psychotropes ne seraient pas inducteurs de toxicomanie. Toutefois, l'arrêt du traitement occasionne chez certains patients de véritables gênes, tant physiologiques que psychiques, perturbations qui les inclineraient à reprendre leur consommation et à s'enfermer ainsi dans un usage chronique : ce phénomène, nommé *syndrome d'abstinence* (ou syndrome de retrait, de sevrage ou encore d'interruption), constitue selon la clinique le critère essentiel de la dépendance aux médicaments psychotropes (Hollister et al. 1961 ; Tyrer et Rutherford 1981).

En vue d'expliquer ce phénomène, la psychiatrie comme la psychologie a tenté d'en rapporter la nature, ou bien à des facteurs jugés indépendants de la personne, ou bien directement à sa responsabilité. Dans le premier cas, l'explication met en avant l'implication d'éléments extérieurs aux usagers (propriétés des substances, effets secondaires des produits, excès de prescription, pression des laboratoires pharmaceutiques, etc.). Dans le second, elle fait valoir à l'inverse l'effet d'une tendance



³ Dans les pays occidentaux, ce n'est pas moins de 20% en moyenne de la population adulte qui consomme ces substances chaque année (Le Moigne 2012).

idiosyncrasique ou d'une élaboration mentale proprement imputable au consommateur (trait de caractère, insuffisance personnelle, particularité de pensée, etc. ; Le Moigne 2008). Mais, que la cause évoquée soit exogène ou endogène aux usagers ne change pas profondément l'orientation privilégiée : dans l'un et l'autre cas, la désignation du phénomène tend à placer l'individu au centre de son propos, sans plus de référence au groupe ou à un schéma relationnel, à l'image du mouvement qui a gagné la qualification de la plupart des addictions.

Le propos de cet article est de tenter de décrire les ressorts de la pharmacodépendance en population générale à partir, cette fois, d'une lecture proprement sociologique, c'est-à-dire en partant des usages sociaux des médicaments psychotropes. Quelles dynamiques étayent, du côté des usagers, le recours régulier aux substances ? Et, en quoi ces recours se rapprochent-ils d'une économie de type toxicomaniac ? L'argument que je défends ici est qu'il n'y a pas, contrairement à ce qu'on pourrait penser, un grand écart entre, d'une part, les termes du discours savant et, d'autre part, l'équation qui organise, légitime et rend problématique dans certains cas la pratique au long cours de ces produits. C'est du moins ce qu'il est possible de déduire des conclusions d'une campagne d'entretiens menée en France auprès d'usagers réguliers et de leurs prescripteurs. L'investigation permet d'établir que la gestion de la chronicité par les consommateurs s'informe à des principes où domine, comme en psychiatrie ou en psychologie, une même *grammaire de l'individu*. Ainsi, la gestion de la thérapeutique s'avère plus aisée lorsqu'elle s'intègre à une définition de problèmes qui peut être énoncée dans des termes environnementaux, extérieurs aux sujets. En revanche, elle se révèle beaucoup plus problématique lorsqu'elle s'associe à l'hypothèse d'une difficulté du « rapport à soi », c'est-à-dire à une construction d'identité jugée problématique.

L'article revient d'abord sur les caractérisations que les sciences sociales ont pu donner de l'usage des médicaments psychotropes, pour souligner que la dépendance y figure comme l'un des parents pauvres de l'investigation. Il présente ensuite un essai de caractérisation du phénomène, bâti précisément à partir d'un regard sociologique, en se fondant sur une typologie des usages issue des résultats d'une enquête de terrain.

LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

APPORTS ET LIMITES DES RECHERCHES EN SCIENCES SOCIALES

Depuis plus d'une vingtaine d'années, l'apport de la sociologie et de l'anthropologie a été de montrer le caractère intégrateur et autonome de l'usage des médicaments psychotropes, contre les thèses du contrôle social, de la médicalisation des problèmes sociaux ou de l'intoxication médicale des plus pauvres (Gabe et Lipshitz-Philipps 1984). Au regard des facteurs sociaux de la consommation, il a pu être établi que les médications répondaient imparfaitement aux standards de l'indication psychiatrique. Les travaux montrent combien les traitements durables sont liés à la prise en charge du vieillissement (Collin 1999) ou à la prévention et à l'accompagnement des maladies somatiques, du risque cardio-vasculaire en particulier (Le Moigne 2000). Gabe, en Angleterre, a évoqué de son côté la possibilité selon laquelle les consommations chroniques pourraient être liées à un traitement de l'isolement social, chez les femmes au foyer de la classe ouvrière en particulier (Gabe et Thorogood 1986).

Dans le domaine des représentations sociales, certaines études ont permis de montrer que l'autodiagnostic des patients prenait appui sur des catégories souvent lâches (nervosité, perte de sommeil, stress, etc.), mais qu'en revanche les consommateurs demeuraient éminemment soucieux à l'égard du risque de dépendance (Haxaire 2002 ; Bauman et al. 2001). De la même manière, il a été souvent établi que le consommateur est acteur de son usage. Ainsi, la crainte de la dépendance pourrait être reconvertie par certains patients, comme le montre Cecil Helman, en un phénomène résiduel au regard des bénéfices vécus dans l'automédication, et être contrebalancée par le sentiment de maîtriser sa propre santé, voire d'accéder au bien-être. On aurait affaire dans ce cas à une consommation quasi ostentatoire, ou disons à un choix ou à un mode de vie qui affirme sa légitimité (Helman 1981). Dans une perspective plus relationnelle, le travail de Delphine Dupré-Lévêque tend à montrer que l'initiation du recours chez la personne âgée peut être assimilée à une reprise d'influence : elle signale un problème qui oblige les descendants à porter de nouveau attention à leur parent (Dupré-Lévêque 1996). Et, comme Joke Haafkens l'a montré, cette recherche d'une affirmation personnelle est également à l'œuvre lorsque l'usage est dissimulé à l'entourage. Ce « rituel du silence », selon l'expression de l'auteur, est là encore pour le patient l'occasion d'affirmer une nouvelle maîtrise : en cachant sa consommation à ses proches, il en acquiert seul la gestion et, finalement, se révèle à lui-même capable d'agir hors de leur contrôle (Haafkens 1997).

Ces lectures tendent à placer l'usage un peu trop en marge du système de soin, et à lui prêter un caractère un peu trop immédiatement positif. D'abord, en insistant sur le processus d'appropriation du produit par le consommateur, la recherche a peut-être introduit un contraste excessif entre le discours des

usagers et celui de la psychopathologie ou de la psychopharmacologie. Ensuite, en insistant sur l'autonomie du consommateur, contre la thèse de la camisole chimique, la recherche a diffusé l'image d'une gestion harmonieuse des produits par les usagers et est restée plus silencieuse à l'égard des manifestations problématiques du rapport aux médicaments. En quoi il importait de consacrer à cette question une investigation en propre.

LE PROTOCOLE D'ÉTUDE

Cette investigation est issue de deux recherches conduites par entretiens auprès de consommateurs au long cours de benzodiazépines et/ou d'antidépresseurs (Le Moigne 2012). Le programme d'enquête a été mené en deux phases. Il s'est d'abord agi, à partir des données de la Sécurité sociale, de composer un échantillon aléatoire parmi l'ensemble des patients remboursés durant l'année d'au moins une prescription de médicaments psychotropes dans les 31 communes de l'agglomération de Rouen. Les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, taux de couverture médicale, etc.) de 10'097 patients ont ainsi été étudiées par ce moyen. L'analyse rétrospective de l'ensemble des actes médicaux de cette population, pour les deux années écoulées, a permis par ailleurs de dégager des durées de recours, notamment un taux de chronicité (évalué à une consommation continue de médicaments psychotropes durant l'ensemble de la période) égal à plus de 15%. Ces données ont ensuite été cartographiées par adressage automatique à partir de l'adresse postale des personnes assurées échantillonnées. Les cartes ont permis d'établir une typologie des quartiers selon leur degré de prescription et la durée des recours.

La deuxième phase de la recherche a consisté à sélectionner, parmi ces quartiers, 5 sites d'investigation relativement contrastés au regard de la densité et de la chronicité de la prescription. Sur ces sites, 15 médecins généralistes ont été interviewés ainsi que 45 patients de leur clientèle. Ces patients, prescrits en médicaments psychotropes, ont été sélectionnés en vertu du produit ordonné et de l'antériorité de leur consommation, données établies après interview des médecins. On présente maintenant les données issues de ces entretiens. La typologie, rapportée en Figure 1, en résume le propos sous forme de schéma.

DE L'USAGE PONCTUEL À LA DÉPENDANCE : LES FIGURES DU RECOURS

LES USAGES CONJONCTURELS : UN MODE D'AJUSTEMENT

D'abord, pour mieux donner à voir ce que le phénomène recouvre, il peut être bon de distinguer les recours chroniques des recours conjoncturels, c'est-à-dire des consommations épisodiques, inférieures à l'année. Celles-ci représentent plus de 80% des recours prescrits aux 10 millions de Français qui consomment chaque année ces médicaments. Elles sont conjoncturelles, précisément, parce que les problèmes qui leur sont liés sont eux-mêmes conjoncturels : difficultés passagères au travail, crise conjugale, le cas échéant, un deuil, etc. L'amélioration se lit plutôt ici dans les termes de l'ajustement ou de la rémission.

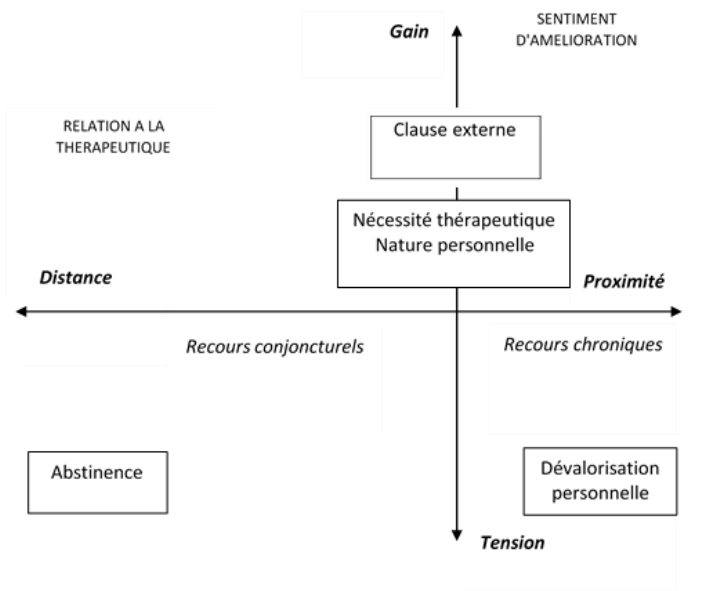
La plupart des recours demeurent conjoncturels également parce que l'image des médicaments psychotropes demeure associée à l'induction possible d'une dépendance. De cette sorte,

une partie importante des recours reste inférieure aux recommandations qui encadrent la prescription : ainsi, 50% des recours aux antidépresseurs sont inférieurs à 6 mois. Ici, l'identité personnelle et le problème à surmonter sont clairement distingués du médicament, au point même de paraître s'opposer comme dans le cas où la thérapeutique prescrite n'est pas consommée.

L'étude de la gestion des produits tend à montrer que les consommateurs ont du mal à cerner réellement la cible de la thérapeutique. Surtout, comme à l'intérieur des débats de la psychopharmacologie, une certaine ambivalence domine le recours, « l'amélioration de sa santé » étant toujours associée par les usagers au risque d'une soumission aux produits. C'est entre autres la raison pour laquelle la grande majorité des recours reste ponctuelle.

En revanche, lorsque la chronicité est patente, soit dans environ 15% des cas, l'imputation de la consommation s'avère plus délicate : elle implique de dissiper l'idée d'une induction créée par les substances, et requiert à ce titre des usagers qu'ils mobilisent d'autres facteurs explicatifs, somatiques, environnementaux ou proprement personnels. Cette contrainte peut conduire à une personnalisation importante du recours, sans pour autant que la consommation en vienne à être condamnée par l'entourage ou le médecin généraliste, prescripteur dans plus de 80% des cas. A proprement parler, la gestion de la chronicité devient problématique lorsque, d'une part, le symptôme est défini dans les termes d'une difficulté du « rapport à soi » et que, d'autre part, la mise en œuvre de la thérapeutique, loin d'en constituer l'antidote, confirme aux yeux des différents protagonistes mobilisés par le recours, chaque jour un peu plus, l'évidence de ce diagnostic. Trois cas de figure peuvent être distingués ici (voir Figure 1).

Figure 1 : L'organisation de l'expérience thérapeutique (au regard du sentiment d'amélioration et de la proximité au médicament)



En majuscules : définition des axes

En gras : modalités de chaque axe

En italique : les durées de l'usage

Encadré : les modes d'organisation de l'expérience thérapeutique

LES RECOURS CIRCONSTANCIELS : LA CLAUSE EXTERNE

Parmi les usages chroniques, on peut évoquer une première population de patients dont la consommation peut être désignée sous le terme de « recours circonstanciels ». On se contentera

ici d'en décrire les caractéristiques majeures. Ces consommateurs se recrutent plus souvent parmi les personnes âgées de 40 à 50 ans, et parmi les populations d'employés. Le recours est structuré par une clause dite « relationnelle » ou « sociale », c'est-à-dire par la situation familiale ou la condition de vie de l'utilisateur : divorce, séparation, conflit au travail, chômage, etc. 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.

Mais, dans la mesure où le motif de la consommation peut être rapporté à un facteur pour tout ou partie extérieur au patient, celui-ci n'étant pas en cause, le renouvellement du traitement bénéficie d'une certaine légitimité tant auprès du consommateur que du prescripteur. Ici, la chronicité n'engage pas un rapport problématique aux médicaments, même si l'usage répond bien à l'attente d'un « maintien de soi » devant une situation jugée contraignante, voire dégradante. Et dans la mesure où l'amélioration de la condition des personnes dépend d'un facteur jugé extérieur à la consommation, celle-ci fait rarement l'objet d'un investissement massif de la part de l'utilisateur.

LES RECOURS FATALISTES : L'ABSENCE DE PERSPECTIVE

Le second groupe de consommateurs chroniques se rapporte à l'univers des ouvriers et des employés. Il est dominé par le vieillissement, la maladie organique et plus rarement par les difficultés professionnelles. Ces consommateurs justifient leur durée de recours - aux benzodiazépines en particulier - en vertu d'une nécessité thérapeutique. Ils doivent faire face, et le médicament contribue, au quotidien, au maintien d'un bien-être minimal face à la maladie ou à l'isolement. L'usage est fataliste. En effet,

la chronicité, qui peut impliquer ici plus de vingt ans d'usage, est tolérée, y compris par les prescripteurs, dans la mesure où aucune perspective d'amélioration ne peut être escomptée. Le cas échéant, ces recours ont démarré avant la survenue de la maladie organique ou de la perte d'un proche. C'est particulièrement vrai du traitement de l'insomnie chronique. Dans ce cas, la légitimité du recours est souvent bâtie sur deux arguments : la nécessité impérieuse de dormir, et la « nature » du patient. Les discours des usagers et celui des prescripteurs rejoignent ici 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, d'une « personnalité anxieuse ». Dans la mesure où ce trait est dit « structurel », la prescription s'engage à devenir chronique.

Ce débouché est d'autant plus probable que la gestion des produits, par ses aléas, amplifie parfois le mal-être de ces personnes. En particulier, l'oubli du produit ou les tentatives d'abstinence les empêchent de dormir, et la perspective que cette expérience se renouvelle les rend anxieuses. En un mot, la thérapeutique devient d'autant plus nécessaire qu'elle conforte le symptôme que les usagers s'attribuent et les explications qu'ils cherchent à en donner. Néanmoins, si la proximité aux produits est grande, et l'attachement aux comprimés prescrits indéfectible, on ne peut évoquer l'idée d'un surinvestissement thérapeutique dans la mesure où, le plus souvent, aucune amélioration n'est visée à terme.

LES RECOURS CONTRADICTOIRES : LE MÉDICAMENT COMME PROBLÈME

En revanche, le troisième type d'usage chronique s'avère plus problématique. Ces patients sont plus jeunes, soit âgés de 40 ans en moyenne, et se recrutent généralement parmi les classes moyennes, notamment dans le corps enseignant et le travail social. La prescription est composée d'antidépresseurs, parfois prescrits seuls, mais plus généralement associés à des anxiolytiques et des hypnotiques. Le symptôme est défini dans les termes de la dépression. 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 laisse pas aisément deviner, c'est du moins ce que les usagers comme les prescripteurs tendent à rapporter. Dans ce cas, 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 2005). Comme l'a montré Alain Ehrenberg, le patient est « pris » ici 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 (Ehrenberg 1998). 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.

Les usagers de ce type font part d'un « rapport à soi » dominé par l'attente d'autonomie et d'une expression proprement per-

sonnelle. Leur vision de l'individu est dynamique et, plus qu'ailleurs, autocentrée. Ils sont donc à l'image même d'un contexte social qui exige de l'individu, non plus seulement de se soumettre à des codes hérités, de son groupe ou d'autrui, mais de démontrer dans l'absolu des compétences en propre par l'initiative. En un mot, leur parcours se situe au cœur même de la problématique contemporaine de la *responsabilisation personnelle* (Soulet 2007 ; Martuccelli 2004).

Ainsi un enseignant nous dit qu'il ne parvient pas à tenir sa classe parce que, après réflexion, il n'en serait pas capable. Ou bien une éducatrice spécialisée aperçoit dans les difficultés d'insertion des jeunes dont elle a la charge un manque de pugnacité de sa part, voire un manque de compétences. Les facteurs contextuels sont donc minorés et la situation est d'abord vécue sur un mode personnel. En écho à cette représentation, les symptômes de ces usagers s'expriment d'abord dans les termes d'une « dévalorisation de soi » (Le Moigne 2006). Et, leur trajectoire de consommation ajoute de fait à ce sentiment. L'attitude du médecin généraliste n'est pas en effet sans comporter une part de dépréciation : l'absence de rémission, la faible lisibilité du trouble, finissent tôt ou tard par mettre en cause le patient.

En outre, l'usage n'acquiert jamais tout à fait ici la valeur d'une nécessité thérapeutique : le recours à la chimie apporte un effet stabilisateur, mais c'est l'abandon de toute thérapeutique qui incarne l'idéal de ces usagers. En effet, l'arrêt du traitement tendrait à signifier qu'ils vont mieux. Autrement dit, le renoncement à la thérapeutique marquerait la restauration de leur capacité d'autonomie et d'initiative. Comme l'a souligné Diana North, dans l'une des rares études consacrées aux groupes d'autosupport œuvrant dans le domaine de la dépendance aux benzodiazépines, le rapport aux médicaments psychotropes tend à devenir proprement chronique et problématique lorsque le médicament lui-même fait partie intégrante des problèmes

que le patient cherche à résoudre (North et al. 1995). La chronicité, qui se mesure souvent à plus de 10 ans d'usage, résonne donc pour eux comme un désaveu personnel.

Devant l'absence de rémission, ces patients ont tendance, dans un premier temps, à mettre en cause le produit : ils s'informent, essaient de nouvelles molécules, et connaissent éventuellement une période de rémission plus ou moins durable. Les marques de rechute, voire de récurrence, sont néanmoins fréquentes. Mais, l'adoption d'un nouveau médicament ou d'une nouvelle combinaison de produits n'est pas toujours à la hauteur des espoirs que l'usager peut placer en elle. Ce constat tend, dans un second temps, à renvoyer le patient à lui-même. Ces consommateurs considèrent en effet que l'efficacité de la thérapeutique est variable, et que cette variabilité dépend d'abord d'un facteur personnel. Autrement dit, si le nouveau traitement a échoué, c'est là encore parce qu'il n'était pas adapté à leur individualité.

C'est pourquoi l'investissement dans le produit atteint chez ces patients un point culminant : ils sont à l'affût de toute nouveauté thérapeutique, et vont parfois jusqu'à construire des schémas d'usage complexes où les variations du dosage, les circonstances de la prise sont pensées dans leurs moindres détails, donnant lieu à des expérimentations et des ajustements incessants. Un enseignant avait, par exemple, inscrit le moment de ses prises et leur dosage, sur une feuille d'emploi du temps qu'il avait collé sur son réfrigérateur. Ce dispositif devait lui permettre de faire coïncider au mieux ces prises et ces dosages avec ses horaires de cours. Il devait également lui permettre de tester des variations de posologie, leurs effets étant dûment notés sur cette feuille chaque matin et chaque soir durant une période donnée, comme dans une expérimentation pharmacologique.

Rarement donc, la relation aux produits n'est marquée plus qu'ici par une tension. Le recours paraît à la fois « stabiliser » ces patients et induire un nouveau mal-être, relation qu'on pourrait désigner par le terme de « maintien paradoxal » (Le Moigne 2012). 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 dont la diffusion n'a cessé de croître depuis les années 1990, à savoir : les antidépresseurs.

CONCLUSION

Les sciences sociales ont cherché à souligner la distance qui sépare l'usage des médicaments psychotropes des visées pharmacologiques, des indications ou des recommandations sanitaires qui leur sont associées. Cette perspective a pointé l'effet de transformation que l'appropriation profane des produits applique à la rationalité diagnostique et thérapeutique des médicaments. Ce phénomène est indéniable, mais il est soudé ici à une lecture par trop dualiste de *l'interaction médicale*. À l'inverse, les lectures biogénétiques ou psychogénétiques de la dépendance ont prêté aux caractéristiques des produits ou de l'utilisateur un poids abusivement explicatif. Cette perspective revient à introduire une nette distinction entre la plainte du patient et la thérapeutique, comme s'il y avait là deux mondes parfaitement étanches.

En réalité, les effets induits par la thérapeutique dépendent pour beaucoup de sa mise en œuvre : pour le dire autrement, le fait de consommer le médicament n'est pas sans retentir sur les sentiments et les perceptions du patient, sur son appréciation par autrui et, par suite, sur l'évolution de sa condition. À ce titre,

la gestion des médicaments soumet les usagers comme les prescripteurs à une relation de sens qui les dépasse mais qu'ils partagent. Cette relation est structurée, dans un cas comme dans l'autre, par la question de l'amélioration personnelle, d'une part, et du règlement que la thérapeutique peut lui apporter, d'autre part. L'équation de ces deux termes décide de la teneur de la prescription, mais également du destin de l'usage et de son caractère plus ou moins problématique.

Face à cette équation, la plupart des usages, y compris les plus réguliers, bénéficient d'une grande légitimité et donnent lieu à une gestion relativement maîtrisée. Cette issue rend compte des règlements qui ont pu être apportés, par le colloque médical, à la négociation de la thérapeutique et à son éventuelle chronicité. Et, de fait, la chronicisation des recours est plus résiduelle que ne le laisse présager le débat public en la matière. Mais, même dans pareil cas, il est rare que la régularité de l'usage soit l'indice d'une conduite problématique. C'est particulièrement vrai lorsque la réitération des ordonnances se prévaut de causes qui peuvent être externalisées, c'est-à-dire affectées à l'environnement du patient. La chronicité de l'usage ne paraît pas non plus faire problème lorsque l'amélioration du patient, devant son invalidité ou « sa structure de personnalité », ne peut plus être réellement escomptée. Dans un cas comme dans l'autre, la médication sert une politique de maintien ou de réintégration, et reste stable dans le temps en vertu du caractère structurel, réel ou jugé comme tel, des problèmes auxquels elle s'associe.

En revanche, l'équation entre l'amélioration personnelle et la thérapeutique tend à se brouiller, jusqu'à créer un jeu de relance permanent, lorsque la prescription interfère avec le procès définitoire du patient. Quand une telle interférence est présente, la désignation identitaire de l'utilisateur finit par s'intégrer aux

termes mêmes de l'usage, au point de s'y confondre. Ces patients attendent généralement de la médication une définition mieux aboutie d'eux-mêmes, et une amélioration de la capacité d'initiative et d'autonomie qui, selon eux, leur fait défaut. À ce titre, la thérapeutique n'est pas simplement chargée d'une *valeur apaisante ou reconstructrice*, mais elle est investie comme le moyen d'une *réalisation personnelle*. Et, c'est précisément en cela qu'elle s'avère contreproductive. La correction du déficit dit « de soi », déficit dans lequel la psychopathologie reconnaît l'un des éléments cardinaux de l'état dépressif, oblige ces patients à concéder aux produits le pouvoir de transformation qu'ils voudraient pouvoir revendiquer pour eux-mêmes. Ici, le recours au médicament informe un désaveu personnel qui convoque en retour la recherche d'une nouvelle prescription, si bien que la problématique de l'usage finit par imposer ses propres règles à la conduite de l'usager, et par accaparer la plupart de ses investissements.

À ce titre, la confrontation des thèses défendues par la psychopharmacologie aux logiques de l'usage fait apparaître certaines différences de vues. Les consommateurs les plus réguliers font rarement référence aux symptômes de sevrage, et n'ont pas à l'esprit un schéma mental parfaitement élaboré de la dépendance. Ils sont plus enclins à mobiliser des facteurs extérieurs, même s'ils s'accordent pour considérer qu'un effet de personnalité peut expliquer leur proximité aux produits. Toutefois, en dépit de ces différences, le découpage de l'explication, entre raison interne et raison externe, s'alimente chez eux à un principe qui n'est pas très différent de celui que la nosographie psychiatrique défend lorsqu'elle distingue, par exemple, la susceptibilité individuelle aux produits des effets induits par le produit lui-même. Il y a là un langage commun qui cherche à ordonner, à travers des modalités différentes, une réponse structurée au

traitement médical de la cause personnelle, et aux ambivalences tant éthiques qu'explicatives que ce mot d'ordre ne manque pas de faire apparaître.

Les manifestations les plus problématiques du recours décrivent les avatars d'une telle cause : elles en donnent à voir le point limite. Certes, dans pareil cas, l'effondrement de l'utilisateur sur l'usage ne prend pas l'aspect des expressions de dépendance où dominent la recherche de l'état second, exceptionnel, et son cortège de douleurs physiques et morales, le cas échéant, redoublées par la marginalité (Goode 2006 ; Le Moigne 2003). Pour autant, si les usages les plus problématiques des médicaments psychotropes diffèrent par leur forme de ces expressions, leur finalité et leur économie n'en sont pas moins très proches. La « quête de soi », déléguée de manière tout aussi absolue au pouvoir d'un produit, en constitue là tout également, comme pour la toxicomanie dans de nombreux cas, le préalable.

Si donc ces patients ont peu à voir avec les injecteurs d'opiacés qui recourent aux benzodiazépines, comme adjuvants ou pour soulager leur douleur, il reste qu'ils sont également « pris » dans un processus où le produit devient pour partie définitoire d'eux-mêmes. Autrement dit, bon gré, mal gré, le médicament finit par être placé au centre du quotidien de ces usagers et par acquérir la forme d'une valeur identitaire pour le moins problématique. Il y a là une personnalisation du recours qui conduit à placer l'usage du produit dans un rapport contradictoire : le médicament agit à la fois comme une ressource mais également comme le problème à résoudre, d'abord et surtout aux yeux mêmes de l'utilisateur. Par quoi, ce processus décrit bien au final une dépendance.

BIBLIOGRAPHIE

Baumann, Michelle, François Alla, et Fabienne Empereur (2001). « Psychotropes et dépendances : profils des consommations et trajectoires de leurs comportements. » Paris : OFDT.

Cohen, David (éd.) (1990). « Challenging the therapeutic state. Critical perspectives on psychiatry and mental health system. » *Journal of Mind and Behavior* 11 (1) : 1-328.

Collin, Johanne (1999). « La construction d'une rationalité : les médecins et la prescription de psychotropes aux personnes âgées. » *Sciences Sociales et Santé* 17, 31-52.

Dupré-Lévêque, Delphine (1996). « Les « effets tertiaires » du médicament psychotrope. Bilan d'une recherche anthropologique menée dans le Sud-Ouest de la France auprès de consommateur-trice-s âgés, Drogues et médicaments mis en contexte. » *Santé mentale au Québec* 22 : 183-199.

Ehrenberg, Alain (1998). *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Paris : Odile Jacob.

Gabe, Jonathan et Nicki Thorogood (1986). « Prescribed drug use and the management of everyday life: the experiences of black and white working class women. » *Sociological Review* 34 : 737-772.

Gabe, Jonathan et Susan Lipshitz-Philipps (1984). « Tranquilisers as social control ? » *Sociological Review* 36 : 320-352.

Goode, Erich (2006). « The sociology of drug use », dans Clifton D. Bryant et Dennis L. Peck (éd.). *21st Century Sociology : A Reference Handbook*, Sage : London, p. 415-424.

Haafkens, Joke (1997). *Rituals of silence: long term tranquilizer use by women in the Netherlands*. Amsterdam : Het Spinhuis.

Haxaire, Claudie (2002). « Calmer les nerfs : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. » *Sciences Sociales et Santé* 20 (1) : 63-88.

Haxaire, Claudie (2005). *Mise en récit de la souffrance de patients par des médecins généralistes de Bretagne Occidentale*. Paris : Cesames.

- Helman, Cecil G (1981). « *Tonic, fuel and food: social and symbolic aspects of long-term use of psychotropic drugs.* » *Social Science and Medicine* 158 : 521-533.
- Hollister, Leo. E., Francis P. Motzenbecker, Roger O. Degan (1961). « Withdrawal reactions to chlorthalidopoxide (Librium). » *Psychopharmacologia* 2 : 63-68.
- Le Moigne, Philippe (2000). « Anxiolytiques, hypnotiques. Les données sociales du recours. » *Revue Suisse de Sociologie* 26 : 71-109.
- Le Moigne Philippe (2003). « L'usage morbide des drogues. Culture du risque et raison personnelle dans les sociétés contemporaines. » *Sciences Sociales et Santé* 21 : 115-124.
- Le Moigne, Philippe (2006). « Dépendre de soi. L'usage au long cours des médicaments psychotropes », dans Collin, Johanne, Marcelo Otero et Laurence Monnais (éd). *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un sujet complexe*. Québec : Presses Universitaires du Québec, p. 91-107.
- Le Moigne, Philippe (2008). « La dépendance aux médicaments psychotropes : de la psychopharmacologie aux usages. » *Drogues, Santé et Société* 7 : 55-88.
- Le Moigne, Philippe (2012). « Le phénomène de pharmacodépendance en population générale. » dans Expertise Collective Inserm (éd.). *Médicaments psychotropes. Mésusage et pharmacodépendance*. Paris : Editions INSERM, p. 133-147.
- Martuccelli, Danilo (2004). « Figures de la domination ». *Revue Française de Sociologie* 45 (3) : 469-497.
- North, Diana, Peter Davis, et Anne Powell (1995). « Patients responses to benzodiazepines medication: A typology of adaptive repertoires developed by long-term users. » *Sociology of Health and Illness* 17(5) : 632-650.
- Soulet, Marc-Henry (2007). *La souffrance sociale : nouveau malaise dans la civilisation*. Fribourg : Academic Press Fribourg.
- Tyrer, Peter J. et David Rutherford (1981). « Benzodiazepine withdrawal symptoms and propranolol. » *Lancet* i : 520-522.