



**HAL**  
open science

# Une médecine de l'intégration ? :La consommation des médicaments psychotropes en population générale

Philippe Le Moigne

► **To cite this version:**

Philippe Le Moigne. Une médecine de l'intégration ? :La consommation des médicaments psychotropes en population générale. I. Coutant I. et S. Wang. Santé mentale et souffrance psychique : un objet pour les sciences sociales, Editions du CNRS, pp.361-376., 2018. hal-03434808v1

**HAL Id: hal-03434808**

**<https://hal.science/hal-03434808v1>**

Submitted on 11 Mar 2022 (v1), last revised 30 Mar 2022 (v2)

**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.

## Une médecine de l'intégration ?

### *La consommation des médicaments psychotropes en population générale*

*Philippe Le Moigne*

#### INTRODUCTION

#### PROBLÈMES DE DÉFINITION ET DE MESURE

Les médicaments psychotropes peuvent être définis, de la façon la plus large, comme des substances naturelles ou de synthèse, créées à titre thérapeutique, dont l'objet est d'atteindre le système nerveux central – le cerveau – afin d'y susciter des modifications de fonctionnement. Les médicaments inclus sous ce label ne constituent pas une catégorie pure dans la mesure où des produits à visée somatique contiennent le cas échéant des substances psychotropes. Néanmoins, en dépit de controverses répétées, il est possible de tenir pour acquise la classification de ces substances en six groupes majeurs : anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs, thymorégulateurs, neuroleptiques et psychostimulants<sup>1</sup>. Chacune de ces classes couvre un champ thérapeutique qui pourrait être ramené de manière purement formelle aux correspondances suivantes, si les schémas de diagnostic et de prescription n'étaient dans les faits très diversifiés : anxiété pour les anxiolytiques, troubles du sommeil pour les hypnotiques, états dépressifs pour les antidépresseurs, régulation de l'humeur pour les thymorégulateurs, traitement des psychoses pour les neuroleptiques, et de l'hyperactivité pour les psychostimulants (voir encadré).

La définition des produits une fois arrêtée, comment en mesurer l'usage ? Et comment établir ces données pour la population générale, c'est-à-dire pour le public prescrit par la médecine générale, hors des institutions spécialisées ou des circuits de revente illégaux ? La tâche paraît simple dans la mesure où la pratique médicale de cette population est dûment enregistrée par le système de soin, à la différence des prescriptions délivrées dans les établissements ou des usages détournés. Il n'en est rien. En effet, une définition rigoureuse *du fait de consommation* implique la prescription, la délivrance, l'administration et

---

<sup>1</sup> INSERM, *Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances*, Inserm, Paris, 2012.

l'ingestion des médicaments<sup>2</sup>. Selon cette définition, le fait de consommation suppose donc un respect minimal de l'ordonnance. Or, souvent, il y a loin entre la posologie ordonnée par le praticien et l'usage médical du patient : arrêt prématuré du traitement voire absence d'utilisation du produit, surdosage, reprise épisodique de la consommation, délivrance secondaire du produit à un tiers, etc. Il y a là autant de motifs susceptibles de biaiser les estimations déduites des données du système de soin, confusion étant faite entre l'acte de vente et celui de la consommation<sup>3</sup>.

### **Les différentes classes de médicaments psychotropes<sup>4</sup>**

- Anxiolytiques (ou tranquillisants) : Médicaments destinés à réduire l'anxiété. Il peut s'agir de benzodiazépines qui ont également un effet sédatif et myorelaxant.
- Hypnotiques (ou somnifères) : Médicaments destinés à lutter contre les troubles du sommeil. Il peut s'agir de benzodiazépines qui ont également un effet anxiolytique.
- Antidépresseurs : Médicaments destinés à réduire l'effet des épisodes dépressifs. Certains d'entre eux peuvent également diminuer l'intensité des troubles anxieux.
- Thymorégulateurs : Médicaments destinés à réguler l'humeur, en particulier pour des pathologies comme les psychoses maniaco-dépressives ou les troubles bipolaires. Il s'agit principalement du lithium et des sels de lithium.
- Neuroleptiques (ou antipsychotiques) : Médicaments destinés à réduire ou atténuer les psychoses, notamment la schizophrénie. Leur action est diversifiée (antidélirante, antihallucino-gène, anticonfusionnelle, désinhibitrice, sédatif, etc.).
- Les psychostimulants. À l'instar du méthylphédate, ils stimulent certaines régions du cerveau et luttent contre l'endormissement. Ils sont utilisés pour traiter la narcolepsie qui provoque des accès de sommeil incontrôlables. Mais, leur usage le plus fréquent aujourd'hui concerne le traitement du déficit de l'attention, associé en particulier à l'hyperactivité.

<sup>2</sup> LE MOIGNE P., « Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours », *Revue suisse de sociologie*, Vol. 26, 2000, p. 71-109.

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> BECK F., GUIGNARD R., HAXAIRE C., LE MOIGNE P., « Les consommations de médicaments psychotropes en France », *La Santé en action*, n° 427, 2014, p. 47-49.

Cette difficulté pourrait commander le recueil direct de l'information par interview de la population, à la manière des enquêtes déclaratives conduites dans le cadre du Baromètre Santé de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) par exemple. Mais, l'investigation bute ici sur des difficultés d'un autre ordre : omissions, oublis, fausses déclarations, etc. Il importe donc de garder à l'esprit que les résultats de la recherche pâtissent, sans exception, de cette part d'incertitude<sup>5</sup>.

Il convient également de se prémunir de l'idée selon laquelle la délivrance de médicaments psychotropes répondrait à une *indication thérapeutique* bien circonscrite<sup>6</sup>. Mélancolie, détresse, anxiété, insomnie alternent ici avec l'accompagnement et le soulagement des maladies invalidantes ou du risque vital, le traitement de l'obésité, des douleurs menstruelles, la prévention du risque cardio-vasculaire, la lutte contre les effets secondaires d'une première médication<sup>7</sup>, sans parler de l'ensemble des prescriptions dédiées à la sphère mal informée, hétérogène, mais proprement infinie du mal-être<sup>8</sup>. Ce constat commande la question suivante : que soignent les médicaments psychotropes ?

Enfin, en dehors des problèmes de mesure et de contenu, l'étude de la consommation soulève une difficulté de *caractérisation* qu'on peut formuler de la manière suivante : l'usage des médicaments psychotropes décrit-il une catégorie spécifique de comportements à laquelle associer une population elle-même particulière ? En moyenne, pour la France, entre 35% et 50% des personnes interrogées déclarent avoir consommé au moins une fois ces produits au cours de leur vie. Dans l'hexagone, on dénombre plus de 10 millions de consommateurs par an ; autrement dit, près de 25% des assurés sociaux sont concernés par cet usage. Par son caractère extrêmement répandu, la consommation, évaluée à ce niveau de fréquence, ne permet donc pas de sélectionner réellement une population cible. Le débat, qu'on situe souvent entre recours et abstinence, paraît donc tomber un peu à plat au regard de la diffusion des produits, de la diversité des motifs de recours, et de l'amplitude des durées de consommation. Comme on l'a dit, il n'y a pas d'unité entre la vocation initiale des produits (leur indication thérapeutique) et le faisceau pathologique pour lequel ils sont prescrits dans les faits. Ce constat en implique un autre : il n'existe pas non plus de rapports *a priori*, que la psychopharmacologie pourrait fonder, entre les substances et un public particulier de consommateurs.

---

<sup>5</sup> INSERM, *Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances*, op. cit. ; BECK F., GUIGNARD R., HAXAIRE C., LE MOIGNE P., « Les consommations de médicaments psychotropes en France », art. cit.

<sup>6</sup> OLIE J.-P., EL OMARI F., SPADONE C., LEPINE J.-P., « Résultats d'une enquête sur l'usage des antidépresseurs en population générale française », *L'Encéphale*, 28 (5), 2002, p. 411-417.

<sup>7</sup> FACY F. CASADEBAIG F., THURIN J.-M., *Consommation de psychotropes et morbidité en population générale : Indicateurs de santé mentale. Analyse seconde des données de l'enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux 1991-1992*, Paris, Mission de Recherche - Ministère du Travail et des Affaires sociales, 1998.

<sup>8</sup> LE MOIGNE P. « Entre maladie et mal-être : la prescription des médicaments psychotropes en médecine générale », *Sociologie santé*, 30, 2009, p. 243-263 ; HAXAIRE C., « 'Calmer les nerfs' : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes », *Sciences sociales et santé*, 20 (1), 2002, p. 63-88.

## **DONNÉES GÉNÉRALES : UNE SURCONSOMMATION FRANÇAISE ?**

La France est souvent considérée comme le pays où le recours aux médicaments psychotropes est l'un des plus importants des pays occidentaux<sup>9</sup>. Dans l'enquête conduite en population générale et intitulée *European Study for the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED), menée entre 2002 et 2003 dans six pays européens, la France occupe d'assez loin le premier rang pour la consommation de médicaments psychotropes avec 21% de consommateurs, devant l'Espagne (15%), l'Italie (14%), la Belgique (13%), et loin devant les Pays-Bas (7%) et l'Allemagne (6%)<sup>10</sup>. Ces différences obéissent au niveau de remboursement des médicaments en vigueur dans chaque pays, mais également à des cultures de soin parfois contrastées, comme le démontre à sa manière le recours massif à la phytothérapie en Allemagne.

Toutefois, des données plus récentes conduisent à relativiser ce point de vue. Selon ces sources, entre 2002 et 2009, la Belgique arrive en tête des pays consommateurs en Europe, la France détenant la quatrième position. Selon la catégorie de médicaments concernés, le Portugal est le premier pays consommateur d'anxiolytiques, alors que c'est l'Islande qui arrive en tête pour les hypnotiques, en particulier depuis la phase de récession que le pays a connue<sup>11</sup>. Mais quels que soient le pays considéré et le volume des consommations atteint dans chacun d'eux, la distribution du recours selon les classes thérapeutiques varie peu.

## **LA CONSOMMATION SELON LES CLASSES THÉRAPEUTIQUES : UNE PERCÉE DES ANTIDÉPRESSEURS ?**

En effet, les médicaments psychotropes les plus consommés, en France comme dans la plupart des pays occidentaux, sont les anxiolytiques (10,0 %), suivis par les hypnotiques (6,1 %) et les antidépresseurs (6,0 %). Le niveau de consommation de thymorégulateurs est de 0,7 %, celui des neuroleptiques, de 0,8 %. Autrement dit, pour ces substances, l'usage reste résiduel. Après avoir nettement augmenté à la fin des années 1990, le niveau d'usage des antidépresseurs est resté stable entre 2005 et 2010. En revanche, l'usage de la catégorie thérapeutique regroupant les anxiolytiques et les hypnotiques, à savoir, les benzodiazépines, a augmenté de façon significative entre 2005 (11,9%) et

---

<sup>9</sup> LEGRAIN M., *Rapport du groupe de réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et tranquillisants en France* Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité, Paris, 1990 ; ZARIFIAN E., *Le prix du bien-être. Psychotropes et sociétés*, Paris, Odile Jacob, 1996.

<sup>10</sup> ALONSO J., "Psychotropic drug utilization in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (Esemed) project", *Acta psychiatrica scandinavica*, 420, 2004, p. 55-64.

<sup>11</sup> INSERM, *Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances*, op. cit.

2010 (14,2%). Mais, pour l'essentiel, la consommation de médicaments psychotropes, considérée dans son ensemble est restée stable durant la période<sup>12</sup>.

Ces données tendent à indiquer que les antidépresseurs de nouvelle génération, tels que les Inhibiteurs Sélectifs de Recapture de la Sérotonine (ISRS), dont le Prozac® reste le plus connu, se sont partiellement substitués aux anxiolytiques et aux hypnotiques. À cela une raison : ces molécules de dernière génération comportent moins d'effets secondaires. Pour autant, le mouvement a été moins important qu'on ne pouvait le penser, sans doute, parce que ces substances ont un effet qui n'est guère supérieur à un placebo, et parce que le spectre des problèmes qu'elles traitent ne peut être étendu totalement aux indications des anxiolytiques et des hypnotiques, dans le traitement du sommeil en particulier<sup>13</sup>. L'usage, là encore, continue d'appliquer sa marque et son autonomie, au-delà des recommandations sanitaires et du marketing thérapeutique.

Globalement, les consommations de toutes les classes de médicaments augmentent avec l'âge, puis diminuent ou se stabilisent au-delà de la tranche des 55-64 ans. Du moins, on considère ici la part des personnes ayant consommé ces médicaments par classe d'âge. Mais, si on prend en compte la fréquence et la durée des traitements, les consommations durables s'avèrent beaucoup plus marquées au-delà de 65 ans, quand bien même la population la plus âgée, prise dans son ensemble, n'est pas plus consommatrice que les autres. Pour le dire autrement, les consommations chroniques sont beaucoup plus marquées au sein de la population âgée, même si elles ne concernent qu'une partie des seniors. Cette tendance est particulièrement à l'œuvre dans le cas du recours aux anxiolytiques et aux hypnotiques<sup>14</sup>. À l'inverse, et de manière beaucoup plus marginale, il n'y a que pour les psychostimulants, à l'image de la Ritaline®, que le public consommateur se recrute parmi les adolescents, et les garçons en particulier<sup>15</sup>. Mais, cette prescription reste marginale en France puisqu'elle concerne qu'1% des garçons, contre près de 10% aux États-Unis, en vertu notamment d'une certaine prévention française contre le traitement médical de la conduite des jeunes.

## **L'EFFET DU GENRE : DE LA RELATION ENTRE LES FEMMES ET LA MÉDECINE**

Que les résultats des études découlent d'enquêtes qualitatives ou d'une analyse secondaire des données du soin, un même constat peut être fait, quel que soit le pays occidental concerné : les femmes consomment davantage (pour la France, 42,4 % d'entre elles ont recours à ces produits au cours de leur vie et

<sup>12</sup> BECK F., GUIGNARD R., HAXAIRE C, LE MOIGNE P., « Les consommations de médicaments psychotropes en France », *art. cit.*

<sup>13</sup> INSERM, *Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances, op. cit.*

<sup>14</sup> LE MOIGNE P., « Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours », *art. cit.*

<sup>15</sup> SPILKA S., LE NEZET O., « Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2011 », *Tendances*, n° 89, 2013, p. 1-8.

22,1 % d'entre elles au cours de l'année) que les hommes (respectivement 27,1 % et 13,1 % d'entre eux pour les mêmes items). Cette tendance se vérifie à tous les âges. Chez les consommatrices, le recours aux médicaments psychotropes s'installe dès l'adolescence<sup>16</sup>, et devient pérenne par la suite, surtout après la quarantaine<sup>17</sup>.

Cette tendance est à mettre au compte pour une large part de la consommation de soins des femmes en général. Celle-ci est plus fréquente, et est souvent liée à des problèmes dits de souffrance psychique, réels ou identifiés comme tels par les patientes ou leurs praticiens. En effet, l'attribution de problèmes psychiques, ou la requalification de problèmes liés aux conditions de vie (conjugales, familiales ou professionnelles) dans les termes d'une difficulté psychique, est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes<sup>18</sup>. On ne peut donc pas parler d'une surexposition objective des femmes aux troubles mentaux, en dépit de leur surcroît de consommation des produits au regard des hommes. Ici, il convient de faire jouer plutôt l'effet de la proximité des femmes à la médecine, et à la manière dont celle-ci filtre et reçoit les plaintes des patients<sup>19</sup>.

À cet égard, les indications les plus souvent mentionnées pour les hommes (difficultés au travail, cessation d'activité, maladie, etc.) ménagent toujours une part de causes collectives (les relations professionnelles, le syndrome de la retraite) ou organiques (les dysfonctionnements du corps). Ainsi donc, les catégories de prescription dédouaneraient plutôt le patient alors qu'elles contribuent à personnaliser le sort de la patiente et, parfois, à la mettre en cause : incapacité à s'en sortir seule<sup>20</sup>, difficulté à assumer le rôle attendu de la femme au sein de la famille<sup>21</sup>, hypocondrie féminine<sup>22</sup>, etc. Sachant que de nombreuses consommatrices se recrutent parmi les femmes au foyer des milieux populaires, l'hypothèse suivante a pu être avancée pour spécifier l'incidence du genre : la « surconsommation » des femmes, qui survient entre 40 et 60 ans, pourrait être lue comme la rencontre entre les frustrations, le sentiment d'inutilité et les tensions inhérentes au « maintien » de celles-ci dans la sphère privée (faute d'emploi et d'un espace alternatif d'intégration), d'une part, et le

<sup>16</sup> SPILKA S., LE NEZET O., « Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens », *art. cit.*

<sup>17</sup> PATERNITI S., BISSERBE J.C., ALPEROVITCH A., "Psychotropic drugs, anxiety and depression in the elderly population. The Eva study", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 46 (4), 1998, p. 253-262 ; LECHEVALLIER-MICHEL N., BERR C., FOURRIER-RÉGLAT A., "Incidence and characteristics of benzodiazepine use in an elderly cohort: The Eva study", *Thérapie*, 60 (6), 2005, p. 561-566.

<sup>18</sup> LE MOIGNE P., « De la médiation médicale : les conventions d'usage des médicaments psychotropes », *Sciences sociales et santé*, 20/1, 2002, p.13-33.

<sup>19</sup> LE MOIGNE P., « La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ? », *Déviante et société*, 27 (3), 2003, p. 285-296.

<sup>20</sup> BAUMANN M., POMMIER J., DESCHAMPS J-P., "Prescription médicale et consommation de psychotropes : quelques interrogations sur les différences entre hommes et femmes", *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, 36, 1996, p. 63-78.

<sup>21</sup> COOPERSTOCK R., LENNARD H., "Some social meanings of tranquiliser use", *Sociology of Health and Illness*, 1, 1979, p. 331-347.

<sup>22</sup> ASHTON H., "Psychotropic-drug prescribing for women", *British Journal of Psychiatry*, 158, 1991, p. 30-35.

comportement d'une médecine généraliste largement acquise à l'idée de leur incapacité à faire face, d'autre part<sup>23</sup>.

### **L'EFFET DE L'ÂGE : LA PRISE EN CHARGE DU VIEILLISSEMENT**

Des données issues de cohortes ont montré que la consommation des médicaments psychotropes est plus importante parmi les personnes résidant en institutions que parmi celles vivant à leur domicile. De la même manière, parmi les substances, les benzodiazépines sont plus fréquemment utilisées chez les personnes les plus âgées dans le cas d'antécédents de pathologies mentales ou d'une dégradation de l'état somatique<sup>24</sup>. Autrement dit, la consommation des produits croît avec le vieillissement, et vient accompagner la prise en charge, avec l'âge, du développement d'une ou plusieurs pathologies organiques, le cas échéant, doublées de troubles psychiques.

Toutefois, la prise en charge du vieillissement ne se limite pas à celle de la maladie, entendue au sens strict, mais comprend également l'accompagnement de l'isolement consécutif au départ à la retraite ou à la décohabitation des enfants. Une fois le vieillissement restitué dans l'ensemble de ses dimensions, on comprend mieux le lien qui l'unit à la consommation et, par suite, la spécificité du recours aux substances dans cette population. Le recours aux psychotropes offre aux personnes âgées une manière de répondre aux difficultés qu'inaugurent et répercutent à la fois la cessation d'activité, l'isolement et la perte d'autonomie. Leur consommation n'est donc pas nécessairement liée au déclenchement d'une pathologie, bien que ce facteur ne puisse être tenu pour négligeable. Le recours témoigne ici, plus généralement, 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<sup>25</sup>.

### **POSITION SOCIO-PROFESSIONNELLE ET STATUT D'ACTIVITÉ DES CONSOMMATEURS : UN INDICATEUR DES INÉGALITÉS DE SANTÉ**

Contrairement à une idée reçue, les cadres recourent moins aux médicaments psychotropes que les autres professions, tandis que les ouvriers, les employés et les professions intermédiaires en consomment davantage. De la même manière, ces dernières années, on a pu observer une augmentation

<sup>23</sup> LE MOIGNE P., « Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours », *art. cit.* ; LE MOIGNE, P., « La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ? », *art. cit.*

<sup>24</sup> FOURRIER A., LETENNEUR L., DARTIGUES J.-F., MOORE N., BEGAUD B., "Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use", *European Journal of Clinical Pharmacology*, 57 (5), 2001, p.419-425.

<sup>25</sup> DUPRE-LEVEQUE D., « 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., *Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec*, 22, 1996, p. 183-199 ; LE MOIGNE P., « Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours », *art. cit.*

significative du recours aux médicaments psychotropes au sein de la population active occupée (16,7 % en 2010 vs 13,8 % en 2005), alors que cette consommation est restée stable parmi les chômeurs (17,4% en 2010)<sup>26</sup>. Si on se fie aux déclarations, cette évolution pourrait être attribuée à une dégradation des conditions de travail : 25% des actifs occupés ayant eu recours aux substances durant la période font part en effet d'une détérioration de leur activité professionnelle<sup>27</sup>.

De fait, la consommation de médicaments psychotropes partagent les caractéristiques de la consommation pharmaceutique en général. Dans sa partie chronique, elle se rapproche des médications régulières liées au risque vital. Pour le dire autrement, à 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'abstentionnisme médical et l'usage d'autres psychotropes (tabac, alcool) conditionnent au premier chef les écarts de morbidité entre les catégories sociales. Ces conditions rendent compte de la surreprésentation des anciens ouvriers et des anciens employés parmi les malades chroniques, de la même manière qu'elles expliquent la surreprésentation des membres de ces catégories sociales parmi les consommateurs réguliers de médicaments psychotropes, passé l'âge de la cinquantaine. Il y est question de personnes dotées de revenus modestes et dépourvues de diplômes, mais qui pour l'essentiel ont été actifs, ou le sont encore, et qui possèdent le cas échéant un patrimoine, notamment résidentiel. En ce sens, ces données 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<sup>28</sup>.

### **CHRONICITÉ ET INTEGRATION SOCIALE : UN USAGE MINORITAIRE MAIS ARCHÉTYPIQUE**

Des enquêtes qualitatives ont permis de mieux comprendre le processus d'installation des consommations chroniques, en particulier chez les femmes. Souvent, ici, l'usage au long cours des substances désigne les contours *d'une pratique de retrait*, c'est-à-dire d'un repli hors d'une participation active à la vie sociale. Dans de nombreux cas, ce retrait se bâtit dans un contexte de dénigrement : il marque l'issue d'un processus dominé par une désignation d'inaptitude ou d'incapacité, le plus souvent insufflée par le conjoint<sup>29</sup>. Cette

<sup>26</sup> BECK F, GUIGNARD R, RICHARD J-B, TOVAR M, SPILKA S, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 », *Tendances*, n°76, 2011, 6 p.

<sup>27</sup> BECK F., GUIGNARD R., HAXAIRE C, LE MOIGNE P., « Les consommations de médicaments psychotropes en France », *art. cit.*

<sup>28</sup> GABE J., LIPSHITZ-PHILIPPS S., "Tranquilisers as social control?", *Sociological Review*, 36, 1984, p. 320-352 ; LE MOIGNE P., « Anxiolytiques, hypnotiques : les données sociales du recours », *art. cit.*

<sup>29</sup> LE MOIGNE, P., "La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ?", *art. cit.*

situation légitime l'acte de prescription du médecin généraliste, mais tend à enfermer ces patientes dans le cercle d'une dépréciation de leurs qualités parce qu'elles-mêmes sont souvent convaincues de leur insuffisance<sup>30</sup> (Baumann et al., 1996). Mais, en réalité, cette incapacité s'associe la plupart du temps à des causes objectives. Les travaux anglo-saxons de Gabe et Thorogood<sup>31</sup>, consacrés à la vie des femmes au foyer des classes populaires anglaises, l'ont clairement montré. La vie de ces femmes est pour large part conditionnée par le travail de leur conjoint, et leur activité réduite à l'entretien de la maison et à l'éducation des enfants : cette condition est rarement choisie mais ne peut être abandonnée, si bien qu'aucune issue ne s'offre à elles<sup>32</sup>.

Dans une veine plus récente mais guère différente, Haafkens a montré que la consommation régulière des médicaments psychotropes est d'abord habitée, chez les femmes, par le silence<sup>33</sup>. Celui-ci permet d'abord de mettre à distance un entourage familial ou marital, sinon malveillant, du moins très contraignant. Dans le prolongement de ce premier retrait, le principe actif du médicament offre une parenthèse : en faisant silence sur ce recours, ces femmes acquièrent une maîtrise, une manière de faire face, une forme de reprise en main dont elles peuvent revendiquer l'origine. Ce repli leur offre à la fois les moyens d'une « mise à l'écart », d'un isolement bâti à l'abri du conjoint et de l'entourage familial, mais également une forme de « reprise d'autorité », dans un contexte marqué par la marginalisation et le dénigrement.

Ce phénomène a pu être désigné, pour le cas des personnes âgées, isolées et parfois abandonnées par leur entourage, sous le terme « d'effet tertiaire des médicaments psychotropes »<sup>34</sup>. Selon le processus envisagé ici, la prescription des produits engage la sollicitude du médecin traitant, parfois relayée par certains proches, et redonne ainsi une place à ces patientes dans leur jeu relationnel. Il y a là un effet de « sas », ou de protection, à l'égard des contraintes du milieu de vie, qui s'avère intégrateur en vertu de son substrat médical. En effet, la prescription, le traitement, offrent une certaine validité à la plainte émise par ces patientes, sans pour autant qu'il ne soit question de susciter chez elles des états de conscience fortement modifiés ou des conduites d'excès.

Il y est donc question d'une mise à l'écart sans « écarts » de conduite, c'est-à-dire d'une tentative de maintien de l'intégration édifiée à partir de (et dans) la norme elle-même<sup>35</sup>. En cela, le recours aux médicaments psychotropes

<sup>30</sup> BAUMANN M., POMMIER J., DESCHAMPS J.-P., "Prescription médicale et consommation de psychotropes : quelques interrogations sur les différences entre hommes et femmes", *art. cit.*

<sup>31</sup> GABE J., THOROGOOD M., "Prescribed drug use and the management of everyday life: the experiences of black and white working class women", *Sociological Review*, 34, 1986, p. 737-772.

<sup>32</sup> *Ibid.*

<sup>33</sup> HAAFKENS J., *Ritual of Silence. Long-term Tranquilizer Use by Women in the Netherlands. A Social Case Study*, Amsterdam, Het Spinhuis, 1997.

<sup>34</sup> DUPRE-LEVEQUE D., « Les "effets tertiaires" du médicament psychotrope. Bilan d'une recherche anthropologique menée dans le Sud-Ouest de la France auprès de consommateurs âgés », *art. cit.*

<sup>35</sup> LE MOIGNE P., PISU F., *Des suicidantes à l'hôpital. Sociologie des intoxications médicamenteuses volontaires et de leurs prises en charge*, Paris, CERMES-PICRI, 2014.

trahit bien une réponse particulièrement indexée sur le genre. Confrontés aux mêmes situations de dénigrement ou de négation d'eux-mêmes, les hommes tendent en effet à recourir encore aujourd'hui à des modes d'expression plus directs ou plus expéditifs (violence, alcool, suicide, etc.).

### EN GUISE DE CONCLUSION SUGGESTION DE QUELQUES PISTES

L'usage des médicaments psychotropes ne peut être comparé à « l'assommoir moderne » des populations démunies, contrairement à certaines idées reçues. Il n'est pas non plus l'instrument d'une évasion vers la marginalité, bien qu'il puisse y conduire, pas plus qu'il n'est guidé par une pratique hédoniste, comme l'expression « pilule du bonheur » le laisse supposer. Plus simplement, l'usage se destine la plupart du temps à maintenir la capacité d'action des personnes face aux difficultés qu'elles vivent, dans la maladie, la douleur ou encore le conflit. Et dans la mesure où cette pratique, tant par le moyen que par la fin qu'elle engage, reste enfermée dans le périmètre de la norme, médicale au premier chef, elle s'apparente par de nombreux aspects à une technique de maintien de l'intégration.

Toutefois, il reste que certaines pistes de recherche mériteraient d'être développées ici. On se contentera d'évoquer les perspectives d'études qui, précisément, permettraient de cerner un peu plus le lien qui soude la consommation aux processus de maintien de l'intégration, en particulier devant le risque de marginalisation induit par l'évolution des contextes de travail.

D'abord, l'usage des médicaments psychotropes parmi les injecteurs d'opiacés a été largement étudié : il peut y être question d'un détournement des substances dans le but d'y trouver un substitut aux produits stupéfiants, comme il peut s'agir de les utiliser, en conformité à leur vocation, sous la forme d'une automédication, face à l'anxiété par exemple<sup>36</sup>. En revanche, on connaît peu la dynamique des usages détournés des médicaments psychotropes au sein des populations dites, précisément, « intégrées », en particulier dans le domaine du travail. Il semble ici qu'une nouvelle tendance soit à l'œuvre, pour laquelle les produits dérivés des amphétaminiques, tels que la Ritaline®, seraient utilisés afin de composer avec la charge de travail<sup>37</sup>. Il s'agirait d'observer ici comment le détournement des produits, ou leur « mésusage », s'associe à une obligation de performance au travail, là encore dans le but d'éviter un risque de marginalisation, par le licenciement ou par le rejet des collègues eux-mêmes, faute d'avoir pu faire face à l'élévation des cadences.

Une seconde piste de recherche pourrait être consacrée aux risques de marginalisation induits par la consommation chronique de médicaments

<sup>36</sup> INSERM, *Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances*, op. cit.

<sup>37</sup> GOFFETTE J., "Psychostimulants : au-delà de l'usage médical, l'usage anthropotechnique", *Drogues, santé et société*, 7, 2008, p. 96-126.

psychotropes, parmi les populations intégrées, à rebours des analyses présentées plus tôt qui tendent à leur prêter une vertu intégrative. Dans ce domaine, l'une des questions les plus difficiles à caractériser a trait à l'induction de dépendance qui pourrait découler de l'emploi de ces substances. Les études qualitatives conduites par les sciences sociales auprès des consommateurs réguliers laissent à penser que la dérive vers une pharmacodépendance demeure extrêmement rare<sup>38</sup>. Toutefois, l'usage peut tendre vers cette issue, notamment lorsque l'utilisateur place dans le produit et lui seul la solution à ses difficultés de vie. Ces consommateurs, souvent acquis au credo de l'autonomie individuelle, croient dépasser leurs échecs au moyen des médicaments psychotropes, mais ils considèrent à la fois que ce recours, marquant les limites de leur propre aptitude, signe un désaveu personnel. En vertu de quoi, ils vivent la délégation de leur « mieux-être » au médicament sur le mode de la culpabilité<sup>39</sup>. Cette tension les conduit à la recherche sans fin de la molécule idoine, tandis que leur investissement pharmaceutique prend pour eux un caractère toujours plus intolérable. Ainsi, un phénomène d'emprise finit par émerger qui n'est pas sans rappeler la dépendance à d'autres produits<sup>40</sup>.

Enfin, le rapport entre la consommation des médicaments psychotropes et le maintien de l'intégration mériterait d'être étudié, précisément, à travers l'un de ses points de rupture les plus significatifs : les tentatives de suicide. Dans 75 % des cas, les tentatives de suicide résultent en effet d'intoxications médicamenteuses volontaires, commises par ingestion de médicaments psychotropes. Comme les recours ordinaires, ces pratiques d'intoxication sont largement travaillées par le genre : dans les deux tiers des cas, elles sont le fait de femmes ou de jeunes filles. On a là l'image inversée du suicide, fortement dominé par les hommes, qui usent de moyens plus létaux, si on exclut le cas de la Chine qui figure parmi les seuls pays au monde où les femmes se suicident davantage que leurs homologues masculins<sup>41</sup>. Il reste à comprendre par quels processus l'usage des médicaments psychotropes, intégrateur le plus souvent, se rompt ici au point de servir de mode opératoire à une « sortie du jeu » ou, à tout le moins, à une action visant à en signifier la menace en autrui<sup>42</sup>.

---

<sup>38</sup> LE MOIGNE P., « La dépendance aux médicaments psychotropes : de la psychopharmacologie aux usages », *Drogues, santé et société*, vol.7, 2008, p. 55-88.

<sup>39</sup> 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*, 17, 1995, p. 632-650.

<sup>40</sup> LE MOIGNE P., « La pharmacodépendance en population générale : une lecture sociologique », *Sociograph. Sociological Research Studies*, 25, 2016, p. 69-88.

<sup>41</sup> CANETTO S., "Women and suicidal behavior: a cultural analysis", *American Journal of Orthopsychiatry*, 78/2, 2008, p. 259-266.

<sup>42</sup> LE MOIGNE P., *La prévention du suicide*, Paris, CERMES3 – Conseil Régional d'Ile de France, 2015.