



Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue La Fayette
75 010 Paris
Tél : 33 (0)1 53 20 16 16
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00
courrier électronique : ofdt@ofdt.fr

Les études publiées par l'OFDT sont consultables sur le site web :
<http://www.drogues.gouv.fr>

UPRES EA 1124
École de santé publique
Faculté de médecine
Université de Nancy I
BP 184
54 505 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex

ISBN : 2-11-092703-8

Psychotropes et dépendance - Profils des consommateurs et trajectoires de leurs comportements

OFDT - mai 2001

Psychotropes et dépendances

**Profils des consommateurs et trajectoires
de leurs comportements**

**Michèle BAUMANN
François ALLA
Fabienne EMPEREUR**

Psychotropes et dépendance

**Profil des consommateurs
et trajectoires
de leurs comportements**

**Michèle BAUMANN
François ALLA
Fabienne EMPEREUR**

Mai 2001

Michèle Baumann, Responsable scientifique, Maître de conférences des universités en sociologie.

François Alla, Assistant hospitalo - universitaire de santé publique.

Fabienne Empereur, Praticien hospitalier de santé publique.

Avec la collaboration de :

S. Briançon, Directeur de l'Unité propre de recherche de l'enseignement supérieur (UPRES EA 1124), Professeur d'épidémiologie et de santé publique, praticien hospitalier, Service d'épidémiologie et évaluation clinique, CHU de Nancy et École de santé publique, Faculté de médecine de Nancy.

F. Bonnetain, N. Sighya, C. Mackoviak, C. Meyer, C. Kremer.

Équipe associée CNAM - ISTNA : Directeurs S. Hercberg ;
P. Presiozi.

École de santé publique - UPRES EA 1124 - Faculté de médecine, Université de Nancy 1 - B.P. 184 - 54505 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex

Sommaire

INTRODUCTION	7
MÉTHODOLOGIE	13
LA POPULATION	13
LE RECUEIL DE DONNÉES	13
CHAPITRE I	
1^{er} VOLET DE LA RECHERCHE: LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES	17
OBJECTIFS	17
ANALYSE	17
RÉSULTATS	17
DISCUSSION	23
CHAPITRE II	
2^e VOLET DE LA RECHERCHE: TRAJECTOIRES DE CONSOMMATION ET CARACTÉRISTIQUES	27
OBJECTIFS	27
ANALYSE	27
RÉSULTATS	27
DISCUSSION	33

CHAPITRE III

3^e VOLET DE LA RECHERCHE: ATTITUDES À L'ÉGARD DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET DE LA DÉPENDANCE 37

OBJECTIFS	37
ANALYSE	37
RÉSULTATS	38
DISCUSSION	44

CHAPITRE IV

4^e VOLET DE LA RECHERCHE: USAGES DES PSYCHOTROPES ET VÉCUS DE CONSOMMATION 47

OBJECTIFS	47
ANALYSE	47
RÉSULTATS	48
DISCUSSION	66

CONCLUSION 71

BIBLIOGRAPHIE 77

ANNEXES 83

LIVRET ENVOYÉ PAR VOIE POSTALE	85
ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE : CONSIGNES	93
ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE : GUIDE D'ENTRETIEN	94

INTRODUCTION

La consommation pharmaceutique des Français, plus de 134 milliards de francs en 1997, confère à la France le deuxième rang des pays de l'Organisation de coopération et développement économique après les États-Unis¹. La consommation médicamenteuse générale ambulatoire a subi une forte élévation dans les pays industrialisés au cours des dernières décennies. Pour déterminer les raisons de cette consommation, jugée excessive par certains, de nombreuses études médico-économiques ont été conduites permettant de déterminer certains facteurs qui, à morbidité égale, lui sont associés. Il apparaît que les femmes, les personnes âgées et les personnes qui appartiennent aux catégories socioprofessionnelles élevées sont les plus gros consommateurs². Au sein de cette croissance globale, une classe médicamenteuse spécifique se distingue : les psychotropes, dont les plus utilisés sont les anxiolytiques, les hypnotiques et les antidépresseurs. La consommation française est la plus importante des pays de l'Union européenne³. Aux USA et en Europe, les prescriptions de médicaments psychotropes font partie du quotidien des médecins généralistes⁴. Les études menées sur la compréhension des mécanismes de recours aux psychotropes montrent qu'ils obéissent à des facteurs variés : démographiques, professionnels, psychoaffectifs, environnementaux, sociaux⁵. Des travaux internationaux sur l'augmentation de la consommation de psychotropes ont tenté de les isoler : la morbidité, le sexe féminin mettant en évidence des « différences de genre⁶ », l'âge élevé, l'appartenance aux catégories socioprofessionnelles intermédiaires, l'isolement social ainsi que les événements de vie et la capacité à y faire face⁷. Dans le volet 1 de notre recherche, nous avons cherché à compléter ces études et à décrire la population - mère sur laquelle porte l'intégralité de nos travaux de recherche présentés ici en identifiant et en quantifiant les facteurs pouvant influencer sur la consommation de psychotropes.

1. Ankri, 1999.
2. Morniche, 1994.
3. Legrain, 1998 ; Pelissolo, 1996.
4. Ohayon, 1998 ; Hadsall, 1982 ; Balter, 1984.
5. Le Moigne, 2000 ; Dealberto, 1997.
6. Simoni-Wastila, 1998 ; Graham, 1998 ; Baumann, 1996.
7. Blennow, 1994 ; Swartz, 1991 ; Mant, 1998.

En France, les médicaments psychotropes sont une des premières classes consommées, par plus d'un adulte sur dix, alors que, paradoxalement, les troubles mentaux et du sommeil n'apparaissent qu'au 8^e rang des maladies les plus souvent déclarées. La consommation est plus fréquente chez les femmes (14 %) que chez les hommes (8 %) ⁸. Elle augmente avec l'âge : plus d'une personne sur six se voit prescrire un psychotrope après 50 ans pour les femmes, après 60 ans pour les hommes. Le recours à ces médicaments est plus fréquent chez les personnes traversant des difficultés professionnelles ou souffrant de solitude ⁹. Différents facteurs contribuent à ce que les individus ne soient pas égaux vis-à-vis de la dépendance à ces produits, certains deviennent dépendants là où d'autres parviennent à maintenir une utilisation épisodique et contrôlée. Le caractère subjectif du diagnostic de dépendance et de régularité de la consommation ainsi que leurs aspects subversifs rend le consensus, tant sur la définition que sur la mesure, difficile ¹⁰. Consommation régulière, excessive, conjoncturelle associée ou non à une dépendance sont des terminologies peu précises qui ne caractérisent pas des types de consommation ni des profils de consommateurs ¹¹. Il est clair qu'une difficulté subsiste autour de la définition des typologies de consommation et de surconsommation qui pourraient notamment déterminer un seuil de dépendance ¹². Dans le volet 2 de la recherche, nous avons caractérisé chez des consommateurs de psychotropes, des trajectoires continue et occasionnelle de consommation sur cinq ans, analysé les facteurs associés en fonction des caractéristiques sociodémographiques et médicales, et des modes de consommation pour chaque psychotrope consommé durant la période de référence.

L'excellente revue de la littérature réalisée par Le Moigne sur « les facteurs sociaux de la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques » a clairement mis en évidence qu'au-delà des catégories de la biologie, de la chimie et de la médecine, les patients et les médecins imposent dans le recours à la consommation de psychotropes leurs propres logiques d'action. Il présente les caractéristiques démographiques et sociologiques les plus souvent évoquées dans les travaux sur le recours aux psychotropes dans la population générale, afin de décrire et d'expliquer les mécanismes de cette consommation, à savoir : l'effet du genre féminin et des définitions sociales des rôles sexuels ; l'impact de l'âge et du cycle de vie : un âge plus avancé et un niveau d'éducation ou un statut socioprofessionnel plus bas ; l'incidence imputée à la précarité et aux difficultés économiques, et incidemment aux nuisances de l'environnement urbain ; l'influence exercée en propre par le corps

médical et l'industrie pharmaceutique. L'essentiel du propos concerne le terrain de prédilection des consommateurs, à savoir la médecine ordinaire ¹³. Mais ces facteurs n'expliquent que partiellement les différences de consommation. Des études ont été menées plus particulièrement sur les facteurs socioculturels comme les représentations et les conduites sociales à l'égard de ces médicaments et de la dépendance. Les recherches sur les représentations sociales concernent les différents types de médicaments notamment les antidépresseurs, et les maladies mentales. Elles visent à identifier les représentations qui sont transitoires de celles qui restent plus stables et durables ¹⁴. C'est sur ces dernières, d'ailleurs, qu'il faut s'appuyer pour mieux comprendre la place qui revient aux dispositions cognitives, notamment celles qui favorisent la prolongation des traitements et l'automédication des consommateurs. D'autres études portent sur les effets secondaires des anxiolytiques qui sont définis comme des modalités de connaissances qui correspondent à des activités d'appropriation, d'élaboration psychologique et sociale d'une réalité extérieure à la pensée ¹⁵. Au sein de ces facteurs, une place importante revient à l'étude des attitudes vis-à-vis de la consommation de psychotropes en général, et de la dépendance à ces médicaments en particulier. Elles tentent d'apprécier les manières de pensée, d'agir, d'être et de se comporter des utilisateurs à l'égard des médicaments psychotropes en général. Une étude menée au Pays basque ¹⁶ a mesuré la fréquence de cinq attitudes sur une échelle : celles basées sur les effets négatifs ; celles qualifiées de naturalistes (utilisation de produits naturels) ; celles qui incriminent le système socio-économique ; celles qui mettent en cause les séquelles (sexualité, reproduction) ; celles associées aux effets secondaires indésirables tout en admettant leur nécessité. Les femmes sont plus réservées quant à l'utilisation des psychotropes, sauf dans les situations extrêmes. Les attitudes négatives augmentent avec l'âge. La relation inverse est constatée en fonction du statut social : plus ce dernier est élevé, moins les personnes expriment des craintes à l'égard des psychotropes. Précédemment, la même équipe en Espagne, en 1992, a mis en évidence que la nature des morbidités psychiatriques est également corrélée avec les attitudes face aux psychotropes. Ainsi observe-t-on une corrélation positive entre la dépression anxieuse et l'attribution aux psychotropes d'effets négatifs sur la personnalité. L'hostilité par rapport aux psychotropes est en corrélation positive avec l'attitude « naturaliste » envers ces médicaments, et avec l'opinion selon laquelle les problèmes sociaux constituent des motifs importants de la consommation de ces derniers. La question des opinions sur le recours aux psychotropes a fait égale-

8. Guignon, 1994.

9. Chambaretaud, 2000.

10. Weisner, 1995 ; Mc Allister, 1991.

11. Helman, 1981 ; Isacson, 1988.

12. OFDT, 1999.

13. Le Moigne, 2000.

14. Sabran, 1995.

15. Cohen, 1997.

16. Guimon, 1996.

ment l'objet d'études auprès de population générale en Australie¹⁷ et en Allemagne¹⁸. Si l'efficacité calmante et relaxante des psychotropes est admise, la population perçoit les consommateurs comme des personnes faibles¹⁹. Les études allemandes menées de 1993 à 1996 mettent en évidence que la population ne fait pratiquement aucune distinction entre les principaux troubles psychiatriques²⁰. La population en perçoit d'ailleurs une image plutôt négative, ces résultats sont identiques aux États-Unis²¹. Les effets secondaires indésirables constituent les principaux arguments contre la pharmacothérapie, suivis des dangers de la dépendance et d'une efficacité considérée comme purement symptomatique. La population ne différencie pas les classes de psychotropes et leurs indications²². Contrairement aux psychothérapies, qui ont généralement une haute estime du public, les psychotropes paraissent rejetés par la population, les images qui leur sont associées sont péjoratives comme celles des dopants²³. Une étude sur l'impact de la presse, à partir de journaux et de magazines allemands, a analysé les images et les connaissances que la population générale pouvait acquérir sur les psychotropes. Il en ressort que les consommateurs de psychotropes sont assimilés à des personnes ayant une faible personnalité²⁴. Notre problématique s'inscrit dans cette approche d'une mesure auprès d'une population aux attitudes favorables ou défavorables à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance. Les attitudes sont des manières de pensée et des dispositions socialement acquises relativement stables inscrites dans notre personnalité sociale, dans une conscience collective, et en relation avec un système de valeurs dans lequel le psychotrope est loin d'être considéré comme un médicament ordinaire et la dépendance comme un risque réel. Les attitudes sont-elles différentes selon les caractéristiques sociodémographiques des consommateurs ? Ne sont-elles pas un déterminant qui expliquerait la régularité des prises et la construction par les consommateurs de leur trajectoire ? Dans le volet 3 de la recherche, nous avons cherché à mesurer dans une population de consommateurs les attitudes tantôt négatives, tantôt positives qu'ils déclarent à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance, puis à les analyser en fonction des caractéristiques sociodémographiques et des trajectoires de consommation.

Parmi les études sur l'usage des psychotropes, il faut citer l'ouvrage mené sous la direction de Ehrenberg qui souligne avec force et habileté « le trouble des frontières » qui entoure l'utilisation de psychotropes ; l'objet du soin étant devenu plus incertain. Les limites entre les fonctions thérapeutiques et celles dites de confort

des médicaments psychotropes sont à l'origine de polémiques qui portent sur les benzodiazépines et les antidépresseurs. Prescriptions mal assurées et demandes de mieux-être psychologiques ont fait basculer la perception de ces médicaments dans un conflit entre besoin, confort et dépendance²⁵. La population semble ne plus accepter aucune forme de malaise et cherche un bien-être constant. Ainsi les psychotropes sont-ils devenus une réponse de plus en plus privilégiée pour faire face aux exigences sociales. Les interprétations des consommateurs concernant leur consommation interagissent avec leurs conditions de vie pour perpétuer une consommation de longue durée²⁶. Lors de l'évocation de situations aversives, le pouvoir de prescrire du médecin et le pouvoir de se plaindre du patient vont converger inévitablement vers l'objet qu'est le médicament psychotrope. L'augmentation de la consommation peut en être une résultante. Des études ont aussi mis en évidence que trois fois plus de femmes que d'hommes sont touchées par le phénomène de la dépendance et que des hypothèses sur des liens possibles entre l'utilisation de psychotropes, la gestion de la santé, la perception de la santé, la satisfaction de la vie pouvaient être posées²⁷. Une étude menée en Angleterre auprès de consommateurs de psychotropes met en évidence trois profils²⁸ : les premiers croient en l'efficacité des psychotropes, ont conscience des effets négatifs et de la dépendance, et restent favorables à l'automédication afin d'exercer une tentative de contrôle sur leur consommation ; les seconds déclarent avoir réalisé une adaptation « heureuse » autour de cette consommation, la dépendance est acceptée et participe à leur équilibre ; le troisième groupe consomme de façon épisodique, a une perception positive des psychotropes, l'automédication leur donne l'impression de participer à la prise en charge de leur santé ; aussi ne peuvent-ils concevoir qu'il y ait dépendance. Il semble enfin que l'expérience de la consommation modifierait les attitudes à l'égard des psychotropes tout en intégrant les images sociales qu'ont les non-consommateurs de ces médicaments. Les attitudes se stabiliseraient au cours du temps installant une acceptation de la consommation et de la dépendance. Une exigence accrue de la société à l'égard de la performance professionnelle et sociale fait partie d'une des explications possibles de l'augmentation actuelle de cette consommation. La réussite et la compétitivité pousseraient à l'utilisation de ces médicaments. La quête de bien-être et de santé, par leur intermédiaire, permettrait de se prévaloir d'une « super santé » et d'une bonne adaptation sociale²⁹. Notre étude des vécus de consommation tente de mettre à jour ces pratiques, ces croyances, ces opinions aussi extrêmes que l'attirance ou la répulsion devant le fait de prendre des médicaments psychotropes, et celui de devenir

17. Alderman, 1997.

18. Angermeyer, 1993, 1996, 1997 ; Hillert, 1996.

19. Alderman, 1997.

20. Angermeyer, 1997.

21. Link, 1999.

22. Angermeyer, 1993.

23. Angermeyer, 1996.

24. Hillert, 1996.

25. Ehrenberg, 1998.

26. Cohen, 1997.

27. Oğur, 1986.

28. Helman, 1981.

29. Romani, 1991.

dépendant. Elle cherche à identifier les ambivalences qui animent les arguments des consommateurs : au niveau individuel entre le désir de mieux être et l'expression d'une faiblesse qu'est la prise de psychotropes ; au niveau collectif entre la rumeur péjorative associée à la dépendance et les effets positifs que produisent ces médicaments. Dans le volet 4 de la recherche, nous avons décrit les raisons évoquées qui justifient leur recours aux psychotropes, les images associées à ce médicament et à la dépendance. Nous avons comparé les résultats obtenus pour mettre en évidence les différences entre les hommes et les femmes, entre les personnes déclarant avoir une consommation occasionnelle ou continue, et celles pour lesquelles nous avons défini objectivement une trajectoire occasionnelle ou continue.

MÉTHODOLOGIE

LA POPULATION

L'ensemble de ces études a été effectué à partir d'un échantillon de volontaires appartenant à la cohorte SU. VI. MAX (figure 1).

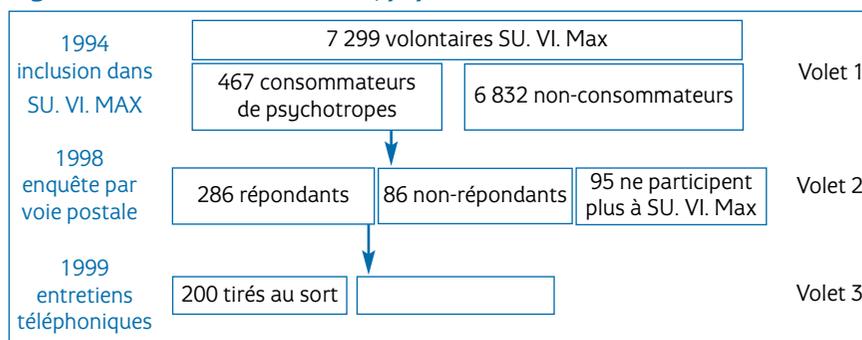
L'étude SU. VI. MAX est un essai contrôlé de supplémentation en vitamines et en sels minéraux³⁰. En 1994, 12 735 personnes, âgées de 35 à 60 ans (45-60 ans pour les hommes et 35-60 ans pour les femmes), issues de la population française ont été recrutées pour une durée de suivi prévue de 8 ans.

- Les analyses du volet 1 ont porté sur 7 299 personnes âgées de 45 à 60 ans. Les femmes de 35 à 45 ans ont été exclues afin d'obtenir une population dont l'âge est homogène. Parmi ces personnes, 467 consommaient des psychotropes en 1994.
- En 1998, 372 consommateurs participaient toujours à SU. VI. MAX. L'échantillon des volets 2 et 3 est constitué des 286 personnes issues de ce groupe qui ont accepté de répondre à un questionnaire par voie postale et/ou à un entretien téléphonique.
- L'échantillon du volet 4 a été constitué par un tirage au sort de 200 personnes, parmi ces 286 répondants.

LE RECUEIL DE DONNÉES

Les données exploitées provenaient de 3 sources : 1) le questionnaire d'inclusion SU. VI. MAX (1994) ; 2) un livret d'auto-questionnaire envoyé par voie postale (fin 1998) ; 3) un entretien téléphonique (1999).

³⁰. Hercberg, 1998.

Figure 1 : déroulement de l'étude, population et échantillons

Le questionnaire d'inclusion de l'étude SU. VI. MAX

Ce questionnaire a fourni les données sociodémographiques, médicales et de consommation utilisées dans les 4 volets de l'étude. Il était composé de trois parties :

La première comportait des informations d'ordre sociodémographique : le sexe, l'âge, la situation matrimoniale, le niveau socioculturel apprécié d'une part par le niveau d'études (inférieur ou supérieur à 18 ans) et d'autre part par le statut professionnel associé à la notion de satisfaction professionnelle (sans emploi, ayant un emploi et satisfait, ayant un emploi et non-satisfait).

La deuxième partie, relative aux informations médicales, concernait l'existence ou l'absence d'antécédents médicaux ou chirurgicaux, et de pathologies actuelles (aiguës ou chroniques). Cette partie du questionnaire renseignait aussi sur les habitudes de vie des personnes : tendance à une consommation régulière d'alcool, tabagisme actuel ou ancien.

Ces deux premières parties étaient constituées de questions à réponses fermées.

La troisième partie, à réponse ouverte, concernait la consommation médicamenteuse.

« Si, actuellement, vous suivez un traitement, inscrivez-le en précisant le nom des médicaments, les quantités et la durée de prise. »

Pour classer les différents médicaments, les codes et la classification du VIDAL 95® ont été utilisés. Le code unique attribué à chaque médicament est déterminé à partir de la spécialité pharmaceutique et de son dosage. Le système de classification du VIDAL 95® permet de classer les médicaments en 26 grandes familles (de 1 à 26) et 245 classes, certaines pouvant de plus être divisées en sous-classes, divisions et sous-divisions. Un même médicament pouvait éventuellement appartenir à plusieurs classes, voire familles. Nous avons pu ainsi distinguer

les consommateurs de psychotropes au sens de l'OMS, en incluant : les anxiolytiques (168), les antidépresseurs (171), les neuroleptiques (167) et les hypnotiques (169), auxquels nous avons ajouté les sédatifs divers (170).

Ce groupe des psychotropes constituait une partie de la Famille 16 des médicaments neuropsychiatriques, qui comportait aussi les anticonvulsivants (160), les antiparkinsoniens (161), les antimyasthéniques (162), les antimigraineux (164), les antivertigineux (165), les normothymiques (172) et les psychostimulants (173). Enfin, les personnes prenant au moins un médicament autre qu'un psychotrope ont été considérées comme consommateurs de médicaments non-psychotropes.

Le livret d'auto-questionnaire envoyé par voie postale (voir en annexe)

En 1998, une enquête transversale a été menée par envoi postal, avec une relance aux non-répondants en décembre. L'instrument a été conçu par notre équipe sous la forme d'un livret pour un auto-remplissage. Il a été pré-testé auprès d'une trentaine de personnes.

Ce questionnaire décrivait les modes de consommation pour chaque psychotrope consommé (volet 2), précisait les trajectoires de consommation (volets 2, 3 et 4) et explorait les attitudes à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance (volet 3).

Pour chaque psychotrope consommé entre 1994 et 1998 :

- des variables de description des trajectoires et des rythmes de consommation (fréquence par an, par mois, par semaine, par jour),
- des variables de modes de consommation et de dépendance : le fait qu'il consomme ou non encore actuellement, qu'il modifie ou non les doses avec l'accord ou sans l'accord du médecin, que la prise réponde ou non à un besoin, qu'il aimerait ou non pouvoir s'en passer, qu'il pense ou non pouvoir s'en passer, que ce médicament aide ou non à mieux vivre.

Les attitudes à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance ont été abordées sous la forme de 14 affirmations favorables et défavorables à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance. Les items ont été construits en s'inspirant des résultats obtenus par une étude qualitative sur les représentations mentales des médicaments [] et d'une trentaine d'entretiens menés dans le cadre du test du guide d'entretien du volet 4. L'échelle propose aux personnes de donner leur opinion selon 4 modalités de réponse : tout à fait d'accord (1), plutôt

31. Sabran, 1995.

d'accord (2), plutôt pas d'accord (4), pas du tout d'accord (5). Les non-réponses et les réponses multiples sont considérées comme une modalité : ni d'accord ni pas d'accord (3).

L'entretien téléphonique (voir en annexe)

Une enquête transversale de type qualitative a été menée par quatre enquêtrices de janvier à mars 1999 lors d'entretiens téléphoniques enregistrés à l'aide d'un appareil fixé sur le combiné. L'accord verbal pour l'enregistrement a été demandé systématiquement. La durée de l'entretien a été d'environ 30 à 45 minutes.

L'instrument de recueil des informations est un guide d'entretien, testé préalablement auprès d'une trentaine de personnes d'octobre 1998 à décembre 1999. Il comprend des questions ouvertes regroupées en quatre thèmes et exploitées dans le volet 4.

Les perceptions des consommateurs sur leur consommation : Q4 ;

Les usages et les raisons de l'utilisation de médicaments psychotropes : Q1, Q2, Q3, Q5, Q6, Q7, Q8, Q16, Q17 ;

Les images à l'égard des médicaments psychotropes : Q7 ;

Les images à l'égard de la dépendance et de ses manifestations : Q9, Q10, Q11, Q12, Q13, Q14, Q15.

CHAPITRE I

PREMIER VOLET DE LA RECHERCHE : LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES

OBJECTIFS

Décrire la consommation ambulatoire de médicaments psychotropes sur un échantillon de population française issu de la cohorte SU. VI. MAX.

Identifier et quantifier les facteurs de la consommation de psychotropes et comparer les consommateurs aux non-consommateurs.

ANALYSE

L'analyse a consisté en la mesure, parmi les 7 299 volontaires SU. VI. MAX, de la proportion de consommateurs de psychotropes ; et une étude des relations entre les variables sociodémographiques et médicales et cette consommation de psychotropes, par analyses bivariées (régressions logistiques ajustées sur l'âge), puis, séparément pour chaque sexe, par une analyse multivariée (régressions logistiques).

RÉSULTATS

L'échantillon est composé de 7 299 personnes (3 925 hommes et 3 374 femmes), âgés de 45 à 60 ans. Les hommes sont significativement plus âgés que les femmes (51,4 ans en moyenne versus 50,6 ans $p < 0.0001$), plus souvent mariés (55,6 % versus 44,4 % $p < 0.0001$), de niveau d'études supérieur à 18 ans (41 % versus 35 % $p < 0.0001$) et appartiennent plus que les femmes à la catégorie professionnelle des white collars (71 % versus 67 % $p < 0.0001$).

Dans le tableau ci-dessous est décrite la consommation de psychotropes, de chaque classe et de médicaments non psychotropes, pour chaque sexe: 467 personnes (6,3 %) consomment des psychotropes, associés ou non à des médicaments d'autres familles thérapeutiques, 144 (2 %) consomment des psychotropes à l'exclusion de tout autre traitement, 105 personnes prennent deux types de psychotropes et 25 trois ou plus. Le pourcentage des femmes consommant des anxiolytiques, des sédatifs, des antidépresseurs ou des médicaments non psychotropes est plus élevé que pour les hommes ($p < 0.01$). La fréquence de consommation de psychotropes et de non psychotropes est de 1.8 fois plus élevée chez les femmes. Les 3 128 consommateurs de médicaments non psychotropes (dont 1 892 femmes) prennent en moyenne 2,20 (e.t. = 1.5) produits (2.4 pour les femmes versus 1.9 pour les hommes) ($p < 0.01$).

Fréquences de consommation de psychotropes

			Psycho-	Neurolep-	Anxioly-	Hypno-	Sédatifs	Anti-	autres
	N	%	tropes	tiques	tiques	tiques		dépresseurs	médicaments
Hommes	3 925	182	4,6	0,9	2,8	1,1	0,5	1,6	31
Femmes	3 374	285	8,4*	0,2	4,3*	1,3	1,9*	3,4*	56*

*significatif au seuil 0,01 (Chi2 de Pearson).

Le tableau page 21 présente les fréquences de consommation des hommes et des femmes en fonction des variables sociodémographiques et médicales pertinentes. Pour les femmes, la consommation est significativement plus fréquente chez les personnes plus âgées ($p < 0.001$), ceci ne se vérifie pas pour les hommes. L'âge pouvait constituer un facteur de confusion important, notamment chez les femmes, dans l'étude de l'effet des autres facteurs tels que la situation professionnelle ou l'état de santé. Pour cette raison, toutes les comparaisons ont été réalisées avec ajustement sur l'âge, et ceci dans les deux sexes. Les fréquences de consommateurs de psychotropes apparaissent significativement plus élevées chez les femmes divorcées et les hommes veufs que chez les mariés ou les célibataires.

Les personnes qui se déclarent fatiguées ou qui présentent des troubles du sommeil sont de plus gros consommateurs de psychotropes, tant chez les hommes que chez les femmes (16 % des femmes et 11 % des hommes ayant des troubles du sommeil consommaient des psychotropes contre respectivement 4 % et 2.6 % de ceux n'en ayant pas). Par ailleurs, ceux âgés de plus de 55 ans ($p < 0.001$) ou ceux n'ayant pas fait d'études supérieures ($p < 0.001$) ont tendance à présenter des troubles du sommeil de façon significative. Nous n'avons pas utilisé, dans l'analyse multivariée, ces 2 variables que nous avons considérées comme des variables intermédiaires.

Le tableau page 22 présente les résultats du modèle multivarié.

■ Les hommes

Les hommes veufs, se déclarant en mauvais état de santé, ceux ayant des antécédents de dépression sont plus consommateurs de psychotropes, ainsi que les hommes déclarant ne pas être satisfaits dans leur activité professionnelle. En revanche, les hommes ayant fait des études supérieures étaient moins consommateurs de psychotropes que ceux n'ayant pas fait d'études (OR = 0.8 (95 % CI = 0.5-1)). De plus, nous avons identifié deux interactions significatives intéressantes entre la santé déclarée et les antécédents de dépression, et entre le niveau d'études et la satisfaction professionnelle. Les personnes n'ayant pas d'antécédents de dépression et qui se déclarent en mauvais état de santé (OR = 3.4) consomment plus de psychotropes que ceux se déclarant en bonne santé (OR = 1, classe de référence) alors que ceux ayant eu des antécédents de dépression ont une consommation plus élevée lorsqu'ils jugent leur santé bonne (OR = 10.3) par rapport à ceux la jugeant mauvaise (OR = 7.7).

Pour les hommes ayant fait des études supérieures, la tendance à moins consommer de psychotropes que ceux ayant un niveau d'études inférieur à 18 ans cache en fait d'importantes disparités en fonction de leur satisfaction dans leur activité professionnelle. Parmi les hommes ayant fait des études supérieures, les personnes non satisfaites dans leur métier sont de plus gros consommateurs de psychotropes (OR = 3) alors que les satisfaits sont de plus faibles consommateurs (OR = 0.6), ainsi que ceux sans emploi (OR = 0.4). La satisfaction professionnelle n'a par contre pas d'influence chez les hommes n'ayant pas fait d'études supérieures (OR = 1, classe de référence). La consommation de psychotropes chez les hommes n'est pas influencée par leurs antécédents médicaux ni par d'éventuelles pathologies actuelles.

Par comparaison avec ce modèle, la régression logistique expliquant la consommation de médicaments non psychotropes, montre d'une part la nette influence de l'âge (classe d'âge 55 à 60 ans : OR = 2, (95 % CI = 1.62, 2.32), et de l'existence de pathologies actuelles (OR = 2.36, 95 % CI = 1.96, 2.8), et d'autre part l'absence d'influence des antécédents de dépression, de la situation matrimoniale ou du niveau d'études.

■ Les femmes

Les femmes âgées, divorcées, celles ayant une affection aiguë ou chronique évolutive, celles ayant un antécédent de dépression et celles consommant d'autres médicaments sont plus fréquemment consommatrices de psychotropes. La consommation n'apparaît pas liée au niveau d'études, ni à la satisfaction dans l'activité professionnelle.

Nous avons pu identifier une interaction significative entre la santé ressentie et la consommation de médicaments non psychotropes. Les femmes prenant des médicaments qui se jugeaient en mauvaise santé consomment plus de psychotropes (OR = 6.5) que celles qui se déclarent en bonne santé (OR = 1.9), alors que chez les femmes ne prenant pas de médicaments la santé perçue n'influait pas la consommation de psychotropes (OR = 1, classe de référence).

Par comparaison avec ce modèle, la régression logistique expliquant la consommation de médicaments non psychotropes montre d'une part une influence plus importante de l'âge (classe d'âge 55 à 60 ans : OR = 2.2, [95 % CI = 1.75, 2.36]), et d'autre part l'absence d'influence des antécédents de dépression ou de la situation matrimoniale.

Analyse bivariée de la fréquence de consommation de psychotropes (régression logistique ajustée sur l'âge)

Variables	Femmes			Hommes		
	N	Psy (1)		N	Psy (1)	
		n	%		n	%
Âge						
45 à 50 ans	1 874	139	7,4	1 908	80	4,2
51 à 55 ans	898	75	8,4	1 118	58	5,2
55 à 61 ans	602	71	11,8**	899	44	4,9
Niveau d'éducation						
< 18	2 178	200	9,1	2 308	121	5,2*
sup. 18 ans	1 196	85	7,1	1 617	61	3,8
Santé perçue						
Bonne	2 870	184	6,4	3 438	118	3,4
Mauvaise	504	101	20**	487	64	13,1**
Satisfaction professionnelle						
Sans travail	914	87	9,5	675	39	5,8
Avec et satisfait	2 286	171	7,5	3 052	116	3,8
Avec et mécontent	174	27	15,5**	198	27	13,6**
Troubles du sommeil						
Non	2 184	88	4,0	2 976	76	2,6
Oui	1 190	197	16,6**	949	106	11,2**
Fatigue						
Non	1 881	99	5,3	2 771	89	3,2
Oui	1 493	186	12,5**	1 154	93	8,1**
Statut matrimonial						
Célibataire et mariés	2 623	196	7,5	3 291	141	4,3
Veufs	140	14	10,0	76	10	13,2**
Divorcés	611	75	12,3**	558	31	5,6
Consommation de tabac						
Non-fumeur	2 027	171	8,4	1 360	54	4,0
Ancien fumeur	915	73	8,0	1 958	87	4,4
Fumeur	432	41	9,5	607	41	6,8*
Antécédents de dépression						
Non	3 163	227	7,2	3 788	149	3,9
Oui	211	58	27,5**	137	33	24,1**
Antécédents chirurgicaux						
Non	876	53	6,1	1 541	60	3,9
Oui	2 498	232	9,3**	2 384	122	5,1
Pathologie actuelle						
Non	330	8	2,4	1 042	26	2,5
Oui	3 042	277	9,1**	2 883	156	5,4**
Antécédents médicaux						
Non	349	16	4,6	1 201	39	3,2
Oui	3 025	269	8,9**	2 724	143	5,2**
Consommation de non psychotropes						
Non	1 482	66	4,5	2 689	78	2,9
Oui	1 892	219	11,6**	1 236	104	8,4**
Activité physique régulière						
Non	1 103	105	9,5	1 117	60	5,4
Oui	2 271	180	7,9	2 808	122	4,3
Consommation régulière d'alcool						
Non	2 099	172	8,2	1 623	76	4,7
Oui	1 273	113	8,9	2 301	106	4,6

(1) Consommateurs de psychotropes

* Significatif au seuil 0.05 ** Significatif au seuil 0.001

Association entre la consommation de psychotropes et les facteurs sociodémographiques et médicaux

Variables	Hommes		Femmes	
	OR	(IC 95 %)	OR	(IC 95 %)
Âge				
< 50	1		1	
50-55	1.09	(0.7 - 1.6)	0.9	(0.7 - 1.3)
> 55	0.93	(0.6 - 1.4)	1.4	(1.1 - 2.0)
Statut matrimonial				
Marié ou célibataire	1		1	
Veuf	3.4	(1.6 - 7.3)	1.3	(0.8 - 2.5)
Divorcé	1.3	(0.7 - 2.3)	2	(1.2 - 3.2)
Pas d'antécédent de dépression et bonne santé perçue	1		1	
et mauvaise santé perçue	3.4	(2.3 - 5.0)	4.4	(2.8 - 7.0)
Antécédent de dépression et bonne santé perçue	10.3	(6.0 - 17)	2.8	(2.1 - 3.8)
et mauvaise santé perçue	7.7	(3.4 - 18)	12.3	(5.6 - 16)*
Pas de prise d'autre médicament et bonne santé perçue	1		1	
et mauvaise santé perçue	2.5	(1.4 - 4.5)	0.9	(0.4 - 1.8)
Prise d'autre médicament et bonne santé perçue	2.5	(1.7 - 3.7)	1.9	(1.4 - 2.6)
et mauvaise santé perçue	6.2	(4.5 - 11)*	6.5	(4.6 - 9.5)
Niveau d'éducation < 18 ans	1			
Niveau d'éducation				
Sans emploi	0.4	(0.1 - 1.1)	0.7	(0.4 - 1.3)
Avec emploi et satisfaction professionnelle	0.6	(0.6 - 0.7)	0.9	(0.3 - 2.7)
Avec emploi et sans satisfaction professionnelle	2.9	(1.5 - 5.8)	1	(0.5 - 3.5)
Antécédents médicaux	1.3	(0.9 - 1.8)	1.6	(0.9 - 2.8)
Pathologie actuelle	1.3	(0.8 - 2.0)	3.2	(1.5 - 6.5)

Seules les variables représentées en gras sont significatives pour le sexe considéré.
(OR = Odds ratio. IC = intervalle de confiance.)

* interaction non significative, l'OR est le produit des 2 OR précédents

** ajusté sur la densité médicale

DISCUSSION

Chez ces volontaires attentifs à leur santé, la consommation de psychotropes est plus faible de celle décrite antérieurement sur la population française qui l'estimait pour la tranche d'âge concernée à 11 % chez les hommes et 17 % chez les femmes³². Notre étude montre une consommation de psychotropes plus fréquente chez les femmes, en accord avec les études précédentes³³. Mais il semble important de souligner que si la surconsommation féminine est notable, elle n'est pas spécifique à la consommation de psychotropes et est du même ordre que la surconsommation féminine de médicaments en général.

Les facteurs influençant la consommation de psychotropes sont relativement différents chez les hommes et chez les femmes. On retiendra chez les hommes une influence des facteurs professionnels et chez les femmes des facteurs médicaux rejoignant en cela les facteurs connus influençant la consommation médicamenteuse générale³⁴.

Les hommes ayant fait des études supérieures ont une plus faible probabilité de consommer des psychotropes que ceux n'en ayant pas fait, sauf ceux se déclarant non satisfaits dans leur activité professionnelle qui en consomment plus. Ceci peut s'expliquer par le fait que les hommes qui se sont investis dans de longues études attachent plus d'importance que les autres à leur réussite professionnelle. Ils risquent de supporter plus difficilement des conflits sur le lieu de travail ou un manque de reconnaissance de leurs capacités intellectuelles que ceux ne considérant pas leur métier comme une réussite personnelle, mais comme un moyen de subvenir à leur besoin³⁵.

Les femmes, quant à elles, sont plus sensibles à des facteurs médicaux, présence d'une pathologie, antécédents de dépression ou d'autres maladies, ainsi qu'à l'offre de soins.

Parmi les femmes ne prenant pas de médicaments en général, celles qui se déclarent en mauvaise santé ne prennent pas plus de psychotropes que celles qui jugent leur santé bonne. Une explication à ce qui peut sembler un paradoxe peut être donnée par le fait que, comme l'ont souligné de nombreuses études, les femmes se déclarent plus facilement fatiguées, faibles ou malades³⁶. Ainsi, on peut supposer que parmi les femmes qui se déclarent en mauvaise santé, il existe une vaste disparité de cette morbidité ressentie, allant d'un simple état de fatigue à une réelle souffrance morale ou physique, ceci entraînant donc une dilution du nombre de femmes prenant des psychotropes. Les femmes dont l'état de santé a entraîné la prise de

32. Guignon, 1994.

33. Ashton, 1991 ; Baumann, 1996.

34. Saurel, 1994 ; Baumann, 1996 ; Mellinger, 1984.

35. Hemminki, 1975.

36. Ashton, 1991 ; Baumann, 1996 ; Hohmann, 1989 ; Mellinger, 1984.

psychotropes seraient ainsi révélées par la prise d'autres médicaments. En comparaison, les hommes, plus réticents à se déclarer malades, ont une consommation de psychotropes qui peut être directement imputable à leur morbidité ressentie³⁷.

Un autre paradoxe remarquable est celui des hommes ayant des antécédents de dépression et déclarant une mauvaise santé qui ont moins de risque de consommer des psychotropes que ceux jugeant leur santé bonne. Par opposition chez les hommes n'ayant pas d'antécédents de dépression, la mauvaise santé ressentie augmente la probabilité de consommer des psychotropes. Une explication peut être donnée par le fait que les hommes ayant eu un antécédent de dépression consomment des psychotropes de façon régulière, ce qui peut entraîner une bonne santé ressentie.

Notre travail démontre l'intérêt d'utiliser dans de telles études la notion de santé déclarée ou morbidité ressentie, en complément de la santé diagnostiquée comme le signalent certains auteurs³⁸. Pour les hommes, le fait d'avoir une pathologie actuelle ou un antécédent médical n'augmente pas le risque de consommer des psychotropes, contrairement à une mauvaise santé déclarée.

Des études précédentes ont déjà montré que les veufs et les divorcés ont plus tendance à consommer des psychotropes que les célibataires ou les mariés³⁹. Notre travail attire l'attention sur une probable différence de genre avec une influence du veuvage chez les hommes et du divorce chez les femmes.

L'identification des facteurs associés à la consommation d'un médicament pose le problème de l'interprétation causale et en particulier de l'existence de variables intermédiaires. Les troubles du sommeil étaient très liés, d'une part, à la consommation de psychotropes et, d'autre part, à des variables telles que l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'études ou l'existence d'antécédents médicaux⁴⁰. Ces troubles du sommeil représentaient probablement la véritable raison de la prise de psychotropes, aussi avons-nous décidé de l'exclure de nos analyses multivariées afin de ne pas masquer les relations avec d'autres facteurs. Il en était de même pour la fatigue qui était très logiquement fortement liée aux troubles du sommeil.

Le problème de la relation entre consommation de médicaments psychotropes et non psychotropes est plus complexe. La forte liaison existant entre les deux types de consommation a déjà été notée dans certaines études⁴¹. Elle peut être due soit à une prescription globale de la part du médecin qui, en plus d'un traitement habituel pour telle ou telle pathologie, prescrit un sédatif sur la demande du patient, soit à une relation directe avec la pathologie traitée (par exemple un sédatif prescrit dans le cadre d'une pathologie douloureuse).

Certains facteurs figurants dans différentes études, comme la relation entre la consommation de psychotropes et la consommation d'alcool, n'ont pas été retrouvés dans notre étude⁴². Les études suédoises ont observé que les grands buveurs, en particulier les femmes, avaient tendance à consommer des psychotropes, mais en France ces consommations sont peu liées⁴³. De même, certaines études ont montré une relation entre la consommation de psychotropes et la consommation de tabac, ainsi qu'une consommation plus importante des hommes âgés par rapport aux hommes jeunes, ceci n'a pas été retrouvé dans notre analyse⁴⁴.

37. Cafferata, 1983.

38. Cafferata, 1990; Cooperstock, 1982; Ried, 1990.

39. Blennow, 1994; Swartz, 1991; Trinkoff, 1990.

40. Ferley, 1988.

41. Hadsall, 1982.

42. Cans, 1991.

43. Blennow, 1994; Saurel, 1994.

44. Balter, 1974.

CHAPITRE II

DEUXIÈME VOLET DE LA RECHERCHE: TRAJECTOIRES DE CONSOMMATION ET CARACTÉRISTIQUES

OBJECTIFS

Décrire le devenir des consommateurs et caractériser leurs trajectoires de consommation sur 5 ans.

Rechercher les facteurs associés aux types de trajectoire parmi les caractéristiques sociodémographiques, médicales et les modes des consommateurs à l'égard de chaque psychotrope consommé durant la période de référence.

ANALYSE

Parmi les 467 consommateurs identifiés précédemment, 372 appartenaient toujours fin 1998 à la cohorte SU. VI. MAX. Une enquête transversale a été menée par envoi postal auprès de ces personnes.

L'analyse a consisté en une description et une construction de typologie des consommations depuis 1994, permettant de définir les consommateurs à trajectoire continue et ceux à trajectoire occasionnelle ; une description du rythme et des modes de consommation ; une étude des facteurs associés au type de trajectoire continue ou occasionnelle. La relation avec la trajectoire de chaque variable a été testée, d'abord de façon univariée (Chi² de Pearson ou test de Student), puis dans une analyse multivariée (régression logistique).

RÉSULTATS

Sur 372 personnes contactées, 286 ont répondu, soit un taux de réponses de 76,7 %. Le profil sociodémographique et médical des répondants est proche de celui des non-répondants. Les répondants sont âgés d'environ 52 ans, près de

2 personnes sur 3 sont des femmes, 4 sur 5 vivent en couple, la majorité a une activité professionnelle, appartient à la catégorie des cadres et possède un diplôme égal ou supérieur au baccalauréat. Les consommations sont dans l'ordre d'importance : les anxiolytiques, les antidépresseurs, les sédatifs divers, les hypnotiques et les neuroleptiques (tableau ci-dessous).

Principales caractéristiques sociodémographiques et médicales des répondants et des non-répondants

	Répondants		Non-répondants		p*
	%	Moy.	%	Moy.	
	(n = 286)	(e.t.)	(n = 87)	(e.t.)	
Âge en années		51,8 (4.5)		50.7 (4.2)	0.04
Sexe					
Hommes	36.4		48.3		
Femmes	63.6		51.7		0.05
Situation familiale					
Vit seul(e)	19.9		31.8		
Vit en couple	80.1		78.2		0.70
Catégorie socioprofessionnelle					
Cadres	54.9		57.5		
Non cadres	19.2		16.1		
Inactifs	25.9		26.4		0.80
Diplôme					
Inférieur au bac	41.3		35.6		
Supérieur ou égal au bac	58.7		64.4		0.35
Psychotropes (consommation 1994)					
Neuroleptiques	4.2		3.4		0.76
Antidépresseurs	36.0		46.0		0.09
Anxiolytiques	51.4		64.4		64.4
Hypnotiques	18.5		17.2		0.78
Sédatifs	20.6		12.6		0.09

Comparaison répondants/non-répondants : Test du Chi2 de Pearson, sauf pour l'âge (test de Student).

Nombre et classes des médicaments consommés (tableau ci-dessous)

Parmi les 286 répondants, 5 n'ont pas renseigné les items relatifs à la consommation, l'analyse porte donc sur 281 personnes.

■ Classes de psychotropes

La classe la plus consommée reste, comme lors de l'inclusion, celle des anxiolytiques : deux tiers des personnes ont consommé au moins une fois un anxiolytique au cours du suivi. Les femmes sont plus nombreuses à consommer des sédatifs que les hommes (respectivement 43 % et 21 %, $p = 0.003$).

La majorité des personnes a consommé des médicaments de plusieurs classes différentes : un tiers des personnes a consommé un ou des médicaments d'une seule classe, un tiers de deux classes différentes et un tiers de trois ou quatre classes différentes. On observe une certaine « fidélité » à la classe de départ : en effet, seul un quart des consommateurs qui continuent de consommer en 1998 ont abandonné leur classe de départ pour une autre, et ceci, quelle que soit cette classe.

Nombre et classes des médicaments consommés au cours de la période 1994/1998 (n = 281)

Type(s) de psychotrope(s) consommé(s)	%
	(n = 281)
1994-1994/1998	
Neuroleptiques	4 % — 6 %
Antidépresseurs	36 % — 53 %
Anxiolytiques	51 % — 72 %
Hypnotiques	19 % — 34 %
Sédatifs	21 % — 34 %
Nombre de classes différentes	
1	37 %
2	31 %
3	25 %
4	47 %
Nombre de psychotropes différents	
1	28 %
2	22 %
3	20 %
4 ou +	30 %

■ Spécialités

Au cours des cinq années, les personnes ont consommé en moyenne 3 spécialités différentes d'une ou plusieurs classes. Le maximum étant de 15 pour un consommateur. Les femmes ont varié plus souvent de spécialité que les hommes (23 % vs 38 % de monothérapie, $p = 0.03$).

Construction et description des trajectoires des consommations entre 1994 et 1998

Les trajectoires de consommation ont été construites par consensus à partir des questions 1, 2 et 3 du livret.

Nous avons défini les consommateurs à trajectoire continue (TC), comme les consommateurs qui ont pris au moins un psychotrope tous les mois depuis 1994.

En 1994	En 1995	En 1996	En 1997	En 1998
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Q2 : Ont pris un médicament au moins une fois *tous* les mois de l'année ?

Nous avons défini comme consommateurs à trajectoire occasionnelle (TO), les consommateurs qui :

- ont interrompu leur consommation depuis 1994 ;

Exemple d'un consommateur ayant interrompu sa consommation en 1995-1996.

En 1994	En 1995	En 1996	En 1997	En 1998
Oui	Oui	Non	Non	Non

Q2 : Ont pris un médicament au moins une fois *tous* les mois de l'année :

- n'ont pas consommé tous les ans depuis 1994 ;

Exemple d'un consommateur ayant consommé en 1994, 1996 et 1998 et pas les autres années.

En 1994	En 1995	En 1996	En 1997	En 1998
Oui	Non	Oui	Non	Oui

Q2 : Ont pris un médicament au moins une fois *tous* les mois de l'année :

- ont consommé tous les ans, mais pas tous les mois, depuis 1994 ;

Exemple d'un consommateur ayant consommé tous les ans depuis 1994, mais uniquement 3 mois par an.

En 1994	En 1995	En 1996	En 1997	En 1998
Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Q1 : Ont pris un médicament au moins une fois :

En 1994	En 1995	En 1996	En 1997	En 1998
Non	Non	Non	Non	Non

Q2 : Ont pris ce médicament au moins une fois *tous* les mois de l'année :

En 1994	En 1995	En 1996	En 1997	En 1998
5 6 7	5 6 7	5 6 4	6 7 8	6 7 8

Q3 : Ont pris ce(s) médicament(s) :

Un peu plus de la moitié des répondants (149, 53 %) ont consommé tous les mois des psychotropes et n'ont pas eu d'interruption, même temporaire, ils ont donc été définis comme des consommateurs à TC. Les hommes sont plus nombreux à être des consommateurs à TC (63 % vs 47 % chez les femmes, $p = 0.01$). Les TC sont un peu plus âgés que les consommateurs à TO (52 ans en moyenne vs 51 ans, $p = 0.03$).

Les consommateurs d'anxiolytiques et hypnotiques ont plus souvent une TC (respectivement 64 % vs 42 % chez les non-consommateurs d'anxiolytiques, $p = 0.0002$ et 70 % vs 49 % chez les non-consommateurs d'hypnotiques, $p < 0.01$) que les consommateurs de sédatifs (24 % vs 60 % chez les non-consommateurs de sédatifs, $p < 10^{-4}$). Il n'y a pas de différence entre le type de trajectoire et les autres caractéristiques sociodémographiques des consommateurs.

Les consommateurs à TO se partagent en trois groupes de taille équivalente : un tiers a arrêté sa consommation, un tiers n'a pas consommé de psychotropes tous les ans depuis 1994, et un tiers en a consommé tous les ans depuis 1994 mais pas tous les mois (tableau ci-après). La moitié des consommateurs à TO consommait au moment de l'enquête.

Trajectoire de consommation depuis 1994 (n = 281)

Continue	53 %
Occasionnelle	47 %
Arrêt	16 %
Pas tous les ans	15 %
Tous les ans mais pas tous les mois	16 %

Rythme de consommation

Quatre consommateurs à TC sur cinq (83 %) a consommé un voire des psychotrope(s) tous les jours depuis 1994, 11 % au moins une fois par semaine et seulement 5 % au moins une fois par mois. La consommation quotidienne est moins fréquente, mais toujours majoritaire chez les consommateurs à TO (61 %).

Adaptation des doses

La quasi-totalité (98 %) des répondants a adapté les doses de psychotropes en fonction de leur besoin (tableau ci-dessous). Près de la moitié des répondants l'a déjà fait sans l'accord du médecin, et un sur dix le fait systématiquement sans l'accord du médecin. Il n'y a pas de différence significative de répartition des réponses selon les caractéristiques sociodémographiques des personnes, ni selon le type de psychotrope consommé en 1994, ni selon la trajectoire ($p = 0.36$).

Adaptation des doses en fonction de l'état (n = 281)

Non	2 %
Oui, toujours avec accord du médecin (1)	57 %
Oui, toujours sans l'accord du médecin (2)	11 %
(1) ou (2) selon le médicament	30 %

Aimer et pouvoir s'en passer

Plus de 19 consommateurs sur vingt (96 %) aimeraient se passer des psychotropes, cette proportion est équivalente chez les consommateurs à TO ou à TC ($p = 0.67$), et selon le type de médicament.

La moitié pense être capable de se passer de tous les psychotropes (52 %). Les consommateurs à TC sont plus nombreux dans ce cas (78 % vs 30 % des TC, $p < 0,0001$). La quasi-totalité des TO (98 %) qui ne consomme pas ou plus le jour de l'enquête dit pouvoir s'en passer ; ce qui est logique et attendu.

Les consommateurs d'anxiolytiques estiment moins souvent pouvoir s'en passer (43 %, $p = 0.01$). Inversement, les consommateurs de sédatifs sont plus nombreux à dire pouvoir s'en passer (69 %, $p = 0.02$). Il n'y a pas de différence significative de répartition des réponses selon les caractéristiques sociodémographiques des personnes.

Répondre à un besoin/aide à mieux vivre

La plupart des répondants pensent que la prise de psychotropes a répondu à un besoin (97 %), et que le (les) psychotrope(s) les ont aidés à mieux vivre (91 %). Ces proportions sont plus fortes chez les consommateurs à TC (respectivement 98 %, $p = 0.02$ et 96 %, $p = 0.006$). Si la première proposition n'est pas liée au type de psychotrope consommé, les consommateurs d'anxiolytiques estiment davantage que les autres que ce médicament les aide à mieux vivre (95 %, $p = 0.003$). Inversement, les consommateurs de sédatifs sont moins nombreux à déclarer que les psychotropes les aident à mieux vivre (82 %, $p < 0.05$).

Les personnes vivant en couple déclarent plus souvent que le médicament les aide à mieux vivre (94 % vs 80 % pour les personnes vivant seules, $p = 0.005$), et ceci chez les hommes et les femmes.

Comparaison des consommateurs à trajectoire continue et à trajectoire occasionnelle

Parmi les 23 variables étudiées, l'âge plus élevé, le sexe masculin, les antécédents de dépression, les troubles du sommeil, la consommation d'anxiolytiques ou d'hypnotiques, le fait de reconnaître que le médicament a répondu à un besoin ou aide à mieux vivre sont associés à une TC (tableau page 35).

Sur ces variables, seules 3 ont une association indépendante avec la trajectoire : le sexe masculin, le type de psychotrope consommé et les troubles du sommeil.

DISCUSSION

Une première constatation est la proportion importante de personnes qui prennent encore des médicaments psychotropes 5 ans après leur inclusion dans la cohorte. Ces résultats sont concordants avec les données connues : en France, le recours aux psychotropes date d'au moins 5 ans pour plus de la moitié des consommateurs, et d'au moins 10 ans pour le tiers⁴⁵. Cette chronicité observée, notamment

45. Chambaretaud, 2000.

chez les femmes, serait une des explications de la surconsommation de médicaments psychotropes⁴⁶. Or, dans notre population, si les femmes sont plus souvent consommatrices, parmi les consommateurs, ce sont les hommes qui ont plus souvent une trajectoire continue. Les trajectoires ne sont pas liées aux caractéristiques socio-démographiques, mais aux attitudes à l'égard des psychotropes et à la dépendance (volet 3).

D'autre part, il est clair qu'une difficulté subsiste autour de la définition des typologies de consommation et de surconsommation qui pourraient notamment déterminer si une personne est dépendante. L'étude du CREDES⁴⁷ et le rapport Zarifian⁴⁸ fixent une consommation de psychotropes régulière comme la prise au moins une fois par semaine depuis au moins six mois et la consommation occasionnelle comme une prise irrégulière de moins d'un mois. Ces définitions couvrent une période relativement courte, elles sont adaptées aux enquêtes épidémiologiques, mais ne reflètent que partiellement la réalité des consommations. Elles n'indiquent pas s'il y a une dépendance associée à une de ces typologies⁴⁹. Dans notre échantillon, l'étude des déclarations de consommation de 1994 à 1998 montre que la moitié des consommateurs a une trajectoire continue. Parmi eux, plus des deux tiers ont pris au moins un psychotrope chaque jour depuis 1994. L'originalité de notre approche est sans nul doute de ne pas s'être focalisée sur un statut de consommateur « ponctuel », mais sur une trajectoire de consommation. Car ce n'est pas la consommation de psychotropes qui est péjorative, mais la durée et la régularité de la prise inscrites ici sur 5 ans qui s'avèrent plutôt être le reflet d'une certaine dépendance, ce qui sera confirmé dans le volet 4 de notre étude, lorsque ces consommateurs déclarent se percevoir dépendants.

Un consommateur sur deux pense pouvoir s'en passer avec de grandes différences selon la trajectoire et le fait d'aimer ou non s'en passer : un consommateur à trajectoire occasionnelle sur trois, et un sur deux de ceux qui aimeraient s'en passer pensent pouvoir le faire. Les consommateurs d'anxiolytiques, en majorité des hommes, sont plus nombreux à déclarer ne pas pouvoir s'en passer, et à reconnaître que ce médicament les aide à mieux vivre. Inversement, les consommateurs de sédatifs, en majorité des femmes, sont plus nombreux à dire pouvoir s'en passer, mais moins nombreux à penser que ce médicament les aide à mieux vivre.

Les personnes qui vivent en couple, et plus particulièrement les femmes, sont plus nombreuses à déclarer que le psychotrope les aide à mieux vivre, ce qui rejoint les conclusions de la littérature. En effet, parmi les facteurs intervenant dans

l'usage de ces médicaments, l'entourage familial avait été reconnu comme pouvant être un milieu contribuant à renforcer ce comportement. Les femmes consommeraient davantage de psychotropes parce qu'elles ont plus de probabilité que les hommes de vivre dans des environnements familiaux peu gratifiants ou parce qu'elles sont plus sensibles au manque de soutien familial⁵⁰.

Un consommateur sur dix adapte ses doses sans l'accord du médecin ; ce qui met à jour des pratiques d'automédication et de gestion autonome des traitements. L'hypothèse d'un lien entre observance thérapeutique et confiance à l'égard de la médecine n'est pas à négliger et devrait faire l'objet de recherches ultérieures.

Comparaison des consommateurs à trajectoire continue aux consommateurs à trajectoire occasionnelle. (Régression logistique)

Variables		N	% TC	P Univ	OR [IC 95 %] Multivarié
Âge	Moyenne	281		0.04	
Sexe	Homme	103	63 %	0.01	[0.34-0.98]
	Femme	178	47 %		
Antécédents de dépression	Non	236	50 %	< 0.05	
	Oui	45	67 %		
Troubles du sommeil	Non	103	42 %	0.004	[1.27-3.63]
	Oui	178	60 %		
Consommation d'anxiolytiques	Non	135	42 %	0.0002	
	Oui	146	64 %		
Consommation d'hypnotiques	Non	228	49 %	0.007	
	Oui	53	70 %		
Consommation de sédatifs	Non	226	60 %	< 10-4	0.23 [0.12-0.47]
	Oui	55	24 %		
Consommation d'antidépresseurs	Non	179	66 %	NS	
	Oui	102	34 %		
Consommation de neuroleptiques	Non	269	54 %	NS	
	Oui	12	42 %		

(les autres variables testées, NS en univarié ne sont pas représentées sur ce tableau)

* selon les psychotropes (plusieurs médicaments consommés)

50. Baumann, 1996.

46. Le Moigne, 1999.

47. Morniche, 1994.

48. Zarifian, 1996.

49. OFDT, 1999.

CHAPITRE III

TROISIÈME VOLET DE LA RECHERCHE: ATTITUDES À L'ÉGARD DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ET DE LA DÉPENDANCE

OBJECTIFS

Mesurer dans une population de consommateurs les attitudes tantôt négatives et tantôt positives qu'ils déclarent à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance.

Analyser ces attitudes en fonction des caractéristiques sociodémographiques et des trajectoires de consommation continue ou occasionnelle.

ANALYSE

Parmi les 467 consommateurs identifiés précédemment, 372 appartenaient toujours fin 1998 à la cohorte SU. VI. MAX. Une enquête transversale a été menée par envoi postal auprès de ces personnes.

L'analyse a consisté en une description et une comparaison des réponses obtenues des 14 affirmations (modalités de réponse regroupées 2 à 2 : d'accord ; pas d'accord) en fonction des variables sociodémographiques et des trajectoires de consommation continue (TC) et occasionnelle (TO) ; une étude des corrélations entre les items du questionnaire par une analyse en composante principale (ACP).

Cette ACP a permis d'identifier, parmi un ensemble d'affirmations, celles qui tendent à être corrélées entre elles et forment des sous-ensembles (« facteurs », « dimensions », « axes ») qui explorent le même domaine. Seuls les facteurs possédant une valeur propre supérieure à 1 ont été retenus. Pour chaque facteur, nous avons maintenu les items qui étaient corrélés avec un coefficient de corrélation supérieur à 0.4 (chaque item étant affecté à un seul facteur, celui pour lequel

la corrélation était la plus forte). Pour chaque dimension retenue, un score a été calculé par addition du score des items la constituant (pour les affirmations corrélées négativement à une dimension, la cotation a été inversée : 1 « tout à fait d'accord » à 5 « pas du tout d'accord »). En cas de valeur manquante : si le nombre de valeurs manquantes n'excède pas la moitié du nombre d'items constituant une dimension, il est affecté à cette valeur la moyenne des items présents, sinon, la dimension est considérée comme valeur manquante. Le score de chacune des dimensions a ensuite été normalisé de 0 à 100 (0 = > absence totale d'adhésion, 100 = > adhésion totale).

RÉSULTATS

Sur 372 personnes contactées, 286 ont répondu, soit un taux de réponses de 76,7 %. La description de ces répondants a déjà été effectuée dans le volet 2.

Description des résultats obtenus aux 14 affirmations concernant les attitudes des consommateurs (tableau ci-contre)

La répartition des fréquences par item montre que les accords sont toujours plus nombreux que les désaccords, et varient de 53 % à 93 %. La proportion des non-répondants est faible, elle se situe entre 2 % et 5 % sauf pour l'item 8 « quand on prend ces médicaments trop longtemps, ils sont moins efficaces » (9 %). Les consommateurs sont 77 % à être tout à fait d'accord avec : « On aimerait bien pouvoir se passer de ces médicaments » et 50 % à déclarer : « On a besoin du médecin pour modifier les doses. » Des points de vue plutôt favorables sont également exprimés pour : 58 % « ces médicaments aident à mieux vivre » ; 52 % « j'ai une opinion favorable à l'égard de ces médicaments » ; 52 % « ces médicaments sont efficaces ».

En revanche, ils ne sont pas d'accord avec : « on est obligé(e) de prendre ces médicaments » (28 %), « quand on prend ces médicaments trop longtemps, ils sont moins efficaces » (28 %) ; cette dernière attitude, qui fait appel à une connaissance, est la seule qui obtienne une proportion d'accords inférieure à 50 %. Soulignons enfin que les avis restent partagés sur le fait que « la prise de ces médicaments signifie être malade ».

Fréquences des attitudes à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance des 286 consommateurs

Attitudes à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance	Je suis tout à fait d'accord	Je suis plutôt d'accord	Je ne suis plutôt pas d'accord	Je ne suis pas du tout d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord
N° 1 Ces médicaments sont efficaces	39,5	52,1	5,2	0,7	2,5
N° 2 Quand on a des problèmes, on a tendance à avoir recours à ces médicaments	22,7	49,0	17,1	6,6	4,6
N° 3 On aimerait bien pouvoir se passer de ces médicaments	76,6	16,8	1,7	0,7	4,2
N° 4 On est obligé(e) de prendre ces médicaments	21,0	36,0	28,3	10,1	4,6
N° 5 Ces médicaments rendent dépendants	30,4	34,3	20,6	10,5	4,2
N° 6 Dès qu'on se sent mieux, on a tendance à arrêter ces médicaments	24,5	39,2	21,7	9,1	5,5
N° 7 Quand on prend ces médicaments trop longtemps, on s'y habitue	39,2	35,3	14,3	6,3	4,9
N° 8 Quand on prend ces médicaments trop longtemps, ils sont moins efficaces	14,3	33,9	28,3	14,3	9,2
N° 9 La prise de ces médicaments signifie être malade	22,4	30,8	22,4	21,0	3,4
N° 10 On a besoin du médecin pour modifier les doses	49,7	25,9	12,6	9,4	2,4
N° 11 Ces médicaments ont des effets indésirables ou désagréables	25,2	32,9	21,7	14,7	5,5
N° 12 Ces médicaments procurent un bien-être	23,4	48,3	19,2	5,9	3,2
N° 13 Ces médicaments aident à mieux vivre	26,6	58,4	9,4	1,4	4,2
N° 14 J'ai une opinion favorable à l'égard de ces médicaments	16,8	52,1	19,9	7,0	4,2

Attitudes à l'égard des médicaments psychotropes des consommateurs en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques sont peu liées aux attitudes sauf pour le sexe et la situation familiale. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes (82 % vs 70 %, $p = 0.02$) à juger que « l'on a besoin du médecin pour modifier les doses ». Les personnes vivant en couple sont plus nombreuses que les personnes

vivant seules à estimer que « ces médicaments sont efficaces » (96 % vs 86 %, $p = 0.003$). En revanche, les personnes vivant seules sont plus nombreuses que les personnes vivant en couple à souligner que « quand on prend ces médicaments trop longtemps ils sont moins efficaces » (66 % vs 50 %, $p = 0.04$) et que « quand on a des problèmes, on a tendance à avoir recours à ces médicaments » (87 % vs 72 %, $p = 0.02$).

Attitudes à l'égard des médicaments psychotropes des consommateurs en fonction des trajectoires continue et occasionnelle (tableau ci-contre)

Contrairement aux caractéristiques sociodémographiques, les trajectoires sont liées aux attitudes. L'étude des déclarations de consommation de 1994 à 1998 montre que 53 % des consommateurs ont une trajectoire continue (TC) c'est-à-dire qu'ils ont consommé au moins un psychotrope tous les mois depuis 5 ans. Ces consommateurs à TC sont plus nombreux à être d'accord avec : « quand on a des problèmes, on a tendance à avoir recours à ces médicaments », « on aimerait bien pouvoir se passer de ces médicaments », « on est obligé(e) de prendre ces médicaments », « ces médicaments rendent dépendants » et « j'ai une opinion favorable à l'égard de ces médicaments ». En revanche, les consommateurs à TO sont plus nombreux à reconnaître que : « dès qu'on se sent mieux, on a tendance à arrêter ces médicaments », « quand on prend ces médicaments trop longtemps, ils sont moins efficaces », « la prise de ces médicaments signifie être malade » et « ces médicaments ont des effets indésirables ou désagréables ». Ces relations restent significatives après ajustement sur les variables sociodémographiques.

Attitudes en fonction de la trajectoire continue ou occasionnelle des 281 consommateurs (% d'accords)

Attitudes à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance	TO (n = 132)	TC (n = 149)	p
N° 1 Ces médicaments sont efficaces	92.2	95.2	Ns
N° 2 Quand on a des problèmes, on a tendance à avoir recours à ces médicaments	63.0	85.3	S
N° 3 On aimerait bien pouvoir se passer de ces médicaments	95.2	99.3	S
N° 4 On est obligé(e) de prendre ces médicaments	48.0	69.4	S
N° 5 Ces médicaments rendent dépendants	58.4	76.0	S
N° 6 Dès qu'on se sent mieux, on a tendance à arrêter ces médicaments	73.8	61.4	S
N° 7 Quand on prend ces médicaments trop longtemps, on s'y habitue	76.2	80.3	Ns
N° 8 Quand on prend ces médicaments trop longtemps, ils sont moins efficaces	62.1	45.4	S
N° 9 La prise de ces médicaments signifie être malade	61.7	49.0	S
N° 10 On a besoin du médecin pour modifier les doses	79.1	75.5	Ns
N° 11 Ces médicaments ont des effets indésirables ou désagréables	70.2	54.5	S
N° 12 Ces médicaments procurent un bien-être	74.8	73.5	Ns
N° 13 Ces médicaments aident à mieux vivre	86.4	90.4	Ns
N° 14 J'ai une opinion favorable à l'égard de ces médicaments	61.9	80.0	S

(S: $p < 0.05$, Ns: $p > 0.05$)

Identification de facteurs (tableau bas de page 43)

L'analyse a permis d'identifier 4 facteurs qui expliquent 54 % de la variance totale :

Le 1^{er} facteur est construit avec les items : « ces médicaments sont efficaces » ; « quand on prend ces médicaments trop longtemps, ils sont moins efficaces » (corrélation négative) ; « ces médicaments procurent un bien-être » ; « Ces médicaments aident à mieux vivre » ; « j'ai une opinion favorable à l'égard des ces médicaments ».

Ces items reflètent un jugement, un avis favorable tant sur l'effet produit par les psychotropes que sur leurs impacts dans l'amélioration de la qualité de vie ; on les appellera : « Attitude positive à l'égard des psychotropes » (score 1).

Le 2^e est construit avec les items : « ces médicaments rendent dépendants » ; « quand on prend ces médicaments trop longtemps, on s'y habitue ». Ces items représentent des affirmations sur une dépendance ressentie et identifiée ; on les appellera : « Attitude explicite à l'égard de la dépendance » (score 2).

Le 3^e est construit avec les items : « la prise de ces médicaments signifie être malade » ; « on a besoin du médecin pour modifier les doses » ; « ces médicaments ont des effets indésirables ou désagréables ». Ces items évoquent la prudence avec laquelle il faut utiliser les psychotropes et les risques qu'ils peuvent produire ; ce sont des expressions péjoratives liées à la prise de psychotropes ; on les appellera : « Attitude négative à l'égard des psychotropes » (score 3).

Le 4^e est construit avec les items : « on aimerait bien pouvoir se passer de ces médicaments » ; « dès qu'on se sent mieux, on a tendance à arrêter ces médicaments » (corrélations négatives). Ces items sont des expressions d'une dépendance cachée, sournoise ; on les appellera : « Attitude implicite à l'égard de la dépendance » (score 4).

Tous les items sont représentés au moins 1 fois dans chaque facteur. Les items n° 2 et n° 4 ont fait apparaître qu'ils avaient été interprétés de manière ambiguë. Le premier : « Quand on a des problèmes, on a tendance à avoir recours à ces médicaments » pouvait être perçu de façon positive : les médicaments sont là pour répondre à un problème ou de façon péjorative : les personnalités faibles ont recours à ces médicaments. Le second : « On est obligé(e) de prendre ces médicaments » pouvait être également perçu de façon positive : on est obligé car ces médicaments sont bons pour nous ou de façon péjorative : on est obligé c'est-à-dire on n'a pas le choix. Cette ambiguïté s'est reflétée dans l'analyse en composante principale puisque ces items étaient présents sur deux facteurs différents à la fois. Nous les avons donc supprimés pour la suite de l'analyse.

Les scores moyens de ces quatre types d'attitudes figurent dans le tableau page 43. Ils ne présentent aucune variation significative en fonction des caractéristiques sociodémographiques des personnes. En revanche, ces scores sont associés à la trajectoire (tableau en haut, ci-contre) : les TC ont une attitude positive plus élevée, une attitude négative plus faible et des attitudes explicite et implicite de dépendance plus fortes que les TO.

Comparaison des moyennes des 4 scores en fonction de la trajectoire (n = 281)

	TC	TO	P
Attitude positive à l'égard des psychotropes (score 1)	70.8	62.7	0.0003
Attitude explicite à l'égard de la dépendance (score 2)	72.9	62.4	0.0025
Attitude négative à l'égard des psychotropes (score 3)	57.7	66.3	0.005
Attitude implicite à l'égard de la dépendance (score 4)	43.3	31.6	0.001

Structure de l'échelle des attitudes à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance (n = 281)

N° de l'item	Attitudes à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance	Moyenne*	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
N° 1	Ces médicaments sont efficaces	1.7	0.62	-	-	-
N° 2	Quand on a des problèmes, on a tendance à avoir recours à ces médicaments			Non retenu		
N° 3	On aimerait bien pouvoir se passer de ces médicaments	1.3	-	-	-	0.66
N° 4	On est obligé(e) de prendre ces médicaments			Non retenu		
N° 5	Ces médicaments rendent dépendants	2.5	-	0.84	-	-
N° 6	Dès qu'on se sent mieux, on a tendance à arrêter ces médicaments	2.5	-	-	-	-0.61
N° 7	Quand on prend ces médicaments trop longtemps, on s'y habitue	2.1	-	0.86	-	-
N° 8	Quand on prend ces médicaments trop longtemps, ils sont moins efficaces	2.9	-0.41	-	-	-
N° 9	La prise de ces médicaments signifie être malade	2.9	-	-	0.75	-
N° 10	On a besoin du médecin pour modifier les doses	2.0	-	-	0.67	-
N° 11	Ces médicaments ont des effets indésirables ou désagréables	2.7	-	-	0.68	-
N° 12	Ces médicaments procurent un bien-être	2.3	0.77	-	-	-
N° 13	Ces médicaments aident à mieux vivre	2.0	0.81	-	-	-
N° 14	J'ai une opinion favorable à l'égard de ces médicaments	2.5	0.67	-	-	-
Valeur propre			2.4	1.8	1.6	1.1
Score moyen de chaque facteur (écart-type)			67.0 (18.8)	67.8 (29.2)	61.6 (25.8)	37.9 (33.1)
[étendue]			[12.5-100]	[0-100]	[0-100]	[0-100]

*avec 1 = tout à fait d'accord, 2 = plutôt d'accord, 3 = ni d'accord, ni pas d'accord, 4 = plutôt pas d'accord, 5 = pas du tout d'accord

Les coefficients inférieurs à 0.4 ne sont pas présentés (indiqués par un -)

DISCUSSION

Les consommateurs interrogés ont un âge compris entre 49 à 64 ans (environ 51 ans d'âge moyen). Deux personnes sur trois sont des femmes qui vivent en couple. La majorité est cadre, possède un diplôme égal ou supérieur au baccalauréat et consomme des anxiolytiques et des antidépresseurs. C'est une population motivée et attentive à sa santé, ce qui explique un taux de réponse de 80 % qui constitue un taux plus qu'acceptable pour une enquête postale⁵¹. Toutes ces personnes se sont portées volontaires pour faire partie de la cohorte SU. VI. MAX, et pour participer au protocole de l'étude depuis 5 ans, elle constitue une population assez homogène et peu représentative de la population française.

Les psychotropes procurent un bien-être tout en renfermant un risque de dépendance qui sera pour les uns ressentis, et pour les autres silencieux. Il y a consensus sur l'aide à mieux vivre, mais aussi sur le souhait de vivre sans cette aide. Deux idées maîtresses dominant.

La première évoque la soumission des consommateurs aux psychotropes associée au désir de mieux-être. Ils perçoivent leur attachement à ces médicaments, affirment cependant qu'ils aimeraient pouvoir s'en passer, mais un sur deux ne le fait pas puisque sa consommation suit une trajectoire continue. L'augmentation de la consommation de psychotropes serait tributaire de cette recherche d'une « super santé » devenue un besoin légitime pour la communauté voire une nécessité⁵². La société se trouve en sécurité grâce aux psychotropes qui sont une solution de facilité. Neutraliser les émotions et utiliser des prothèses chimiques ou des « béquilles psychiques » pour que la société reste conforme aux normes, c'est « psychiatriser » la vie⁵³. D'autre part, les consommateurs restent partagés sur le fait que : « La prise de ces médicaments signifie être malade », ils ressentent la prise de psychotropes comme une réponse à un besoin qu'ils n'associent pas systématiquement à la présence d'une maladie. L'incertitude sur le statut du mal est soulevée.

La seconde replace le rôle du médecin et du médicament dans une relation qui se veut être avant tout thérapeutique. Le corps médical occupe une position de garant. La confiance accordée par le public à la médecine en général renforcerait la banalisation de cette consommation particulière⁵⁴. Le médecin est le prescripteur légal de cette consommation licite. Il en justifie la poursuite par sa caution étiopathologique et dédouane en quelque sorte le patient d'une éventuelle dépendance⁵⁵. Le phénomène de soumission des patients aux psychotropes au nom du « mieux-être » renvoie également aux problèmes de la soumission des médecins aux souffrances

de leurs patients et de la participation du corps médical à l'élaboration d'une réponse médicalisée. En effet, si une forme de « paix sociale » était obtenue par l'intermédiaire des prescriptions, c'est que les médecins ne supporteraient pas (ou plus) les plaintes de leurs patients et que leur seuil de tolérance les amènerait malgré eux à créer cette gestion des relations humaines « sous tranquillisants ». D'ailleurs, certains consommateurs semblent pratiquer une automédication sous contrôle médical.

L'analyse des attitudes à l'égard des psychotropes met en évidence les ambivalences liées aux effets (positifs/négatifs) et aux dépendances (explicite/implicite) produits par ces médicaments. Peu d'attitudes différentielles sont identifiées chez ces consommateurs selon leurs caractéristiques sociodémographiques (sexe, situation familiale, catégorie sociale, niveau d'études). Les différences de genre n'interviennent donc que faiblement dans la construction de « représentations type » bénéfiques ou délétères à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance. En revanche, les trajectoires et les attitudes sont liées. Les consommateurs qui ont une attitude plutôt positive face aux psychotropes, et peu négative sur leurs effets, ont davantage une trajectoire occasionnelle. Ceux qui ont des attitudes explicites ou implicites à l'égard de la dépendance ont plutôt une trajectoire continue. Ces résultats trouvent une explication dans l'influence réciproque qu'exercent les attitudes sur les comportements : avoir une attitude réservée sur les psychotropes pourrait protéger d'une consommation continue. Une expérience continue amènerait les consommateurs à objectiver le risque de dépendance. Quant à la maîtrise de la consommation, elle serait pour les occasionnels la preuve du faible risque de dépendance.

Nos résultats se rapprochent de ceux d'Helman⁵⁶ obtenus à l'aide d'une étude qualitative auprès de cinquante personnes. Les consommateurs à trajectoire continue croient en l'efficacité médicale des psychotropes et aux impacts positifs que les médicaments peuvent avoir sur leur qualité de vie. Ils se sentent obligés de prendre ces médicaments et acceptent cette dépendance ; la force de l'habitude est présente. Certains pratiquent l'automédication afin d'exercer une tentative de contrôle sur leur consommation. Les consommateurs à trajectoire occasionnelle nient leur dépendance. Ils ont conscience des effets négatifs. L'appropriation des traitements leur donne l'impression de participer à la prise en charge de leur santé.

Le volet 4 va nous permettre d'approfondir cette approche des attitudes et de comprendre ce qui sous-tend de tels comportements. Cet instantané donne cependant un aperçu des stigmates sur lesquels se construisent les conduites sociales.

51. Drane, 1993.

52. Romani, 1991.

53. Zarifian, 1996.

54. Marcquet, 1994.

55. Helman, 1981.

56. Helman, 1981.

CHAPITRE IV

QUATRIÈME VOLET DE LA RECHERCHE: USAGES DE PSYCHOTROPES ET VÉCUS DE CONSOMMATION

OBJECTIFS

- Décrire les usages sociaux et les raisons données à l'utilisation de psychotropes, les attitudes et les images culturelles liées à ce médicament et à la dépendance.
- Comparer les résultats obtenus pour les femmes et les hommes, les consommateurs qui définissent leur consommation de type continu et ceux qui la considèrent de type occasionnel, les personnes qui ont une trajectoire continue objectivée de celles qui ont une trajectoire occasionnelle.

ANALYSE

Parmi les 286 consommateurs ayant répondu au questionnaire, 200 ont été tirés au sort.

Ont été effectuées :

- une analyse de contenu qualitative des informations. Les 200 entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité. Une analyse qualitative des données brutes a été menée. Une grille d'analyse des catégories retenues a ainsi été élaborée, elle regroupe les éléments constitutifs (occurrences) contenus dans l'ensemble des discours ;
- une analyse thématique catégorielle des données (semi-qualitative). Elle s'appuie sur l'hypothèse qu'un thème évoqué est d'autant plus fréquemment cité qu'il est important pour les personnes interrogées. Après codification de chaque variable, les entretiens ont été retranscrits en 200 grilles d'analyse. Des fréquences d'apparition de chaque catégorie et de chaque variable ont été calculées ;
- une analyse quantitative des données qualitatives. Pour chaque variable dont l'effectif était suffisant, des comparaisons ont été réalisées pour mettre en évidence les différences entre les hommes et les femmes, les personnes déclarant avoir une consommation occasionnelle (CO) ou continue (CC), celles ayant une trajectoire occasionnelle (TO) et continue (TC).

RÉSULTATS

Les répondants sont essentiellement des femmes, ils vivent majoritairement en couple, sont des cadres, ont un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat. La principale classe de psychotropes qu'ils consomment est la classe des anxiolytiques. Plus d'un consommateur sur deux à une trajectoire continue (tableau ci-dessous). Les caractéristiques de l'échantillon tiré au sort ne diffèrent pas de celles de la population initiale.

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

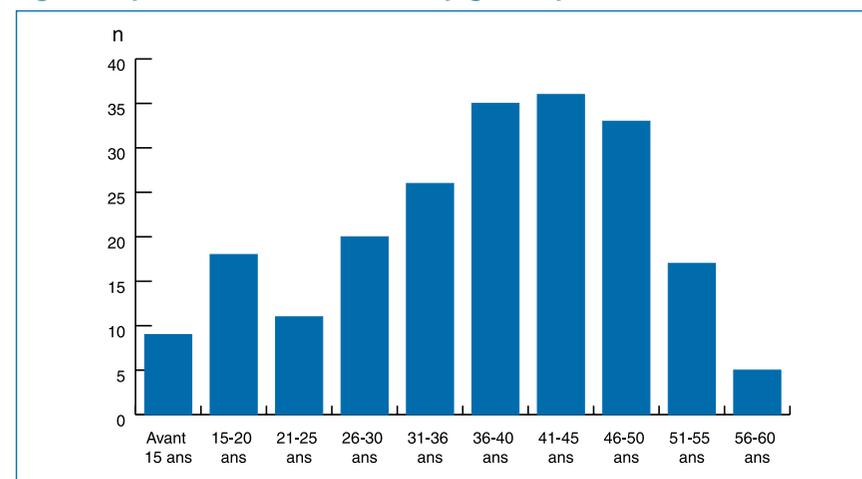
	Entretiens téléphoniques (n = 200)	
Âge (moyenne)	52 ans	
Sexe	Hommes	37 %
	Femmes	63 %
Situation familiale	Vit en couple	80 %
	Vit seul	20 %
Catégorie professionnelle	Cadres	53 %
	Non Cadres	20 %
	Sans activité professionnelle	28 %
Diplôme	Sans Bac	57 %
	Avec Bac ou équiv.	43 %
Type(s) de psychotrope(s) consommé(s) en 1994	Neuroleptiques	4 %
	Anxiolytiques	43 %
	Hypnotiques	15 %
	Sédatifs	12 %
	Antidépresseurs	26 %
Trajectoire	continue	54 %
	occasionnelle	46 %

Les perceptions des consommateurs sur leur consommation

Âge de la première prise de psychotropes.

La première prise se situe en moyenne autour de l'âge de 38 ans, avant l'âge de 20 ans pour un consommateur sur 7 (graphique ci-dessous).

Âge de la première consommation de psychotropes



Consommation actuelle

En 1999, deux tiers des consommateurs prennent encore des psychotropes (67 %). Les femmes sont moins nombreuses que les hommes à être dans ce cas (respectivement 61 % vs 77 %). Parmi ces consommateurs, certains précisent avoir soit diminué (19 %), soit augmenté (4 %), soit repris après un arrêt (11 %).

Arrêt

En 1999, un tiers a donc arrêté sa consommation. Les raisons de cet arrêt sont : un mieux-être avec la fin du besoin (53 %) ; la fin du traitement (8 %) ; la guérison ou la disparition des symptômes (11 %) ; le désir d'arrêter (12 %) ; les événements de vie (14 %) ; la décision du médecin (6 %).

Comment qualifient-ils leur consommation depuis 1994 ?

Nous avons demandé aux personnes interrogées de qualifier leur consommation depuis 1994, parmi elles :

- 57,5 % se définissent comme « consommateur continu » (CC) avec une certaine régularité,
- 42,5 % se considèrent comme « consommateur occasionnel » (CO), ils prennent des psychotropes de manière discontinue en fonction de leur besoin.

Aucune différence pour le sexe n'est observée. En revanche, la perception de la consommation est associée à la trajectoire objectivée (tableau ci-dessous, $p = 0,007$).

Relations entre la consommation perçue et la trajectoire

	TO	TC
CO	49	18
CC	30	75

Les usages et les raisons des consommations initiales, actuelles, entre 1994 et 1999

Comment les personnes obtiennent-elles des médicaments psychotropes ?

Pour trois consommateurs sur quatre, la prescription initiale est établie par un médecin généraliste. Le prescripteur habituel reste le plus souvent le généraliste (tableau ci-contre). Les psychiatres sont des prescripteurs pour une personne sur six et les prescriptions non médicales sont rares. Trois personnes sur quatre ignorent comment se procurer des psychotropes par d'autres canaux que ceux qu'ils ont déjà utilisés.

Aucune différence significative selon le sexe ou la trajectoire n'est observée. En revanche, les CO sont plus nombreux que les CC à avoir un médecin généraliste comme prescripteur habituel (87 % vs 72 %, $p = 0,01$).

Pourquoi prennent-ils ou ont-ils pris des médicaments psychotropes ?

Les raisons qui ont amené les consommateurs à une utilisation de psychotropes pour la première fois, actuellement et entre 1994 et 1999, sont définies comme (tableau page 52-53) :

Les prescripteurs et les moyens d'obtenir des psychotropes (n = 200)

	Premiers prescripteurs	Prescripteurs habituels	Autres moyens d'obtenir des psychotropes
Médecins généralistes	76 %	79 %	-
Gynécologues	3 %	1 %	-
Chirurgiens hôpitaux	3 %	2 %	-
Psychiatres neuropsychiatres	15 %	18 %	-
Neurologues	2 %	0 %	-
Médecins complaisants	-	-	7 %
Autoprescription	1 %	1 %	-
Amis, collègues, famille	3 %	3 %	10 %
Pharmaciens sans ordonnance	0 %	5 %	16 %
Marché noir	-	-1	%
Internet	-	-	2 %
Ne sait pas	3 %	0 %	75 %

- des raisons endogènes, propres aux personnes ;
- des raisons exogènes, attachées à un événement extérieur ;
- des raisons liées aux effets recherchés, positifs du produit ;
- des raisons liées aux effets de dépendance ;
- des raisons attribuées aux conseils du médecin.

Pour expliquer une utilisation de psychotropes, quelle que soit la période concernée, les raisons endogènes sont majoritaires, suivies par les raisons exogènes.

Parmi les raisons endogènes ayant déclenché une première prise de médicaments psychotropes, la dépression est le premier motif donné, elle est suivie par les troubles du sommeil, puis par les problèmes d'anxiété. Ces problèmes restent, dans une moindre proportion, les principales raisons de consommation actuelle. En revanche, ce sont les problèmes de sommeil et le stress qui prédominent dans les raisons du maintien d'une consommation entre 1994 et 1999.

Les trois principales raisons exogènes, citées comme ayant déclenché une première prise, sont les problèmes avec l'entourage familial, les événements de vie (notamment les deuils) et les problèmes professionnels. Seuls les événements de vie restent des raisons de consommation passée.

Les raisons liées aux effets positifs et de dépendance aux psychotropes sont rarement citées comme des déclencheurs, elles deviennent, pour environ un consommateur sur cinq, des raisons qui expliquent le maintien d'une consommation actuelle.

Les CC évoquent plus souvent que les CO des raisons endogènes (respectivement 91 % et 68 %, $p < 0,001$) et des effets de dépendance (respectivement 25 % et 8 %, $p = 0,03$) pour justifier leur consommation actuelle. Inversement, pour le maintien de la consommation entre 1994 et 1999, les CO sont plus nombreux que les CC à citer des raisons exogènes (respectivement 41 % et 22 %, $p = 0,003$), de même que les TO *versus* les TC (respectivement 38 % et 23 %, $p = 0,04$).

Si, globalement, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à parler des raisons exogènes comme facteurs de maintien de leur consommation (33 % *vs* 25 % pour les hommes, $p = 0,006$), les hommes sont plus nombreux à souligner les problèmes professionnels comme des déclencheurs de leur consommation (21 % *vs* 9 % pour les femmes, $p = 0,05$) et des facteurs d'une pérennisation entre 1994 et 1999 (11 % *vs* 6 % pour les femmes, $p = 0,04$).

Les raisons de la consommation initiales, actuelles et entre 1994 et 1999 (n = 200)

	Raisons de la prise initiale	Raisons actuelles (n = 134)*	Raisons entre 1994 et 1999
Raisons endogènes	84 %	84 %	74 %
Opérations/postopératoire	6 %	1 %	2 %
Maladies/symptômes	13 %	11 %	4 %
Insomnie/probl. de sommeil	29 %	22 %	31 %
Dépression/déprime	33 %	15 %	12 %
Ménopause	4 %	1 %	2 %
Régimes/sevrage (alcool, tabac)	2 %	1 %	0 %
Douleurs (tête, ventre)	3,5 %	3 %	2 %
Angoisse/anxiété/peur	12 %	17 %	11 %
Nervosité/excitation	6 %	12 %	5 %
Mal-être/souffrance psychique	4 %	2 %	5 %
Fatigue	4 %	3 %	3 %
Stress	6 %	4 %	25 %
Faire face aux problèmes de la vie quotidienne	5 %	7 %	15 %

	Raisons de la prise initiale	Raisons actuelles (n = 134)*	Raisons entre 1994 et 1999
Raisons exogènes	45 %	19 %	30 %
Problèmes avec l'entourage	13 %	5 %	6 %
Problèmes conjugaux	6 %	-	1 %
Problèmes avec les enfants	4 %	2 %	2 %
Problèmes familiaux	4 %	2 %	2 %
Problèmes avec le voisinage	1 %	1 %	1 %
Événements de vie	31 %	13 %	23 %
Deuil	13 %	3 %	7 %
Ruptures amoureuses/divorces	5 %	2 %	1 %
Chômage/licenciement/retraite	4 %	3 %	4 %
Déménagement	2 %	1 %	-
Accidents	3 %	-	1 %
Accident/maladie d'un proche	5 %	2 %	2 %
Accouchement	2 %	0 %	0 %
Peur de la guerre	3 %	0 %	0 %
Problèmes professionnels	10 %	5 %	7 %
Gestion difficile du travail	10 %	4 %	7 %
Mésententes avec la hiérarchie	3 %	0 %	0 %
Raisons liées aux effets positifs	5 %	17 %	8 %
Calme/Relaxation	6 %	8 %	2 %
Bien-être/Équilibre	1 %	5 %	8 %
Soutien/béquille	2 %	2 %	2 %
Meilleure résolution des problèmes	1 %	5 %	2 %
Raisons liées aux effets de dépendance	6 %	20 %	10 %
Nécessité/obligation	2 %	5 %	2 %
Besoin	2 %	4 %	2 %
Dépendance/acoutumance	1 %	6 %	2 %
Drogue	1 %	2 %	0 %
Habitude/routine	1 %	5 %	4 %
Problèmes de sevrage (manque)	0 %	5 %	1 %
Raisons liées aux responsabilités du médecin	2 %	4 %	5 %

*consommateurs actuels

Quels sont les effets ressentis lors d'une prise de psychotropes ou après un arrêt ou un oubli ?

Trois personnes sur quatre déclarent avoir ressenti des effets après une prise de psychotropes. Parmi elles, la quasi-totalité a ressenti des effets qu'elle qualifie de positifs comme : un apaisement, une détente, un calme, une disparition de symptômes, une sensation de mieux-être, de bien-être (tableau ci-dessous). La prise de psychotropes n'a toutefois pas que de bons côtés, elle procure dans un cas sur cinq des effets négatifs, comme un sentiment d'abrutissement et de somnolence.

Les effets ressentis lors de la prise ou de la non prise de médicaments psychotropes

	Effets ressentis après la prise (n = 150)*	Effets après arrêt ou oubli (n = 150)*
Effets positifs ressentis:	95 %	
Mieux-être/bien-être	30 %	
Apaisement/détente/calme	38 %	
Stabilité/retour à l'état normal	7 %	
Amélioration des performances	5 %	
Recul par rapport aux problèmes	11 %	
Sentiment de toute-puissance	1 %	
Disparition des symptômes (angoisse, insomnies...)	46 %	
Effets négatifs ressentis	20 %	18 %
Troubles de la mémoire	2 %	-
Inattention	2 %	1 %
Palpitations	-	1 %
Troubles du comportement	3 %	3 %
Sentiment d'abrutissement	5 %	-
Mal-être	1 %	6 %
Malaises/Absences	2 %	2 %
Somnolence	6 %	-
Nervosité	-	1 %
Fatigue/Apathie	3 %	-
Migraine/maux de tête	1 %	1 %
Culpabilité	3 %	1 %

* 150 (75 %) ont répondu avoir eu des effets à la prise ou à l'arrêt.

Lorsqu'il y a oubli ou arrêt du traitement, des effets négatifs sont ressentis par environ un consommateur sur cinq : il s'agit essentiellement d'un sentiment de mal-être et de troubles du comportement.

Aucune autre différence significative selon le sexe, la perception de la consommation ou la trajectoire n'est observée.

Les psychotropes ont-ils changé ou changent-ils la vie des consommateurs ?

Pour les deux tiers des consommateurs, le fait d'avoir pris ou de prendre des psychotropes a changé leur vie. Ce changement est positif dans la majorité des cas (tableau ci-dessous).

Les changements négatifs sont rares et minimes : contraintes qu'impose la prise, baisse des performances et des motivations.

Aucune autre différence significative selon le sexe, la perception de la consommation ou la trajectoire n'est observée.

Changements induits par l'utilisation de médicaments psychotropes

	Changements induits (n = 133)*
Changements positifs	77 %
Aide à dormir	24 %
Amélioration de la qualité de vie	38 %
Amélioration de l'état de santé	20 %
Aide dans des situations difficiles	13 %
Changements négatifs	7 %
C'est une contrainte	2 %
Baisse des motivations	1 %
Baisse des performances	2 %

*133 (67 %) déclarent que les psychotropes ont changé ou changent leur vie, dont 32 % dans la vie actuelle, 32 % dans la vie passée et 37 % sans précision.

Les consommateurs se renseignent-ils sur les effets des psychotropes ?

Trois personnes sur cinq se renseignent sur les effets de ces médicaments auprès des professionnels de santé, en lisant toutes sortes de documents et les notices des médicaments (tableau ci-après).

La recherche d'information et de renseignements sur les effets des psychotropes

Ils se renseignent auprès de: (n = 121)	
La télévision	16 %
La radio	4 %
La presse ou ouvrages spécialisés	13 %
Toutes sortes de documents	37 %
Des professionnels de la santé	58 %
Centres spécialisés/Associations	3 %
De l'entourage	4 %
Les notices des médicaments	20 %
Ils ne se renseignent pas parce que: (n = 79)	
Connaissances acquises ultérieurement	23 %
Faible consommation	8 %
Ne savait pas que ce médicament était un psychotrope	3 %
Confiance en son médecin	28 %
Aucun intérêt à se renseigner/indifférence	3 %
Par peur/a priori négatif	5 %

Les autres déclarent ne pas se renseigner, soit parce qu'ils accordent au médecin leur confiance, soit parce qu'ils ont déjà acquis des connaissances sur la question.

Aucune autre différence significative selon le sexe, la perception de la consommation ou la trajectoire n'est observée.

Les informations reçues influencent-elles les comportements des consommateurs?

Pour deux personnes sur trois, les renseignements et les informations obtenus n'ont pas modifié leur comportement. Pour les autres, cela a engendré une baisse de la consommation ou a renforcé le désir d'arrêter (tableau ci-contre).

Aucune différence significative selon le sexe ou la trajectoire n'est observée.

En revanche, Les CC évoquent davantage que les CO leur confiance à l'égard du médecin et du traitement (respectivement 25 % et 9 %, $p < 0,02$).

Les informations reçues et les modifications de comportements des consommateurs

NON, cela n'a pas influencé parce que: (n = 133)	
Faible consommation	10 %
Confiance au médecin/traitement	18 %
Dépendance	3 %
Consommation raisonnable	4 %
OUI, cela a influencé parce que: (n = 67)	
Baisse de la consommation	
Désir de baisser	12 %
Tentative	11 %
Réussite	24 %
Arrêt de consommation:	
Désir d'arrêter	21 %
Tentative	12 %
Réussite	24 %
Stabilisation de la consommation	11 %
Prise seulement en cas de nécessités	18 %

Le prix des médicaments entraîne-t-il des changements de comportements?

Le prix des psychotropes laisse la majorité des consommateurs indifférents (83 %). Si les médicaments n'étaient plus remboursés, seuls 6 % des personnes arrêteraient leur consommation. Les autres 76 % continueraient leur traitement « sur leurs propres deniers » par besoin, par obligation (39 %).

Aucune différence significative selon le sexe, la perception de la consommation ou la trajectoire n'est observée.

Les consommateurs tentent-ils la substitution? Font-ils des associations médicamenteuses?

Près de la moitié des consommateurs utilise la substitution, une proportion équivalente pratique l'association. La substitution est essentiellement effectuée avec des méthodes dites de médecine douce : homéopathie ou phytothérapie.

Les consommateurs associent la prise du psychotrope avec d'autres traitements médicamenteux, et un sur huit avec le tabac et/ou l'alcool (tableau page 58).

Les TC prennent plus souvent les psychotropes en association avec d'autres produits (52 % vs 31 % pour les TO, $p < 0,001$). Aucune autre différence significative selon le sexe, la perception de la consommation n'est observée.

Les substitutions ou associations aux médicaments psychotropes

	Substitutions (n = 93)
Homéopathie	27 %
Phytothérapie	23 %
Autres psychotropes	20 %
Tisanes	10 %
Psychothérapie	6 %
Oligo-éléments/vitamines	5 %
Acupuncture	4 %
Traitement pour d'autres maladies	3 %
Autres substances : tabac, alcool	2 %
Magnétisme	1 %
	Associations (n = 82)
Traitement pour d'autres maladies	56 %
Psychothérapie	15 %
Autres substances (tabac, alcool)	12 %
Tisanes	11 %
Autres psychotropes	9 %
Phytothérapie	7 %
Homéopathie	6 %
Oligo-éléments/vitamines	5 %
Psychothérapie	1 %

Les images à l'égard des médicaments psychotropes

Qu'entendent dire les consommateurs des psychotropes ? Et eux, qu'en disent-ils ?

Ce que les consommateurs disent des médicaments psychotropes est davantage en leur faveur que ce qu'ils en entendent dire.

– Le regard des autres sur les médicaments psychotropes

Pour une forte majorité des consommateurs, les gens n'hésitent pas à parler des psychotropes sur lesquels ils portent un regard négatif (80 %). Seul un consommateur sur quatre estime que les gens peuvent avoir un regard positif sur les psychotropes et leurs effets. Certains déclarent plutôt que les gens ont un discours fataliste ou émettent des conseils ou des directives. Pour 29 % des consommateurs, les gens n'en parlent pas : par culpabilité, par gêne, parce que c'est un sujet tabou, (tableau page 60).

Les CO reconnaissent davantage que les gens ont un regard positif sur les psychotropes (24 % vs 11 % pour les CC, $p = 0,02$). Les femmes sont plus nombreuses à souligner le discours fataliste qu'elles entendent autour de la prise de ces médicaments (25 % vs 11 % pour les hommes, $p = 0,02$). Aucune différence significative selon la trajectoire n'est observée.

– Le regard des consommateurs sur les médicaments psychotropes

Si les consommateurs pensent que les autres portent un regard négatif sur les psychotropes, eux paraissent plus partagés : 59 % portent un regard positif, 52 % un regard négatif, 60 % un regard fataliste.

Les CC ont davantage un discours fataliste à l'égard des psychotropes (68 % vs 47 % pour les CO, $p = 0,003$), ils sont plus nombreux à déclarer qu'ils « désirent s'en passer ou diminuer » (37 % vs 16 % pour les CO, $p = 0,03$). Les CO donnent plus souvent des conseils ou des directives (56 % vs 37 % pour les CO, $p = 0,02$).

De même, les TC ont davantage un discours fataliste (67 % vs 50 % pour les TO, $p = 0,02$) et les TO donnent plus souvent des conseils (65 % vs 28 % pour les TC, $p = 0,05$), notamment « en faire une utilisation modérée » (38 % vs 11 % pour les TC, $p = 0,05$). Aucune différence significative selon le sexe n'est observée.

Les dires sur les psychotropes et le regard des consommateurs sur ces médicaments

	Ce que les consommateurs entendent dire: Les gens en parlent (n = 140)	Ce que les consommateurs pensent des psychotropes (n = 200)
Les gens en parlent avec un regard négatif	80 %	52 %
La maladie est une faiblesse	5 %	2 %
Consommateur est un drogué/fou	10 %	2 %
Effets secondaires	18 %	17 %
Dépendance/accoutumance	31 %	20 %
Dangerosité/nocivité	4 %	4 %
Surconsommation/abus	10 %	9 %
Drogues	8 %	12 %
Produit artificiel	3 %	5 %
Ne résout pas les problèmes	-	3 %
Peur	4 %	2 %
Solution de facilité	3 %	6 %
Prise de médicament difficile à accepter	-	3 %
Les gens en parlent avec un regard positif	23 %	59 %
Idéalisation du médicament	3 %	2 %
Amélioration de la qualité de vie	5 %	7 %
Amélioration des performances	-	1 %
Soulagement/quiétude/calme	4 %	5 %
Bien-être/joye de vivre	2 %	75 %
Aide/soutien/béquille	6 %	33 %
C'est utile	2 %	9 %
Progrès médical	-	2 %
Confort	2 %	5 %
Discours fataliste	28 %	60 %
C'est une nécessité/obligation	6 %	19 %
Habitude/routine	6 %	8 %
Réalité	2 %	2 %
Médicaments/traitement	1 %	9 %
C'est un besoin	9 %	16 %

Désir de s'en passer ou de diminuer	6 %	29 %
Pas d'inquiétudes/anodin	1 %	2 %
Conseils/Directives	29 %	46 %
Ne pas en prendre	18 %	8 %
Faire attention/vigilance	2 %	7 %
En faire une utilisation modérée	6 %	24 %
Suivre la prescription médicale	-	9 %
Éviter l'automédication	-	4 %
Existence d'autres solutions	1 %	7 %
On n'en a pas besoin/Inutile	2 %	2 %

La communication autour des médicaments psychotropes existe-t-elle ?

Un consommateur sur deux parle des psychotropes. Les interlocuteurs prioritaires sont dans l'ordre : l'entourage proche, la famille, les amis et les voisins (tableau page 62).

Mais un consommateur sur deux déclare ne pas parler de consommation de psychotropes parce que c'est un sujet privé, personnel parce qu'il ne trouve aucun intérêt au fait d'en parler. En parler présente une difficulté, car c'est entaché de honte et dévalorisant à leurs yeux.

Aucune différence significative selon le sexe, la perception de la consommation ou la trajectoire n'est observée.

Les images à l'égard de la dépendance aux médicaments psychotropes

Comment les consommateurs définissent-ils la dépendance aux médicaments psychotropes ?

Pour les deux tiers la dépendance, c'est « ne pas pouvoir s'en passer, être incapable de vivre sans » psychotropes. Un consommateur sur six fait le lien avec d'autres produits, un sur sept souligne l'état de manque (tableau page 63).

Le premier critère de la dépendance « ne pas pouvoir s'en passer, être incapable de vivre sans » est davantage évoqué par les femmes (70 % vs 54 % pour les hommes, $p = 0,03$) ainsi que par les CO (74 % vs 57 % pour les CC, $p = 0,01$). Aucune différence significative selon la trajectoire n'est observée.

La communication ou la non-communication autour des médicaments psychotropes

Oui, ils parlent de leur consommation (n = 110)	
- ils parlent parce que:	
Aucune gêne	21 %
Normalité de la prise	14 %
Pour conseiller les autres	13 %
Prise faible	10 %
Parle facilement de tout	8 %
Nécessité d'en parler/Catharsis	1 %
Pour qu'on l'incite à arrêter	1 %
- ils parlent à:	
L'entourage	66 %
Famille	45 %
Amis/voisins	34 %
Des professionnels de la santé	26 %
À tout le monde selon les occasions	24 %
Collègues	20 %
À des personnes qui ont la même maladie, le même problème	19 %
Non, ils ne parlent pas de leur consommation (n = 90)	
Sujet privé/Personnel	42 %
Aucun intérêt	23 %
Difficultés d'en parler	17 %
C'est une honte/c'est dévalorisant	16 %
Pas besoin d'en parler	16 %
A priori négatif sur les médicaments	13 %
C'est une faiblesse/c'est une tare	11 %
A priori négatif sur la maladie	8 %
Peu ou pas de personne à qui en parler	7 %
C'est tabou	7 %
Consommation faible	7 %
Peur d'influencer l'entourage	6 %
Peur d'inquiéter l'entourage	2 %
Normalité de la prise	4 %

Les CC définissent plus souvent la dépendance comme une sensation de manque (19 % vs 7 % pour les CO, $p = 0,02$), le même constat est fait avec les TC (19 % vs 8 % pour les TO, $p = 0,03$). Aucune différence significative selon le sexe n'est observée.

Définitions de la dépendance données par les consommateurs de psychotropes

La dépendance c'est: (n = 200)	
Ne pas pouvoir s'en passer, être incapable de vivre sans	67 %
Comparaison avec d'autres produits (drogue, tabac, alcool)	17 %
Avoir une sensation de manque (ne pas être bien, malaises)	14 %
Une nécessité/une obligation	12 %
C'est un besoin	10 %
Une prise systématique/une habitude (même sans besoin)	9 %
Absorption quotidienne	8 %
Peur du manque/sevrage	7 %
En prendre plus pour avoir les mêmes effets	6 %
Absorption à long terme	3 %
Une accoutumance/une perte de liberté	2 %
Perte de contrôle de soi	1 %
Un moyen d'atteindre un bien-être	4 %
Conservation d'une certaine qualité de vie, d'un même comportement	1 %
Se renfermer sur soi/avoir des difficultés à se gérer/avoir des difficultés à s'analyser	1 %
En avoir toujours sur soi	2 %

Comment les consommateurs jugent-ils leur dépendance? Quels sont les facteurs associés?

Quatre consommateurs sur cinq ont ressenti le besoin de diminuer. Mais seul un sur deux se considère dépendant. Un sur quatre a déjà eu des remarques de son entourage sur ce sujet (tableau page 64).

Les TC se considèrent majoritairement comme des dépendants (85 % vs 19 % pour les TO, $p < 0,001$), ils ont l'impression de trop consommer (37 % vs 14 % pour les TO, $p < 0,05$), et leur entourage leur a fait plus souvent des remarques à ce sujet (34 % vs 15 % pour les TO, $p < 0,05$). Le constat est identique pour les CC (66 % vs 22 % pour les CO, $p < 0,001$). Aucune autre différence significative selon le sexe n'est observée.

Perception de la dépendance et de facteurs associés (n = 200)

Signes associés à la dépendance	
Ont l'impression de trop consommer	28 %
On leur a fait des remarques à ce sujet	25 %
Ont ressenti le besoin de diminuer	80 %
Se perçoivent dépendants	48 %
Ont l'impression d'être dépendants	22 %
Se jugent dépendants	26 %

Quels sont les signes de la dépendance ?

Deux personnes sur trois déclarent que la consommation de psychotropes produit des signes de mal-être liés à la dépendance, un sur trois « ne sait pas ».

Deux sur trois mettent en avant des signes d'ordre psychologique : « air de planer », regard dans le vague, manque de concentration, nervosité, anxiété, angoisse, et un sur deux des signes physiques : lenteur, somnolence, troubles de l'élocution et du comportement.

Ils sont deux fois moins nombreux à décrire des signes psychologiques de dépendance liés à l'arrêt ou à l'oubli, trois fois moins nombreux pour les signes physiques (tableau ci-dessous).

Aucune différence significative selon le sexe, la perception de la consommation ou la trajectoire n'est observée.

Les signes de la dépendance associés à la prise et au manque de psychotropes

Signes de la dépendance 67 % (n = 134)	après une prise de psychotropes	après un arrêt ou un oubli de psychotropes
Mal-être: signes psychologiques	68 %	33 %
Nervosité	10 %	10 %
Excitation	7 %	2 %
Agressivité/irritabilité/insupportable	4 %	2 %
Affolement/panique	-	2 %
Anxiété/angoisse	2 %	8 %
Perte de mémoire	6 %	-
Manque de concentration	10 %	-

« Air de planer »/regard dans le vague	19 %	2 %
Absences	2 %	-
Tristesse/morosité	2 %	-
Idées suicidaires	1 %	-
Troubles de l'humeur	2 %	2 %
Dépression	3 %	4 %
Mal-être: signes physiques	52 %	16 %
Palpitations	2 %	2 %
Lenteur	11 %	-
Démarche hésitante	2 %	-
Nonchalance	2 %	-
Somnolence	10 %	-
Engourdissement	2 %	-
Bouche pâteuse	4 %	-
Nœud à l'estomac	-	3 %
Troubles de l'élocution	8 %	2 %
Problème de photosensibilisation	1 %	-
Tremblements	2 %	5 %
Maux de tête	1 %	-
Somnambulisme/automatismes	1 %	-
Troubles du comportement	8 %	2 %
Signes comparables à la dépendance à d'autres produits (alcool, tabac...)	12 %	11 %
Signes liés à la définition de la dépendance	16 %	10 %

DISCUSSION

Un tiers des consommateurs a reconnu avoir arrêté – la principale raison citée pour justifier cet arrêt est « un sentiment de mieux-être avec la fin du besoin ». Nous sommes bien dans le registre des représentations sociales d'une santé égale à un état de bien-être plutôt que dans celui de la maladie.

Le principal prescripteur est le médecin généraliste, notamment pour les occasionnels, suivi par les psychiatres ; ce qui confirme les données connues : 85 % des psychotropes sont prescrits par des généralistes, et seulement 11 % par des psychiatres ou des neurologues⁵⁷. L'automédication familiale et amicale reste marginale, y compris pour la première prise.

Lorsque sont abordés les besoins qui sont associés aux recours aux psychotropes, plus de la moitié des personnes cite des raisons endogènes, notamment les continus. Parmi ces raisons, la prévalence des problèmes de santé est majoritaire (dépression et troubles du sommeil). En revanche, ce sont les problèmes de sommeil et le stress qui prédominaient dans les raisons du maintien d'une consommation entre 1994 et 1999, notamment les occasionnels. Un schéma semble ainsi s'inscrire dans le vécu de consommation : 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.

L'utilisation des termes « dépression » ou « déprime » soulève le problème de la récupération par les profanes d'un vocabulaire spécialisé pour médicaliser leur parole et de donner aux « choses non définies » un sens. Grâce à ce discours, le mal-être trouve une existence « normalisée » ; le terme de « dépression » semble avoir couvert ce besoin. Hillert a d'ailleurs mis en évidence, dans son étude sur l'impact de la presse allemande, que les dépressions et les anxiétés ne sont pas considérées comme de véritables pathologies médicales⁵⁸.

Les raisons exogènes (problèmes avec l'entourage familial, événements de vie) sont davantage évoquées par les femmes ainsi que par les occasionnels. Les problèmes professionnels sont plus souvent abordés par les hommes, ce qui rejoint les constats du volet 1, qui met en évidence que les hommes sont davantage tributaires de l'influence des contraintes professionnelles comme la non-satisfaction au travail ; ce qui réaffirme le rôle des facteurs associés aux différences de genre déjà identifiés comme intervenant également dans la consommation médicamenteuse générale⁵⁹.

Au regard de ces éléments, il apparaît qu'une exigence accrue de la population à l'égard de la santé et du bien-être peut constituer une des hypothèses explica-

tives concernant la consommation de psychotropes en dehors de la relation inhérente aux pathologies psychiques⁶⁰. L'usage de psychotropes est en effet intimement lié, pour certaines personnes, à l'idée qu'elles se font du bien-être⁶¹. L'accès au bien-être et à la santé, par l'hégémonie du médicament, passe, pour ces consommateurs, par l'usage de psychotropes. Ce médicament est devenu un instrument pour gérer sa vie sociale et permettre artificiellement aux yeux de la société de se prévaloir d'une « super santé » devenue un besoin légitime pour la communauté voire une nécessité⁶². Il les aide à s'adapter à la norme sociale, à maintenir les rôles sociaux et à faire face aux événements nouveaux. « Le trouble des frontières » qui entoure l'utilisation de psychotropes est ainsi posée⁶³.

Pour une forte majorité, le fait d'avoir pris ou de prendre des psychotropes a changé la vie. Leurs motivations pour le recouvrement du bien-être dépassent donc le sentiment de culpabilité, alors que vraisemblablement celui-ci affecte leur qualité de vie. L'amélioration de la qualité de vie est cependant le principal argument avancé en faveur des psychotropes. Or, une consommation de psychotropes peut être associée à une qualité de vie qui se détériore. Si cette consommation se prolonge, cela peut-être lié à une qualité de vie difficile à maintenir ou alors à un bien-être qui ne peut-être recouvré que par les psychotropes. Une étude comparant les consommateurs continus et occasionnels aux non-consommateurs permettrait de mieux comprendre les relations entre attitudes à l'égard des psychotropes et qualité de vie. Une étude sur l'importance de la qualité de vie et sa prise en compte comme un facteur prédictif de l'usage de psychotropes a été réalisée auprès de consommateurs de tabac. Ces études ont montré le lien entre la consommation, sa régularité et une détérioration du niveau de qualité de vie⁶⁴.

Peu de consommateurs ne se renseignent pas, ils accordent au médecin et au traitement une totale confiance, notamment les continus. Ces informations reçues ont modifié le comportement en favorisant une baisse de la consommation ou en renforçant le désir d'arrêter ; elles ne doivent pas être négligées. Les continus sont plus nombreux à prendre leurs psychotropes en association avec d'autres produits, plus particulièrement des médicaments pour d'autres pathologies ; ce qui présuppose un état de santé nécessitant plus de soins, et renforce l'idée précédente d'une étude sur leur qualité de vie.

Aucune personne n'a souligné le fait de se sentir mal informé ou de ressentir le besoin d'informations. Mais l'information donnée sur les psychotropes est-elle suffisamment complète ? Une enquête médicale nationale pourrait être menée comme

60. Ehrenberg, 1989.

61. Marcquet, 1994.

62. Romani, 1991.

63. Ehrenberg, 1998.

64. Wilson, 1999 ; Woolf, 1999.

57. Guignon, 1994.

58. Hillert, 1996.

59. Empereur, 1998 ; Baumann, 1996.

l'a fait l'équipe d'Alderman en Australie. Elle a été réalisée en 1996 par téléphone sur un jour donné. L'analyse qualitative des 2 245 appels montre que plus de la moitié des personnes est opposée à la médication par les psychotropes. La nature de leurs inquiétudes concerne notamment les effets secondaires. Quant aux personnes qui prennent des médicaments psychotropes, elles souhaiteraient avoir accès à une information de « haute » qualité sur ces traitements. Une attente semble exister dans le public à l'égard de ce type de service⁶⁵.

Si globalement les consommateurs reconnaissent aux psychotropes des effets positifs, d'après eux, la population porte un regard négatif sur ces médicaments. Cette perception corrobore les travaux menés en population générale⁶⁶. Les occasionnels disent que les gens ont un regard plutôt positif. Les femmes insistent plutôt sur le discours fataliste qui entoure cette consommation. Le regard des continus sur les psychotropes est également fataliste bien qu'ils précisent « vouloir s'en passer ». Les occasionnels s'en tiennent à donner des conseils, notamment « faites-en une utilisation modérée ».

« Ne pas pouvoir s'en passer, être incapable de vivre sans » représente le critère principal qui définit la dépendance aux médicaments psychotropes. Ce critère est plus souvent cité par les femmes ainsi que par les occasionnels. Les continus associent la dépendance à une « sensation de manque ».

La moitié des consommateurs se reconnaît dépendant. De même, un tiers des consommateurs qui se déclaraient continus avait objectivement une trajectoire occasionnelle. Ces constats relativisent en quelque sorte l'affirmation de Cohen⁶⁷ pour qui la dépendance reste difficile à admettre, même si objectivement les consommateurs ne peuvent s'en passer. En effet, il existe des stratégies d'adaptation autour de la dépendance pouvant, selon les personnalités, se traduire par un déni constituant parfois un signe de dépendance. Ce déni serait lié aux images péjoratives fréquentes pour décrire l'usager et l'usage de psychotropes : personnalité faible, échec. Malgré les images péjoratives évoquées par notre population, la plupart des continus avouent leur dépendance en soulignant qu'ils ont l'impression de trop consommer et que leur entourage leur fait des remarques à ce sujet.

Plus de huit consommateurs à trajectoire continue sur dix se perçoivent dépendants, et, inversement, plus de huit consommateurs à trajectoire occasionnelle sur dix ne se déclarent pas dépendants : cette concordance entre la perception de dépendance et la trajectoire objectivée (volet 2) est un bon élément de validation de cette dernière.

Que la dépendance soit perçue ou non, la presque totalité des consommateurs s'estime suffisamment familiarisée avec ce phénomène pour déclarer être capable de discerner les signes de la dépendance. Ils représentent ceux du mal-être tant d'ordre psychologique que physique. Qu'ils soient visibles sur autrui ou perceptibles sur soi-même, ils sont ressentis en fonction des connaissances et des représentations de chacun. C'est l'image qui se construit qui fera entre autre que tels ou tels moyens seront mis en œuvre pour y remédier, comme les substitutions au profit des médicaments homéopathiques ou des phytothérapies.

Parler de sa consommation, peu le font « sans gêne ». Les personnes qui osent en parler disent que c'est « quelque chose de normal car il n'y a pas de raison de s'en cacher », parce que « cela peut servir de conseils pour les autres ». Encore faut-il trouver la personne adéquate ! C'est donc en priorité vers l'entourage proche, la famille, les amis, les voisins que l'on se tourne. En revanche, ceux qui n'en parlent pas, c'est parce que c'est un sujet privé, personnel et qu'ils n'y trouvent aucun intérêt, cela représente une réelle difficulté pour eux car c'est un sujet entaché de honte et dévalorisant à leurs yeux. Reconnaître l'usage de psychotropes c'est *in situ*, pour eux, révéler des difficultés psychiques qui s'apparentent à la faiblesse. L'image péjorative des psychotropes contribue à l'opacification de la consommation. C'est ainsi que l'on peut expliquer le problème de la sous-déclaration, déjà appréhendée dans les études de la consommation de tabac, d'alcool et des drogues illicites⁶⁸.

L'analyse des conduites des consommateurs continus et des occasionnels nous amène à distinguer trois discours⁶⁹.

Deux discours pour les continus :

Premier discours. Ils croient en l'efficacité médicale des psychotropes. Ils relativisent les impacts positifs que les médicaments peuvent avoir sur leur vie et leur santé. Ils ont conscience des effets négatifs, de la dépendance. Ils se sentent obligés de prendre des psychotropes, soit pour traiter une maladie, soit pour faire taire une souffrance souvent d'origine sociale. Victimes du système, ils consomment ces médicaments pour les autres, pour préserver ou maintenir la paix sociale. Leur stratégie d'acceptation de cette consommation se formalise par des attitudes favorables à l'automédication afin d'exercer une tentative de contrôle.

Deuxième discours. Les continus ont une confiance totale dans le médicament, le corps médical. Leur comportement fait paraître une adaptation « heureuse » autour de cette consommation, dans leur vie et pour leur santé. Les psychotropes

65. Alderman, 1997.

66. Angermeyer, 1993, 1996 ; Hillert, 1996.

67. Cohen, 1997.

68. Mc Allister, 1991.

69. Helman, 1981.

les aident à mieux vivre, à être bien et participent à leur quotidien. La dépendance est acceptée et participe à leur équilibre. La force de l'habitude est présente, une dépendance psychologique existe.

Un discours pour les occasionnels

Ce discours s'avère plus homogène. Les occasionnels nient leur dépendance, elle reste ponctuelle donc ils n'en ont pas conscience. Ils nient les effets secondaires de ces médicaments comme pour se prouver qu'ils sont autonomes. Mais ils avouent ne pas pouvoir s'en passer face à certaines situations.

Des recherches devraient être menées pour différencier les profils des consommateurs continus, et analyser ce qui caractérise leurs comportements.

CONCLUSION

Notre étude confirme la prédominance de la consommation féminine, retrouve les grands facteurs associés à la consommation de médicaments psychotropes, met en évidence le rôle des facteurs socioprofessionnels chez les hommes et des facteurs médicaux chez les femmes, et ceci dans une population de la cinquantaine, motivée et attentive à sa santé.

L'originalité de notre approche est sans nul doute de ne pas s'être focalisée sur un statut de consommateur « ponctuel », mais d'avoir considéré une trajectoire de consommation, combinaison entre une durée et une régularité de prise. Car ce n'est pas la consommation de psychotropes qui serait péjorative, mais la durée et la régularité de la prise inscrites ici sur une période de cinq ans qui sont les signes d'une forme de dépendance.

L'enseignement que l'on peut tirer de ce travail est que les caractéristiques socio-démographiques n'interviennent que peu dans les attitudes à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance. Il y a d'abord, et avant tout, des consommateurs qui se distinguent par leur trajectoire continue ou occasionnelle.

Ce constat nous amène à proposer deux hypothèses. La première, méthodologique, touche à la relative homogénéité de notre échantillon qui peut expliquer le peu d'ampleur des variations observées. La seconde, plus sociologique, concerne la période de la cinquantaine qui, chargée d'événements de vie (divorce, départ des enfants de la maison, responsabilité croissante au travail, retraite, etc.) uniformiserait les attitudes des consommatrices et des consommateurs. De plus, la socialisation, résultant de l'expérience que représente l'usage du psychotrope, harmoniserait les conduites sociales et les discours vis-à-vis de ce médicament et de la dépendance potentielle qu'il engendre, et ceci d'autant plus que les personnes ont elles-mêmes, en tant qu'utilisateurs, un vécu personnel de consommation.

L'analyse des attitudes met à jour deux idées maîtresses. La première évoque la soumission des consommateurs aux psychotropes associée au désir de mieux-être. Ils perçoivent leur attachement à ces médicaments et affirment qu'ils aimeraient pouvoir s'en passer, mais un sur deux ne le fait pas puisque sa consommation suit une trajectoire continue. Il y a un consensus sur l'aide à mieux vivre, mais aussi sur le souhait de vivre sans cette aide. Ils ressentent la prise de psychotropes comme

la réponse à un besoin qu'ils n'associent pas systématiquement à la présence d'une pathologie. L'incertitude sur le statut du mal est soulevée. La seconde replace le rôle du médecin et celui du médicament dans une relation qui se veut être avant tout thérapeutique. Le phénomène de soumission des patients aux psychotropes au nom du « mieux-être » renvoie également aux problèmes de la soumission des médecins à la souffrance de leurs patients et de la participation du corps médical à l'élaboration d'une réponse médicalisée.

D'autre part, l'analyse des attitudes à l'égard des psychotropes met en évidence les ambivalences liées aux effets (positifs/négatifs) et aux dépendances (explicite/implicite) produits par ces médicaments. Les consommateurs continus croient en l'efficacité médicale des psychotropes et aux impacts positifs que les médicaments peuvent avoir sur leur qualité de vie. Ils se sentent obligés de prendre ces médicaments et acceptent cette dépendance ; la force de l'habitude est présente. Les consommateurs occasionnels nient leur dépendance et ont conscience des effets négatifs. Les trajectoires et les attitudes sont liées. Les consommateurs qui ont une attitude plutôt positive face aux psychotropes, et peu négative sur leurs effets, ont davantage une trajectoire occasionnelle. Ceux qui ont des attitudes explicites ou implicites à l'égard de la dépendance ont plutôt une trajectoire continue. Avoir une attitude réservée sur les psychotropes pourrait protéger d'une consommation continue. Une expérience continue amènerait les consommateurs à objectiver le risque de dépendance. Quant à la maîtrise de la consommation, elle serait pour les occasionnels la preuve du faible risque de dépendance.

Les impacts de ces résultats concernent notamment les stratégies de prévention et d'éducation à la santé qui devraient davantage insister sur les risques liés : à l'habitude plutôt que sur les dépendances niées par les occasionnels et acceptées par les continus ; aux effets secondaires souvent oubliés dans les pratiques d'automédication.

Les psychotropes sont des produits intimement liés aux époques et aux sociétés. Les individus ont toujours eu recours aux substances psychotropes, mais le rapport qui s'est établi entre l'usager et le produit s'est modifié dans l'histoire en fonction de l'environnement culturel et du contrôle social⁷⁰. Son utilisation est totalement intriquée au fonctionnement culturel, social et économique d'une société ; des normes et des règles édictées par des traditions familiales et sociales balisent cette conduite⁷¹. Au XIX^e siècle, les sédatifs et les stimulants ont été consommés pour faire face aux longues journées et aux conditions de travail pénibles. Ses substances étaient des instruments d'intégration sociale. La responsabilité était individuelle.

C'est l'apparition du médicament qui pousse les médecins à le substituer peu à peu aux remèdes. L'État en prend ainsi le contrôle par l'intermédiaire de la prescription médicale. Les médecins annexent progressivement l'autonomie que la population avait acquise à travers les pratiques domestiques. L'automédication est alors bannie, et l'usage de ces substances interdit⁷². La résultante de ce processus est une tendance générale à la médicalisation de la vie où la responsabilité a pris une forme collective et le médecin un rôle de négociateur de « paix sociale ». Ce qui reste préoccupant c'est que la consommation de psychotropes soit considérée par les consommateurs comme d'autant plus légitime qu'elle permet de remédier à des déficits modérés ou majeurs du fonctionnement de l'individu dans l'exercice de ses rôles familiaux et professionnels ou dans sa capacité à faire face aux événements de vie. L'accès au bien-être et à la santé, par l'hégémonie du médicament, passe par l'usage de psychotropes.

Les consommateurs de psychotropes ont des images plutôt positives de leur utilisation. Ces médicaments permettent d'oublier les problèmes, améliorent la qualité de vie, apportent un soutien. Cette attitude positive à l'égard des psychotropes est toutefois contrebalancée par des attitudes plus réservées, voire plus critiques. Toutefois, certaines personnes considèrent qu'il est mieux de faire preuve de volonté pour résoudre soi-même les problèmes au lieu de prendre des psychotropes et vont jusqu'à penser que consommer ces médicaments est un signe de faiblesse personnelle. D'autres mettent en évidence les effets secondaires et les signes de la dépendance, et déclarent que ces médicaments non seulement ne guérissent pas, mais recouvrent et cachent les vrais problèmes. L'existence d'images péjoratives entretient une sorte de « culpabilisation sociale » que l'on évoque pour avoir bonne conscience comme si les peurs collectives permettaient de cacher le mal.

Plus le vécu de l'usage de médicaments psychotropes a été favorable, plus les consommateurs sont tentés de poursuivre une consommation, et ceci avec une certaine légitimation médicale. Les écarts entre les discours qui entourent la prise initiale et les raisons actuelles de la rechute ou celles de la pérennisation montrent à quel point les problèmes tant des femmes que des hommes se sont médicalisés. Un risque de dépendance, même reconnue par les consommateurs, ne s'avère plus être aujourd'hui une raison suffisante pour engendrer un arrêt de la consommation.

Le « malaise » ou le « mal-être » ne faisant pas partie du registre de la maladie, interpellerait le consommateur de psychotropes en tant qu'acteur, cogestionnaire de sa santé. L'automédication, l'adaptation des doses, les modifications de traitement, et donc une certaine non observance, ne seraient pas des entraves aux décisions médicales, mais tout simplement des actes d'autonomie, révélateurs d'une

70. Cardinal, 1988.

71. Reynaud et coll., 1987.

72. Romani et coll., 1991.

participation à la gestion de leur bien-être. Ces pratiques s'inscrivent davantage dans le souci de mieux « prendre en main sa santé, donc son bien-être », et non dans celui d'une défiance à l'égard du médecin. De plus, le discours de la prévention et d'éducation à la santé insiste sur le fait que « le médecin n'est plus le seul responsable » et que la contribution des profanes doit être effectivement sollicitée. Ce paradoxe serait l'instigateur de comportements sociaux nouveaux.

Nos propositions pour poursuivre ce travail sont les suivantes :

Premier axe. Il s'agit maintenant de comparer les attitudes à l'égard des médicaments psychotropes, de la dépendance et de la qualité de vie entre des consommateurs continus, occasionnels et des non consommateurs, et d'expliquer des trajectoires de consommation continue, occasionnelle et de non consommation à partir des attitudes et de la qualité de vie.

Les attitudes à l'égard des psychotropes et de la dépendance, la qualité de vie sont-elles des déterminants des trajectoires de consommation continue, occasionnelle et de non-consommation ? Comment apparaît le risque d'être continu ou occasionnel ou non-consommateur en fonction de la qualité de vie ? Quelles sont les attitudes des non-consommateurs à l'égard des psychotropes et de la dépendance ?

Deuxième axe. Si elle ne fait pas partie des notions fondamentales de la sociologie, la confiance est de celles qui suscitent régulièrement des débats. Elle devient de plus en plus incontournable en sociologie de la santé. Qu'entend-on par « faire confiance à un médecin » et quelle place cette réalité polymorphe – la confiance – occupe-t-elle dans les différents aspects de la relation ? Quelles normes la régissent ? Comment se construit-elle ?⁷³ Comment se marque son absence ou sa remise en question chez les consommateurs de psychotropes ? Si la délivrance d'une ordonnance est la résultante de la confiance établie entre patient et médecin, comment la complicité du corps médical à cette prescription de « mieux-être », mais aussi de « paix sociale » est-elle ressentie ? Ne met-elle pas en péril la confiance actuelle du public à l'égard tant de l'ensemble des praticiens que du système de santé tout entier ?

Troisième axe. Le respect des prescriptions obéit à un phénomène d'observance qui est d'autant plus fréquent qu'il est associé à une médication de longue durée. Les professionnels de la santé ont été pendant longtemps les seuls acteurs de ce processus de gestion de la santé et du médicament comme outil thérapeutique⁷⁴. La non-observance à l'égard des médicaments prescrits est-elle un fait social qui s'applique à tous les traitements quels qu'ils soient ? Ou bien est-ce spécifique à l'utilisation des médicaments comme les psychotropes ? Une étude sur les raisons

qui motivent l'apparition et le développement de telles pratiques à l'égard des médicaments en général, et des psychotropes en particulier, pourrait nous éclairer sur le sens à donner à ces conduites. Est-ce une conduite de « proximité » ou « d'appropriation des traitements » comme celle qui se pratiquait avec les remèdes ? Comment s'intègre-t-elle, plus largement, dans le cadre d'une forme d'autonomie et d'une prise en charge des soins domestiques par les individus ou les familles ? Une étude sur les pratiques d'autonomie comme critères d'observance thérapeutique compléterait cette approche sur les facteurs de vulnérabilité et de protection dans le recours ou non aux médicaments psychotropes. La problématique serait de dégager les associations entre les actes d'autonomie et l'observance thérapeutique afin de mieux comprendre les liens qui s'établissent entre le médicament, les modalités de sa prise et les comportements de contrôle exercé par les consommateurs voire les non-consommateurs. Les actes d'autonomie supposent l'existence d'une capacité à comprendre, à entreprendre et à refuser. Comment s'expriment-ils dans l'observance thérapeutique de consommateurs de médicaments psychotropes ? En quoi différencient-ils des types d'observance thérapeutique chez des non-consommateurs et des consommateurs de psychotropes ?

Quatrième axe. Aujourd'hui, l'autonomie est devenue un moyen d'influer sur l'observance lorsque la prescription fait l'objet d'une négociation. Elle place l'individu comme un acteur responsable des réalités sociales qui l'entourent⁷⁵. La reconnaissance de cette autonomie préconise d'humaniser le système de soins, d'être respectueux des personnes, de leur intégrité, de leurs droits et de leur capacité à agir et à juger de leur corps et de leur santé⁷⁶. Ce principe, variable dans l'espace et dans le temps, est limité par les contraintes sociales. Le concept d'autonomie reconnaît à la personne la capacité à se fixer ses normes⁷⁷. Nos résultats ont montré qu'il existait deux types de consommateurs continus de psychotropes dont les besoins en matière d'éducation aux patients et de prises en charge sont spécifiques. Notre problématique s'inscrit donc dans cette recherche des facteurs qui différencient ces consommateurs. Il semble nécessaire de distinguer les observants thérapeutiques des non-observants. Car les stratégies que les non-observants développent autour de la médication seraient l'expression d'actes d'autonomie qui s'articuleraient autour de la défiance du médicament et de ses effets toxiques. Ils coopéreraient avec le médecin en vue de maîtriser leur thérapeutique alors que les observants planifieraient leur consommation dans une relation et un cadre définis par le médecin. Ils s'associeraient à lui pour modifier la prescription, mais se montreraient respectueux dans son application. Confiants dans la médecine, leur habitude de consommer tendrait vers une pérennisation.

75. Hoeni, 1998.

76. Saillant, 1996.

77. Neuberg, 1998.

73. Cresson, 2000.

74. Le Bot, 1999.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALDERMAN (C.P.), RYAN (M.J.), « Consumers Requests for Information Regarding Psychotropic Drugs : Experience from a National Medecines Phone-in », *The Annals of Pharmacotherapy*, 1997 ; 31 : 1301-1305.
2. ANGERMEYER (M.C.), DAUMER (R.), MATSCHINGER (H.), « Benefits and Risks of Psychotropic Medication in the Eyes of General Public : Results of a Survey in the Federal Republic of Germany », *Pharmacopsychiatry*, 1993 ; 26 : 114-120.
3. ANGERMEYER (M.C.), MATSCHINGER (H.), « Public Attitude Towards Psychiatric Treatment », *Acta. Psychiatr. Scand.*, 1996 ; 94 : 326-336.
4. ANGERMEYER (M.C.), MATSCHINGER (H.), « Social Distance Towards the Mentally Ill : Results of Representative Surveys in the Federal Republic of Germany », *Psychol. Med.*, 1997 ; 27 : 131-141.
5. ANKRI (J.) (sous la direction), « Dossier médicament et santé publique », *ADSP*, 1999 ; (27) : 20-64
6. ASHTON (H.), « Psychotropic-Drug Prescribing for Women », *Br. J. Psy.*, 1991 ; 158 : 30-35.
7. BALTER (M.B.), LEVINE (J.), MANHEIMER (D.), « Cross-National Study of the Extent of Anti-Anxiety/Sedative Drug Use », *N. Eng. J. Med.*, 1974 ; 769-774.
8. BALTER (M.B.), MANHEIMER (D.I.), MELLINGER (G.D.), UHLENHUTH (E.H.), « A Cross-National Comparison of Anti-Anxiety/Sedative Drug Use », *Curr. Med. Res. Opin.*, 1984 ; 4 : 5-20.
9. BAUMANN (M.), POMMIER (J.), DESCHAMPS (J.-P.), « Prescription médicale et consommation de psychotropes : quelques interrogations sur les différences entre hommes et femmes », *Cah. Sociol. Demogr. Med.*, 1996 ; 36 : 63-78.
10. BLENNOW (G.), ROMELSJÖ (A.), LEIFMAN (H.), LEIFMAN (A.), KARLSSON (G.), « Sedatives and Hypnotics in Stockholm : Social Factors and Kinds of Use », *Am. J. Pub. Health*, 1994 ; 84 : 242-246.
11. CAFFERATA (G.L.), KASPER (J.), BERNSTEIN (A.), « Family Roles, Structure, and Stressors in Relation to Sex Differences in Obtaining Psychotropic Drugs », *Journal of Health and Social Behavior*, 1983 ; 24 : 132-143.
12. CAFFERATA (G.L.), MEYERS (S.M.), « Pathways to Psychotropic Drugs, Understanding the Basis of Gender Differences », *Med. Care*, 1990 ; 28 : 285-300.

13. CANS (C.), ROTILY (M.), « La consommation de psychotropes en population générale dans le département de l'Isère », *Rev. Epidemiol. Santé Publique*, 1991 ; 39 : 515-522.
14. CARDINAL (N.), « Dimensions culturelles et historiques de l'usage des psychotropes », in : *L'usage des drogues et la toxicomanie*, BRISSON P., éd. Gaëtan Morin, Montréal, 1988, 21-35.
15. CHAMBARETAUD (S.), *La consommation des médicaments dans les principaux pays industrialisés*, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, 2000 ; 47 : 1-8
16. COHEN (D.), KARSENTY (S.), « Les représentations sociales des effets secondaires des anxiolytiques : une étude comparative Québec - France, Rapport de recherche du programme « médicaments et santé mentales », *MIRE*, Montréal - Paris, 1997.
17. COOPERSTOCK (R.), PARNELL (P.), « Research on Psychotropic Drug Use a Review of Findings and Methods », *Soc. Sci. Med.*, 1982 ; 16 : 1179-1196.
18. CRESSON (G.), « La confiance dans la relation médecin-patient », in : *Les usagers du système de soins*, éd. Ecole nationale de la santé publique, Coll. Recherche Santé Social, Rennes, 2000 ; 6 : 333-350.
19. DEALBERTO (M.J.), SEEMAN (T.), MCAVAY (G.-J.), BERKMAN (L.), « Factors Related to Current and Subsequent Psychotropic Drug Use in an Elderly Cohort », *J. Clin. Epidemiol.*, 1997 ; 50 : 357-364.
20. DRANE (J.W.), RICHTER (D.), STOSKOPF (C.) (1993), « Improved Imputation of non-Responses to Mailback Questionnaires », *Stat. Med.*, 12 : 283 - 288.
21. EHRENBERG (A.) (sous la direction), *Drogues et médicaments psychotropes. Le trouble des frontières*, Société éd. Esprit, Seuil, Paris, 1998 : 264 p.
22. EHRENBERG (A.), *L'individu sous perfusion : société concurrentielle et anxiété de masse*, Esprit, 1989 ; 36-48.
23. EMPEREUR (F.), BRIANCON (S.), PREZIOSI (P.), BAUMANN (M.), GALAN (P.), HERCBERG (S.), « Les déterminants de la consommation de psychotropes, Congrès ADELFI », *Revue épidémiologique de Santé publique*, 1998 ; 46 : 64-65 ; [Abstract].
24. FERLEY (J.-P.), BALDUCCI (F.), CHARREL (M.), DRUCKER (J.), « Fréquence des troubles du sommeil et recours aux somnifères chez les habitants d'une ville moyenne. Identification de facteurs associés », *Rev. fr. Santé publique*, 1988 ; 24-29.
25. GRAHAM (K.), VIDAL-ZEBALLOS (D.), « Analyse of Use of Tranquilizers and Sleeping Pills Across Five Surveys of the Same Population (1985-1991) : the Relationship with Gender, Age and Use of User Substances », *Soc. Sci. Med.*, 1998 ; 46 : 381-385.
26. GUIGNON (N.), *Les consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes en France en 1991-1992*, Solidarité santé, 1994 ; (1).
27. GUIMON (J.), FISHER (W.), GOERG (D.), ZBINDEN (E.), « Médicaments psychotropes et population générale : consommation, attitudes et représentations », *Cah. Psychiatriques*, 1996 ; 21 : 229-250.
28. HADSALL (R.), FREEMAN (R.), NORWOOD (J.), « Factors Related to the Prescribing of Selected Psychotropic Drugs by Primary Care Physicians », *Soc. Sci. Med.*, 1982 ; 16 : 1747-1756.
29. HELMAN (C.G.), « Tonic, Fuel and Food : Social and Symbolic Aspects of the Long-term Use of Psychotropic Drugs », *Soc. Sci. Med.*, 1981 ; 15 : 521-533.
30. HEMMINKI (E.), « Review of Literature on the Factors Affecting Drug Prescribing », *Soc. Sci. Med.*, 1975 ; 9 : 111-115.
31. HERCBERG (S.), PREZIOSI (P.), BRIANÇON (S.), *et al.*, « A Primary Prevention Trial Using Nutritional Doses of Antioxydant Vitamines and Minerals in Cardiovascular Diseases and Cancers in General Population : "the SU. VI. MAX study" ». Design, Methods and Participant Characteristics », *Controlled Clin. Trials*, 1998 ; 19 (4) : 336 - 351.
32. HILLERT (A.), SANDMANN (J.), EHMIG (S.C.), SOBOTA (K.), WEISBECKER (W.), KEPPLINGER (H.M.), *et al.*, « Psychopharmacology Drugs as Represented in the Press: Results of Systematic Analysis of Newspapers and Popular Magazines », *Pharmacopsychiatry*, 1996 ; 29 : 67-71.
33. HOERNI (B.), SAURY (S.), *Le consentement : information, autonomie et décision en médecine*, Paris, Masson, 1998, 156 p.
34. HOHMANN (A.), « Gender Bias in Psychotropic Drug Prescribing in Primary Care », *Med. Care.*, 1989 ; 27 : 478-490.
35. ISACSON (D.), CARSHO (K.), HAGLUND (B.), SMEDBY (B.), « Psychotropic Drug Use in a Swedish Community : Patterns of Individual Use During 2 Years », *Soc. Sci. Med.*, 1988 ; 27 : 263-267.
36. LE BOT (M.), « Observance dossier », *Rev. prat. MG*, 1999 ; 469 (13) : 1335-48
37. LE MOIGNE (P.), « Anxiolytiques, hypnotiques. Les données sociales du recours », *Swiss Journ. Sociol.*, 2000 ; 26 : 71-109.
38. LEGRAIN (M.), LECOMTE (T.), « The Consumption of Psychotropics in France and Some European Countries », *Ann. Pharm. Fr.*, 1998 ; 56 : 67-75.
39. LINK (B.G.), PHELAN (J.-C.), BRESNAHAN (M.), STUEVE (A.), PESCOLIDIO (B. A.), « Public Conceptions of Mental Illness : Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance », *Am. J. Pub. Health*, 1999 ; 89 : 1328-1333.
40. MANT (A.), DUNCAN-JONES (P.), SALTMAN (D.), BRIDGES-WEBB (C.), KEHOE (L.), LANSBURY (G.), *et al.*, « Development of Long Term Use of Psychotropic Drugs by General Practice Patients », *Br. Med. J.*, 1998 ; 296 : 251-254.

41. MARCQUET (C.), *Toxicomanies. Aliénation ou styles de vie*, éd. L'Harmattan, Paris, 1994.
42. MCALLISTER (I.), MAKKAI (T.), « Correcting for the Underreporting of Drug Use in Opinion Surveys », *Int. J. Addict*, 1991 ; 26 : 945-961.
43. MELLINGER (G. D.), BALTER (M.B.), UHLENHUTH (E.), « Prevalence and Correlates of the Long-term Regular Use of Anxiolytics », *JAMA*, 1984 ; 251 : 375-379.
44. MORNICHE (P.), *Deux décennies d'évolution des consommations médicales. Enquête décennale 1991-1992*, Paris, CREDES, 1994.
45. NEUBERG (M.), « Libre arbitre, autonomie et raison philosophique », *Sciences humaines*, 1998 ; 86 : 26-31
46. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, « Les consommations de drogue en France », *Indicateurs et tendances*, OFDT, 1999 : 77- 80.
47. OGUR (B.), « Long Day's Journey into Night: Women and Prescription Drug Abuse », *Women and Health*, 1986 ; 11 : 99-115.
48. OHAYON (M.M.), CAULET (M.), PRIEST (R.G.), GUILLEMINAULT (C.), « Psychotropic Medication Consumption in the UK General Population », *J Clin. Epidemiol.*, 1998 ; 51 : 273-283.
49. PELISSOLO (A.), BOYER (P.), LEPINE (J.-P.), BISSERBE (J.-C.), « Epidemiology of the Use of Anxiolytic and Hypnotic Drugs in France and in the World », *Encephale*, 1996 ; 22 : 187-196.
50. REYNAUD (J.-C.), GOUDERT (A.-J.), « Du remède au médicament », in : *Essai sur l'art thérapeutique. Du bon usage des psychotropes*, Infomed, éd. Frisson-Roche Paris, 1987, 389 - 398.
51. RIED (L.D.), CHRISTENSEN (D.B.), STERGACHIS (A.), « Medical and Psychosocial Factors Predictive of Psychotropic Drug Use in Elderly Patients », *Am. J Pub. Health* 1990 ; 80 : 1349-1353.
52. ROMANI (O.), COMELLES (J.-M.), « Les contradictions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines : automédication et dépendance », *Psychotropes*, 1991 ; 10 : 39-57.
53. SABRAN (V.), HARDY (P.), HALFON (P.), FELINE (A.), « Représentation mentale des médicaments : construction de deux questionnaires appliqués à l'étude de patients traités par psychotropes ou hypoglycémisants oraux », *Société médicale psychologique, Communications*, 1995 ; 536 - 541.
54. SAILLANT (F.), GAGNON (E.), « Le self-care : de l'autonomie-libération à la gestion de soi », *Sc. Soc. Santé*, 1996 ; (14) 3 : 17-43
55. SAUREL (M.J.), BLONDEL (B.), *La santé des femmes*, Flammarion, Paris, 1994.
56. SIMONI-WASTILA (L.), « Gender and Psychotropic Drug Use », *Med. Care*, 1998 ; 36 : 88-94.
57. SWARTZ (M.), LANDERMAN (R.), GEORGE (L.K.), MELVILLE (M.L.), BLAZER (D.), SMITH (K.), « Benzodiazepine Anti-Anxiety Agents : Prevalence and Correlates of Use in a Southern Community », *Am. J. Pub. Health*, 1991 ; 81 : 242-246.
58. TRINKOFF (A.M.), ANTHONY (J.C.), « Gender Differences in Initiation of Psychotherapeutic Medicine Use », *Acta. Psychiatr. Scand.*, 1990 ; 32-38.
59. WEISNER (C.), SCHMIDT (L.), TAM (T.), « Assessing Bias in Community-Based Prevalence Estimates : Toward an Unduplicated Count of Problem Drinkers and Drug Users », *Addiction*, 1995 ; 90 : 391-405.
60. WILSON (D.), PARSONS (J.), WAKEFIELD (M.), « The health-related Quality of Life of Never Smokers, Ex-smokers, and Light, Moderate, and Heavy Smokers », *Prev. Med.*, 1999 ; 29 : 139-144.
61. WOOLF (S.H.), ROTHEMICH (S.F.), JONHSON (R.E.), MARSLAND (D.W.), « Is Cigarette Smoking Associated with Impaired Physical and Mental Functional Status? An Officed-based Survey of Primary Care Patients », *Am. J. Prev. Med.*, 1999 ; 17 : 134-137.
62. ZARIFIAN (E.), *Le prix du bien-être*, éd. Jacob, 1996.
63. ZARIFIAN (E.), *Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France. Rapport au ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville*, éd. Documentation française, Paris, 1996, 233 p.

ANNEXES

Livret envoyé par voie postale

Livret à renvoyer avec l'enveloppe jointe

avant le 25/11/1998

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire/___/___ /___/___ /___/___/___/

Comment remplir ce livret ?

◆ Tout d'abord, nous vous proposons de nous faire part de votre point de vue sur les médicaments psychotropes (page 3).

◆ Sur la page 5 figure une liste de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques et sédatifs), lisez attentivement et repérez ceux que vous avez pris au moins une fois depuis 1994.

◆ Reportez le nom des médicaments repérés dans les cases prévues à cet effet sur la page 4.

◆ Puis remplissez une page par médicament.

Toutes vos réponses sont à indiquer dans les cases grises.

D'avance merci pour votre aide.

VOTRE POINT DE VUE SUR LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Les médicaments psychotropes sont les hypnotiques, antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques et sédatifs en général.

Indiquez, en cochant (X) les cases correspondantes à votre opinion, si vous êtes d'accord ou non avec chacune des propositions.

	Je suis tout à fait d'accord	Je suis plutôt d'accord	Je ne suis plutôt pas d'accord	Je ne suis pas du tout d'accord
1. Ces médicaments sont efficaces				
2. Quand on a des problèmes, on a tendance à avoir recours à ces médicaments				
3. On aimerait bien pouvoir se passer de ces médicaments				
4. On est obligé(e) de prendre ces médicaments				
5. Ces médicaments rendent dépendants				
6. Dès qu'on se sent mieux, on a tendance à arrêter ces médicaments				
7. Quand on prend ces médicaments trop longtemps, on s'y habitue				
8. Quand on prend ces médicaments trop longtemps, ils sont moins efficaces				
9. La prise de ces médicaments signifie être malade				
10. On a besoin du médecin pour modifier les doses				
11. Ces médicaments ont des effets indésirables ou désagréables				
12. Ces médicaments procurent un bien-être				
13. Ces médicaments aident à mieux vivre				
14. J'ai une opinion favorable à l'égard de ces médicaments				

(Inspiré du Questionnaire des représentations spécifiques des médicaments. Sabran et al 1995)

Listez ci-dessous les médicaments psychotropes que vous avez pris au moins une fois depuis 1994 en commençant par le médicament le plus important pour vous.

(Pour répondre, aidez — vous de la liste des médicaments de la page suivante)

Médicament 1 : _____ pour ce médicament remplir la page 7

Médicament 2 : _____ pour ce médicament remplir la page 9

Médicament 3 : _____ pour ce médicament remplir la page 11

Médicament 4 : _____ pour ce médicament remplir la page 13

Médicament 5 : _____ pour ce médicament remplir la page 15

Médicament 6 : _____ pour ce médicament remplir la page 17

Médicament 7 : _____ pour ce médicament remplir la page 19

Médicament 8 : _____ pour ce médicament remplir la page 21

Médicament 9 : _____ pour ce médicament remplir la page 23

Médicament 10 : _____ pour ce médicament remplir la page 25

Si vous avez pris ou prenez un médicament que vous estimez faire partie des psychotropes, et qui ne figure pas sur la liste, n'hésitez pas à nous l'indiquer.

Si vous avez pris plus de dix médicaments, signalez-le-nous, et nous vous enverrons des pages supplémentaires ou faites photocopier des pages supplémentaires que vous ajouterez au livret.

AEINE	COVATINE	HALDOL comprimés à 1 mg	LYSANXIA solution buv.	NOCVALÈNE enfants	PRAZINIL
AIGLONYL	CRATAEGUS GMET	HALDOL comprimés à 5 mg	MAGNÉSIUM MICROSOL	NORDAZ 7,5 mg	PROTHIADEN 25 mg
ANAFRANIL 10 mg	DÉFANYL	HALDOL comprimés à 20 mg	MAJEPTIL	NORDAZ 15 mg	PROTHIADEN 75 mg
ANAFRANIL 25 mg	DIAZEPAM-RATIOPHARM 2	HALDOL sol. buvable à 2 mg	MANGA. COBALT MICROS.	NORIEL 1 mg	PROZAC 20 mg
ANAFRANIL 75 mg	DIAZÉPAM-RATIOPHARM 5	HALDOL sol. buv. à 20 mg	MARSILID	NORMISON 10 mg	PROZAC 20 mg
ANANXIL	DIAZÉPAM-RATIOPHARM 10	HALDOL sol. injectable	MÉDIFLOR	NORMISON 20 mg	ROHYPNOL 1 mg
ANTINERVEUX LESOURD	DIPIPÉRON	HALDOL DECANOAS	MELLERIL 10 mg	NOVAZAM	ROHYPNOL 2 mg
ANXORAL	DOGMATIL solution inject.	HALDOL FAIBLE solut. buv.	MELLERIL 100 mg	NOZINAN	SÉDATIF PC
ARKOGEL. DE PASSIFL.	DOGMATIL comprimés 200	HAVLANE	MELLERIL 2 mg susp. buv.	NUCTALON	SÉDATIF TIBER
ASSAGIX	DOGMATIL gélules	HOMÉOGÈNE 46	MELLERIL 40 mg sol. buv.	NUIDOR	SÉDATONYL
ATARAX comprimé 25 mg	DOGMATIL solution buvable	HOMÉOP. ABBÉ CHAUPITR	MELLERIL 50 mg	OLIGOGRANUL	SÉDIBAINE
ATARAX comprimé 100 mg	DONORMYL	HOMÉOPATHIE BORIBEL	MÉPROBAMATE RICHARD	OLIGOSOL ALUMINIUM	SÉMAP
ATARAX injectable	DROLEPTAN injectable	HUMORYL 200 mg	MÉPRONIZINE	OLIGOSOL LITHIUM	SÉRÉNIVAL
ATARAX sirop	DROLEPTAN buvable	IMOVANE	MÉRÉPRINE	OLIGOSOL MAGNÉSIUM	SÉRESTA 10 mg
ATHYMIL 10 mg	EFFIDOSE AUBÉPINE	INSIDON	MOCLAMINE	OLIGOSOL MANG.-COBALT	SÉRESTA 50 mg
ATHYMIL 30 mg	EFFIDOSE PASSIFLORE	INSOMNYL adulte	MODÉCATE	OLIGOSOL PHOSPHORE	SÉRIEL
ATHYMIL 60 mg	EFFIDOSE VALÉRIANE	IVADAL	MODITEN	OLIGOSTIM	SINEQUAN
ATRIUM 100	ÉLAVIL	KANEURON	MODITEN ACT. PROLON.	ORAP 1 mg	SOLIAN 200 mg comprimés
ATRIUM 300	ÉQUANIL comprimés 250	KINUPRIL	MOGADON	ORAP 2,5 mg/ml	SOLIAN solution injectable
AUBELINE	ÉQUANIL comprimés 400	L 72	MOTIVAL	ORAP 4 mg	SOLIAN 50 mg comprimés
BARNETIL comprimés	EÉQUANIL solution injectable	LARGACTIL	NATURA MEDICA EXT. NAT.	PASSIFLORA GHL	SPASMIDÉNAL JOLLY
BARNÉTIL buvable	ÉQUILIMUM	LAROXYL 40 mg/ml sol. buv.	NERVOPAX au silicea	PASSIFLORINE	SPASMINE JOLLY
BUSPAR	EUPHYTOSE	LAROXYL 25 mg comprimés	NEULEPTIL	PASSINÉVRYL	SPASMOSÉDINE
BUTOBARBITAL DIPHARMA	FÉLISÉDINE	LAROXYL 50 mg	NEUROCALCIUM comprimé	PERTOFRAN	STABLON 12,5 mg
CALCIBRONAT 2 g comp.	FLOXYFRAL 100 mg	LÉNICALM	NEUROCALCIUM granulé	PHÉNERGAN	STILNOX 10 mg
CALCIBRONAT 13,3 % sirop	FLOXYFRAL 50 mg	LÉPONEX 25 mg	NEUROCALCIUM sirop	PHYTOCALM	STRESAM
CARDIOCALM	FLUANXOL 4 % sol. buv.	LÉPONEX 100 mg	NEUROFLORINE	PHYTO. BORIBEL : GELU. 8	SURMONTIL
CENTRALGOL 300	FLUANXOL LP 20 mg/ml	LEXOMIL	NEUROPAX	PIPORTIL	SURVECTOR
CLÉDIAL	FLUANXOL LP100 mg/ml	LITHIUM MICROSOL	NEUROTENSYL	PIPORTIL L4	SYMPANEUROL
CLOPIXOL	GALIRÈNE	LOXAPAC	NIAMIDE	POCONEOL	SYMPATHYL
CLOPIXOL action prolongée	GRANIONS DE LITHIUM	LUDIOMIL	NOCTAMIDE	PRAGMAREL 100 mg comp.	SYMPAVAGOL
CLOPIXOL action semi-prol.	GRANIONS DE MAGNÉSIUM	LYSANXIA 10 mg	NOCTAN 10 mg	PRAGMAREL 25 mg gélules	SYNEDIL
CONFLICTAN	HALCION comprimés 0,125	LYSANXIA 40 mg	NOCVALÈNE adultes	PRAGMAREL 2,5 % sol. buv.	SYNEDIL FORT

TEMESTA 1 mg	TRANXÈNE comprimés 50	VALIUM 5 ROCHE
TEMESTA 2,5 mg	TRANXÈNE gélules 5 mg	VALIUM 10 ROCHE
TERCIAN	TRANXÈNE gélules 10 mg	VALIUM 1 % ROCHE
TERFLUZINE	TRANXÈNE inject. 20 mg	VALIUM ROCHE sol. inject.
THÉRALÈNE comprimés	TRANXÈNE inject. 50 mg	VÉRATRAN 5 mg et 10 mg
THÉRALÈNE sirop	TRANXÈNE inject. 100 mg	VÉRICARDINE
THÉRALÈNE sol. Buv.	TRILIFAN RETARD	VICTAN
THÉRALÈNE sol. injectable	TRIPERIDOL	VIVALAN 100 mg
TIAPRIDAL	URBANYL 10 mg comprimé	VIVALAN 300 mg LP
TIAPRIDE PANPHARMA	URBANYL 20 mg comprimé	VIVALAN injectable
TISANE SÉDATIVE	URBANYL 5 mg gélule	XANAX 0,25 mg
WELEDA	VAGOSTABYL MONIN	XANAX 0,50 mg
TISANE DE L'ABBÉ HAMON	VALIUM 2 ROCHE	
TOFRANIL		

Médicament 1 : son nom :/ _____ /

Pour chacune des réponses suivantes, veuillez entourer la réponse juste.

Question 1 : Quand avez-vous pris ce médicament ?

En 1994	En 1995	En 1996	En 1997	En 1998
oui — non				

Question 2 : Avez-vous pris ce médicament au moins une fois tous les mois de l'année ?

En 1994	En 1995	En 1996	En 1997	En 1998
oui — non				

Question 3 : Si non, entourez les mois où vous avez pris au moins une fois ce médicament ?

En 1994	En 1995	En 1996	En 1997	En 1998
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8
9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12

Question 4 : Pendant les années où vous avez pris ce médicament, globalement vous en avez pris ? (une seule réponse par année)

En 1994			En 1995			En 1996			En 1997			En 1998		
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois

Question 5 : Consommez-vous encore actuellement ce médicament ?

oui — non

Question 6 : Combien d'unités (comprimés, gélules, gouttes...) avez-vous consommé le dernier jour où vous avez pris ce médicament ?

Date du dernier jour : /__/__/ __/__/ __/__/__/__/

Nombre de prise /__/

Nombre d'unités par prise /__/

Question 7 : Avez-vous adapté les doses (les unités, les prises) en fonction de votre état :

- avec l'accord du médecin?..... oui — non

- sans l'accord du médecin?..... oui — non

Question 8 : Ce médicament a-t-il répondu à un besoin ?

oui — non

Aimeriez-vous vous passer de ce médicament ?

oui — non

Pensez-vous pouvoir vous en passer ?

oui — non

Ce médicament vous aide-t-il à mieux vivre ?

oui — non

(10 feuilles semblables étaient proposées)

Entretien téléphonique ENQUÊTE OFDT 1999 CONSIGNE DE DÉPART

Bonjour,

Madame, Monsieur,

Je suis «.....» enquêtrice à l'École de santé publique de Nancy pour l'étude sur les médicaments psychotropes menée auprès de la population SU. VI. MAX dont vous faites partie.

Vous avez eu la gentillesse de répondre favorablement à notre demande d'entretien téléphonique complémentaire sur les médicaments psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, sédatifs, hypnotiques, etc.).

Avez-vous le temps de répondre à quelques questions ? Cela va durer environ 20 minutes, ou préférez-vous que je rappelle un peu plus tard à l'heure et au jour qui vous conviendront ?

Si vous êtes prêt(e), on peut commencer cet entretien.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce que nous souhaitons, c'est que vous exprimiez vos opinions aussi exactement que possible.

Pour faciliter cet échange, je vous propose d'enregistrer notre discussion. Je ne connais pas votre nom, seulement votre numéro d'identification. Cet enregistrement sera exploité de façon anonyme, et bien entendu détruit dans les 48 heures, le temps de le retranscrire.

D'avance, merci.

Entretien téléphonique

Guide d'entretien

1 - Quelles sont les raisons qui vous ont amené à prendre des psychotropes pour la première fois ? Quel âge aviez-vous ? Qui vous les a donnés la première fois ?

2 - Et aujourd'hui, en prenez-vous toujours ? Pour quelles raisons ?

3 - En général, comment obtenez-vous vos médicaments psychotropes ? Peut-on s'en procurer autrement ?

4 - De 1994 jusqu'à aujourd'hui, votre consommation a-t-elle été plutôt continue ou occasionnelle ?

5 - Prenez-vous vos médicaments psychotropes lors de situations ou d'événements particuliers ou les prenez-vous pour gérer votre stress, vos soucis quotidiens, vos performances au travail ?

6 - Avez-vous entendu parler autour de vous de ces médicaments ? Pourriez-vous me dire ce que les gens disent des psychotropes et de leurs effets ? Et vous, que pensez-vous de ces médicaments ?

7 - Que ressentez-vous lorsque vous prenez des psychotropes ? Que vous procurent-ils ?

8 - Vous êtes-vous renseigné sur les effets des psychotropes ? Auprès de qui ? Cela a-t-il influencé/modifié votre consommation ?

9 - Que signifie, pour vous, « être dépendant aux psychotropes » ?

10 - Comment peut-on reconnaître qu'une personne est dépendante aux psychotropes ? Quels sont les signes ?

11 - Avez-vous déjà eu l'impression que vous consommiez trop de psychotropes ? Vous a-t-on fait des remarques à ce sujet ? Parlez-vous facilement de votre consommation ? Si non, pourquoi ?

12 - Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer ou d'arrêter votre consommation ?

13 - De remplacer votre médicament par autre chose ?

14 - Avez-vous déjà eu l'impression que vous pourriez être dépendant ?

15 - Quand vous prenez des psychotropes, les associez-vous avec d'autres produits ou d'autres substances ?

16 - Les psychotropes ont-ils changé ou changent-ils votre vie ?

17 - Pour vous, le prix de ces médicaments a-t-il de l'importance ? S'ils n'étaient plus remboursés, que feriez-vous ?

