

Dossier : Médicaments psychotropes : aspects psychosociaux

Les « effets tertiaires » du médicament psychotrope. Bilan d'une recherche anthropologique menée dans le Sud-Ouest de la France auprès de consommateurs âgés

Tertiary Effects of Psychotropic Drugs: Results of an Anthropologic Study Conducted in the South-West of France with Elderly Consumers

Delphine Dupré-Lévêque

Volume 22, numéro 1, printemps 1997

Thérapie et patient borderline (1) et Médicaments psychotropes : aspects psychosociaux (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502102ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/502102ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Dupré-Lévêque, D. (1997). Les « effets tertiaires » du médicament psychotrope. Bilan d'une recherche anthropologique menée dans le Sud-Ouest de la France auprès de consommateurs âgés. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 183-199. <https://doi.org/10.7202/502102ar>

Résumé de l'article

Cet article expose une partie des résultats d'une recherche menée, dans le Sud-Ouest de la France, sur la consommation de psychotropes par les personnes âgées. À partir de deux institutions pour personnes âgées, nous avons cherché à mesurer la consommation de psychotropes avant et pendant l'institutionnalisation, à l'aide d'un questionnaire médical distribué aux médecins intervenants dans ces structures. Le second objectif de cette étude était de comprendre l'impact de cette consommation sur les relations sociales, à domicile et en institution, grâce à une étude anthropologique. Des personnes âgées, des membres de leur famille, des médecins ainsi que tous les autres acteurs concernés par cette consommation ont été interrogés, sous formes d'entretiens semi-directifs. Outre la consommation générale de psychotropes dans les deux institutions, dont on visait à comprendre l'ampleur, seules les modifications des rapports familiaux après la prise de psychotropes à domicile sont exposées dans cet article.



Les « effets tertiaires » du médicament psychotrope. Bilan d'une recherche anthropologique menée dans le Sud-Ouest de la France auprès de consommateurs âgés

Delphine Dupré-Lévêque*

Cet article expose une partie des résultats d'une recherche menée, dans le Sud-Ouest de la France, sur la consommation de psychotropes par les personnes âgées. À partir de deux institutions pour personnes âgées, nous avons cherché à mesurer la consommation de psychotropes avant et pendant l'institutionnalisation, à l'aide d'un questionnaire médical distribué aux médecins intervenants dans ces structures. Le second objectif de cette étude était de comprendre l'impact de cette consommation sur les relations sociales, à domicile et en institution, grâce à une étude anthropologique. Des personnes âgées, des membres de leur famille, des médecins ainsi que tous les autres acteurs concernés par cette consommation ont été interrogés, sous formes d'entretiens semi-directifs. Outre la consommation générale de psychotropes dans les deux institutions, dont on visait à comprendre l'ampleur, seules les modifications des rapports familiaux après la prise de psychotropes à domicile sont exposées dans cet article.

En 1995, suite à un appel d'offres de la Mission Interministérielle Recherche Expérimentation (Mire) — Médicaments et santé mentale —, nous avons proposé une recherche concernant la consommation de médicaments psychotropes par des personnes âgées (Dupré-Lévêque et al., 1995).

En France, 30 % des femmes de plus de 60 ans et 20 % des hommes de cet âge consomment des psychotropes, et ces chiffres augmentent avec l'avancée en âge (Guignon et al., 1994). Dans les institutions — du type maison de retraite — cette consommation est plus importante encore puisqu'elle concerne plus de 70 % des résidents (Fourrier et al., 1996; Aguzzoli et Sermet, 1993).

Notre recherche ayant pour objectif de prendre en compte les multiples facettes du médicament psychoactif, nous avons créé une équipe pluridisciplinaire. En associant un pharmacien, un gérontologue et deux

* Anthropologue, laboratoire CNRS-Upres A5036, « Sociétés, Santé, Développement », Université Victor Ségalen Bordeaux II, France.

anthropologues, nous avons tenté de cerner dans son entier tous les aspects du psychotrope, de l'approche pharmacologique à l'application médicale et enfin à l'effet sur les relations sociales.

Méthodologie

Pour mener à bien une telle étude, il nous fallait être en contact rapide avec un grand nombre de consommateurs âgés. Dans cette perspective, deux institutions pour personnes âgées, situées en Dordogne (Sud-Ouest de la France), ont été retenues.

- La Tour Blanche est une maison de retraite non médicalisée, située au coeur d'un petit village du même nom de 500 habitants. Les personnes hébergées viennent en grande majorité des communes environnantes et sont donc issues du milieu rural. Cette institution accueille 90 pensionnaires relativement autonomes.
- Le Verger des Balans (Brantôme), maison située aussi en milieu rural mais à l'extérieur du village, est un service de long séjour spécialisé dans la prise en charge de malades âgés atteints par une démence sénile de type Alzheimer. Elle héberge 50 patients venant surtout de centres urbains avoisinants.

Quantifier la consommation, dans ces deux résidences, en fonction de la catégorie du psychotrope consommé était un de nos objectifs. Un questionnaire médical a donc été élaboré par notre équipe et transmis aux différents médecins intervenants. À La Tour Blanche, les six médecins intervenants sont des généralistes libéraux. En aucun cas, ils ne sont dépendants de la structure. (Plus de 50 % des pensionnaires gardent leur médecin en entrant dans cette institution). Il y a donc une continuité de suivi médical évidente entre le domicile et l'institution. Au Verger des Balans, la situation est différente puisque cette structure est dirigée par un seul médecin-chef. Celui-ci connaît bien tous ses malades mais il est moins informé sur leur parcours médical précédant cette institutionnalisation.

Des questions d'ordre général sur le patient, sur sa vie avant et après institutionnalisation ainsi que sur la consommation ou non de psychotrope, sur l'événement-origine de cette consommation éventuelle, en institution et à domicile, étaient à la base de ce questionnaire. Sur les 90 pensionnaires de La Tour Blanche, nous avons pu obtenir 66 dossiers. Au Verger des Balans, tous les patients (50) ont fait l'objet d'un questionnaire.

La seconde partie de notre recherche a suivi une démarche tout à fait différente, puisqu'elle a été menée par une anthropologue. Selon les modes d'investigation caractéristiques de cette discipline, l'anthropologue a pris des contacts plus directs auprès des résidents, consommateurs ou non, mais aussi auprès de membres de leur famille, de tous les types de personnel travaillant dans ces deux structures et, enfin, auprès des médecins intervenants. Environ 80 personnes ont accepté de participer à ces entretiens semi-dirigés, dont 30 personnes âgées institutionnalisées à La Tour Blanche. Pour les entretiens au Verger des Balans, et au vu de l'état psychique des personnes accueillies, les entretiens ont surtout été menés auprès des membres de la famille et du personnel.

La plupart des entretiens ont été renouvelés en fonction des nécessités liées à la progression de l'enquête de terrain. Au-delà de ces entretiens semi-directifs, l'anthropologue s'est investie de manière continue dans les deux structures. Dans ce contexte d'une observation particulière, elle a pris part aux différentes activités proposées au cours de la journée, dans les deux institutions concernées : suivant le personnel soignant lors de la distribution des médicaments, partageant les repas, assistant à la messe aussi bien qu'à la séance de coiffure. En ce qui concerne les médecins, après le recueil des données chiffrées de la consommation de psychotropes dans les deux institutions, et plusieurs entretiens individuels, un débat collectif a été organisé. Ils ont donc participé directement à l'interprétation des résultats.

Résultats

Dans cet article, nous ne pouvons rendre compte de tous les résultats de notre recherche, aussi, avons-nous choisi de présenter l'approche la plus anthropologique, celle concernant les modifications relationnelles liées à la prise de psychotropes à domicile. Néanmoins, afin de situer l'ampleur de cette consommation, nous commencerons par présenter quelques résultats consécutifs au questionnaire médical.

Le niveau de consommation des psychotropes

À La Tour, sur les 66 patients dont le dossier médical a été complété par le médecin traitant, 51 consomment des psychotropes (soit 77 %) et sur les 50 du Verger, 44 en consomment (soit 88 %). Une étude menée en 1993 (Fourrier et al., 1996) auprès de 354 résidents vivant dans 42 établissements différents, médicalisés ou non, en Gironde (département limitrophe de la Dordogne) comptabilisait 71,8 % de consommateurs. Considérant l'augmentation régulière et rapide de ce type de substance — en 1990, dans cette même enquête seulement,

66,4 % des résidents étaient des consommateurs — nous pouvons estimer notre moyenne de consommation représentative de la consommation en milieu institutionnel dans notre région et sans doute plus largement en France.

Tableau 1
Aspect quantitatif global de la prescription de psychotrope dans les deux institutions (en %)

	La TB n = 66, (%)	Le V des B n = 50, (%)
ne consommant aucun psychotrope	22,7	12
consommant 1 psychotrope/jour	37,3	61,4
consommant 2 psychotropes ou +	62,7	38,6

À La Tour Blanche, la plupart des consommateurs prennent au moins deux psychotropes différents par jour. Ces pensionnaires sont mieux en mesure d'exprimer leurs troubles. Ils sont donc plus consommateurs, dans l'ensemble, de médicaments. Mais la quantité prescrite paraît toutefois plus minime qu'au Verger des Balans, même si nous n'avons que très peu travaillé sur ce type de données.

À La Tour, parmi les 51 pensionnaires qui consomment des psychotropes, 34 en prenaient déjà avant même de venir vivre en institution. Les autres ne suivaient pas de traitement psychoactif. Au vu de ces résultats, on pourrait penser que pour ces derniers, l'arrivée en institution a été un motif de consommation. En réalité, ces personnes sont entrées en institution depuis plus de dix ans en moyenne, elles consomment depuis peu et, ceci, pour des raisons similaires à celles des consommateurs à domicile, en particulier la perte d'autonomie, les suites d'une hospitalisation, la disparition du conjoint. Pour aucune d'elles, toutefois, la prise de psychotropes ne paraît répondre à un sentiment de solitude, alors que pour 10 des 34 consommateurs ce motif est évoqué, le plus souvent dès le domicile.

Au Verger des Balans, la plupart des pensionnaires suivaient déjà un traitement psychoactif avant leur arrivée et, pour plus de 90 % d'entre eux, ils consommaient des neuroleptiques. Et 68 % de ces pensionnaires viennent d'une autre institution, non spécialisée, où les troubles du comportement liés à leur maladie ne pouvaient plus être pris en charge. Le cadre dans lequel ils se trouvent désormais accepte les comportements déambulatoires. La consommation de neuroleptiques

passé donc de plus de 90 % à 36 %. Pour la plupart de ces pensionnaires, compte tenu de leur itinéraire en institution, il ne nous a pas été possible de mesurer la consommation à domicile.

En revanche, grâce aux entretiens directs avec les enfants de ces pensionnaires, nous avons tout de même pu analyser les transformations des relations familiales, à partir de la première prise de psychotropes au domicile. L'approche anthropologique a ainsi permis de mettre en évidence un ensemble de conduites, de stratégies mises en oeuvre par les consommateurs lorsque ceux-ci vivaient encore à domicile.

La région dans laquelle ce travail a été réalisé obéit à des modèles de conduite sociale qui, dans une certaine mesure, lui sont spécifiques. Afin de replacer dans leur contexte culturel les attitudes et les comportements des différents acteurs qui interviennent lors de la prise de psychotropes (le médecin, les enfants, la personne âgée), il est nécessaire de retracer, dans leurs grandes lignes, les cadres de la sociabilité dans le Sud-Ouest de la France.

Sociabilité des personnes âgées dans le Sud-Ouest

Selon les études menées par Martine Ségalen (1984) sur la variabilité des systèmes familiaux français, le Sud-Ouest est une région où un certain modèle d'organisation familiale, la famille-souche, prédomine jusqu'à nos jours. Il s'agit d'un groupe domestique rassemblant trois générations sous un même toit : celle du père et de la mère, un des enfants mariés et son conjoint, leurs enfants auxquels peuvent se joindre d'autres enfants du couple aîné restés célibataires ainsi que des domestiques. Par ailleurs, le groupe qui vit à la maison y est étroitement identifié. De génération en génération, cette maison doit être transmise dans son intégrité. Il en va de l'honneur de chacun de ses divers possesseurs de la céder intacte à son héritier, en maintenant tant la superficie d'exploitation qui y est attachée que sa réputation parmi les autres maisons qui composent la communauté villageoise. Deux conséquences découlent de ce principe : la maison impose à tous ses membres sa renommée et son prestige, elle ne peut être divisée et un seul des enfants en sera l'héritier. Dans ce groupe domestique associant trois et parfois quatre générations, c'est le plus âgé des parents qui détient l'autorité.

Nos études ethnologiques réalisées en milieu rural (Dupré-Lévêque, 1994) nous ont permis de constater que, dans un certain nombre de cas, les règles de conduite attachées à la famille-souche étaient totalement maintenues tandis que dans d'autres, elles ont été réadaptées en fonction des évolutions contemporaines, notamment économiques.

Dans le premier cas, la personne âgée, même déclarée retraitée auprès des organismes, continue de travailler et de diriger la ferme jusqu'à ce que son état de santé la contraigne à cesser progressivement toutes activités. À partir de là, l'enfant, l'héritier unique, prend en charge la gestion de la ferme mais aussi tous les soins que le parent âgé nécessite.

Dans la seconde situation, la famille-souche, telle qu'elle a été décrite par Martine Ségalen, subit un ensemble de transformations. Il s'agit des cas où l'exploitation agricole n'a pas été reprise par les enfants. Dans ces circonstances, au moment de la retraite, la plupart des terres sont vendues et ces parents âgés ne conservent qu'une superficie nécessaire à leur propre consommation. Le jardin potager devient un lieu de transmission des savoir-faire, dans la mesure où les enfants et petits-enfants participeront, lors des jours fériés et pendant les vacances, au travail de la terre. Dans ces cas, même si les générations ne vivent pas sous le même toit, même si la ferme n'est pas transmise dans son intégralité, le sens de l'honneur et du patrimoine à préserver, qui est au cœur du modèle de la famille-souche, porte sur la transmission des valeurs familiales et sociales. Lors de handicaps sérieux, lorsque la personne âgée — ou le couple âgé — ne peut plus envisager de vivre sans l'aide d'une tierce personne, deux solutions sont possibles. Si l'enfant habite à proximité (c'est la majorité des cas), il prend sur son temps pour aider son ou ses parents âgés plus qu'il ne l'a jamais fait. S'il habite loin, le parent part le rejoindre afin de vivre avec lui. Cette situation intervient surtout lors de la perte du conjoint. Quitter son quotidien et s'adapter à une nouvelle vie, à un nouveau rythme, n'est certes facile ni pour le vieillard ni pour sa famille, mais si cette cohabitation ne se fait pas, les deux partis éprouvent un sentiment de culpabilité vis-à-vis du reste du village. De toutes manières, la tradition impose l'idée que les parents âgés doivent vivre auprès de leurs enfants.

Ainsi, dans les deux situations, même si les conditions matérielles dans lesquelles les personnes âgées évoluent sont différentes, l'esprit traditionnel est le même. Vieillir dans l'une ou l'autre des situations impose certaines conduites : les enfants prennent en charge les handicaps de leur parent âgé sans faire appel à une tierce personne. C'est le résultat de leur éducation traditionnelle, de « l'esprit de famille ». D'ailleurs, les deux partis (l'aidant comme l'aidé) éprouvent une certaine fierté dans ce soutien qui manifeste au reste de la communauté le maintien de l'unité familiale.

Même si toutes les personnes âgées qui vivent en Dordogne, en milieu rural, ne sont pas nées dans cette région, toutes celles qui y ont

vécu ou travaillé se « plient » à ce modèle de conduite afin d'être le plus possible acceptées par le reste de la communauté.

*Consommation de médicaments psychoactifs
par les personnes âgées au domicile*

La population âgée auprès de laquelle nous avons mené nos recherches vit donc très proche de ses enfants. Les personnes âgées font appel à eux pour le moindre service, mais cette proximité a tendance à les isoler socialement. En effet, plus l'autonomie du parent âgé diminue, plus ses réseaux sociaux et amicaux ont tendance à disparaître jusqu'à réduire ses contacts au seul enfant-qui-aide (Dupré-Lévêque, 1994). Or, pour vieillir et se sentir vivre (Hapcille, 1993), il est nécessaire que le réseau social qui compose l'entourage soit le plus varié possible et, surtout, que chaque génération soit représentée. Si la personne âgée n'a plus que cet enfant-qui-aide, des problèmes de communication se font sentir. Ils tiennent notamment aux attentes différentes de la part des acteurs en présence. Ces différences sont profondément ressenties, même si elles sont difficilement exprimables. Dans ce contexte, les deux parties — l'aidant comme l'aidé — essaient de gérer au mieux cette dernière étape de la vie. Cet enfermement social inéluctable — au vu des modes de vie et des conduites suivis dans ce milieu rural — lié à des problèmes de santé et de dépendance physique peut conduire peu à peu à des problèmes de santé mentale.

Si la maladie somatique obéit à un modèle linéaire — signe, diagnostic et traitement —, la maladie psychique ne peut pas se limiter à cela. Même si l'on peut répondre à des symptômes par un médicament, il faut aussi considérer la dimension psychologique et sociale. « Le sens du symptôme, propre à chaque individu, renvoie à l'observation du psychisme [...]. Enfin, l'homme vivant nécessairement en interaction avec son environnement social (couple, famille, voisin, amis, collègues), un troisième domaine d'observation s'avère nécessaire, celui des systèmes de communication qui unissent les êtres humains entre eux [...]» (Zarifian, 1994, 16). Le médicament psychoactif n'est donc qu'un élément du soulagement psychique, un objet qui met en jeu différents acteurs — le médecin, le patient et son entourage — dans un environnement social particulier. Aucun d'entre eux n'a un rôle neutre. C'est donc sur ces différentes personnes que nous avons portées notre regard, afin de mesurer l'importance de ce médicament particulier et les modifications qu'il engendre dans la vie sociale et familiale des personnes âgées.

La consommation de médicaments psychoactifs, comme en général la plupart des consommations médicamenteuses, est la résultante

d'un itinéraire thérapeutique classique, à savoir l'apparition de troubles, une consultation médicale et enfin la prescription. Mais nous allons voir que la consommation de psychotropes suit un ensemble de « conduites » qui lui est propre et qui la différencie donc des autres types de consommation médicamenteuse.

La consultation

« D'une condition sociale et culturelle à une autre, et selon leur histoire personnelle, les hommes ne réagissent pas de la même manière à une blessure ou à une affection identique. » (Le Breton, 1995, 11) Une douleur est un événement intime, mais elle n'échappe pas au lien social. Elle modifie les rapports sociaux entre les individus, puisqu'elle a le pouvoir de diminuer l'homme dans ses activités et de modifier son statut social individuel pour le faire évoluer vers celui de malade. Sa relation aux autres change et il peut soit cultiver sa douleur pour attirer l'attention, soit s'éloigner des autres. Quoi qu'il en soit, c'est bien elle qui sera à l'origine de la consultation. Dans ce contexte, la maladie permet souvent au vieillard de régresser et les soins qu'il reçoit lui donnent accès à un nouveau rôle social peut-être plus valorisant, celui de malade. La maladie peut donc constituer un appel et apporte ses gratifications. « Elle devient un refuge contre l'anxiété marquée par le désinvestissement du monde extérieur alors que la libido qui était un obstacle devient narcissique. Le sujet tend par sa maladie à mobiliser l'entourage afin d'en tirer des bénéfices secondaires. » (Lassagne, 1989, 11)

La maladie est une demande de reconnaissance. Elle vient rompre un sentiment d'insignifiance et de solitude. Surtout, elle autorise un réconfort. De plus la maladie « communique une information, non seulement sur l'état physique ou moral de l'individu mais sur l'état de ses relations aux autres » (Le Breton, 1995, 55). La souffrance et la douleur par lesquelles le sujet malade finit par se définir et auxquels il en vient à s'associer totalement ont une valeur existentielle. La douleur « implique le sentiment d'une faute, d'une culpabilité qui met en dette d'une réparation. Et l'autre, n'ayant guère d'autre moyen, en use habilement comme d'un mode de gouvernement. » (Le Breton, 1995, 189) Elle oblige l'autre à une dette infinie. Enfin, cette douleur — souffrance psychique — implique une série d'acteurs qui constitue une sorte de

constellation sociale. Autour d'elle, le quotidien s'organise : la visite du médecin, des enfants, du pharmacien. C'est elle qui ordonne tous ces rapports, même si tous ces acteurs ne sont pas en contact en même temps.

Dans le cadre socio-culturel de cette étude, lors de l'apparition de trouble psychique chez une personne âgée, ce sont le plus souvent les familles qui prennent la décision d'appeler et de faire venir le médecin. (En France, les visites du médecin à domicile sont une pratique courante, en particulier en milieu rural, et chez les personnes âgées).

« Le pépé y change, il [n']est plus comme avant » ou alors « il faut faire quelque chose, y devient insupportable. » (Propos rapportés par les médecins que nous avons rencontrés.)

L'ensemble de nos entretiens auprès des personnes âgées, de leur famille ou de leur médecin traitant a fait apparaître que le recours à une aide médicale est plus souvent une demande des proches, qui ressentent des changements de la part de la personne âgée. Peut-être celle-ci n'est-elle pas à même d'exprimer exactement ce qu'elle ressent : elle ne souffre pas au plan physique, mais un mal-être s'empare d'elle. Cette souffrance psychique qu'elle n'ose pas toujours exprimer la rend souvent agressive et c'est généralement cette agressivité ou ce changement de comportement (passivité) et d'humeur (tristesse) qui conduisent les familles à la faire examiner par le médecin. « L'agressivité n'a-t-elle pas une signification, une valeur adaptative ? [...] Les personnes âgées sentent qu'elles ont encore un pouvoir en ennuyant, en créant des problèmes et des soucis à leur entourage. » (Monfort, 1994, 1425)

Dans cette situation, la consultation a lieu plutôt dans l'urgence car souvent les premiers signes ne sont que très rarement perçus, entendus par la famille, en tout cas ils sont largement tolérés, sous prétexte de l'âge le plus habituellement. C'est donc quand le degré de tolérance de l'entourage est atteint que l'on appelle le médecin.

« Le plus souvent la nécessité de prendre des psychotropes intervient quand la personne âgée est agressive ou qu'elle présente des troubles dépressifs. C'est une béquille pour faciliter les relations entre elle et son entourage. » (un médecin)

Même si les troubles premiers n'apparaissent pas clairement à son entourage, ni peut-être à la personne âgée elle-même, un événement particulier est pourtant toujours à l'origine de cette première prise de

psychotropes. L'événement déclenchant est toujours lié à une perte, que ce soit la perte d'un être cher (le conjoint, un ami ou un enfant) ou la perte de la maîtrise des événements familiaux (la personne âgée se sent exclue du groupe et des décisions ou même se sent impuissante face au chômage d'un enfant ou petit-enfant) ou extérieurs (crainte du vol, des cambriolages), enfin la personne peut souffrir de se sentir vieillir et de voir ses forces décliner (perte d'autonomie).

Tableau 2
**Événement-origine et consommation
 de psychotropes à La Tour Blanche***

Événement – origine	La TB n/51	%
Hospitalisation	14	27,5
Perte du conjoint ou d'un enfant	16	31,4
Déménagement	4	7,8
Perte d'autonomie trouble comportement	14	27,5
Solitude	10	19,6

* Nous ne faisons pas figurer dans le tableau, les résultats du Verger des Balans, dans la mesure où l'événement-origine cité par le médecin-chef est presque toujours (pour 84 % des résidents consommateurs) la perte d'autonomie ou les troubles du comportement. Nous reprecisons ici que ce médecin ne les a pas suivis au domicile et ne connaît donc réellement les motifs initiaux à la consommation. Là encore, ce sont nos entretiens auprès des enfants qui nous ont permis de mieux rendre compte de l'origine de la consommation.

Ainsi, la première prise de psychotropes fait suite le plus généralement à une demande de la famille plus que de la personne âgée, et cette consultation a toujours lieu au domicile de la personne âgée.

La prescription ou la relation patient-médecin

Lorsque l'on parle de la consommation de psychotropes et de médicaments en général, on ne peut pas ne pas tenir compte du rôle du médecin qui est le seul habilité à les prescrire.

Le médecin exerce un rôle capital dans ce domaine. Il a la responsabilité d'identifier les affections qui peuvent répondre à une médication, de prescrire le médicament indiqué selon la posologie appropriée et d'assurer le suivi de la personne âgée pour évaluer les effets du traitement. Il doit être d'autant plus vigilant que les personnes âgées sont plus sensibles aux effets secondaires — nombreux dans le cas de la

consommation de psychotropes — que les patients plus jeunes. Mais, le médecin, s'il détient « la science du corps », est avant tout un être humain avec des expériences personnelles, des convictions qui lui sont propres.

Le diagnostic et le traitement d'un patient sont liés, notamment, à sa capacité d'exprimer ses souffrances et douleurs. Lors de problèmes psychiques, les paroles ont parfois bien du mal à traduire un mal-être, si différent de la douleur physique. Le médecin questionne, devine, suppose. Son expérience lui permet souvent de comprendre et de soigner mais, entre son patient et lui, d'autres éléments entrent en jeu.

Le plus souvent, lors de la prise première de psychotropes, la famille est là et attend tout de lui. Comme l'exprime un des médecins traitant :

« Dans notre société, on n'accepte plus la maladie. Quand on nous appelle, on a l'impression qu'on est coupable qu'il soit malade. Les personnes âgées de 80-85 ans ont toujours été habituées, depuis qu'elles sont nées, à lutter mais leurs enfants ne supportent pas le moindre ennui, que ce soit pour eux ou leurs parents. En plus, ils ont des sources d'informations sur les médicaments ou les pratiques médicales qu'ils ont lues dans leurs journaux. Ils interprètent ce qu'ils lisent et cela ne nous facilite pas la tâche. »

Le médecin est donc soumis à des pressions qui font qu'il n'est jamais seul avec un patient et sa maladie. Influent également sur sa pratique, sa formation et sa personnalité, mais aussi son âge. Il nous semble en effet que les médecins entre 30 et 35 ans sont plus à l'écoute de la personne âgée. Lorsque les enfants constatent des problèmes d'humeur chez leur parent, même si ce sont ces derniers qui les contactent et sollicitent leur aide, les médecins de cette génération restent toujours seul à seul avec la personne âgée. Et c'est seulement au moment d'expliquer le traitement qu'ils ont prescrit, qu'ils sollicitent la présence des enfants. Les médecins plus âgés (50 ans), sauf s'ils sentent des conflits entre les deux parties, acceptent la présence des enfants pendant la consultation. Ils privilégient autant l'écoute de la famille que celle de la personne âgée. C'est là une différence importante entre les pratiques mais qui s'explique peut-être par le fait que ces médecins, installés depuis plus longtemps, connaissent bien leur patient, mais surtout qu'ils ont une clientèle âgée nombreuse, voire majoritaire, et à qui ils ne consacrent peut-être pas la même attention. Les visites au domi-

cile sont plus longues que celles au cabinet. Comme peu de personnes âgées se déplacent, ces médecins sont souvent obligés de faire vite afin de pouvoir se rendre chez toutes les personnes qui les ont appelés. Ils sont souvent plus limités par le temps. A contrario, les médecins les plus jeunes ont tendance à consacrer plus de temps à des personnes âgées dans la même situation mais ils sont aussi moins expérimentés dans ce domaine puisque leur clientèle âgée est moindre. Enfin, ces derniers ont une vision beaucoup plus négative de l'institution que leurs confrères. Ils ne recourent à cette solution que lorsqu'un patient souffre de démence et que la vie à domicile n'est plus possible.

Enfin, chaque médecin a ses propres habitudes de prescriptions et a tendance à s'en tenir à des spécialités dont sa propre expérience lui montre qu'elles ont fait leur preuve. Les uns et les autres ont toujours peur de tester de nouveaux psychotropes. Mais c'est là qu'il faut faire intervenir un nouvel élément qui a son rôle dans la prescription, il s'agit des laboratoires médicaux, et notamment du visiteur médical. En fonction de la présentation réalisée par rapport à un nouveau médicament, des affinités créées au fil du temps avec ce représentant d'un laboratoire médical particulier, le médecin aura tendance à l'utiliser ou non.

On voit ainsi plus clairement qu'une prescription n'est pas dépourvue de sens social, même si c'est un acte médical. La prescription de psychotropes pour les personnes âgées est toujours en lien avec le médecin et sa propre représentation de la vieillesse, de la famille et de la personne âgée et enfin de son expérience personnelle.

La consommation : une relation familiale

La maladie mentale et la souffrance psychique sont des souffrances extérieures au corps, elles sont perçues par l'entourage comme mettant en jeu « l'âme » de la personne atteinte. Cela induit, parmi les personnes concernées, un sentiment de culpabilité, qui s'exprime plus particulièrement chez les enfants. Suite aux consignes des médecins, mais aussi de manière spontanée, l'entourage se sent « responsable » de la santé mentale de son parent âgé. Ainsi, à partir de la première prise de psychotropes, les rapports sociaux et familiaux se réorganisent autour de la personne traitée. Les proches vont personnellement veiller à la bonne prise des médicaments et à l'évolution des troubles. Ils se rendent au domicile de la personne âgée jusqu'à trois fois par jour. Certains reprennent même la cohabitation. C'est ce qu'ont révélé nos entretiens auprès des parents des pensionnaires des institutions étudiées.

- « Quand mon père est tombé malade (maladie d'Alzheimer) ma soeur est allée habiter chez eux pendant deux ans. Ensuite, ma mère a vécu seule un peu mais ma soeur habitait la maison d'en face. C'est ma mère qui appelait le médecin mais ma soeur était toujours là quand il venait. Puis, elle ou le médecin m'appelaient pour me dire ce qu'il en était (elle avait des pertes de mémoire). Quand ça n'allait vraiment pas, j'y allais (350 km). Pour la prise des médicaments, ma soeur marquait tout sur un tableau, le nom, les heures, la quantité et elle les préparait dans des boîtes mais ma mère les prenait seule. Elle n'a jamais oublié de les prendre. » (un fils dont la mère est aussi atteinte de la maladie d'Alzheimer)
- « Après la visite du médecin de famille, ma soeur allait chercher les médicaments, les préparait dans de petites boîtes avec les horaires et mon père les lui donnait. » (une fille dont la mère réside à La Tour Blanche)

On voit dans ces situations une grande organisation ou plutôt ré-organisation, dans chaque famille, autour de ces troubles psychiques. Les enfants, dans les cas cités, sont très présents. Tous les enfants reconnaissent que c'est une période où les liens familiaux se ressoudent. Ils s'inquiètent pour leur parent malade mais soutiennent aussi celui qui n'a pas de troubles. Les enfants dont les parents vivent encore en couple s'investissent beaucoup lorsque l'un de leurs parents souffre de troubles psychiques mais cet investissement croît davantage quand la personne âgée vit seule.

- « Au domicile, elle prenait surtout un traitement de tranquillisants. Je passais trois fois par jour. Je lui mettais les médicaments dans une petite assiette. » (un fils)
- « Après son opération de la hanche, maman a été très perturbée. Elle ne pouvait plus retourner dans son village. Alors, je lui ai loué un petit appartement en ville. C'est moi qui prenais les rendez-vous avec le Docteur mais c'est elle qui a choisi ce médecin. J'ai été présent aux deux premières consultations et après, d'un commun accord avec le médecin, je n'étais plus là. Il m'appelaient ensuite. J'y passais quand-même matin, midi et soir pour lui donner ses médicaments et dans la journée elle avait une aide familiale qui venait. Après, les troubles se sont aggravés et la vie au domicile n'était plus possible. » (le fils d'une dame institutionnalisée)

- « Quand mon père était encore vivant, j'allais tous les jours chez eux pour leur donner les médicaments. Puis maman est restée seule à la maison jusqu'à ce qu'elle se casse le col du fémur. Après son hospitalisation, ça n'a plus été pareil. Alors, comme je suis veuve moi aussi, je suis allée habiter avec ma mère car elle n'avait plus le moral. En fait, ç'a été terrible. C'est bien la dernière chose à faire que d'habiter avec ses enfants. Elle me demandait sans arrêt. Pourtant je m'occupais de tout. Quand l'infirmière venait, j'avais déjà fait une grosse partie du travail. Je lui donnais ses médicaments. Si à 16 heures j'oubliais, elle me le disait. Elle connaissait bien ses médicaments. À la fin, elle se levait quatre à cinq fois par nuit. Je ne pouvais plus la laisser seule une minute, alors c'est moi qui allais craquer. » (une agricultrice en activité)
- « Après le décès de mon père, elle n'allait plus bien. Elle n'a pas voulu habiter chez mes soeurs, alors avec mon mari, nous sommes allés habiter chez elle. Je faisais surtout attention à ses antidépresseurs et aux tranquillisants. Mais après, il fallait toutes les nuits que je la rassure. C'est moi qui allais craquer. Mes soeurs ont alors décidé de la montrer à un autre docteur et c'est lui qui a vu qu'elle faisait une grosse dépression. Elle a donc été trois semaines en hôpital psychiatrique et mes soeurs, pour ma santé, n'ont pas voulu qu'elle revienne chez elle. Elle est donc à la maison de retraite de La Tour Blanche. » (une fille retraitée et sortant d'une grosse opération)

La prise de psychotropes modifie les rapports familiaux, elle resserre au quotidien les liens. La famille se restructure autour de ce malade psychique et par là-même autour de la personne âgée. Même si cette dernière continue à exprimer des plaintes, elle ne s'en situe pas moins désormais au centre des préoccupations quotidiennes de l'entourage. Les médicaments agissent comme des catalyseurs, si bien qu'à domicile toutes ces personnes âgées prennent leur médicament avec plaisir et facilité. À cet égard, le passage en institution constitue une rupture.

- « Au domicile, avant de devenir aveugle, elle les prenait toujours avec plaisir. Elle disait que c'était pour son bien. Une fois qu'elle a été aveugle, elle rejetait tout. Ici [La Tour Blanche], elle les prend de nouveau comme il faut. Elle aime quand on vient les lui porter. » (un fils qui rend des visites à sa mère tous les jours)

« Elle connaissait bien ses médicaments. C'est moi qui appelais le docteur, mon mari allait chercher les médicaments à la pharmacie et après elle déballait tout ça. Elle les rangeait dans sa boîte. Elle aimait bien regarder ses petits papiers et elle aimait beaucoup regarder ses médicaments. Elle disait toujours : "Qu'est-ce que je ferais sans eux ?". Elle prenait ça avec plaisir, elle disait qu'elle en avait besoin. » (une fille de pensionnaire de La Tour Blanche)

Les personnes âgées se créent des habitudes par rapport à leur prise. Dans les cas des psychotropes, nous avons vu que la famille est souvent concernée, c'est même l'aidant qui, la plupart du temps, prépare les médicaments suivant la posologie indiquée par le médecin. Néanmoins, la personne âgée n'est pas passive au moment de les prendre. Même si elle apparaît, pour son entourage, incapable de gérer son traitement au quotidien, elle a, la plupart du temps, ses propres repères pour vérifier que l'aidant ne fasse pas d'erreur dans la distribution. Autour de la prise du médicament, les personnes âgées se construisent ainsi un rituel qui les aidera à garder un certain contrôle sur le traitement. Tout changement de traitement (médicament ou posologie) bouleverse ces habitudes et peut désorienter les personnes âgées pendant quelques jours, le temps qu'elles réadaptent les nouveaux comprimés à leur rituel de consommation. Elles savent que chacun d'entre eux est nécessaire. Peu à peu, s'instaure alors un rapport affectif entre les médicaments et la personne âgée :

« Oh, celui-là, il est coquin. Il est tout petit et il roule dans la main. J'ai intérêt à bien le surveiller sinon il m'échappe ! »
(une femme âgée)

Ainsi, le traitement médical finit par devenir une part d'elles-mêmes, une part de leur identité. Sans doute, après une période où elles sentaient un certain « pouvoir » leur échapper dans leur vie quotidienne, elles reviennent au centre des préoccupations familiales. On comprend, dans ces conditions, l'attachement que la personne âgée accorde à ce médicament « magique » qui l'aide à se resituer au sein de sa famille et même de l'ensemble de son réseau social. D'un mode de communication sociale, on dérive à une communication médicale dont le médicament psychoactif est devenu l'outil indispensable.

Conclusion

Le travail qui a été réalisé à partir de consommateurs vivants actuellement en institution a permis de porter un regard sur la consommation de psychotropes au domicile. Cette recherche a aidé à mieux percevoir le rôle des différents acteurs concernés par la consommation de psychotropes et les modifications sociales et familiales qu'elle entraîne au quotidien. La prescription première a souvent lieu dans l'urgence, lorsque l'entourage souffre trop du comportement et de l'humeur du parent âgé. Cette consommation, si elle a pour but initial de réguler l'humeur du patient, a aussi un impact certain sur les relations sociales et permet, aux aidants comme aux aidés, de renouer des rapports sur de nouvelles bases. La prise de conscience d'un problème psychique autorise une écoute différente. Même si le psychotrope n'apporte pas une réponse aux questionnements intérieurs qui engendre une situation de crise, la nouvelle gestion du quotidien, autour de la prise de ces médicaments particuliers, permet une amélioration de la relation à l'autre.

Elle permet au vieillard de modifier le regard que l'entourage porte sur lui. Sans cette prescription, les rapports sont inchangés. Faire prendre conscience à la famille de modifier son écoute envers le parent âgé, sans prescrire, paraît une mission quasi impossible. Dans notre société, le médicament est le seul objet qui valide la maladie.

Partant de ces constatations, il semble difficile d'envisager une réduction de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. Mais cette étude ayant été menée dans une région où les rapports familiaux sont spécifiques, d'autres études, dans d'autres régions et d'autres pays, seraient nécessaires pour montrer dans quelle mesure et selon quelles appartenances socio-culturelles, le psychotrope modifie les rapports sociaux. Quels sont les nouveaux modes d'investigation de cette consommation par la personne âgée et son entourage dans des contextes culturels différents? Toute stratégie de réduction de la consommation de psychotropes devra prendre en compte la diversité des fonctions qu'ils remplissent dans l'existence des personnes âgées.

RÉFÉRENCES

- AGUZZOLI, F., SERMET, C., 1993, *La consommation pharmaceutique des personnes âgées en institution*, CREDES.
- DUPRÉ-LÉVEQUE, D., 1994, *Premier bilan d'une étude anthropologique, dans le cadre de la recherche épidémiologique PAQUID (Personnes Agées Qui vivent à Domicile)*, étude réalisée dans les communes de Fonroque et Nontron (Dordogne), Université de Bordeaux II, mars.

- DUPRÉ-LÉVEQUE, D., DEMOURES, G., LÉVEQUE, F., RAYNAUT, C., 1996, Santé mentale, psychotropes et personnes âgées en institution : étude interdisciplinaire menée dans deux établissements pour personnes âgées en Dordogne, *Sociétés, santé, développement*, Université de Bordeaux II, (à paraître).
- FOURRIER, A., LETENNEUR, L., DARTIGUES, J. F., BÉGAUD, B., 1996, *Consommation de médicaments psychotropes chez le sujet âgé à partir de la cohorte PAQUID : déterminants socio-démographiques, état de santé et qualité de vie*, Référence de la convention, 37/94, Bordeaux, 15 février.
- GUIGNON, N., MORMICHE, P., SERMET, C., 1994, La consommation régulière de psychotropes, *INSEE Première*, n° 310.
- HAPCILLE, L., 1993, *Le défi de l'âge*, Frison-Roche, Paris.
- LASSAGNE, L., 1989, *L'émotion, miroir de la vieillesse, Mémoire : diplôme d'Etat de psychomotricien*, Université de Bordeaux II, juin.
- LE BRETON, D., 1995, *Anthropologie de la douleur*, Métailié, Paris.
- MONFORT, J. C., 1994, Psychogériatrie, *La revue du praticien*, 44, 11, 1423-1471.
- SEGALEN, M., 1984, *Sociologie de la famille*, 2ème édition, Armand Colin, Paris.
- ZARIFIAN, E., 1994, *Des paradis plein la tête*, Odile Jacob, Paris.

ABSTRACT

Tertiary effects of psychotropic drugs : results of an anthropologic study conducted in the South-west of France with elderly consumers

This article presents part of the results of a research conducted in the South-west of France on consumption by elderlies of psychotropic drugs. Two institutions have been chosen. The author was seeking to measure the consumption of psychotropic drugs before and after institutionalization, based on a medical questionnaire distributed to doctors working in these institutions. The author then examines the impact of this consumption on social relations, at home and within institutions, from an anthropologic perspective. Elderlies, members of their families, as well as doctors and other parties concerned by this consumption have been questioned during semi-directed interviews. Other than the general consumption of psychotropic drugs in the two institutions which the author attempts to understand the extent, only modifications in family relationships after the taking of drugs at home are exposed in this article.