



Médicalisation des transitions de vie : qui décide et pourquoi ?



Par
Guilhème Pérodeau
Ph. D.

NOTRE RAPPORT à la vieillesse dépend de nos propres représentations, ainsi que des valeurs et des attitudes qui sont véhiculées dans la société et la culture du moment. Néanmoins la vieillesse, tout en revêtant différentes connotations au fil du temps, est incontournable. Nous l'abordons et y faisons face de la même façon que nous avons traversé les crises et autres transitions de vie dans le passé (Längle et Probst, 2000). Certains le font avec sérénité, d'autres avec bravade ou bien encore dans le déni le plus total. Un point de convergence, pourtant : la maturité nous amène à développer des capacités nouvelles. Le but à atteindre, selon Érikson, serait la sagesse qui passe par l'intégrité, soit la capacité de faire des bilans de vie satisfaisants (Hétu, 1992).

Lorsque nous sommes confrontés à un déclin physique inéluctable et à la perte éventuelle du rôle de parent actif, de travailleur ou de conjoint, notre rapport au monde change. Il s'agit de transition de vie, la dernière, en somme. Il est nécessaire de réaliser une rétrospective ou un bilan de sa vie. Puisque le retour en arrière est impossible, seule l'intégration « des bons comme des mauvais coups » est envisageable. Ce processus variera selon sa personnalité, son degré d'intériorisation et évidemment les circonstances de sa vie. Ainsi, une personne en perte d'autonomie sévère, seule dans un petit appartement, assistée d'un service de maintien à domicile souvent inadéquat et privée de la visite de proches, abordera cette intégration d'une façon différente de celle qui est en bonne forme physique et qui jouit de l'affection des siens. Le contexte colore la perspective de vie. Certaines de ces circonstances découlent des choix et des orientations du passé. Par ailleurs, elles s'accompagnent chez certains de symptômes dépressifs, anxieux ou de perte de sommeil. De plus, ces manifestations, hormis celles liées à des problèmes physiques réels et qui doivent être investiguées initialement, reflètent souvent des maux psychosociaux négligés (Fredericson et Handlon, 2003).

Dans le numéro de janvier 2004 de *Psychologie Québec*, la présidente de l'Ordre déplore que la population ait peu accès aux services de psychologie (Charest, 2004). Ce problème est exacerbé chez les personnes âgées à cause de leur hésitation à faire appel à des services d'aide psychologique (Steiner et Marcopulos, 1991). Par

ailleurs, pour contrer l'insomnie ou l'anxiété de leurs patients âgés, plusieurs omnipraticiens privilégient la prescription d'anxiolytiques, de sédatifs et d'hypnotiques (ASH) — « les médicaments de l'âme » ou de « confort », selon Cohen et Cailloux-Cohen (1995) — au détriment de la psychothérapie, ce qui pourrait être indicatif d'une certaine démission thérapeutique de leur part (Collin, Damestoy et La-londe, 1999).

Au Québec, une personne âgée sur cinq consomme des ASH, essentiellement des benzodiazépines (96,2 %), lesquels se retrouvent au quatrième rang des médicaments consommés par les personnes de 65 ans et plus (RAMQ, 2001). La proportion des consommatrices est de 23 %, et celle des consommateurs de 14 % : proportionnellement, les femmes sont presque deux fois plus nombreuses à les utiliser (RAMQ, 2001).

La durée de consommation des ASH

Le consensus scientifique relatif à la prescription des ASH est de limiter la durée de leur consommation (deux semaines à un mois) ainsi qu'à certaines situations très précises telles les états d'anxiété aigus ou encore, temporairement, à la suite d'une situation de crise. Cette consommation, en outre, devrait être accompagnée d'interventions psychothérapeutiques ou comportementales ciblées (Fondation de l'Avenir pour la recherche médicale appliquée, 1994). Or, malgré ces directives précises, la consommation dépasse très souvent ces balises. Mort et Aparasu (2002) notent que ce sont surtout les benzodiazépines qui sont prescrites aux personnes âgées de façon inappropriée (plus de quatre mois consécutifs selon leurs critères). De fait, plus des trois quarts (76,5 %) des consommateurs âgés les consomment à long terme (un an ou plus) et près des trois cinquièmes (près de 60 %) les utilisent à très long terme (trois ans ou plus) (cité dans Cohen et Collin, 1997). L'amorce de la consommation est consécutive à un événement particulier (maladie, hospitalisation, perte d'un proche) et se *maintient* à long terme en fonction du contexte personnel — vulnérabilité psychologique, perte d'autonomie, maladie chronique, dépendance à la famille et aux services de santé ou contexte social de médicalisation des problèmes psychosociaux et d'âge. À ce second niveau, les attitudes et le rapport que la personne entretient vis-à-vis de la vieillesse et de la maladie deviennent primordiaux (Collin, 2003).

Le consommateur banalisera ou même refusera d'admettre les dangers inhérents à la consommation à long terme des benzodiazépines (Collin, 2001), ce qui entraînera un scepticisme face au pouvoir d'attraction des programmes de sevrage, du reste fort efficaces (O'Connor *et al.*, 2003). De fait, des médecins, conscients des

dangers, se heurtent aux refus de leur patient lorsqu'ils essayent de le sevrer ou de diminuer leur dosage.

Cette situation est préoccupante puisque l'utilisation chronique de ces médicaments met les utilisateurs en danger, notamment au chapitre des chutes, des difficultés de coordination psychomotrices et des troubles cognitifs, sans négliger le risque élevé de dépendance physique aux benzodiazépines après un usage de plus de quatre à huit mois (Mishara et Legault, 2000). Par ailleurs, le psychotrope anesthésie des symptômes physiologiques qui peuvent masquer des problèmes psychosociaux ou de transition de vie importants.

Dans nos trajectoires de vie, la famille, c'est-à-dire nos proches, joue un rôle important. À la fois source de soutien et d'affection, mais aussi de conflits ou même de troubles profonds, le réseau familial ne peut être mis de côté. Pourtant, peu d'études ont abordé les aspects psychosociaux liés à la consommation chronique des ASH en tenant compte de l'influence du milieu familial. Ce sont ces considérations qui nous ont amenés à explorer les attitudes, croyances, représentations et pratiques accompagnant la prise à long terme du médicament par des femmes âgées ayant des conditions de vie difficiles, et de les contraster à celles entretenues par leur entourage. Les attitudes envers le médicament, plutôt que des facteurs de stress, influencent la consommation à long terme (Pérodeau, King et Ostoj, 1992).

Une étude qualitative

Les participantes de l'étude qualitative¹ étaient des femmes âgées de plus de 60 ans, francophones, lucides, sans maladie grave ni problèmes psychiatriques marqués et n'ayant pas vécu une crise de vie dans les derniers trois mois. En perte d'autonomie, elles recevaient des services de maintien à domicile et résidaient en milieu urbain. Depuis plus de six mois, elles consommaient régulièrement un ou plusieurs médicaments psychotropes (au moins une fois par semaine et exclusivement pour l'anxiété, l'insomnie) et elles pouvaient nommer une parente proche ayant une influence sur leurs habitudes médicamenteuses. Nous avons ainsi mené des entrevues en profondeur auprès de 21 personnes âgées consommatrices et avons contrasté leur perspective à celle d'une proche parente (fille, sœur, belle-fille ou petite-fille) pour 14 d'entre elles (7 parentes ont refusé de participer). Les deux entrevues, pour chacune des dyades, étaient menées séparément (Pérodeau, Paradis *et al.*, 2003).

Une analyse globale montre que les femmes âgées se ressemblent dans le rapport qu'elles entretiennent avec le médicament, alors que les proches diffèrent davantage entre elles. Cela dit, les propos tenus autant par les femmes âgées que par leurs parentes reflètent l'idéologie véhiculée par l'*establishment* médical, souvent prompt à médicamenter les problèmes d'adaptation. Les penchants d'une société axée sur la jeunesse et la performance, et laissant peu de place aux aînés, sous-tendent la trame de fond du discours.

L'examen pointu des narratifs dévoile que pour la consommatrice, le psychotrope représente une forme de sécurité et de soutien sur lequel s'appuyer, il l'aide à diminuer son anxiété ou à mieux

dormir. Affronter un quotidien souvent difficile est le lot de ces femmes aux prises avec la perte d'autonomie, les maladies chroniques, voire la solitude et l'isolement. Voici comment ces femmes âgées témoignent de leur confiance dans le médicament : « Si je ne prenais pas ça, j'aurais de la difficulté... [Parce que vous avez déjà essayé d'arrêter...] Non, je n'ai même pas essayé, je le sais, que je ne pourrais pas dormir. » (4FA)²

Pourtant, la consommatrice est consciente des dangers inhérents à la consommation à long terme, bien qu'elle en minimise les risques potentiels et se targue de maîtriser sa consommation : « Au besoin, strictement au besoin. [...] C'est comme je te dis, l'anxiété, je n'ai pas grand-chose. J'ai juste cette petite affaire-là. » (11FA); « Pour les nerfs, c'est juste une demi-pilule en me couchant, ce n'est pas beaucoup [...] je fais attention, j'ai jamais abusé de ça [...] c'est des petites pilules qu'on coupe en deux. » (8FA)

Cette stratégie leur permet d'occulter, du moins au niveau du discours, toute inquiétude face aux aléas potentiels de leur consommation : « [...] puis je la prends tellement rarement que je n'ai pas à m'inquiéter de celle-là. [...] J'ai aucune pensée ou rien à propos de ces médicaments-là. » (11FA)

Le médicament n'est pas considéré pour ce qu'il est : une substance chimique avec des effets physiologiques importants à court et à long terme. Il est dépossédé de ses propriétés véritables pour devenir une « petite pilule » quasiment inoffensive puisqu'on en prend peu et seulement de façon occasionnelle. On départit le psychotrope de sa puissance intrinsèque afin de s'assurer que l'on n'a pas perdu le contrôle. Il y a donc ce paradoxe de la grande dépendance « je ne peux pas arrêter, car je tomberais malade » et de l'illusion de contrôle « je pourrais arrêter n'importe quand si je décidais de le faire » (étant donné qu'elle n'en prend pas beaucoup).

Clairement, les consommatrices âgées et leurs proches partagent des représentations communes sur le médicament et son rôle dans le quotidien. Des distinctions apparaissent au sein de l'environnement familial lorsque l'on approfondit l'analyse en fonction des dynamiques particulières. Alors que le discours des consommatrices est uniforme, essentiellement positif avec quelques rares questionnements (Pérodeau, Voyer *et al.*, 2003) nous avons dénoté quatre grandes tendances, ou *typologies*, au sein des familles où le psychotrope est tour à tour vu comme :

Type 1 « c'est une habitude » : une béquille et donc non essentiel (avec une dynamique familiale de laisser-faire et de quasi-désintéressement par rapport à la consommation, même si elle est chronique; la relation d'aide est surtout instrumentale avec peu de relation affective de part et d'autre) « Mais moi je lui dis tout le temps, ça fait tellement d'années qu'elle en prend, moi je dis que c'est une habitude [...] parce que, pour elle, c'est une béquille. Moi, je vois ça de même. » (4PI); ou bien cet autre qui s'en lave les mains : « Mais de lui dire, à elle, oui, tu ne devrais pas en prendre, je lui ai déjà dit, mais chaque individu décide de lui-même ce qui est bon pour lui et ce qui ne l'est pas. » (12PI)



Type 2 « c'est utile et sous contrôle » : un simple moyen de maintenir la qualité de vie de l'aïdée (la famille est à l'écoute des besoins, il y a souvent une grande solidarité et entraide entre les membres). Cette parente s'exprime ainsi : « Quand on regarde ça, avec les événements qu'elle a vécus, on se dit s'il y a une pilule qui peut arriver à soulager dans le moment, pourquoi pas ? [...] Des fois je me disais, une présence, moi j'étais présente à elle beaucoup, même je couchais la nuit et tout ça. Tu sais des fois ça, ça remplace. » (9PI)

Type 3 « pour qu'elle se contrôle, c'est vital » : essentiel à la survie non seulement de la personne âgée, mais également celle de son entourage (la parente-informatrice est débordée, trouve la tâche écrasante et estime que la pilule contribue au bien-être de tous; la dynamique familiale est difficile et tendue). Ce prochain verbatim illustre bien la tension familiale : « Elle en a besoin. Alors ce n'est pas compliqué, elle en a besoin, alors qu'elle le prenne, qu'elle se calme parce qu'il n'y a pas d'autre chose à faire... Non... » (2PI); ou bien cette autre quasi désespérée : « Elle en a absolument besoin. [...] Puis nous ça ne serait pas vivable si elle ne les avait pas, parce qu'elle n'aurait pas de contrôle du tout. [...] on ne peut pas lui enlever ce qu'elle prend. » (18PI)

Type 4 « quel psychotrope ! ? » : peu ou pas de communication sur le médicament. Celui-ci n'est pas reconnu comme un objet ayant une place quelconque dans la vie de la femme âgée ou sa famille, on n'en parle tout simplement pas à son entourage. Il s'agit de dynamique familiale caractérisée par la faiblesse des communications en général. « On est une famille, chacun garde ses choses pour [...] soi-même. Non, elle est bien, elle garde toutes ses choses pour elle-même pas mal, on est tous comme ça, oui, toutes les sœurs. » (7PI)

Pour résumer, tantôt le médicament est perçu comme un moyen comme un autre, avec une légitimité variable, tantôt il est quasi vital à la survie, il « contient » l'anxiété non seulement de l'utilisatrice, mais également celle de la parente proche d'elle, tantôt il peut être carrément occulté du discours.

Un médicament-caméléon

Visiblement, diverses propriétés sont projetées sur ce *médicament-caméléon*, au gré des fantasmes et des besoins plus ou moins avoués des consommateurs et de leur entourage. La famille semble être le microcosme de la société dans sa façon de se représenter et d'agir par rapport à l'intervention médicamenteuse. Le noyau familial, avec des variantes dues à des dynamiques différentes, reproduit le discours (banalisation des risques) et les comportements (peu d'interrogation relative aux raisons qui sous-tendent la dépendance chronique à la pilule) d'acteurs sociaux comme les médecins, et personnel médical et les décideurs.

Évoquer une réduction de la consommation ou un sevrage possible, sans explorer ce que la substance représente ou symbolise dans le fonctionnement individuel et familial, risquerait d'ouvrir une boîte de Pandore, psychodynamiquement parlant. Une voie serait d'instituer des interventions éducatives auprès des aînées et de leurs

proches pour diminuer la durée excessive d'utilisation. En particulier, le psychologue peut s'impliquer dans un programme d'intervention psychosociale de groupe, dans lequel non seulement des informations factuelles sur le médicament et ses effets seraient dispensées, mais où l'on explorerait entre autres les habitudes en matière de santé, les stratégies vis-à-vis des difficultés, la gestion des émotions ou bien l'interaction avec les professionnels de la santé et le milieu familial (Pérodeau, Goyer et Guindon, 2001).

Par ailleurs, sur un plan plus psychodynamique, en tenant compte du stade développemental atteint par la cliente (ou le client), il serait important de l'accompagner dans une démarche herméneutique de co-construction de sens (Delisle, 2004) sur sa trajectoire de vie jusqu'à maintenant. Le psychologue s'attache aux émergences liées aux pertes de tout genre, le déclin progressif des habilités, le changement de statut et de rôle, la crainte d'être un fardeau pour ses proches. Une écoute active et respectueuse aidera la personne à gagner un sens de perspective, d'intégration, de résolution des *situations inachevées* (Fredericson et Handlon, 2003). Selon ces auteurs d'orientation gestaltiste, la croissance ne peut se faire qu'à travers le contact avec l'environnement. Une telle approche vise donc à diminuer les sentiments de solitude et d'isolement souvent prévalents chez le client âgé. Laisser les émotions jaillir et *les travailler* au fur et à mesure, dans un cadre thérapeutique, permettra d'appivoiser la souffrance sous-tendant l'anxiété ou l'insomnie. Quels sont les regrets, les amertumes ressentis par la cliente? Quelles sont ses priorités pour les années qui lui restent? Quelle place sa famille proche tient-elle? Y a-t-il des inquiétudes, des malaises à explorer? Une bonne partie de la détresse vécue par les personnes âgées provient souvent de leurs craintes relatives à de nouvelles pertes dans leur vie (santé, conjoint, etc.) et des soucis pour le bien-être des personnes aimées (enfant en instance de divorce par exemple) (Pérodeau *et al.*, 1996).

Ces thèmes, et les émotions qu'ils activent, seront ainsi élaborés et traités dans une démarche d'intégration et de bilan de vie. Ce travail, bien mené, contribuera à apaiser les angoisses et les craintes chez la cliente. Ultiment, la place du médicament dans la représentation de soi et comme habitude en matière de santé pourra être examinée. La possibilité d'une réduction ou même d'un arrêt de consommation, sous direction médicale, pourra être abordée tout en offrant un soutien psychologique suivi (Landry et Mainguy, 2003), et en intégrant le contexte familial, afin d'en maximiser les chances de succès.

Guilhème Pérodeau est professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais et psychologue en bureau privé au Centre de relations humaines à Gatineau. guilheme.perodeau@uqo.ca

Références

1. Nous remercions le Conseil québécois de la recherche sociale pour le financement du projet (SR-3455) « Famille et consommation chronique de médicaments psychotropes par les femmes âgées en perte d'autonomie » (Pérodeau, Collin, Cohen, Ducharme et Mishara, 2000-2001)
2. FA signifie femme âgée; PI signifie parente-informatrice.

Bibliographie

- Charest, R.-M. (2004). « Les services des psychologues : solution au problème d'accessibilité en santé mentale ». *Psychologie Québec*, vol. 21, n° 1, p. 5.
- Cohen, D., Cailloux-Cohen, S., et l'AGIDD-SMQ (1995). *Guide critique des médicaments de l'âme*. Montréal, Éditions de l'Homme.
- Cohen, D., et Collin, J. (1997). « Les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits ». Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Collin, J. (2003). « Rapport des personnes âgées aux médicaments : un modèle conceptuel ». Dans Levy, J. et al. (éd.). *Enjeux psychosociaux de la santé*. Québec, Presses de l'université du Québec, ch. 19, p. 261-273.
- Collin, J. (2001). « Médicaments psychotropes et personnes âgées : une socialisation de la consommation ». *Revue québécoise de psychologie*, 22 (2), p. 75-98.
- Collin, J., Damestoy, N., et Lalonde, R. (1999). « La construction d'une rationalité : les médecins face à la prescription de psychotropes aux personnes âgées ». *Sciences sociales et santé*, 10, p. 31-52.
- Delisle, G. (2004). « Les crises développementales de la vie adulte ». Atelier présenté au Centre hospitalier Pierre-Janet, Gatineau, 5 février.
- Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale appliquée. « Conférence de consensus ». Paris, 1994.
- Fredericson et Handlon (2003). « The later years from a Gestalt systems/Field perspective : therapeutic considerations ». *Gestalt Review*, 7 (2), p. 92-102.
- Hétu, J.-L. (1992). *Psychologie du vieillissement*. Montréal, Méridien.
- Landry, P., et Mainguy, N. (2003). « Conseils cliniques pour faciliter le sevrage des benzodiazépines ». *Santé mentale au Québec*, XXVIII, 2, p. 43-57.
- Làngle, A., et Probst, C. (2000). « Existential questions of the elderly ». *International Medical Journal*, 7 (3), p. 193-196.
- Mishara, B. L., et Legault, A. (2000). « L'abus de médicaments, d'alcool et de drogues ». Dans Cappeliez, P., Landreville, P., et Vézina, J. (dir.). *Psychologie clinique de la personne âgée*. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, p. 175-196.
- Mort, J. R., et Aparasu, R. R. (2002). « Prescribing of psychotropics in the elderly. Why is it so often inappropriate? ». *CNS Drugs*, 16 (12), p. 99-109.
- O'Connor, K. et al. (2003). « Évaluation d'un programme d'aide au succès de sevrage des benzodiazépines ». *Santé mentale au Québec*, XXVIII, 2, p. 121-148.
- Pérodeau, G., Voyer, P. et al. (2003). « Recherche d'informations sur les psychotropes par les personnes âgées consommatrices : les professionnels de la santé, les proches et les médias ». *Vie et Vieillesse*, 2 (3), p. 37-44.
- Pérodeau, G., Goyer, L., et Guindon, M. (2001). « Consommation chronique de psychotropes chez les aînés : jalons théoriques et pratiques pour les cliniciens ». *Revue québécoise de psychologie*, 22 (2), p. 1-22.
- Pérodeau, G., Paradis, I. et al. (2003). « Dynamique familiale et médicament psychotrope : les femmes âgées consommatrices et leurs aidantes ». Dans Levy, J. et al. (éd.). *Enjeux psychosociaux de la santé*. Québec, Presses de l'Université du Québec, ch. 20, p. 275-286.
- Pérodeau, G. et al. (1996). « Les psychotropes et le vieillissement normal : une perspective psychosociale et socioéconomique ». *Revue canadienne du vieillissement*, 15 (4), p. 559-582.
- Pérodeau, G., King, S., et Ostoj, M. (1992). « Stress and psychotropic drug use among the elderly : An exploratory model ». *Canadian Journal on Aging*, 11 (4), p. 347-369.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (2001). « Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées : Régime d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec : les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000 ». Québec.
- Steiner, D., et Marcopulos, B. (1991). « Depression in the elderly. Characteristics and clinical management ». *Nursing Clinics of North America*, 26 (3), p. 585-600.

promédic
Services d'assurances aux professionnels Inc.

Filiale de Global Expert Gestion de Risques inc.

Courtier exclusif de l'Ordre des psychologues du Québec

ASSURANCE-GROUPE

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assurance-vie | <input type="checkbox"/> Assurance soins médicaux | <input type="checkbox"/> Assurance soins dentaires |
| <input type="checkbox"/> Assurance décès ou mutilation par accident | ● Hospitalisation | ● Soins de base et prévention |
| <input type="checkbox"/> Assurance perte de revenu (Durée maximale – 70 ans) | ● Médicaments | ● Endodontie (traitement de canal) |
| <input type="checkbox"/> Assurance des frais généraux | ● Paramédicaux | ● Périodontie (traitement des gencives) |
| | ● Assistance-voyage | |

ASSURANCE INDIVIDUELLE

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Assurance-vie | <input type="checkbox"/> Assurance perte de revenu | <input type="checkbox"/> Assurance contre « les maladies graves » |
| ● Temporaire 10 ans | <input type="checkbox"/> Assurance vie universelle | ● Protection contre : |
| ● Temporaire 20 ans | | Cancer - Crise cardiaque |
| ● Temporaire 100 ans | | Paralysie - Sclérose en plaques |

La réponse à tous vos besoins d'assurance de personnes

N'hésitez pas à communiquer avec nous

999, boulevard de Maisonneuve Ouest, 10^e étage, Montréal (Québec) H3A 3L4

Téléphone : (514) 745-2425 ● Interurbain : 1-800-561-4963 ● Télécopieur : (514) 745-9966 ● Courriel : promedic@promedic.ca