

**La surconsommation des psychotropes en
Belgique, en particulier par les femmes
Quelle analyse ; quelles solutions ?**

2010



fps

Liliane Leroy -2010

Chargée d'études – Secrétariat Général.

liliane.leroy@mutsoc.be

Introduction : des chiffres

L'Institut de Santé publique a fait paraître en mars 2010, le rapport de l'enquête de santé¹ qu'elle a réalisé grâce à des interviews auprès de la population belge en 2008.

Il en ressort un nombre important de données concernant la consommation de médicaments dits « psychotropes » c'est-à-dire principalement les antidépresseurs, les tranquillisants, les somnifères.

Tout d'abord, si l'on compare les différentes enquêtes, il ressort que la consommation de psychotrope augmente de façon vertigineuse depuis 1997. Cette année là, 7.5 % d'hommes et 13% de femmes avaient consommé des psychotropes dans les 15 jours précédant l'interview qu'ils ont subie dans le cadre de l'enquête. En 2008, le taux passe respectivement à 10.3% pour les hommes et 20.6% pour les femmes Soit un total pour les hommes et les femmes de 10.1% en 1997 et 15.7% en 2008 !

La répartition de la consommation de ces médicaments se fait de la façon suivante : au sommet du hit parade : les somnifères, utilisés par 9% de la population, puis les tranquillisants : 7% qui sont talonnés par les antidépresseurs : 6%. La différence de consommation entre les hommes et les femmes se retrouve pour chaque type de médicament psychotrope envisagé séparément.

Pour être complète, il me faut mentionner deux autres conclusions de ce rapport, à savoir que

- « Le nombre de consommateurs de médicaments psychotropes augmente en fonction de l'âge. Cette expansion est plus importante chez les femmes (de 3% parmi les plus jeunes à 43% parmi les aînés)

¹ <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/index4.htm> Enquête de santé par interview. 2010.

que chez les hommes (de 3% à 22%). Pas moins de 28% des personnes âgées de 75 ans et plus utilisent des somnifères, par exemple »².

- Enfin, les médicaments psychotropes « sont plus souvent utilisés dans les milieux les moins scolarisés La consommation de médicaments psychotropes est plus importante chez les personnes issues des milieux les moins scolarisés (27%) et diminue jusqu'à 10% chez les personnes ayant accédé à des études supérieures. Cette différence entre les classes sociales n'est pas assujettie à la composition des groupes en termes d'âge et de sexe ».³

2. Les réalités des femmes

Les résultats alarmants que révèlent cette enquête en ce qui concerne les femmes ne nous étonnent pas.

Certes, comme le souligne le Docteur Marc Ansseau dans les pages du Soir du 23 mars, les femmes sont soumises à des facteurs de risques « qui sont connus : un milieu social défavorisé, un faible revenu d'instruction, des revenus modestes, la solitude », mais on ne peut pas arrêter là l'analyse de la surconsommation des antidépresseurs, tranquillisants et autres pilules « de mieux-être » par les femmes.

En effet, les difficultés d'ordre mental sont plus élevées pour les femmes que pour les hommes quelque soit le niveau d'étude et quelque soit le niveau de revenus. La consommation de psychotropes suit la même répartition, les différences entre les hommes et les femmes vont de 3% à 11%.

Comment rendre compte des ces inégalités ?

² <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/index4.htm> Enquête de santé par interview, résultats principaux pp.18

³ <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/index4.htm> Enquête de santé par interview, résultats principaux pp.18

Il ne suffit pas d'invoquer la pauvreté des femmes pour rendre compte du mal-être. Leur « plus faible niveau d'instruction » est du reste à interroger, ceci n'étant plus vrai dans les générations plus jeunes. Pour rendre compte des facteurs de risque, il faut également poser la question des effets sur la santé, des rôles sociaux au travail, au sein de la famille et dans la communauté.

En 1981 déjà, Louise Guyon, Roxanne Simard et Louise Nadeau⁴ dénonçaient la médicalisation et la psychiatisation de la détresse et de la dépression que les conditions de vie des femmes engendrent. Elles relevaient également que les femmes sont davantage et plus sévèrement diagnostiquées que les hommes. Elles sont hospitalisées plus longtemps et reçoivent davantage de médicaments.

Globalement, les femmes vivent plus de violences que les hommes et cette violence a des conséquences importantes sur la santé mentale et la consommation de psychotropes.⁵ Depuis longtemps, les féministes du Québec et d'ailleurs, ont épinglé les différentes violences faites aux femmes en tant que source de leur mal-être social et psychique.

Il s'agit des violences sexuelles dont les petites filles sont, plus souvent qu'on ne l'admet, les victimes. Elles engendrent des problèmes de santé, d'addiction, de dépression, de boulimie et d'anorexie.

« Les femmes qui ont subi de sévices sexuels durant leur enfance ou à l'âge adulte sont elles aussi plus susceptibles que les autres de faire des tentatives de suicide. Le lien est encore plus fort si on tient compte de facteurs de risque individuels tels que le sexe, l'âge et l'éducation des femmes, ou la présence de symptômes de perturbations post-traumatiques»⁶

⁴ GUYON, Louise et al, Va te faire soigner, t'es malade, Montréal, Paris, Stanké, 1981.

⁵ Maryse JASPARD1, Marie-Josèphe SAUREL-CUBIZOLL et l'équipe Envef : f Violences envers les femmes et effets sur la santé. Enquête nationale de l'ENVEFF

⁶ <http://info.k4health.org/pr/prf/fl11edsum.shtml#top>

Il s'agit également des violences conjugales qui sont sous-diagnostiquées, que ce soit lors de consultations en médecine générale ou en psychiatrie. Les victimes perdent l'estime d'elles-mêmes, se sentent coupables, présentent des symptômes divers physiques ou psychiques.

« Beaucoup de femmes estiment que les conséquences psychologiques des sévices sont encore plus graves que leurs manifestations physiques. L'expérience de sévices détruit souvent petit à petit l'estime que l'on peut avoir de soi et fait courir aux femmes plus de risques de toute une série de problèmes de santé mentale, y compris la dépression, le stress post-traumatique, le suicide et l'abus de l'alcool et des drogues »⁷

Plus largement et toutes les femmes en font les frais, il s'agit de toutes les violences sociétales que subissent toutes les femmes depuis leur plus tendre enfance. Il s'agit des images stéréotypées et dévalorisantes ou au contraire inaccessibles qui sont proposées aux filles et aux femmes. Il s'agit du « plafond de verre » auquel les travailleuses se heurtent, leur barrant l'accès aux fonctions supérieures dans les entreprises et les administrations, de la précarité des emplois féminins. Il s'agit du manque de pouvoir et d'empowerment ; les femmes sont encore trop rares dans les lieux de pouvoir : conseils d'administration, conseils de participation, lieux de décision politique...

Bien que la société évolue (lentement), les femmes et surtout les plus défavorisées d'entre elles, restent globalement dans une situation d'inégalité, d'oppression et de manque de pouvoir. Ce sont des facteurs de mal-être qui peuvent engendrer des difficultés par rapport à l'estime et la confiance en soi, un sentiment d'insécurité, du stress, de la dépression, etc.

L'analyse de la surconsommation des psychotropes par les femmes également doit interroger le pouvoir et les rapports de domination.

⁷ idem

Dans cette perspective, l'antidote sera de promouvoir des lieux où les femmes pourront reprendre du pouvoir sur leur vie, interroger les stéréotypes. Il s'agit, dans la relation clinique, de mettre les problèmes individuels dans une perspective culturelle et collective et de favoriser une déstigmatisation des difficultés que rencontrent les femmes et surtout de ne pas négliger les facteurs environnementaux au profit d'une approche en termes de « personnalité »

Il s'agit aussi, bien sûr de continuer la lutte pour l'égalité des hommes et des femmes.

3. La liberté de choix de traitement n'est pas une réalité en Belgique

En Belgique, il y a deux logiques différentes en ce qui concerne le droit aux soins en santé mentale. En principe dans notre pays, tout le monde a droit aux soins les plus adéquats que requiert son état. Cependant, cette logique n'est valable et applicable que lorsqu'il s'agit de prescription de médicaments ou d'hospitalisation.

En effet, le remboursement de ces soins dépend de l'INAMI, soit d'un financement fédéral. Du point de vue du patient et du prestataire de soin, ce remboursement n'est jamais limité s'il est nécessaire.

Par contre, lorsqu'il s'agit de soins tels qu'un suivi psychologique dans un centre de santé mentale, un centre de planning familial ou d'un hébergement dans une maison d'accueil, un appartement supervisé, etc., l'accès aux soins est limitée par l'offre. La subsideation de ces structures dépend des gouvernements régionaux. Nous constatons dans les centres de planning familial des FPS que cette offre est très insuffisante : nous recevons le « trop

plein » des autres structures et devons souvent mettre les personnes sur des listes d'attente.

Le droit à ce type de soins est limité par le manque endémique de capacité d'accueil de ces structures. De plus, il y a la question de l'accessibilité géographique, horaire, culturelle.

La réalité du terrain ne permet donc pas au patient et aux professionnels confrontés à un problème de santé mentale de choisir le traitement le plus adapté.

Conclusions

Je ne saurais conclure un tel sujet que par de recommandations ou revendications.

Tout d'abord, les facteurs d'environnement devraient être mieux pris en compte dans l'approche diagnostique de la santé mentale. Les problèmes rencontrés par les personnes et en particulier par les femmes ne sont souvent moins endogènes⁸ qu'il n'y paraît.

La question des violences familiales devrait être investiguée systématiquement avant de poser un diagnostic et ce tant par les médecins de toute spécialité que par les psys en tous genre car elles sont fréquentes et les ignorer conduit à de thérapies erronées, voire dangereuses (victimisation secondaire)⁹

Enfin, en ce qui concerne la politique de santé mentale en Belgique, il est regrettable qu'elle soit tributaire de la répartition des budgets des soins entre

⁸ Qui prend son origine dans l'organisme - <http://fr.wiktionary.org/wiki/endog%C3%A8ne>

⁹ « La victimisation secondaire » est l'ensemble des conséquences pour la victime de déni ou du manque de prise en compte de sa situation de victime par les interlocuteurs auxquels elle s'adresse.

le fédéral et les régions, plutôt que de partir d'une réflexion globale centrée sur l'efficacité des modèles et sur les besoins des usagers !