

AVIS

SANTÉ MENTALE DES AÎNÉES

ET

SURMÉDICATION

Présenté par le

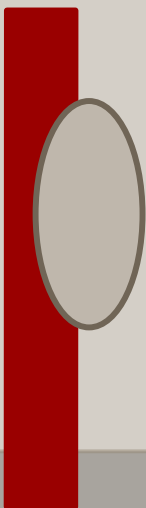
Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes

auprès de

**l'Agence de la santé et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent**

Février 2013

Reçu au conseil d'administration de l'Agence
le 27 mars 2013
ASSS.-03-13-336R



MEMBRES DU COMITÉ

- Pour la Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent : Suzelle Lambert (TCGFBSL), Isabelle Gallant (Centre-femmes de la Mitis), Linda Bérubé (CALACS de Rimouski), Judith Dionne (Centre-femmes La Passerelle du Kamouraska), Monia Gagné (Centre de femmes de la Vallée de la Matapédia), Maryse Desjardins (Regroupement des femmes de la région de Matane), Pascale Parent (CALACS de Rimouski), Martine Rioux (Centre de femmes de la Vallée de La Matapédia)
- Responsable du Conseil du statut de la femme : Sylvie Bouchard
- Responsable à la condition féminine à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et support au comité : Solange Lévesque

REMERCIEMENTS

Pour leurs commentaires et leur contribution à la réflexion, nous tenons à remercier :

- Lucie Brault et Brigitte Michaud de la TCGFBSL;
- Odette Bernatchez, Réseau des répondantes diocésaines à la condition des femmes;
- Linda Bérubé, CSSS de Rimouski-Neigette;
- Les professionnellEs de l'Agence qui ont été consultées sur des aspects spécifiques et qui ont déposé leurs commentaires au comité.

AVANT-PROPOS

L'*Avis : Santé mentale des aînées et surmédication* que nous vous proposons est le cinquième avis produit par le Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes (CACVF) auprès de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Le principal mandat du Comité aviseur est de conseiller l'Agence sur toute problématique influençant l'état de santé et de bien-être des femmes et assurer des services accessibles et adaptés à la réalité des femmes du territoire. Il est composé majoritairement de représentantes de la Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent, réseau féministe de défense collective des droits des femmes pour l'amélioration de leur qualité de vie. La responsable régionale du Conseil du statut de la femme et la responsable à la condition féminine à l'Agence siègent également sur ce comité.

Pour réaliser son mandat, le Comité a produit jusqu'ici quatre avis, soit :

- *Avis sur la santé mentale des femmes*, avril 2000;
- *Avis sur le virage ambulatoire*, juin 2002;
- *Avis sur la sexualisation précoce des filles et son impact sur leur santé*, avril 2005;
- *Avis pour une approche spécifique de la santé des femmes*, décembre 2009.

Dans ce cinquième avis : *Santé mentale des aînées et surmédication*, le CACVF s'est interrogé sur la surconsommation de médicaments, en particulier des médicaments psychotropes, chez les femmes âgées et sur les facteurs sociaux qui interagissent pour maintenir cette situation, et cela, malgré les objectifs de réduction des médicaments en vigueur à l'Agence depuis plusieurs années.

Nous en venons à la conclusion que la question de la santé mentale des aînées et de la surmédication doit s'inscrire dans une approche globale qui concerne toute la société : c'est à un changement de regard sur le vieillissement que nous sommes toutes et tous conviés.

Nous soumettons néanmoins à l'Agence et aux CSSS du BSL quelques recommandations qui sont en concordance avec l'orientation 65 du Plan d'action de la *Politique pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait (2011-2015)* du MCCCCF.

Nous souscrivons également à la mesure du Plan d'action régional en santé publique du Bas-Saint-Laurent, pour soutenir les activités visant la diminution de la consommation de médicaments psychotropes, particulièrement auprès des aînés. (DSP-BSL, P. 25)

Aussi, nous espérons que la direction de l'Agence de santé et de services sociaux du BSL, par sa mission de promotion de la santé, joue le rôle essentiel qui lui incombe, entre autres, en diffusant cet Avis auprès de tous les acteurs et actrices impliqués auprès des personnes âgées du Bas-Saint-Laurent.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	2
INTRODUCTION.....	4
1. UNE PERCEPTION ERRONÉE ET NÉGATIVE DE LA VIELLESSE.....	7
1.1 La vieillesse, une impuissance acquise.....	8
2. BANALISATION DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS.....	10
2.1 Une consommation de médicaments à la hausse.....	10
2.2 Les pratiques des compagnies pharmaceutiques	11
2.3 La publicité.....	12
2.4 Le ghostwriting	13
2.5 Marchandisation de la maladie.....	14
2.6 En sécurité, vraiment?	15
2.7 La prescription élargie de psychotropes.....	16
3. DES FACTEURS D'EXCLUSION	18
3.1 Exclusion identitaire	18
3.2 La précarité financière	20
3.3 Le mitan, une période charnière d'exclusion	21
4. POUR UN VIEILLISSEMENT RICHE ET SEREIN	24
4.1 Les approches adaptées aux personnes âgées.....	25
4.2 Initiatives pour l'amélioration de la santé mentale des aînées	26
4.3 Pour une vie active à tout âge	28
4.4 Une vie intellectuelle active	29
4.5 Une nouvelle conception du travail.....	29
RECOMMANDATIONS	31
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE	34

INTRODUCTION

Cet avis du Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes (CACVF) auprès de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent s'inscrit dans l'orientation 4 du Plan d'action de la *Politique pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait (2011-2015)* : Adapter les soins de santé et les services sociaux aux besoins particuliers des femmes et de certains groupes :

65/Intervenir auprès des personnes âgées, en particulier auprès des femmes, pour diminuer la consommation de médicaments anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques

« Un nombre important de personnes âgées, avant tout des femmes, consomment des médicaments psychotropes, et une forte proportion d'entre elles y recourent de façon chronique et à long terme. Le phénomène des maladies provoquées par les médicaments constitue un problème important chez les personnes âgées; ces maladies sont une cause importante de consultations médicales, de périodes d'hospitalisation et de mortalité. Par ailleurs, plusieurs auteurs et auteures ont suggéré un lien entre l'isolement, le manque de soutien social et la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées. » (SCF-MCCC, p. 93)

Nous souscrivons également à la mesure suivante du Plan d'action régional en santé publique du Bas-Saint-Laurent, volet développement, adaptation et intégration sociale :

Prévention des dépendances et de la surconsommation de médicaments psychotropes

« Soutenir les activités visant la diminution de la consommation de médicaments psychotropes incluant les anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques, particulièrement auprès des aînés. » (DSP-BSL, P. 25)

Le CACVF a également fait une consultation auprès des groupes membres de la Table de concertation des groupes de femmes du BSL pour connaître leurs préoccupations et leurs priorités concernant la santé des femmes. La question de la santé et du bien-être des aînées dans le contexte démographique actuel et de la médicalisation de la vieillesse leur est apparue particulièrement préoccupante.

Il s'avère que la population du Bas-Saint-Laurent se démarque de la moyenne québécoise par l'âge de sa population proportionnellement plus âgée que celle du Québec. Au recensement de 2011, 19,7 % de sa population était alors âgée de 65 ans et plus, comparativement à 15,9 % au Québec. L'écart continue à se creuser en raison, notamment, du non-renouvellement de la population. En effet, la population du Bas-Saint-Laurent diminue, contrairement à celle du Québec, ce qui provoque un vieillissement plus marqué. Selon les projections de l'ISQ, en 2016, les personnes âgées du Bas-Saint-Laurent atteindront près de 23 % de la population. La proportion de femmes dans les groupes plus âgés augmentera également, car elles vivent en moyenne plus longtemps que les hommes. Selon les projections, 25 % de toutes les Bas-Laurentiennes devraient avoir 65 ans ou plus en 2016 comparativement à près de 22 % pour les Bas-Laurentiens.

Compte tenu de cette réalité démographique, le CACVF et les groupes de femmes qu'il représente se sentent interpellés par les conditions de vie et la santé mentale des aînées. En effet, si elles vivent en moyenne 5 ans de plus que les hommes, cette plus longue durée de vie s'accompagne souvent de maladies, d'isolement et d'une détérioration de leur condition socio-économique.

Bien que leur niveau de détresse psychologique soit plus faible que chez les autres femmes, les femmes âgées constituent le groupe qui consomme le plus de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques et neuroleptiques). De façon générale, la consommation de médicaments est nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, particulièrement en ce qui concerne les antidépresseurs où 70 % de la consommation au Québec concerne des femmes.

La consommation de psychotropes croît de façon significative chez les personnes âgées : les personnes de 65 ans et plus en consommeraient 5 fois plus que les individus âgés de 18 à 64 ans. En 1997, 39 % des femmes âgées se sont vu prescrire des anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques contre seulement 27 % des hommes du même âge. Ce phénomène est doublement préoccupant, car la prise de ces tranquillisants s'étend sur de nombreuses années. Pourtant, il existe un consensus scientifique sur la nécessité de limiter à un maximum d'un mois la prescription de ce type de médicament et à certaines situations de crise. (Collin, p. 4) De plus, il ne faut pas perdre de vue que plusieurs autres problèmes de santé sont également reliés à l'utilisation de médicaments. La polymédication peut alors entraîner une augmentation des effets médicamenteux indésirables. Le fait de traiter de tels effets comme si c'était de nouvelles maladies provoque une cascade médicamenteuse. La Dre France Raby avance « que les personnes âgées résidant au Bas-Saint-Laurent consommeraient en moyenne de dix à quinze principes actifs. » (2010)

Comment peut-on expliquer cette consommation importante et de longue durée de psychotropes chez les personnes âgées et particulièrement chez les femmes âgées? Quels sont les facteurs sociaux qui interagissent pour maintenir cette situation?

Quel rapport y a-t-il avec notre conception sociale de la vieillesse? Assiste-t-on à une attitude généralisée de « démission thérapeutique » (Collin) des professionnels de la santé ou d'une démission générale de la société face aux personnes âgées?

Peut-on y voir une banalisation des médicaments ou une médicalisation de l'existence, du vieillissement, qui ramène à des défaillances individuelles des problèmes d'ordre social?

Cette réponse biomédicale aux problèmes de santé des femmes âgées laisse dans l'ombre les principaux déterminants sociaux de la santé où des facteurs d'exclusion se conjuguent pour mettre à l'écart certains groupes de la société, ici les personnes âgées. Nous nous attarderons en particulier sur quelques exclusions bien spécifiques que peuvent vivre les aînées, comme l'âgisme et le sexisme, la représentation négative de l'image de soi, ainsi que les conditions socio-économiques.

Mais ce processus d'exclusion et de médicalisation de la santé mentale des aînées ne commence pas à partir de 65 ans. « Il faut également tenir compte du fait que plusieurs femmes commencent à vivre, à partir du milieu, un long processus de dévalorisation sociale et économique lié au vieillissement dans lequel elles subissent un « cumul » de discriminations en fonction de la classe sociale, du sexe et de l'âge pour ne nommer que quelques-unes des exclusions qu'elles peuvent vivre. » (Péloquin, p. 428). Pour plusieurs, cette période entre 45 à 65 ans est une période charnière. Elle peut être vécue comme une crise « adaptative », une « poussée de croissance » souvent perçue par le corps médical et par les femmes elles-mêmes comme le début de la fin, un déclin annoncé qu'il faut pallier par une médication appropriée.

Malgré toutes ces formes d'exclusion, il faut se rappeler que les aînées ne sont pas des victimes passives. Il existe un étrange fossé entre la représentation symbolique de la vieillesse et la réalité dynamique du 3^e âge et du 4^e âge. Les personnes âgées participent de diverses façons à la vie en société et leur apport est considérable. En reconnaissant leur capacité de prise en main, il devient

possible de trouver des alternatives à la surmédication, de nouvelles façons de redonner aux aînées un sentiment de contrôle sur leur vie et de développer leur autonomie. Envisager ces années supplémentaires qui nous sont accordées comme une possibilité de développement plutôt que d'y voir un déclin progressif de la jeunesse permettra peut-être, l'émergence d'une nouvelle dimension humaine.

1. UNE PERCEPTION ERRONÉE ET NÉGATIVE DE LA VIELLESSE

« Ce n'est pas parce que je suis un vieux pommier que je donne de vieilles pommes. » (Félix Leclerc)

Selon J. Collin du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) de l'Université de Montréal :

« Si une proportion importante de personnes âgées dépressives ne consomment pas de médicaments psychotropes, il appert à l'inverse que la prescription de psychotropes n'est pas toujours supportée par un diagnostic de détresse psychologique ou de problème de santé mentale. » (Collin, p. 5)

Selon l'auteure, les études démontrent qu'entre 42 % et 75 % des personnes âgées ayant reçu une prescription de psychotropes ne présentaient pas d'indications médicales fondées. Et cette prescription de psychotropes non basée sur un diagnostic psychiatrique est plus élevée chez les sujets âgés que chez les jeunes adultes. (Collin, p. 5)

Face aux états de stress et de nervosité dont font état plusieurs aînés, le problème se pose à savoir s'il s'agit de véritable pathologie ou plutôt le signe d'une détresse sociale. Le recours important et chronique aux benzodiazépines est, selon Collin, assez important pour envisager qu'au-delà des caractéristiques personnelles, des facteurs d'ordre social soient également à l'œuvre pour expliquer l'ampleur de cette consommation.

Dans une étude effectuée auprès de personnes autonomes, âgées de 60 ans et plus, Collin démontre que les croyances à la base du maintien de la médication reposent sur une justification plutôt unanime : si la consommation a souvent comme point de départ une difficulté personnelle, un deuil, une perte d'emploi, etc., le maintien de la médication repose sur l'idée d'une fragilité personnelle susceptible de causer des troubles cardiaques. Autrement dit, le message intériorisé est : « Il faut ménager mes nerfs pour éviter une crise cardiaque ». Selon l'auteure, « Une telle uniformité dans le discours des participants est potentiellement révélatrice de l'influence des valeurs transmises par les médecins à travers la relation thérapeutique » (Collin, p. 20). Ces valeurs sont largement répandues dans la société également.

La représentation déficitaire qu'on se fait de la vieillesse est sans doute un des principaux éléments d'explication du recours aux psychotropes. « C'est en effet un regard sombre et pessimiste que les médecins portent sur leurs patients âgés. Le vieillissement est dépeint comme un processus de perte qui se manifeste par le déclin des facultés et de l'autonomie » (Charpentier, p. 8).

À l'instar du personnel médical et de la société en général, plusieurs personnes âgées elles-mêmes intériorisent cette idée de détérioration irréversible peu compatible avec la notion d'amélioration ou de développement. Le recours aux médicaments au jour le jour devient souvent la seule solution à ce déclin programmé :

« Le fait de privilégier telles stratégies ponctuelles de soulagement plutôt qu'une démarche à long terme, engageant des changements d'attitudes et de comportements, repose sur l'idée qu'il est inutile de rechercher l'amélioration, voire la guérison chez ces patients âgés, et il faut plutôt viser l'atténuation momentanée de leur déficit par le repli sur cette prothèse psychologique que constitue le psychotrope. » (Charpentier, p. 11)

Cette attitude de « démission thérapeutique » et sociale, fortement intégrée par les personnes âgées elles-mêmes, rend peu opportuns les traitements non pharmacologiques du stress et de l'anxiété, ou les actions engageant un travail sur soi, un changement d'attitude ou de comportement.

Dans le contexte du changement démographique actuel, le regard négatif posé sur la vieillesse est exacerbé. Pas une seule journée ne passe sans qu'on brandisse le spectre du vieillissement de la population. Les messages alarmants relayés par les médias nous rappellent quotidiennement les coûts sociaux et économiques associés à ce changement de la pyramide d'âge. Dans ce contexte de catastrophe annoncée, comment les personnes âgées peuvent-elles envisager cette période de leur vie de façon positive? Il est rarement mentionné que l'accroissement de la longévité et la réduction des naissances à l'origine du vieillissement de la population, partout dans le monde, correspondent également à l'amélioration des conditions de vie et de santé. Bien que dans le dernier siècle on ait fait un bond de 30 ans dans l'espérance de vie et que les années d'incapacité n'aient pas augmenté, cette période de la vie demeure invisible et sans signification particulière. Au lieu de célébrer les nouvelles années qui nous sont consenties, nous les anticipons comme une détérioration du tissu social. Alors que l'allongement spectaculaire de la durée de vie devrait être perçu comme une amélioration de la condition humaine, le regard sur le vieillissement et sur les aînéEs demeure empreint d'âgisme. L'idée fort répandue que la maladie et le déclin font partie du processus normal de la vieillesse conduit à une véritable discrimination à l'égard des aînéEs.

1.1 La vieillesse, une impuissance acquise

Après son importante contribution au féminisme américain, Betty Friedan, dans son livre *La révolte du 3^e Âge*, s'attaque au mythe de la décrépitude et déboulonne tous les préjugés. Elle considère le vieillissement comme une « impuissance acquise » :

« [...] le moindre signe naturel de vieillissement est interprété, à tort, comme la sénilité, et les gens sont « aidés » à devenir de plus en plus dépendants. À partir du moment où l'on attend moins d'eux, ils sont moins exigeants envers eux-mêmes, et perdent l'habitude de réfléchir. Ils se laissent soigner, et finissent par être incapables de s'occuper d'eux. » (Friedan, p. 50)

Dans cet ouvrage, l'auteure met en lumière les résultats des recherches actuelles qui prouvent que des changements positifs peuvent survenir tant sur le plan intellectuel que physique, sexuel ou immunitaire, et compenser les déficiences consécutives à l'âge. D'ailleurs, on a récemment découvert que le cerveau modifie de lui-même ses structures selon les sollicitations qu'il reçoit : les circuits fréquemment utilisés se consolident et se développent; ceux qui servent peu s'étioilent et rapetissent. Cette souplesse du cerveau est appelée neuroplasticité ou plasticité cérébrale. La détérioration physique du cerveau n'est donc pas inévitable :

« De nouvelles connexions neuronales peuvent continuer à se développer jusqu'à la fin de la vie, et inverser parfois le processus de détérioration. La plasticité du cerveau rend possible son déclin ou son développement ultérieur, sans que ni l'un ni l'autre ne soient programmés ». (Souligné par l'auteure) (Friedan, p. 75)

Mais ce que révèle surtout la recherche, c'est l'importante variabilité du vieillissement selon les individus et les générations. Selon nos conditions de vie, le déclin peut commencer à 40, 50, 60 ou 80 ans. La biologie n'explique pas tout. L'individu peut se soumettre passivement à un vieillissement « programmé », il peut même y participer activement, mais il peut aussi le modifier par son comportement ou ses décisions.

Ce n'est cependant pas l'idée qui prévaut actuellement dans nos sociétés. En psychologie, on parle généralement d'un sommet du développement vers 40 ou 45 ans et d'un déclin progressif par la suite.

« [Carl Jung] a été le premier à estimer qu'il fallait s'intéresser à cette étape de « la seconde moitié de la vie », une fois résolus les problèmes affectifs et les conflits parentaux de l'enfance, une fois satisfaites les exigences de la famille et du travail. Ce n'est qu'après

quarante ans, affirme Jung, que commence le « processus d'individuation » qui se prolonge sur toute la seconde moitié du cycle de vie. » (Friedan, p. 87)

D'autres (Maslow, Erikson, etc.) ont par la suite exploré cette période de la vie, mais il n'en demeure pas moins que si les premiers stades de développement de l'humain sont bien connus, la réalité du troisième âge nous échappe encore. La longévité accrue d'une fraction importante des êtres humains est récente dans l'histoire de l'humanité. C'est pourquoi cette période de la vie reste à découvrir, à définir. Mais il semble admis que le processus d'individuation décrit par Jung (le développement de la conscience selon d'autres auteurs) façonne le troisième âge de façon unique et se poursuit jusqu'à la fin de la vie, « à condition de ne pas succomber, par passivité ou rejet, à la prophétie autoréalisée de la vieillesse synonyme de déclin et de désespoir ». (souligné par l'auteure) (Friedan, p. 90)

Certains chercheurs croient que la détérioration des facultés mentales et la perte du goût de vivre et de participer à la vie collective correspondent non pas au grand âge, mais à la proximité de la mort. Selon Friedan, « Il s'en suit que l'idée d'un vieillissement *graduel* doit être remplacée par le concept d'une vie adulte vigoureuse suivie d'une *sénescence brève et précipitée* ». (souligné par l'auteure) (Friedan, p. 80)

Le vieillissement est un phénomène social, pas simplement biologique. Aussi :

« L'idée répandue à tort que les gens âgés sont automatiquement malades, séniles, malheureux et seuls conduit à une véritable discrimination sur le marché de l'emploi et à la retraite obligatoire. Convaincus que la maladie et le déclin font partie du processus naturel de vieillissement, ils ne cherchent, ni n'obtiennent, les soins médicaux adéquats, ou cessent de s'instruire. Honteux de leur état, ils finissent par se couper de la véritable réalité de leur propre vieillissement, et [par] se détester sans cause. » (Friedan, p. 93)

Les propos colligés dans son journal par le Dr Samuel Ackin, psychanalyste qui a pratiqué sa profession jusqu'à sa mort, à 90 ans, donnent une toute autre image du grand âge. Ils illustrent bien la réorganisation du psychisme selon ce qu'il appelle les « vicissitudes de son état physique et intellectuel », réorganisation qui selon lui est vraie pour la plupart des personnes âgées, sinon toutes :

« Bien que ma vie soit devenue en apparence beaucoup plus pénible, mes perceptions connaissent un étonnant regain de fraîcheur et de vigueur. Je constate également des changements positifs sur le plan du dynamisme et de l'affectivité, qui sont à présent associés à des pulsions créatrices au niveau de ce travail et de mon activité de psychanalyse. » (Friedan, p. 182)

À partir du moment où on considère que les problèmes de santé des personnes âgées résultent d'un déclin programmé génétiquement, il va de soi que la médication est la seule réponse valable. Un traitement non pharmacologique qui suppose de développer de nouvelles capacités ne peut être réellement envisagé. Il serait donc judicieux de se demander si cette vision que nous avons de la vieillesse n'est pas en cause dans la surmédication des personnes âgées. Et la question se pose alors :

« Comment vaincre cette bizarre répugnance à affronter le solide visage de la vieillesse, cette incapacité à considérer l'âge dans les termes qui lui sont propres – confiance, compétence, identité, sociabilité, innovation et intégrité; cette impossibilité à imaginer de nouvelles puissances créatrices, cette insistance à accrocher à cette terrible image de la vieillesse, synonyme de déclin, en dépit des preuves d'une éventualité autre? » (Friedan, p. 98)

2. BANALISATION DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

« Un médicament sans effets secondaires toxiques n'est pas un médicament. (Eli Lilly, fondateur d'Eli Lilly and Company, l'une des plus grandes compagnies pharmaceutiques au monde). » (Young, p. 107)

Le recours excessif aux médicaments peut s'expliquer, comme nous venons de le voir, par la perception généralisée que le vieillissement est un processus de détérioration inéluctable et irréversible et par les valeurs de déficit et de démission largement et profondément intégrées tant par les soignéEs que par les soignantEs. Mais ce n'est pas la seule explication. La banalisation de la consommation de médicaments, la minimalisation des risques qui leur sont associés et les habitudes de consommation développées à travers des années de médication contribuent à inscrire cette pratique dans la norme sociale.

2.1 Une consommation de médicaments à la hausse

Devant la hausse spectaculaire du recours aux médicaments chez les personnes âgées, on peut questionner le bien-fondé d'une telle pratique. Déjà en 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qualifiait la consommation de médicaments chez les personnes âgées d'abusives et parlait de surconsommation. Selon les données colligées depuis, cette consommation connaît une progression constante. (ASSS Montérégie)

Selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec, le 11 juin 2000, 74 % des personnes âgées assurées par la RAMQ avaient au moins une ordonnance active pour une moyenne d'environ quatre ordonnances par personne; 31 % en avaient au moins cinq et 3 %, dix ou plus. Dans une étude d'analyse et de rationalisation de la médication auprès des personnes âgées d'un CHSLD du BSL, en 2011, menée par la D^{re} France Raby, les occupantEs consommaient en moyenne treize médicaments prescrits.

Si l'on s'attarde aux données concernant la seule prescription de psychotropes, plus particulièrement les antidépresseurs et les benzodiazépines (tranquillisants et somnifères), deux classes de médicaments largement prescrits aux aînéEs, on remarque une progression continue.

Les données du Conseil des médicaments révèlent qu'en 2009, 14,4 % des adultes assurés à la RAMQ ont utilisé un antidépresseur, soit 17,3 % au BSL. La progression dans l'usage des antidépresseurs représente une hausse relative de 8,3 % de 2005 à 2009. Cette hausse s'élève à 12,4 % chez les personnes âgées du Québec. Au BSL, la hausse relative de l'usage des antidépresseurs pour les aînéEs est de 14,6 %, pour la même période. De plus, il faut mentionner que parmi les utilisateurs d'antidépresseurs, 47 % ont aussi utilisé des benzodiazépines dans l'année de référence. (Conseil des médicaments)

Toujours selon la même source, pour toutes les années observées (1999 à 2004, 2005 et 2009), la prévalence de l'usage d'antidépresseurs était environ deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (soit 18,1 % c. à 9,9 %, en 2009).

Quant aux benzodiazépines, cette classe de « médicaments pour les nerfs » les plus utilisés par les personnes âgées, la situation est encore plus grave. Selon les statistiques de la Régie de l'assurance maladie du Québec, en 2006, au BSL, 38 % des personnes de 65 ans et plus consomment des benzodiazépines, soit 27 % des 65-69 ans et 55 % des 85 et plus, ce qui représente plus du double

de la consommation d'antidépresseurs. Selon la Women's Addiction Foundation, les benzodiazépines sont également prescrites deux fois plus souvent aux femmes qu'aux hommes. (W.A.F., p. 2)

Parallèlement, les données du Conseil des médicaments révèlent que la consultation individuelle en thérapie psychiatrique avec un omnipraticien ou un psychiatre a diminué. Pourtant, le Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux est clair dans ses recommandations :

« Assurer l'accès aux services de psychothérapie permettrait non seulement de répondre aux besoins et aux préférences des personnes atteintes de troubles mentaux, mais aussi de réduire les inégalités et les coûts économiques liés à ces troubles, de diminuer l'utilisation de certains services de santé et d'améliorer la performance du système. » (Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, p. 6)

D'autre part, malgré les nombreux et rapides progrès de la psychopharmacologie et malgré l'explosion des dépenses en santé, rien n'indique que les problèmes de santé mentale aient tendance à diminuer. Marcelo Otero, chercheur de l'équipe de recherche sur le médicament comme objet social (MEOS), décrit bien ce paradoxe lorsqu'il écrit :

« Bref, on est en présence d'une véritable épidémie de problèmes de santé mentale pour laquelle on dispose de moyens thérapeutiques efficaces qui, toutefois, ne guérissent pas. Peut-on prétendre avoir la capacité de mieux soigner tandis qu'on assiste du même coup à une multiplication inédite des problèmes de santé mentale? [...] Comment expliquer ce mariage étrange, mais fort heureux, d'optimisme thérapeutique et de pessimisme épidémiologique? » (Colin, Otero, p. 72)

2.2 Les pratiques des compagnies pharmaceutiques

Les pratiques commerciales des compagnies pharmaceutiques peuvent induire à elles seules autant d'optimisme dans la prescription de médicaments. Les compagnies pharmaceutiques sont parmi les sociétés multinationales les plus prospères au monde. Selon le magazine *Protégez-vous* de mai 2010, les dépenses en médicaments des Canadiens – qui ne sont pas plus malades qu'avant – ont quadruplé en 20 ans, pour atteindre 30 milliards de dollars en 2009. Selon Janet Currie de l'Action pour la protection de la santé des femmes (APSF), « les sommes consacrées par l'industrie pharmaceutique au marketing et à l'administration sont 2,5 fois supérieures à celles destinées à la recherche-développement. » (Currie, p. 17)

L'Association médicale du Québec (AMQ), dans un mémoire présenté à la Commission des affaires sociales dans le cadre du projet de Politique du médicament, déplore ces pratiques commerciales :

« L'AMQ est cependant très critique quant aux pratiques de mise en marché, d'une éthique très douteuse, qu'adoptent certaines compagnies dans leurs relations avec les professionnels et avec les établissements de santé. Malgré les dispositions de leur Code de déontologie, les médecins sont souvent sollicités pour assister à des rencontres « socioprofessionnelles », organisées sous le couvert d'activités de formation continue. » (AMQ, p. 9)

Les activités de promotion auprès des médecins telles que dénoncées par l'AMQ, représentent 85 % de l'ensemble des dépenses promotionnelles des compagnies pharmaceutiques. (APSF) Le MSSS, dans sa Politique du médicament (2007) mentionne à ce propos :

« On dispose de peu de données au Canada sur les dépenses promotionnelles, comme les cadeaux, les voyages, les invitations à des congrès, les échantillons, les articles de

promotion et les repas aux restaurants. Ce genre de pratiques soulève souvent la controverse. En 2000, un article paru dans la revue JAMA estimait que les dépenses de marketing, aux États-Unis, variaient de 8 000 à 13 000 dollars américains, par année, par médecin. » (MSSS, p. 55)

D'après le Dr N. M. Hadler : « Des preuves incontestables montrent que l'intensité des interactions médecin-industrie (tels cadeaux, repas, et activités de « formation continue ») influence directement la prescription, et ce, dès la faculté de médecine. » (Hadler, p. 386)

Dans sa Politique du médicament, parue en 2007, le MSSS reconnaît également l'influence de telles pratiques commerciales. Aussi, plusieurs mesures ont été ajoutées pour mieux les encadrer :

« En ce qui concerne les pratiques commerciales qui ont une influence certaine sur l'usage des médicaments, l'engagement du fabricant sera utilisé pour encadrer l'action des fabricants. En effet, le fabricant qui désire faire inscrire un produit sur la Liste doit être reconnu par le ministre et doit avoir au préalable signé un engagement le contraignant à respecter certaines conditions. Parmi les moyens retenus, on note l'ajout d'une clause prévoyant le respect des codes de pratiques commerciales, de même que le respect, dans leurs activités de promotion, des critères d'usage optimal des médicaments, déterminés par le Conseil du médicament, et l'instauration d'un mécanisme de règlement des différends. Des actions similaires sont introduites à l'endroit des grossistes en médicaments. » (MSSS, p. 9)

Notons que des codes de pratiques commerciales existaient auparavant, mais ils étaient peu respectés par les compagnies pharmaceutiques. Le MSSS s'est donné trois ans pour la mise en œuvre de sa Politique de 2007. Est-ce que les fabricants de médicaments se conforment aux nouvelles directives? Trouveront-ils de nouvelles façons de les contourner? Il est peut-être un peu trop tôt pour le dire.

Chose certaine, « l'industrie pharmaceutique s'est engagée à verser 35 millions de dollars dans un fonds consolidé pour promouvoir un meilleur usage des médicaments et atténuer l'impact des hausses »¹. La Politique prévoit effectivement que les fabricants de médicaments innovateurs, pour avoir droit de hausser leur prix, doivent conclure une entente de contribution financière avec le ministre de la Santé et des Services sociaux. Autant d'argent qui sera utilisé pour des activités de promotion de la santé plutôt que pour augmenter les profits des compagnies. C'est peu comparé aux milliards investis dans le marketing, mais c'est un début.

2.3 La publicité

Dans son livre *Mourir sur ordonnance*, Terence Young, député d'Ontario, a mené une véritable enquête sur l'industrie pharmaceutique à la suite du décès de sa fille causé par un médicament qui lui avait été prescrit contre ses vomissements. Ce livre est une bonne vulgarisation d'une analyse approfondie des pratiques non éthiques d'une industrie extrêmement lucrative et du pouvoir qu'elle exerce sur le système de santé, pratiques déjà dénoncées dans plusieurs articles scientifiques.

Selon lui, la publicité directe aux consommateurs a elle aussi un impact direct sur la consommation de médicaments. Bien que la publicité sur les médicaments d'ordonnance

¹ Nouvelle Politique du médicament : faut-il avaler la pilule? <http://www.uqam.ca/entrevues/2007/e2007-026.htm> , fév. 2007.

demeure illégale au Canada, à l'exception des annonces « à visée éducative », la plupart des gens voient régulièrement les publicités diffusées par les chaînes de télévision, Internet et les magazines américains. De 1996 à 2005, elle a triplé aux États-Unis. (Hadler, p. 386) Et, généralement, la publicité sur les médicaments exploite les émotions. Elle incite les consommateurs à se tourner vers un médicament pour des raisons émotives, contre lesquelles les arguments du médecin ne feront pas le poids. Et c'est efficace : « Une étude du Consumers Reports, aux États-Unis, a montré que deux médecins sur trois prescrivent au moins occasionnellement à leurs patients le médicament qu'ils réclament, tout en leur conseillant d'ignorer les pubs de médicaments ». (Young, p. 323)

Le problème avec la publicité c'est qu'elle exagère les bienfaits des produits et en minimise les risques. D'un médicament qui cause de la somnolence et qui pourrait occasionner des accidents de la route, la pub dira qu'il aide à dormir. Pour un autre causant des nausées, elle dira qu'il aide à maigrir. Les résultats les plus favorables sont mis en évidence laissant croire que le produit a un effet presque miraculeux alors que, bien souvent, il est à peine plus efficace qu'un placebo².

2.4 Le ghostwriting

Une autre pratique controversée utilisée par les compagnies pharmaceutiques est le *ghostwriting* (utilisation d'auteurs fantômes). Dans une lettre au Devoir³, le chercheur Marc-André Gagnon dénonce ce système qui « consiste, pour une firme, à produire une étude favorable à ses intérêts, puis à la faire signer par un expert reconnu afin qu'elle soit publiée comme si elle avait été produite de manière indépendante. »

Même si la communauté scientifique s'indigne d'une telle pratique, c'est, selon le chercheur, d'une banalité déconcertante dans le monde de la recherche médicale. Pour une compagnie, ce procédé lui permet de produire suffisamment d'articles favorables à son produit pour lui permettre de noyer les études critiques de la littérature scientifique.

« En janvier 2008, on apprenait que l'industrie avait systématiquement « omis » de publier les études défavorables sur la nouvelle génération d'antidépresseurs, y compris sur le Zoloft. Sur 74 essais cliniques consacrés aux antidépresseurs, 38 étaient favorables au médicament, tandis que 36 considéraient le médicament douteux ou inutile. Néanmoins, 94 % des études favorables avaient été publiées, 15 % des études défavorables avaient été publiées dans un langage laissant croire que les résultats étaient favorables, et à peine 8 % des études défavorables avaient été publiées telles quelles [...] Pour promouvoir son tristement célèbre

² Le battage publicitaire autour du risque relatif en est un bon exemple. Par exemple, dans des articles sur Fosamax, on associe ce médicament à une réduction de 50 % du risque relatif de fractures de la hanche chez les personnes âgées. C'est très intéressant dit de cette façon. Mais si pour une femme âgée le risque de se fracturer la hanche est de 2 %, ce médicament peut réduire le risque de fracture de 2 à 1 %. Donc la réduction absolue n'est que de 1 %. Autrement dit, il faudrait traiter 100 femmes au Fosamax pendant plusieurs années, pour qu'une femme plutôt que deux soit susceptible de se casser la hanche. En réalité, ces réductions ne sont pas significatives sur le plan statistique, ni sur le plan clinique. Il se peut même que le faible impact positif de ce médicament se transforme en impact négatif avec le temps, car une étude récente démontre que l'usage du Fosamax fragiliserait les os, les rendant plus cassants. (Young, p. 320) Et on voit là comment de telles pratiques commerciales s'inscrivent dans une campagne généralisée et efficace de médicalisation du vieillissement.

³ Le Devoir, *Recherche médicale, la belle affaire!*, Marc-André Gagnon, 4 septembre 2009.

Vioxx⁴, Merck avait aussi monté une campagne de ghostwriting, omettant de mentionner la mort de certains cobayes durant les essais cliniques⁵. »

D'autre part, les compagnies pharmaceutiques contrôlent également les sujets de recherche. « Grâce à des subventions à la recherche et à des dons aux entreprises, elles déterminent l'orientation du programme des universités en matière de recherche liée à la santé. » (Young, p. 147) Aussi, les chercheurs qui voudraient donner un son de cloche plus critique ou moins complaisant envers l'industrie se retrouvent sur la liste noire des compagnies. Ils sont alors marginalisés par la communauté scientifique et obtiennent très difficilement des fonds de recherche. De telles pratiques corrompent la recherche médicale.

2.5 Marchandisation de la maladie

Depuis des décennies, l'industrie pharmaceutique veut nous faire croire que la dépression est une affection bien comprise qui est déclenchée par un manque de sérotonine dans certaines parties de notre cerveau⁶. Donc, le traitement approprié devrait tout simplement consister à choisir le médicament qui permettrait au taux de sérotonine de redevenir normal.

Cet argument simple et convaincant a eu le mérite de démystifier la maladie mentale et de déculpabiliser ceux qui en souffrent. Il va de soi que la dépression clinique grave est une véritable maladie et nécessite une médication appropriée. Mais cette définition simpliste a surtout permis la marchandisation de la maladie et la commercialisation d'un nouveau type d'antidépresseurs, les ISRS⁷, (Prozac, Paxil, Zoloft, etc.) auprès des médecins et de la population en général. Depuis l'avènement des ISRS, le nombre de diagnostics de dépression et de « troubles » des humeurs est monté en flèche.

« Cette conception biologique de la maladie mentale a fait fondre nos résistances face à la consommation de psychotropes. Il semble logique qu'un médicament puisse être approprié et nécessaire, tout comme l'insuline est nécessaire aux diabétiques. Alors, plutôt que de s'attaquer aux facteurs sociaux, culturels, économiques ou aux épreuves de la vie pouvant être à l'origine d'une dépression ou de l'anxiété, on privilégie une approche médicale. On oublie que ces médicaments peuvent causer des torts graves et de l'accoutumance et que leur efficacité est remise en cause. » (CACVF, p. 20)

La marchandisation de la maladie s'appuie sur un ensemble de pratiques bien rodées : on « torture » les résultats cliniques pour les montrer sous un jour favorable au produit; on minimise les effets indésirables du médicament ou on ne les mentionne pas dans la publicité ou les rapports de recherche; on met en évidence la gravité et la prévalence d'une affection pour amener les gens à consulter (dysfonction sexuelle); on invente de nouveaux troubles (anxiété sociale, trouble panique); on met en évidence des affections mineures dont pourraient souffrir beaucoup de personnes (troubles dysphoriques prémenstruels); on transforme des facteurs de risque (cholestérol, ostéoporose) en maladies susceptibles d'être traitées, sans pour autant en améliorer le pronostic; on transforme les processus normaux en maladie (ménopause, deuil, vieillissement); pour rendre plus réelle, plus légitime une nouvelle affection, on crée et on finance un regroupement de personnes qui

⁴ Entre 2000 et 2004, ce médicament (le Vioxx) a fait 56 000 victimes, ce qui en fait le pire « accident » pharmaceutique de l'histoire. (Young, p.122).

⁵ Le Devoir, *Recherche médicale, la belle affaire !*, Marc-André Gagnon, 4 septembre 2009.

⁶ Une étude canadienne récente (Magalhaes AC, Holmes KD et al. [CRF receptor 1 regulates anxiety behavior via sensitization of 5-HT2 receptor signaling](#), *Nat Neurosci.* 2010 May) montre comment « le stress et l'anxiété peuvent conduire à la dépression en raison de l'interaction entre deux récepteurs relatifs à la sérotonine ».

⁷ ISRS : les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine sont une classe de médicaments prescrits couramment par les médecins pour traiter la dépression et l'anxiété.

en souffrent et on diffuse largement leurs témoignages et leurs commentaires dans les médias et on confie la promotion du médicament à des firmes de relations publiques.

Dans ce contexte, on ne peut nier que la médecine actuelle obéit à une logique de marché et que l'innovation thérapeutique et la santé des patients demeurent sans doute le dernier des soucis de l'industrie du médicament.

2.6 En sécurité, vraiment?

La majorité des gens et probablement la plupart des professionnels de la santé jugent sécuritaires les produits pharmaceutiques au Canada. Après tout, nos gouvernements fédéral et provinciaux règlementent tout ce qui concerne les médicaments. Santé Canada est responsable de l'homologation des médicaments et le MSSS décide des inscriptions à faire sur la liste des médicaments remboursables au Québec. En plus des lois et règlements, de multiples guides, lignes directrices, normes administratives en complètent l'encadrement.

Cependant, les données probantes, pierre d'assise de l'information biomédicale, proviennent essentiellement des compagnies pharmaceutiques. Celles-ci sont les principaux commanditaires des essais cliniques à la base de l'homologation des médicaments. Elles jouent également un rôle de 1^{er} ordre dans la veille pharmacologique une fois les médicaments sur le marché. D'elles dépend donc l'information relative à la sécurité des personnes. Mais, quand on examine leurs pratiques et qu'on voit l'importance des moyens mis en œuvre pour maximiser leurs profits, on peut légitimement se poser des questions sur leur capacité à concilier l'efficacité et l'innocuité des médicaments avec la rentabilité de l'entreprise.

Il n'existe pas de médicaments totalement inoffensifs. La décision d'en prescrire repose sur la question suivante : les bénéfices potentiels l'emportent-ils sur les dangers potentiels? Mais l'évaluation du rapport « risques/bénéfices » comporte des limites importantes. Comme l'industrie ne présente souvent que l'aspect favorable de leurs recherches, comme il y a très peu de vérifications indépendantes des données fournies par les promoteurs de l'industrie pharmaceutique et que les compagnies ne sont pas tenues par la loi de rendre publics leurs résultats négatifs, il est peu probable que les médecins connaissent réellement les risques associés à un médicament, et à plus forte raison ceux associés à l'interaction de plusieurs médicaments. Pour connaître tous les effets et contre-indications d'un médicament, il faudrait que le médecin ait accès à sa monographie qui s'étale parfois sur 40 pages écrites en très petits caractères. Quand on sait qu'il existe plus de 20 000 médicaments et qu'ils peuvent interagir entre eux ou avec les aliments, que le marché est sans cesse envahi par de nouveaux médicaments, on réalise qu'il est humainement impossible pour le médecin de connaître parfaitement les risques auxquels il expose ses patients.

Selon Young, la plus vaste étude sur les effets indésirables des médicaments, effectuée à partir des statistiques américaines, a été menée par trois chercheurs canadiens⁸ de l'Université de Toronto et publiée en 1998 dans le *Journal of the American Medical Association*. « Les auteurs ont évalué à 106 000 le nombre annuel de décès dans les hôpitaux américains attribuables aux effets négatifs de médicaments prescrits. Ces chiffres n'incluent pas les décès causés par des overdoses accidentelles ou des médicaments absorbés par erreur, qui seraient à l'origine de 100 000 autres décès aux États-Unis. » (Young, p. 75) Ces données font de la réaction mortelle aux médicaments « la 4^e plus importante cause de décès – après le cancer, les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux ». (Id., p. 102)

⁸ Lazarou, Pomerantz et Corey, *Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients*. (Voir le *Journal of the American Medical Association*, vol. 279, no 15, p. 1200-1250).

D'après ces chercheurs, comme la population canadienne représente approximativement le dixième de celle des États-Unis, on peut évaluer à quelque 10 000 le nombre de décès par année dans les hôpitaux canadiens. De plus, on peut évaluer que « près de 10 000 autres Canadiens meurent de causes semblables à l'extérieur des hôpitaux, notamment en raison d'une erreur d'ordonnance, d'une erreur dans l'administration du médicament ou encore d'une surdose accidentelle ». (Id., p. 142).

Les femmes sont plus souvent victimes des médicaments d'ordonnance et plus exposées à leurs effets secondaires. D'une part, elles consultent davantage et on leur prescrit deux fois plus de psychotropes et, d'autre part, les femmes sont différentes sur le plan hormonal et leur métabolisme est différent de celui des hommes. Pourtant, jusqu'à récemment, dans la très grande majorité des essais cliniques, les femmes étaient absentes ou sous-représentées. Les médicaments ont souvent été approuvés à la suite de recherches faites uniquement sur des hommes. Et si les femmes y sont présentes, les résultats publiés dans les rapports de recherche ne sont pas sexués. Les personnes âgées n'y sont pas davantage représentées puisqu'on fait généralement appel à des personnes relativement jeunes, qui ne prennent pas de médicaments et qui n'ont pas de problème de santé. Par conséquent, les résultats des essais cliniques (qui, rappelons-le, fournissent les données probantes sur lesquelles est basée l'homologation des médicaments) correspondent peu à la réalité clinique de la population et sont peu transposables aux femmes et plus particulièrement aux femmes âgées. Alors, l'évaluation du rapport « risques/bénéfices » faite par le médecin serait-elle pour le moins incertaine?

De plus, il n'existe pas de système efficace de pharmacovigilance, une fois les médicaments sur le marché. On estime généralement qu'au Canada les médecins ne rapportent que de 1 % à 10 % des effets indésirables ou des décès dus aux médicaments. (Young, p. 101) S'ils ne le font pas, c'est souvent par crainte de poursuites ou ils affirment ne pas avoir le temps de rédiger des rapports. Ou encore, ils ne se donnent pas la peine de rapporter les réactions graves sous prétexte qu'elles sont déjà connues. Pourtant, il importe de connaître non seulement les effets indésirables possibles d'un médicament, mais également leur fréquence. Sans cette information, il est impossible d'en évaluer le rapport coûts/bénéfices.

2.7 La prescription élargie de psychotropes

Les médicaments psychotropes demeurent fondamentalement nécessaires dans un contexte de maladie mentale avérée. Ces médicaments apportent aux personnes atteintes et à leur entourage un réel soulagement. Mais, l'usage élargi « off label » qu'on en fait peut aussi être sujet d'inquiétude. Selon des chercheurs de l'Université McGill⁹, la prescription de médicaments pour un usage non approuvé par Santé Canada est une pratique courante.

D'après le Conseil du médicament, les antidépresseurs sont approuvés par Santé Canada pour les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et, dans le cas du bupropion, pour la cessation tabagique. Mais ils sont prescrits pour une multitude d'usages pour lesquels ils ne sont pas approuvés, dont, entre autres, les troubles de la personnalité, les troubles alimentaires, l'insomnie, l'abus de substances, le déficit d'attention avec ou sans hyperactivité, les maux de tête, les migraines, la fibromyalgie, les troubles génitaux féminins, l'éjaculation précoce, l'incontinence urinaire, l'énurésie, les problèmes de dos, etc. (Conseil, p. 9) C'est ce qu'on désigne par l'expression « prescription élargie » ou « off label ».

⁹ Le Devoir, *Les médicaments prescrits en dehors de leur spectre d'action officiellement reconnu*, Amélie Daoust-Boisvert, 17 avril 2012.

Selon la même source, dans la banque de données de la RAMQ, la grande majorité (63.3 % en 2009) des nouveaux utilisateurs d'antidépresseurs n'avait aucun diagnostic pour lequel ce type de médicaments est indiqué. (Conseil, p. 42) Ce taux est d'ailleurs en augmentation continue (46.1 % en 1999, 55,5 % en 2004). Ceci n'indique pas nécessairement le taux réel d'usage non approprié, car le diagnostic n'est pas toujours inscrit sur le formulaire. Mais des recherches vont également dans ce sens : « De fait, des études ont montré qu'entre 42 % et 75 % des patients âgés ayant reçu une prescription de psychotropes ne présentaient pas d'évidences de morbidité psychiatrique ou d'indication médicale fondée » (Collin, p. 6). Selon les chercheurs de McGill¹⁰, parmi tous les médicaments prescrits « off label », 79 % ne s'appuient pas sur des données scientifiques solides. Cette pratique peut causer des effets secondaires indésirables et remet en question l'aspect sécuritaire de cette médecine soi-disant basée sur des données probantes.

Les aînées paient lourdement le prix de toutes ces pratiques plus ou moins questionnables. Elles représentent le groupe le plus médicamenté parmi la population et rien n'indique qu'il y a de véritables avantages à maintenir cette situation. Selon la Direction de la santé publique de la Montérégie :

« Les médicaments prescrits et non prescrits ont souvent des effets indésirables entraînant une diminution de la qualité de vie, des pertes de capacité fonctionnelle, des hospitalisations et même des décès. Or, les réactions indésirables aux médicaments s'avèrent beaucoup plus fréquentes chez les personnes âgées pour de multiples raisons. Ainsi, selon l'Organisation mondiale de la santé (1987), les réactions indésirables aux médicaments expliqueraient de 10 à 20 % des hospitalisations gériatriques. » (DSP Montérégie, p. 1)

Les psychotropes sont des médicaments puissants. Même sous supervision médicale, les bénéfices peuvent s'accompagner d'effets indésirables prononcés. Voici quelques problèmes pouvant leur être associés :

« L'utilisation de benzodiazépines serait l'un des principaux facteurs reliés au déclin cognitif chez les personnes âgées (Dealberto, Seeman, McAvay et Berkman, 1997), pouvant notamment affecter la mémoire de façon marquée (Lucki et Rickels, 1988; Homer, 1991) et définitive (Rummans, Davis, Morse et Ivnik, 1993). La consommation de médicaments psychotropes peut également entraîner des problèmes psychomoteurs tels que l'ataxie, la dysarthrie, le manque de coordination, la diplopie et le vertige (APA, 1990). Chez les personnes âgées, elle serait susceptible d'occasionner des chutes et fractures de la hanche (Cummings, Miller, Kelsey, Davis, Arfken, Birge et Peck, 1991; Myers, Baker, Van Natta, Abbey et Robinson, 1991; Rummans et al., 1993; Gorenstein, Bernik, Pompeia et Marcourakis, 1995; Koski, Luukinen, Laippala et Kivela, 1996). Il faut enfin évoquer les risques de dépendance, voire de toxicomanie, associés aux médicaments psychotropes. » (Collin, p. 3)

Pour ce qui concerne la consommation des benzodiazépines, c'est doublement préoccupant, car l'utilisation de ce type de médicament s'échelonne sur de nombreuses années :

« On remarque que chez les personnes âgées québécoises, plus de trois quarts des consommateurs les utilisent à long terme (1 an ou plus) et que près de 60 % les utilisent à très long terme (3 ans ou plus). Pourtant, le consensus scientifique concernant les anxiolytiques et hypnotiques est à l'effet que la prescription soit limitée dans le temps (deux semaines à un mois) et à certaines situations très spécifiques comme des crises d'anxiété aiguës ou bien temporairement suite à des situations de crise (Conseil consultatif de pharmacologie, 1992) ». (Collin, p. 3-4)

¹⁰ Le Devoir, Les médicaments prescrits en dehors de leur spectre d'action officiellement reconnu, Amélie Daoust-Boisvert, 17 avril 2012.

Dans les cas de polymédication, des interactions médicamenteuses potentielles ajoutent d'autres niveaux de risque et le traitement des effets secondaires eux-mêmes, comme si c'était de nouvelles maladies, peut provoquer une cascade médicamenteuse. Pour Nortin M. Hadler, médecin américain et auteur de nombreux ouvrages sur la surmédicalisation, chez les personnes âgées, les effets néfastes des médicaments sont presque aussi probables que les effets bénéfiques. Selon lui, « les objectifs visés dans toutes interventions auprès des octogénaires devraient être la réalisation personnelle, l'indépendance, les interactions, le confort. » (Hadler, p. 261) Et il ajoute qu'il faut se méfier des médicaments pour réaliser ces objectifs.

3. DES FACTEURS D'EXCLUSION

« Les femmes vieillissent, mais les hommes acquièrent de la maturité. » (Susan Sontag)

La méconnaissance et le manque de prise en compte de l'expérience féminine du vieillissement et des déterminants socio-économiques qui minent la santé des femmes sont d'autres facteurs qui conduisent à la réponse biomédicale et à la surmédication des aînées. Les actions pour contrer les diverses formes d'exclusion ou de mise à l'écart des femmes vieillissantes sont essentielles pour agir sur leur état de santé.

Dans son document *Citoyennes à part entière*, la Fédération des femmes du Québec (FFQ) décrit bien les formes d'exclusion sociopolitique, économique, relationnelle, institutionnelle, territoriale auxquelles sont confrontées les femmes âgées. Sans revenir en détail sur toutes ces formes d'exclusion, nous aborderons l'impact de certains facteurs sociaux et économiques qui participent à la « mise au rancard » des femmes âgées.

3.1 Exclusion identitaire

La difficulté de vieillir au féminin peut entraîner un mal-être qui s'exprime par différents symptômes (anxiété, dépression, insomnie), la plupart du temps médicalisés. Selon les auteures du livre *Vieilles, et après!*, « être femme et âgée, dans nos sociétés obsédées par la jeunesse et la productivité, c'est être confrontée à de multiples préjugés âgismes et sexistes. » (Charpentier, p. 16) L'âge et le sexe se conjuguent comme source de discrimination.

« À cet égard, les symboles et les stigmates associés à l'âge sont si forts pour les femmes aînées que l'âge lui-même devient un facteur d'exclusion, ce que certains nomment exclusion identitaire. L'exclusion est dite identitaire lorsque l'identité de la personne est réduite à un seul groupe d'appartenance, soit ici celui d'être une vieille femme; les multiples caractéristiques identitaires sont alors niées. Les femmes âgées en viennent à être appréhendées à travers le seul prisme de leur âge, reléguant au second plan ou même camouflant leurs identités multiples: amoureuse, bénévole, militante, artiste, enseignante, mère, etc. » (Charpentier, p. 17)

La persistance des représentations négatives de la « vieille femme », véhiculées socialement, affecte et diminue l'estime de soi. La pression sociale sur l'image corporelle est telle que, pour plusieurs, leur valeur demeure intimement liée à leur apparence physique.

« De fait, si le corps subit des changements tout au long de la vie, ceux associés à l'âge mûr sont toutefois dévalorisés. Pour la femme vieillissante, la situation est particulièrement ardue. Dès son plus jeune âge, la culture populaire lui serine qu'elle doit être belle et plaire; tout ce qui, chez elle, ne correspond pas à ces normes devient des déficiences qu'il faut

pallier par des crèmes, des interventions esthétiques ou remplacements hormonaux en tous genres » (Carroll, 2007).

« Le vieillissement est donc un adversaire coriace de plus en plus difficile à juguler avec les années. La prise de poids, les cheveux gris ou le poil sur le visage sont autant de batailles perdues qui mettent en péril l'estime de soi de la femme, surtout si elle a misé sur l'apparence physique toute sa vie et ne remet pas en question l'âgisme et le sexisme ambiants (Winterich, 2007). » (Charpentier, p. 51)

Si la séduction masculine n'a pas d'âge, par contre, les femmes âgées, en tant qu'êtres sexués, sont socialement invisibles. Elles sont désavantagées par rapport aux hommes du même âge dont le vieillissement est nettement moins stigmatisé. Le rôle sexuel féminin se définit par la procréation, le mariage, la séduction. Trop souvent au service d'autrui, la sexualité des femmes existe, non pas pour elles-mêmes, mais pour éveiller et combler leur partenaire et pour dispenser de l'amour. Même la revendication du plaisir si présente depuis quelques décennies se soumet aux diktats masculins de la performance, de la fréquence et de la disponibilité permanente. Avec le « retour d'âge », quand la beauté, la jeunesse, la procréation, la séduction sont choses du passé, quand leur corps est flétri, qu'il n'attire plus les regards ou le désir de l'autre, quel sens donner à la vie, à la sexualité?

« Arrivées à la ménopause, alors que la sexualité est libérée des grossesses indésirées, un grand nombre d'entre elles sombre dans la dépression, car elles perdent leur identité de « femmes » : la ménopause clôt la période de procréation et installe les femmes dans un espace ambigu, sans définition claire, par rapport au sexe et à la sexualité. » (Charpentier, p. 94)

Leur manque d'intérêt ou de désir sexuel est alors interprété comme un nouveau trouble (Hypoactive Sexual Desire Disorder) probablement dû à une carence hormonale et qui serait responsable de certaines difficultés dans les relations interpersonnelles. Un marché très alléchant s'ouvre ainsi pour l'industrie pharmaceutique et esthétique et la réponse biomédicale devient rapidement l'unique solution proposée.

Dans son essai *Au-delà de l'âge : pour une esthétique de soi*, Tania Navarro Swain propose une autre façon de se mettre à l'abri de la « vieillesse culturelle ». Pour elle, le féminisme permet de nous affranchir des représentations en vigueur qui modèlent les « vraies femmes ». Être féministe, c'est sortir de l'exclusion identitaire, c'est mettre fin à la « dictature de l'identité ». Peu importe l'âge, on peut se construire dans l'expérience vécue, la création de soi et dans des pratiques politiques qui déconstruisent les croyances sociales à propos du féminin :

« Si je suis sans avoir besoin du regard de l'autre pour m'accorder de l'importance, si je vis la liberté de me construire en expériences plurielles, si je n'ai pas besoin d'une identité fondée sur autrui, ou sur un organe quelconque, si je crée un espace de vie qui me plaît et me donne du plaisir, si je vis une sexualité libérée du devoir de la fréquence, de la performance, de la procréation, si je me libère ainsi des asservissements institués par le patriarcat et par le capitalisme, je suis une féministe, point. Peu importe l'âge. La vieillesse est encore une catégorie qui emprisonne les gens pour mieux les dompter, les discipliner et en tirer profit. » (Charpentier, p. 102)

Betty Friedan croit également que « s'accrocher frénétiquement à l'illusion de la jeunesse éternelle engendre à coup sûr la peur de vieillir, son refus terrifié et désespéré. » Selon elle, la libération de l'obsession de la jeunesse et l'intégration des aspects de soi jusque-là réprimés semblent la base d'une vieillesse dynamique. Sa recherche sur le 3^e âge lui a permis de rencontrer plusieurs septuagénaires et octogénaires, pour qui la vieillesse est la meilleure époque de la vie. À travers les témoignages de ces personnes demeurées dynamiques et heureuses de vivre malgré souvent plusieurs incapacités, l'auteure de *La Révolte du 3^e âge* met en lumière certains aspects positifs liés

à la vieillesse : « Elles sont la démonstration que l'âge leur octroie de plus en plus de sagesse, d'intégrité et de créativité ». (Friedan, p. 124).

3.2 La précarité financière

Une autre exclusion qu'on ne peut passer sous silence est l'exclusion économique que la Fédération des femmes du Québec définit ainsi : « Manque d'accès à un revenu ou à des ressources matérielles nécessaires afin de répondre aux besoins de base. » (FFQ, p. 5) Comme le statut socio-économique est reconnu comme étant le déterminant le plus décisif pour la santé, on voit là toute l'importance de tenir compte de la précarité financière qui affecte les aînées et conditionne par la suite les autres déterminants. En effet, le revenu conditionne l'accès au logement, l'adoption de saines habitudes de vie comme une alimentation adéquate, la participation sociale, l'accès aux services de santé, etc., sans oublier que la pauvreté est un facteur important d'isolement pouvant générer l'apparition de maladies ou de handicaps.

Les durs problèmes économiques vécus par les femmes âgées, conséquences de la discrimination sexuelle qui a empêché leur génération de faire des études et qui les a écartées du marché du travail, se manifestent de plusieurs façons. Voici quelques données colligées par l'ex-professeure de sciences économiques à l'UQAM, Ruth Rose (FFQ, *Vivre et vieillir*, p. 8) :

- En 2005, 32 % des Québécoises âgées de plus de 65 ans et vivant seules, avaient un revenu inférieur au seuil de faible revenu après impôt fixé par Statistique Canada.
- En 2006, le revenu global des Québécoises de 65 ans représente 62 % de celui des hommes, soit 22 909 \$, comparativement à 35 404 \$ pour les Québécois âgés.
- En 2007, 95 % des hommes recevaient de la RRQ une rente de retraite de 525 \$ en moyenne. En comparaison, seulement 70 % des femmes recevaient en moyenne 328 \$, soit 62 % du montant perçu par les hommes.
- Plus que les hommes, les femmes doivent compter sur des revenus de retraite provenant des régimes publics - RRQ, Pension de Sécurité de la vieillesse (PSV), Supplément de revenu garanti (SRG) - qui leur procurent 56 % de leurs revenus, alors que ces sources ne représentent que 39 % des revenus des hommes du même âge.
- Par ailleurs, en 2004, 34,5 % des hommes et 28,4 % des femmes ont cotisé à un REER. Le montant moyen par contribuable était de 1 581 \$ pour les hommes et de 926 \$ pour les femmes. Ainsi, à la retraite, la grande majorité des Québécoises auront des REER modestes, soit juste assez pour se retrouver dans le piège de pauvreté engendré par le SRG.

En effet, selon Ruth Rose, pour la vaste majorité des femmes vivant seules, la moitié des efforts qu'elles ont faits pour avoir un REER, une pension privée ou d'autres formes d'épargnes sont perdus à la retraite parce que leur SRG est réduit de 50 % de tout revenu autre que la PSV. Elle explique clairement ce piège fiscal où se retrouvent les personnes qui disposent d'un revenu inférieur à 15 000 dollars à la retraite¹¹.

Les gouvernements incitent les contribuables à compléter leurs revenus de retraite avec des régimes privés ou par des REER, mais comme on vient de le voir, seuls les mieux nantis peuvent en profiter.

¹¹ « Prenons l'exemple de Louise. Si elle n'a aucun revenu autre que la PSV et le SRG, elle dispose de 14 034 \$. Si, en plus, elle reçoit 4 000 \$ du RRQ on pourrait croire que son revenu annuel serait alors de 18 034 \$. Erreur! Le gouvernement réduira son SRG de 2 000 \$ soit la moitié de sa rente RRQ. Son revenu sera donc d'environ 16 000 \$. Si, en plus, afin de mieux combler ses besoins, elle décide de retirer 6 000 \$ de son REER, elle perdra un autre 3 000 \$ de son SRG et elle aura à payer environ 2 000 \$ en impôts et cotisations (à l'assurance-médicaments, entre autres). Le 6 000 \$ de son REER ajoutera seulement 1 000 \$ à son 16 000 \$. Plus de la moitié des femmes âgées se retrouvent dans cette situation injuste. » (FFQ, *Vivre et vieillir*, p. 7).

Pour les autres, c'est plutôt un passeport pour la pauvreté. Et là, on ne parle pas de la dégringolade des marchés financiers qui peuvent faire fondre les épargnes de bien des gens qui ont voulu être prévoyants.

Et, dans un avenir prévisible, il est peu probable que la situation économique des futures retraitées rejoigne celle des hommes, car les causes de l'inégalité sont toujours présentes :

« La pauvreté ou la quasi-pauvreté de la majorité des femmes à la retraite découle du fait qu'elles assument la plus grande part du travail non rémunéré des ménages avant la retraite, notamment les soins aux enfants et aux adultes malades ou en perte d'autonomie. Par conséquent elles sont plus souvent absentes du marché du travail ou travaillent à temps partiel. Celles qui occupent un emploi demeurent victimes de discrimination : le salaire des femmes travaillant à temps plein ne représenterait encore que 83 % de celui des hommes en 2008. » (FFQ, Vivre et vieillir, p. 8)

Seule une approche globale qui tient compte des déterminants socio-économiques de la santé peut apporter une solution de rechange acceptable aux médicaments et interventions biomédicales. Si les médicaments demeurent nécessaires pour la plupart des troubles dont souffrent les personnes âgées, on comprend qu'ils ne peuvent malheureusement abolir les causes principales de la maladie telles que la pauvreté, l'exclusion sociale, la perte d'estime de soi, l'isolement, etc.

3.3 Le mitan, une période charnière d'exclusion

La dévalorisation et l'exclusion identitaire et économique des femmes ne sont pas un phénomène exclusif de la vieillesse. Déjà, à la période du mitan, ce temps de vie entre la jeunesse et la vieillesse, qui se situe plus ou moins entre 40 et 65 ans, beaucoup de femmes vivent une mise à l'écart qui les entraîne parfois dans la spirale de la médicalisation et de la surconsommation de médicaments. Il est possible que les habitudes de consommation de médicaments commencent à s'implanter durant cette période. Une meilleure compréhension du vécu des femmes du mitan nous permettra sans doute de mieux cibler les interventions nécessaires pour réduire les médicaments chez les aînées. L'approche biomédicale associe ce passage du mitan à la ménopause perçue de manière isolée ou comme un simple événement biologique, voire une maladie de carence ou un facteur de risque pour diverses maladies du vieillissement et qu'on peut traiter avec des médicaments ou des interventions chirurgicales. Pour Marjolaine Péloquin, auteure de la recherche *Des femmes parlent de leur santé mentale au mitan de la vie et à la ménopause*, cette vision actuelle de la médecine limite la portée de l'expérience vécue à une réalité biologique et contribue à faire de cette « poussée de croissance », une véritable crise.

Dans cette recherche, Péloquin désamorce ce stéréotype de la « femme en transition ménopausique ». Elle démontre comment cette saison de la vie présente des enjeux psychosociaux particuliers qui peuvent avoir d'immenses répercussions sur la deuxième moitié de l'existence.

Son approche qualitative et résolument féministe donne une place centrale à la parole et au vécu des femmes. Cette recherche s'articule principalement autour du témoignage de 12 femmes du BSL, de 45 à 54 ans, en période ménopausique, vivant ou ayant vécu, dans les 5 à 10 années précédentes, au moins un problème de santé mentale (détresse psychologique, dépression majeure, dépendance aux médicaments ou à l'alcool).

La cueillette de données, exhaustive et méticuleuse, faite à partir d'un questionnaire et d'entrevues semi-structurées, décortique en détail leur expérience du mitan de la vie et apporte une grande

abondance d'information, dont l'analyse extrêmement fine et étoffée éclaire en profondeur les enjeux du mitan.

Dans l'ensemble, cette étude présente un éclairage inédit sur les difficultés spécifiques de santé mentale des femmes au mitan de la vie et en période de ménopause et sur les principaux besoins identifiés par les femmes qui traversent cette étape. On y démontre « comment la vie des femmes d'âge moyen est particulièrement féconde en évènements générateurs de stress dont les effets de cumul ont une incidence considérable sur leur santé mentale ». (Péloquin, p. 27)

Selon les données de 1999-2000 et 2009-2010 de l'Institut de santé publique du Québec, les femmes de 40 à 59 ans présentent le taux de prévalence des troubles anxio-dépressifs le plus élevé parmi la population (entre 13 et 15 %). Et ce taux est presque deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. (INSP, p. 4) De plus, des statistiques récentes sur le suicide montrent que chez les femmes québécoises, ce sont les femmes de 40-49 ans qui sont les plus nombreuses à se suicider : de 2001 à 2005, elles comptaient pour 26 % des femmes décédées par suicide. (Péloquin, p. 32). Ajoutons que le groupe des 50-54 ans affiche le second rang quant au nombre de suicides. (Id.)

Ces données montrent à quel point la période du mitan est un cap difficile à franchir tant pour les hommes que pour les femmes. Mais tandis qu'on parle de crise de la quarantaine pour les hommes, on parle de ménopause chez les femmes, réduisant à des déficiences hormonales tout leur vécu existentiel :

« Un tel discours réduit non seulement la richesse du mitan féminin à la seule ménopause, - dont l'évocation suscite le plus souvent sarcasme, railleries quand ce n'est pas pur mépris dans le discours social populaire et médiatique -, mais il transmet aussi aux femmes une image négative de leur corps, à travers une représentation de vulnérabilité qu'elles intériorisent et qui est susceptible de les rendre dépendantes des experts. » (De Konink, 1999) (Péloquin, p. 447)

D'ailleurs, pour les participantes de la recherche, la ménopause ne semble pas l'évènement crucial qui teinte cette période de la vie. Même lorsque la ménopause est vécue péniblement, c'est le fait qu'elle s'inscrive dans un cumul de changements et de difficultés, dans un temps relativement court qui perturbe le plus la santé mentale.

Parmi les changements majeurs qui ont eu un impact important sur leur santé mentale :

« [...] il faut retenir la mort de personnes chères, la prise en charge de proches ou plutôt l'alourdissement de la charge de travail non rémunéré par le fait de devenir proches aidantes pour leurs proches malades ou âgé(e)s, la diminution de revenus et même la pauvreté, ainsi que les difficultés dans les relations, principalement avec le conjoint et avec les enfants et enfin, les maladies et les difficultés de santé pour elles-mêmes, surtout au niveau physique. » (Péloquin, p. 402)

Notons l'importante occurrence de l'hystérectomie et de l'ovariectomie qui ont touché la majorité des répondantes (7/12). Selon le témoignage de deux d'entre elles, leur dépression serait directement liée à cette intervention qui les a bouleversées dans leur identité et leur image d'elles-mêmes.

La majorité des participantes témoignent d'ailleurs de leur sentiment de dévalorisation tant au niveau social et économique qu'au niveau de leur image corporelle et sexuelle, depuis le mitan, ce qui a une incidence négative importante sur leur estime d'elles-mêmes. On a parlé plus haut des dictats de la société qui imposent aux femmes des standards de beauté et de sexualité irréalistes qui

amènent les femmes, en particulier les femmes d'âge mûr, à éprouver un sentiment d'infériorité du fait de se percevoir non conformes à ces normes.

Mais l'auteure pousse plus loin son analyse. Selon elle, les rôles traditionnels attribués aux femmes seraient une avenue pour comprendre pourquoi cette période serait plus difficile à vivre pour les femmes :

« Nous pensons en effet que le mitan serait plus difficile pour les femmes à cause des rôles et des tâches spécifiques que la société attend d'elles. Parce que ce sont les femmes qui, tout au long de leur vie, doivent « prendre soin » : non seulement au quotidien (dans le travail domestique ou dans les métiers traditionnellement féminins), mais ce sont elles qui, le plus souvent, portent secours à leur entourage lors de situations difficiles et stressantes provoquées par la maladie, la vieillesse ou la mort. Le mitan est plus difficile pour les femmes à cause aussi des violences qu'elles subissent tout au long de leur vie et qui laissent des traces indélébiles dans leur psyché et dans leur corps. Le mitan est plus difficile pour les femmes, car elles sont les plus pauvres de notre société. Enfin, le mitan est plus difficile pour les femmes parce que lorsque tant de changements se précipitent dans leur vie, et que « tout arrive en même temps » comme elles disent, elles sont déjà épuisées par ces nombreuses années où elles ont écouté et pris soin des besoins des autres en taisant leurs propres besoins. » (Péloquin, p. 472)

En cohérence avec les valeurs ou stéréotypes traditionnels de la « bonne épouse » et de la « bonne mère », l'auteure met en évidence ces patterns développementaux, dont « l'importance centrale du relationnel », « le désir d'aider les autres », avec, en contrepartie, le refoulement de la colère et le sentiment de culpabilité qui en découle. L'oubli de soi, valeur féminine par excellence, serait le « piège » qui peut conduire certaines femmes à la dépression :

« Ce dévouement, qui est ce qui donne le plus de sens à leur vie, peut devenir destructeur pour elles et mettre leur santé psychologique et physique en péril si elles n'apprennent pas à mettre des limites et à dire non et si ce « besoin » de service altruiste n'est pas accompagné par une forte vigilance face à elles-mêmes et face à leurs propres besoins. Selon notre analyse, voilà l'enjeu fondamental qui semble se jouer pour ces femmes d'âge moyen, à la croisée de leur croissance personnelle et transpersonnelle : il s'agit d'une prise de conscience fondamentale, caractéristique du mitan de ces femmes. » (Péloquin, p. 343)

Pour l'auteure, le processus d'autonomisation et de responsabilisation par rapport à soi est au cœur de la santé mentale au mitan. Les participantes expriment clairement ce besoin d'autonomie et d'actualisation de soi : « c'est vers elles et leurs besoins propres qu'elles veulent désormais diriger leurs capacités maternantes » (Péloquin, p. 416).

Il semble donc que ce soit à une « nouvelle tâche de conscience », à un défi d'apprentissage et de reconstruction pour retrouver le « moi » ou le « je » de l'identité, auxquels les femmes sont conviées, lors de ce passage du mitan. On comprend alors les limites de l'intervention biomédicale. Pour les troubles psychologiques transitoires qu'elles ont vécus, la majorité des participantes (8/12) ont pris des antidépresseurs en plus de tranquillisants (5/12). La moitié des participantes (6/12) continuent de prendre des psychotropes sur une base régulière à la suite de ces difficultés passagères qu'elles ont vécues au mitan. Quatre d'entre elles se disent explicitement dépendantes dans le sens où elles ne peuvent s'en passer pour fonctionner. On peut présumer que plusieurs poursuivront encore longtemps la prise de médicaments et que d'autres médicaments s'ajouteront avec les problèmes de santé qui se présenteront au cours de leur vieillesse. Pourtant, il est permis de penser qu'avec un meilleur soutien psychologique et spirituel lors de ce passage obligé, le recours aux médicaments, dans la vieillesse, en serait allégé.

Au bout du compte, selon les témoignages, une majorité de femmes (7/10) sont arrivées à faire du mitan une étape positive : plus de satisfaction face à la maturité, plus d'affirmation de soi, une attitude face à la vie plus positive, une compréhension et un contrôle de soi meilleurs, une ouverture à la dimension spirituelle, etc. sont autant de gains qui préparent un vieillissement plus serein. Et les moyens qui semblent faciliter le passage sont de l'ordre des alternatives à la biomédecine, soit une meilleure information sur la période du mitan et de la ménopause, un accompagnement individuel ou de groupe dans une démarche de reprise en main et d'*empowerment*, un lieu de parole pouvant leur offrir des programmes comme *Antidote*, etc. Selon nous, les centres de femmes sont des organismes habilités pour une telle démarche. Ils ont une expertise de premier plan auprès des femmes du mitan, car ce sont en bonne partie des femmes de 40 à 60 ans qui utilisent leurs services.

À la lumière de la recherche de Marjolaine Péloquin qui vient corroborer l'expérience et le savoir concret acquis dans les groupes de femmes, nous pouvons dire que le mitan est une période charnière où se vivent beaucoup d'exclusion et de dévalorisation pour les femmes et qu'il est impératif d'y accorder une réponse plus respectueuse et efficace à leurs besoins pour échapper à la surmédication et garantir une meilleure santé mentale aux aînées.

4. POUR UN VIEILLISSEMENT RICHE ET SEREIN

*« Libérer les incroyables ressources de tous ceux qui vieillissent, utiliser à bon escient ces années supplémentaires, telle sera la prochaine étape du développement de la société. »
Robert Butler (Friedan, p. 406)*

S'il est vrai que le mitan peut entraîner avec lui de grands bouleversements en raison de toutes les mises au point nécessaires, il reste que les aînées ne sont pas pour autant des victimes passives. À l'âge de la maturité, la plupart des femmes ont une image favorable d'elle-même, plus de confiance en elle, une assurance qui leur permet de foncer, de prendre des risques, de s'affirmer si elles ne s'enlisent pas dans ce que Friedan appelle « la terrible mystique de l'âge qui nous enferme et nous fait nous accrocher désespérément à la jeunesse ». (Friedan, p. 99) Selon elle, la véritable surprise est l'émergence de « quelque chose d'autre », de nouvelles forces et qualités qu'il nous reste à nommer, à reconnaître.

L'apport des personnes âgées est d'ailleurs considérable. Elles participent de multiples façons à la vie en société : bon nombre poursuivent leur activité professionnelle ou bénévole, apportent leur soutien aux proches, sont engagées dans des causes sociales. Pourtant :

« Un autre mythe veut que les personnes âgées n'aient plus rien à apporter à la société. Alors, comment interpréter ces chiffres de 2006 à l'effet qu'au Québec, 360 000 personnes âgées de plus de 65 ans consacrent 2,5 millions d'heures par semaine à aider un proche. Vingt-deux pour cent des 60-69 ans s'occupent d'une personne en perte d'autonomie. Près du tiers des personnes de plus de 70 ans apportent un soutien financier à leurs petits-enfants. On évalue que la contribution fiscale des 65 ans et plus s'élève à 2,2 milliards et le travail bénévole de cette même tranche d'âge est évalué à 3,1 milliards \$. » (Boisvert, p. 12-13)

La très grande majorité des aînéEs sont autonomes : 92,2 % vivent dans la communauté (87,8 % vivent à domicile, 3,8 % en CHSLD, 7,9 % en résidences privées, 0,5 % dans une ressource intermédiaire). Selon l'Organisation mondiale de la santé, « l'immense majorité des gens restent en bonne santé et sont capables de prendre soin d'eux-mêmes en vieillissant ». (Boisvert, p. 12)

Les incapacités graves chez les personnes âgées sont en régression. « Selon les estimations américaines par exemple, le nombre des personnes âgées gravement handicapées baissera de moitié entre 2000 et 2050 si les tendances actuelles se maintiennent ». (Boisvert, p. 12)

Ceci suggère que certaines forces qui ne sont pas encore reconnues peuvent contribuer à une vitalité accrue, à une longévité mieux vécue. C'est aussi ce qui nous laisse penser que l'allongement de la durée de vie n'est pas une catastrophe en soi et ne doit pas être anticipé comme un problème, mais plutôt comme la solution à nos problèmes de société. C'est du moins ce qu'en conclut Friedan :

« À partir du moment où une société reconnaît l'apparition de certaines aptitudes accompagnant la vieillesse, en tient compte et y fait appel, la soi-disant passivité de la vieillesse peut être à la base d'un renouveau, d'une sorte de renaissance sociale ». (Friedan, p. 136)

Pour faciliter cette transformation, il faut imaginer de nouvelles formes d'aide qui s'écartent du modèle biomédical classique qui a tendance à réduire les personnes à leurs capacités fonctionnelles et à leurs besoins physiologiques; voir que les possibilités d'évolution ne cessent jamais. Reconnaître les problèmes des personnes âgées en tant que tels et non comme des pertes irréversibles dues à l'âge peut transformer les symptômes en une évolution.

4.1 Les approches adaptées aux personnes âgées

La question de la santé mentale des aînées et de la surmédication doit donc s'inscrire dans une approche globale de promotion de la santé qui relève non seulement du Réseau de la santé, mais de toute la communauté. Il faut changer le regard social du vieillissement et permettre aux aînés une reprise de pouvoir individuelle et collective sur leur vie.

La démarche *Municipalité amie des aînés* (MADA) est un bel exemple qui va en ce sens. Selon les visées du ministère de la Famille et des Aînés, une municipalité amie des aînés se soucie des personnes aînées de son territoire et cherche à améliorer leurs conditions de vie. À cette fin, elle :

- Adapte ses politiques, services et structures à leurs besoins;
- Agit sur plusieurs facteurs (habitation, loisirs, aménagement urbain, transport, etc.);
- Favorise la participation constante des aînés non seulement aux consultations, mais également à l'action;
- S'appuie sur la concertation et la mobilisation de toute la communauté;
- Vise à mettre un frein à l'âgisme qui constitue un obstacle important au vieillissement actif¹².

Toutes les municipalités du Bas-St-Laurent¹³ pourraient se prévaloir du soutien financier offert par le gouvernement du Québec afin d'adhérer à la démarche MADA.

Le Réseau de la santé pourrait aussi s'approprier ce label et inciter chaque centre hospitalier de la région à devenir « ami des aînés ». En juin 2011, le ministre Bolduc conviait les hôpitaux à un véritable changement de philosophie : « Québec veut adapter la culture hospitalière pour éviter que les personnes âgées ne sortent des établissements plus diminuées qu'à leur arrivée. »¹⁴ Selon Louise-Maude Rioux Soucy, du *Devoir* :

¹² Ministère de la Famille et des Aînés : <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/mada/Pages/index.aspx>

¹³ Pour consulter la liste des municipalités amies des aînés au BSL : <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/mada/Pages/liste-mada.aspx>

¹⁴ Le Devoir, *Vers un hôpital adapté pour les aînés*, 21 juin 2011, <http://www.ledevoir.com/societe/sante/325955/vers-un-hopital-adapte-pour-les-aines>

« La littérature est formelle. Une hospitalisation non adaptée peut rapidement conduire la personne âgée à un état confusionnel aigu appelé delirium (dans 20 à 50 % des cas) et à des déclin fonctionnels (dans 30 % des cas) : incontinence, incapacité physique, confusion ou perte d'autonomie pour ne nommer que ceux-là¹⁵. »

Personne dans le réseau n'ignore désormais la pertinence d'une *approche adaptée pour les personnes âgées*. Reste à généraliser cette approche dans tous les établissements.

L'outil *Évaluation et rationalisation de la médication chez le patient âgé*, conçu par des médecins et pharmaciens de l'Agence de santé et de services sociaux du BSL, va également dans ce sens. Selon l'auteur, James Hill :

« La population âgée reçoit de nombreux médicaments aux bénéfices incertains pour un risque nettement supérieur d'effets indésirables. Dans le but de réduire les effets indésirables aux conséquences néfastes sur l'autonomie et la qualité de vie des patients âgés, l'évaluation et la rationalisation médicamenteuse sont des tâches cliniques essentielles¹⁶. »

Généraliser l'utilisation de cet outil à l'ensemble des médecins, des pharmaciens et des étudiants en médecine contribuerait très certainement à la réduction de la médication.

4.2 Initiatives pour l'amélioration de la santé mentale des aînées

Si l'approche adaptée et la rationalisation de la médication sont des incontournables pour améliorer les soins aux personnes âgées, il est cependant impératif d'agir bien en amont pour éviter la surmédication, en particulier en ce qui concerne la santé mentale des aînées. Rappelons que de 2002 à 2006, la prescription de psychotropes a augmenté de 60 % parmi la population du Bas-Saint-Laurent. Ce sont principalement les personnes âgées qui en font les frais, car l'augmentation est de 119 % chez les 65 ans et plus.¹⁷ Et les femmes âgées en consomment deux fois plus que les hommes âgés :

Les médicaments sont souvent la seule option proposée aux personnes ayant un trouble mental, et ce, même si les données probantes établissent hors de tout doute l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement des troubles mentaux, comme alternative ou en complément à la médication. (Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, p. 6) Selon cette même source, l'amélioration de l'accès aux services de psychothérapie représente à long terme un investissement pour l'amélioration des performances du système.

D'autre part, le *Rapport de recherche sur l'Évaluation d'un programme structuré de sevrage des benzodiazépines chez des personnes âgées de 45 ans et plus dans le Bas-Saint-Laurent* démontre que les approches alternatives peuvent être efficaces pour traiter l'anxiété et l'insomnie. Les auteures en arrivent à la conclusion que :

« Si nous voulons réduire la consommation de BZ dans la population âgée, il est essentiel de proposer des solutions alternatives efficaces telles que le programme structuré de sevrage

¹⁵ *Évaluation et rationalisation de la médication*, James Hill, Agence SSS du BSL, http://www.agencesssbsl.gouv.qc.ca/Telechargements/Publications/2012/Evaluation_rationalisation_medicament_patient_age.pdf

¹⁶ *Évaluation et rationalisation de la médication*, James Hill, Agence SSS du BSL, http://www.agencesssbsl.gouv.qc.ca/Telechargements/Publications/2012/Evaluation_rationalisation_medicament_patient_age.pdf

¹⁷ Selon les données de la RAMQ. Traitement et compilation : Nathalie Bérubé, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

des somnifères basé sur la thérapie cognitive comportementale. Finalement, le programme se doit d'être accessible aux personnes âgées insomniaques avant qu'elles commencent à consommer des BZ. » (Ouellet, p. 31).

Déjà, dans un avis antérieur, nous disions à propos de ce programme de sevrage des médicaments :

« Il est permis de penser que de telles approches pourraient être proposées avec succès pour différents troubles psychologiques comme l'anxiété, la dépression légère, le stress, etc. Bien d'autres thérapies non médicamenteuses pourraient être proposées. Les thérapies cognitives (de la parole), les groupes d'entraide, l'exercice physique, de nouvelles habitudes alimentaires sont des méthodes qui ont fait leurs preuves dans le traitement des troubles émotifs et de la dépression. Ce type de traitements, non médicamenteux, a l'avantage de ne pas exposer les personnes aux effets secondaires des médicaments et d'améliorer leur santé globale. Leur promotion et l'évaluation de leurs résultats devraient être mieux financées. » (CACVF, p. 21)

Plusieurs autres pratiques ont fait leur preuve au chapitre de la santé mentale dont la luminothérapie, l'acupuncture, le yoga, la méditation. Des recherches scientifiques ont aussi démontré l'efficacité de certains produits naturels dans les problèmes de santé mentale. On pense, entre autres, aux oméga-3, au SAME, au Rhodiola-rosea, etc.¹⁸.

Plusieurs agences de la santé et des services sociaux ou CSSS du Québec ont aussi créé des programmes forts intéressants d'éducation à la santé et comme stratégie d'*empowerment* chez les personnes âgées. On pense, par exemple, au programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais ! En santé après 50 ans* de l'Agence de la Montérégie. Ce programme offert sur le territoire montérégien depuis 1997 est destiné aux personnes de 55 ans et plus vivant hors établissement. L'intervention comporte six rencontres de groupes (12-20 personnes) sur le bon usage des médicaments, les changements physiques et la prise en charge de sa santé. L'étude d'évaluation du programme démontre une amélioration des comportements des participants face à la santé et le maintien des nouveaux comportements dans l'année qui a suivi l'intervention.

Plusieurs initiatives, au Bas-Saint-Laurent, vont dans ce sens. Déjà les médecins peuvent compter sur des équipes de gériatrie et du personnel paramédical qui peuvent les supporter dans l'évaluation de la médication et l'acquisition de nouvelles attitudes comportementales chez les aînés. Le modèle conceptuel *Vivre en santé* proposé par ces équipes multidisciplinaires va dans le sens de nos propositions et nous croyons à l'importance d'implanter de telles équipes gériatriques dans toutes les MRC.

¹⁸ Il existe des données probantes concernant les effets bénéfiques des oméga-3 sur les troubles de l'humeur, dont la dépression, ainsi que pour les maladies coronariennes. D'après le Dr De Lorgeril,¹⁸ concernant les maladies coronariennes : « On ne peut pas avoir mieux en ce qui a trait aux preuves scientifiques : elles sont concordantes, nettes, basées sur des données épidémiologiques et expérimentales... Ce n'est pas par conviction scientifique qu'on ne les utilise pas, mais parce qu'on n'est pas instruit à ce sujet ».

http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/Fiche.aspx?doc=colloque_omega_3_dossier

Le SAME (S-adénosyl-L-méthionine) est une molécule qui se forme naturellement dans l'organisme. Il est essentiel au bon fonctionnement de l'organisme, notamment celui du système nerveux central et du foie. Sous forme de supplément, son efficacité a été démontrée scientifiquement dans le cas de dépression et d'arthrose.

http://www.passeportsante.net/fr/Solutions/PlantesSupplements/Fiche.aspx?doc=sam_e_ps

Quant au Rhodiola rosea, des études préliminaires ont montré que cette plante avait une action positive sur le système nerveux central en stimulant les neurotransmetteurs qui sont liés à la capacité de concentration, à la mémoire, à l'humeur et à l'apprentissage.

http://www.passeportsante.net/fr/Solutions/PlantesSupplements/Fiche.aspx?doc=rhodiola_ps

Mentionnons également que les différents programmes de groupe offerts par certains CSSS de la région, comme la clinique *Point de vue*, le *Suivi dans la communauté* ou *Un temps pour soi* sont autant d'initiatives intéressantes pour l'amélioration de la santé mentale. Peu connues et rarement proposées par les médecins, ces initiatives mériteraient d'être supportées davantage par le Réseau de la santé et des services sociaux et dispensées dans toutes les MRC du Bas-St-Laurent.

D'autre part, une démarche en santé mentale peut conduire les personnes à vouloir mettre fin à leur traitement médical. Un sevrage de médicaments effectué trop rapidement peut déstabiliser la personne au niveau physique ou psychologique et faire échouer la démarche. Il faut du soutien et un suivi médical étroit pendant un sevrage de médicaments. La mise sur pied d'une clinique de sevrage des médicaments, inspirée du modèle des cliniques pour l'arrêt tabagique, serait un apport complémentaire aux pratiques non médicamenteuses, dans notre région.

4.3 Pour une vie active à tout âge

Le principal obstacle qui pèse dans la balance lorsqu'on parle de « vieillir en santé », c'est la sédentarité. Le *Guide d'activité physique pour une vie active saine pour les aînés* de Santé Canada livre un message clair : « La pratique régulière et modérée de l'exercice peut réduire de moitié les problèmes de santé liés au vieillissement et de 50 % les risques de développer des maladies ». (CVAA, p. 3) En effet, selon la Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s (CVAA) :

« Une vie active permet aux gens d'en retirer immédiatement des bienfaits tels que douleurs moindres, humeur améliorée, meilleur sommeil, vivacité d'esprit, énergie accrue et souplesse rehaussée. Avec le temps, elle permettra d'améliorer leur condition physique en obtenant une plus grande force, un meilleur souffle, une perte de poids, une capacité de mémorisation améliorée. Également, cela préviendra des maladies et diminuera les risques d'accident cérébrovasculaire, le diabète, le cancer, les maladies coronariennes précoces et le décès prématuré. » (CVAA, p. 8)

Pourtant, selon l'Enquête nationale de santé de la population (ENSP), seulement 14 % des personnes âgées sont suffisamment actives. Quand on pense aux nombreux bienfaits à court et moyen terme que peut apporter l'activité physique, on se demande ce qui pousse les aînés, et encore plus les femmes âgées à renoncer progressivement à cette fontaine de jouvence.

Pour la CVAA : « Quelque chose mine la volonté des aîné(e)s. Ce quelque chose ne provient pas seulement d'eux. [...] Ce quelque chose est une force sociale que l'on appelle l'âgisme, une réalité qui affecte les citoyens âgés. » (CVAA, p. 5) Cet âgisme est surtout apparent dans la tradition de « se ménager » qui perdure dans le mode de vie des adultes. On a vu qu'en ce qui concerne leur santé mentale, les femmes âgées avaient bien intériorisé le message : « il faut ménager mes nerfs pour éviter une crise cardiaque », message relayé par les professionnels de la santé et qui encourage la prise de tranquillisants.

Le même phénomène se produit pour l'activité physique. Beaucoup de personnes âgées, à l'instar de leurs proches et des intervenantEs, ont intégré l'idée que l'effort physique présente un danger. Elles ont peur de tomber, de se blesser ou tout simplement, elles craignent le ridicule. Certaines femmes redoutent même la possibilité d'être terrassées par la mort : « mon cœur ne tiendra pas le coup » croient-elles. En réalité, c'est en restant sédentaires qu'elles sont plus à risque de maladies cardiaques, d'ostéoporose, de manque d'équilibre et de souplesse, de pertes cognitives, etc. Dans leur esprit, seules les activités légères, comme la marche, la pétanque, la danse en ligne, etc., sont autorisées quand on est âgé. L'idée qu'elles ne devraient pas trop s'épuiser fait consensus dans la société. Selon la CVAA, cette idée résulte d'un apprentissage social que les femmes âgées ont bien

intériorisé. Là encore, on peut parler d'une incapacité socialement acquise, entretenue par le milieu de la santé.

Le programme Kino-Québec représente une heureuse initiative pour inciter les gens à la vie active. Malheureusement, les personnes âgées demeurant à domicile sont peu rejointes par ces activités. Et encore faut-il s'assurer à travers de tels programmes de ne pas propager les croyances âgismes de fragilité et de vulnérabilité des aînés. Alors qu'on laisse volontiers les jeunes risquer leur vie dans des sports extrêmes, les personnes âgées sont l'objet d'un surcroît de prudence. Les incitations à ralentir la cadence, à interrompre si on est fatigué et toute une série de contre-indications jalonnent continuellement leur tentative de vie active. Pourtant la sédentarité et l'inactivité sont beaucoup plus à risque d'entraîner des blessures.

À ce message si bien intégré de « ménager ses forces », il faut substituer celui de « vivre sa vie pleinement et activement est la meilleure façon de bien vieillir ». D'ailleurs, le message vaut à tous les âges de la vie.

4.4 Une vie intellectuelle active

La vie active sous-entend également l'activité intellectuelle. Certes, l'activité physique peut aider à conserver ses facultés cognitives, mais des années d'inactivité et la consommation de médicaments, chez plusieurs personnes âgées, ont pu entraîner des pertes à ce niveau. L'altération de la mémoire et des capacités cognitives est une source importante de préoccupation chez les femmes âgées. Là encore, on a tendance à croire que le déficit intellectuel est inévitable. Pourtant les avancées scientifiques des dernières décennies tendent à démontrer que le cerveau peut conserver ses capacités jusqu'à un âge très avancé.

Les programmes visant la promotion de la vitalité intellectuelle sont des stratégies prometteuses pour un vieillissement actif et en santé. Le programme « Muscler vos méninges » développé par le CSSS-CA Cavendish est un bel exemple d'une approche globale qui combine entraînement cognitif et promotion de saines habitudes de vie dans le but d'agir sur plusieurs déterminants de la vitalité cognitive.

4.5 Une nouvelle conception du travail

Le concept du vieillissement actif englobe également une perception renouvelée du monde du travail. Dans notre société, la reconnaissance sociale est associée à la productivité. Le travail nous donne un statut, une identité au sein de la société. Dès que l'on arrête de travailler, on perd notre statut social et on entre dans une citoyenneté de seconde zone.

Nous sommes enfermés dans un véritable paradoxe. L'âge de la retraite a été fixé à 65 ans, au XIX^e siècle, alors que l'espérance de vie était de 62 ans. Les gens demeuraient donc actifs jusqu'à la fin de leur vie. Les gens aujourd'hui à la retraite ont une espérance de vie de près de 20 années supplémentaires. Pour plusieurs, cette période de leur vie s'accompagne d'une perte de sens puisqu'on n'attend plus rien d'eux. Pourtant, l'être humain peut avoir des activités productives et créatrices tout au long de sa vie.

Il n'est pas question de revenir sur des droits chèrement acquis. La retraite à 65 ans doit demeurer un choix possible. Pour plusieurs personnes, c'est la possibilité de sortir d'un monde du travail aliénant ou de laisser libre cours à leur créativité. Mais travailler bien au-delà de 65 ans et même toute sa vie, pourquoi pas, si on aime son travail et s'il nous enrichit sur tous les plans?

Dans le contexte actuel où notre conception du travail est axée essentiellement sur la performance, la vitesse, le rendement, sa valeur monétaire, les personnes âgées sont exclues. Et ces normes nous rendent malades, peu importe notre âge. Il est nécessaire de repenser les temps de la vie : il est possible par exemple de travailler moins dans une année, mais plus longtemps dans sa vie. D'ailleurs :

« L'Organisation mondiale de la santé, qui préconise l'approche du vieillissement actif, [...] dénonce l'idée préconçue selon laquelle notre vie serait divisée en trois périodes distinctes et linéaires : apprentissage à la vie active, vie active, retraite. Il faudrait plutôt intercaler les périodes de formation, de travail et de repos, sans référence particulière à l'âge. » (Boisvert, p. 14)

Il est possible aussi d'encourager les personnes âgées à se maintenir au travail (sans les contraindre) en leur offrant des emplois qui font appel à leurs aptitudes et qui leur permettent d'en acquérir, qui reconnaissent leur autorité, leur sagesse et la capacité de transmettre leur savoir, comme dans le mentorat, par exemple. On peut aussi leur proposer des avantages fiscaux et des mesures facilitantes (horaire flexible, temps partagé, télétravail, etc.). Il faut aussi convaincre les employeurs des avantages à maintenir les aînéEs en emploi. Une telle approche aurait l'avantage d'apporter des solutions à bien des problèmes appréhendés, dont la pénurie de main-d'œuvre spécialisée, l'augmentation des coûts de la santé, le manque de revenu des gouvernements.

Mais, il est bien possible que chez les aînéEs le statut, la renommée, l'argent ne soient plus la motivation principale de leur implication et qu'ils aient le goût d'explorer de nouvelles possibilités à l'extérieur du monde du travail. Avec l'accession à la pension de retraite et la libération de l'obligation de gagner leur vie, tout un champ de possibilités s'ouvre aux aînéEs pour poursuivre une vie active. Ils profiteront alors de la vieillesse pour réaliser des projets inachevés, des rêves de développement personnel, de relations interpersonnelles et familiales, de participation à la vie publique, d'implication citoyenne, de développement de leur créativité, de plein épanouissement de l'être, d'aspirations spirituelles, etc.; bref, autant de chemins pour goûter davantage à la vie et maintenir une vie active.

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons à l'Agence et aux réseaux locaux de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent de :

- Mettre en valeur une approche de la santé plus respectueuse des processus naturels, une approche d'accompagnement des personnes âgées dans un processus d'appropriation et d'autonomie;
- Promouvoir l'approche MADA (municipalité amie des aînées) dans toutes les municipalités du Bas-St-Laurent;
- Prévenir chez les personnes âgées les effets iatrogènes de l'hospitalisation (pertes fonctionnelles, malnutrition, réactions aux médicaments, etc.) en généralisant l'approche adaptée pour les personnes âgées dans tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent;
- Améliorer l'accès aux services de psychothérapie;
- Généraliser l'utilisation de l'*Outil d'évaluation et de rationalisation de la médication*, conçu par une équipe de l'Agence SSS –BSL, dans tous les CHSLD et CH du réseau de la santé et initier les médecins et les pharmaciens à son utilisation;
- Mettre sur pied une clinique de sevrage des médicaments sur le modèle des cliniques antitabagiques;
- Reconnaître, promouvoir et intégrer des approches alternatives et complémentaires au système biomédical lorsque celles-ci reposent sur des données probantes;
- Diffuser l'information sur les approches alternatives en santé et sur les différents programmes en santé mentale auprès des médecins;
- Consolider sur l'ensemble du territoire des programmes individuels et de groupe en santé mentale tels que les *cliniques Point de vue*, *Suivi dans la communauté*, *Un temps pour soi*, etc.;
- Mettre en œuvre un programme d'éducation à la santé (du type *En santé après 50 ans*, de la Montérégie) qui vise à développer chez les aînéEs les connaissances, les attitudes et les comportements requis pour bien gérer leur santé;
- Promouvoir le vieillissement actif et en santé, auprès des aînéEs vivant à domicile ou en résidence, en offrant des programmes tels que Kino-Québec pour l'activité physique et, pour la vitalité intellectuelle, un programme tel que *Musclez vos méninges* développé par le CSSS-CA Cavendish;
- Créer des événements destinés à contrer l'âgisme, la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes âgées;
- Promouvoir l'apport des aînéEs dans la société;
- Faire participer les personnes âgées à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de services sociaux, de soins de santé et de réadaptation.

À titre de principal employeur pour les femmes de la région, le réseau de la santé et des services sociaux pourrait jouer un rôle d'avant-garde dans la promotion des avantages que présente le maintien des travailleuses âgées (et des travailleurs) dans leur emploi :

- En donnant aux employées du réseau la possibilité de continuer à travailler aussi longtemps qu'elles le souhaitent et qu'elles en sont capables;

- En veillant à ce que les plus âgées ne soient pas plus visées que leurs collègues plus jeunes par d'éventuelles compressions de main-d'œuvre;
- En facilitant l'accès à la technologie, à la formation continue, à la réadaptation professionnelle en cours d'emploi, aux formules souples de départ à la retraite, à la conciliation travail-famille.

CONCLUSION

Dans cet avis, le CACVF s'est interrogé sur la surconsommation de médicaments, en particulier des psychotropes, chez les femmes âgées et sur les facteurs sociaux qui interagissent pour maintenir cette situation, et cela, malgré les objectifs de réduction des médicaments en vigueur à l'Agence depuis plusieurs années.

Nous avons mis en lumière la perception négative du vieillissement qui prévaut dans la société et qui, d'une certaine façon, est entretenue par le système de santé lui-même. La médicalisation de la vieillesse ou la prise en charge pharmacologique de toutes manifestations de l'âge dépossède les personnes âgées de leurs capacités de prendre soin d'elles-mêmes et les enferme dans une impuissance acquise.

Nous avons fait également un lien entre cette surmédication, la banalisation de la consommation de médicaments et la minimalisation des risques liés aux médicaments mis en scène par les stratégies commerciales de l'industrie pharmaceutique.

Puis, nous avons évoqué quelques facteurs d'exclusion auxquels sont confrontées les femmes âgées et qui affectent leur santé mentale, notamment les préjugés âgistes et sexistes dont elles sont l'objet et la précarité financière qui les prive des ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins. En plus de ces facteurs, nous avons aussi parlé de la période du mitan comme d'une période charnière d'exclusion dans la vie des femmes où se vit un cumul de changements et de difficultés les entraînant parfois dans la spirale de la surmédication.

Nous en venons à la conclusion que la question de la santé mentale des aînées et de la surmédication doit s'inscrire dans une approche globale qui concerne toute la société : c'est à un changement de regard sur le vieillissement que nous sommes toutes et tous conviés. Nous espérons que la direction de l'Agence de santé et de services sociaux du BSL, par sa mission de promotion de la santé, joue le rôle essentiel qui lui incombe.

Les changements préconisés sont non seulement d'ordre biomédical, mais ils devraient surtout favoriser l'autonomie des aînéEs et leur permettre de prendre en charge leur santé. Aussi, est-il possible de travailler à partir d'initiatives existantes et de projets prometteurs pour créer un mouvement dynamique qui porte sur les attitudes et les comportements, la diminution de la discrimination et de l'âgisme, l'augmentation du bien-être et l'amélioration des services et du soutien aux aînéEs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Action pour la Protection de la santé des femmes (APSF). *L'inclusion des femmes dans les essais cliniques : se pose-t-on les bonnes questions?* (rédaction par Abby Lippman), APSF, mars 2006, 43 p.
2. AMQ, *Le projet de la politique du médicament, Mémoire présenté à la commission des affaires sociales*, février 2005, 12 p. , www.amq.ca/fr/documents/memoires/download/36/214/17
3. AREQ, *Projet SIRA Santé*, <http://areq.qc.net/dossiers/projet-sira-sante/>
4. Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic (AQRP), *Portrait statistique régional des aînés du Québec*, Québec, 2007, 52 p. www.aqrp.qc.ca/portrait.pdf
5. Boisvert, Suzanne, *Nous, les femmes qu'on ne sait pas voir*, Centre des femmes La Marie Debout, <http://www.lamarienedebout.org/NOUSLESFEMMES/nouslesfemmes.html>
6. Charpentier, Michèle et Quéniart, Anne, *Vieille, et après ! Femmes, vieillissement et société*, éd. Du Remue-ménage, Montréal, 2009, 295 p.
7. Collin, J., Otero, M., Monnais, L., *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine, regards croisés sur un objet complexe*, coll. Problèmes et interventions sociales, éd. Presse de l'Université du Québec, Montréal, 2006, 284 p.
8. Collin, Johanne, Joël Ankri, *La problématique de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées en France et au Québec*, CAIRN.INFO, Fondation nationale de gérontologie, <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2003-4-page-149.htm>
9. Collin, Johanne, *Médicaments psychotropes et personnes âgées : Une socialisation de la consommation*, *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 2, 2001, Université de Montréal, http://www.rqpsy.qc.ca/ARTICLE/V22/22_2_005.pdf
10. Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes auprès de l'Agence de santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent (CACVF), *Avis pour une approche spécifique de la santé des femmes*, ASSS-BSL, 2009, 31 p.
11. Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 : Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec - sommaire*, Québec, 2012, 8 p.
12. Commission de l'éthique de la science et de la technologie, *Avis Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard éthique*, gouv. du Québec, avril 2009, 217 p.
13. Conseil du médicament, *Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance maladie du Québec*, Gouvernement du Québec, janvier 2011, 53 p.
14. CSF, *Bas-Saint-Laurent : portrait des Québécoise en 8 temps* (Québec), janvier 2006 http://www.mels.gouv.qc.ca/cond-fem/pdf/Statistiques/bas_saint_laurent.pdf
15. Currie, Janet. *La marchandisation de la dépression : la prescription des ISRS aux femmes*, pour Action pour la protection de la santé des femmes, mai 2005, 27 p.
16. CVAA (Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s). *Surmonter l'âgisme dans le contexte d'une vie active*
17. Direction de la santé publique de la Montérégie, *Mémoire présenté à la commission des affaires sociales dans le cadre du projet de « politique du médicament »*, Jocelyne Sauvé MD pour l'Agence de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux de la Montérégie, février 2005
18. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, *Plan d'action régional de santé publique 2010-2015 Bas-Saint-Laurent*, Rimouski, novembre 2010, 46 p.
19. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, *Un défi de solidarité, Plan d'action 2005-2010*, Gouvernement du Québec, 2005
20. Fédération de femmes du Québec, *Citoyennes à part entière toute la vie*, Montréal, 2010, 76 p. <http://www.ffq.qc.ca/2010/09/citoyennes-a-part-entiere-pour-toute-la-vie/>

21. Fédération des femmes du Québec (FFQ), *Vivre et vieillir*, in *Le féminisme en bref*, numéro spécial, FFQ, 2009, 68 p. , <http://www.ffq.qc.ca/wp-content/uploads/2011/04/FEB-ainees.pdf>
22. Friedan, Betty, *La révolte du 3^e âge*, Albin Michel, Paris, 1995, 493 p.
23. Hadler, Nortin M., *Malades d'inquiétude? Diagnostic : la surmédicalisation*, Les Presses de l'université Laval, Presse de l'université Laval, Québec, 2010, 489 p.
24. Hardy, Pierre, pour l'AREQ, *Résultats d'enquête sur la santé et les habitudes de vie des personnes âgées*, Volet AREQ, 2010, 63 p.
25. Institut national de santé publique du Québec (INSP), *Surveillance des maladies chroniques*, no 6, 2012, 16 p.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliservices.pdf
26. Lagacé, Martine et al., *L'Âgisme : Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement* , (Université d'Ottawa), Presse de l'université Laval, mars 2010, 298 p.
27. Lagacé, Martine. *L'âgisme : Comprendre et changer Le regard social sur le vieillissement*, Presses Université Laval, 2010 - 278 pages
28. Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, Dossier : Aînées. Québec, <http://www.scf.gouv.qc.ca/index.php?id=8>
29. Ministère de la Famille et des Aînés, *Plan stratégique 2008-2010*, 2009, <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/ministere/ministere/planification/Pages/plan-strategique-08-12.aspx>
30. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), *Politique du médicament*, 88 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-728-01.pdf>
31. Ministère de la Santé et des Services Sociaux et l'institut de la Statistique du Québec, *Santé et conditions de vie des Québécoises portrait d'hier à aujourd'hui*, Québec, Les publications du Québec, 2005, 203 p.
32. O'Brien Cousins, Sandy, *Surmonter l'Âgisme dans un contexte d'une vie active*, pour la Coalition d'une vie active pour les aîné(e)s (CVAA), Alberta, 2005, 26 p. http://www.alcoa.ca/f/pdf/overcoming_ageism.pdf
33. Ouellet, Nicole, M.-J. Papillon. *Évaluation d'un programme structuré de sevrage des benzodiazépines chez des personnes âgées de 45 ans et plus dans le Bas-Saint-Laurent*, Rapport de recherche, Agence SSS BSL, Rimouski, 2006, 52 p.
34. Péloquin, Marjolaine, *Des femmes parlent de leur santé mentale au mitan de la vie et à la ménopause, Étude exploratoire de besoins chez 12 femmes de 45 à 54 ans du Bas Saint Laurent*, Rimouski, 2009, 491 p.
35. Pilote, Claudia, *Avis sur l'âgisme envers les âgées : état de la situation*, pour le conseil des Aînés du Québec, Québec, mars 2010, 91 p.
36. Rédigé par Sandy O'Brien Cousins, Ph.D., Alberta, 2005, 25 p. http://www.alcoa.ca/f/pdf/overcoming_ageism.pdf
37. Santé Canada, *la santé des femmes âgées*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/women-femmes/seniors-aines-fra.php>
38. Secrétariat à la condition féminine du ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine, *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait, Plan d'action pour l'égalité entre les hommes et les femmes 2011-2015*, Gouv. du Québec, 2011, 138 p.
39. Voyer, P. , S. Lauzon. J. Collin, *Amorce et maintien de l'usage de médicaments psychotropes chez l'aîné vivant en maison de retraite*, in *L'infirmière clinicienne*, vol.1, no. 1, 2004, http://revue-inf.uqar.ca/parutions/documents/InfirmerieClinicienne_Voyer_Vol1No1_p1-11_000.pdf
40. Women's Addiction Foundation, *Les benzodiazépines : plus dangereuses qu'on ne pense*, Vancouver, <http://www.benzo.org.uk/waf2.htm>
41. Young, Terence, *Mourir sur ordonnance, un père enquête sur l'industrie pharmaceutique*, éd. Écosociété, Montréal, 2011, 351 p.