



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Anne-Cécile SCHOULER BOURJAL

Le 24 novembre 2009

**LES DETERMINANTS
DE LA PRESCRIPTION DES BENZODIAZEPINES.
UNE ETUDE QUALITATIVE REALISEE
AUPRES DE SEIZE MEDECINS GENERALISTES
EN MOSELLE.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur **Raymund SCHWAN**
M. le Professeur **Henry LAMBERT**
M. le Professeur **Pierre GILLET**
M. le Docteur **Jacques BIRGE**

Président
Juge
Juge
Juge

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Anne-Cécile SCHOULER BOURJAL

Le 24 novembre 2009

**LES DETERMINANTS
DE LA PRESCRIPTION DES BENZODIAZEPINES.
UNE ETUDE QUALITATIVE REALISEE
AUPRES DE SEIZE MEDECINS GENERALISTES
EN MOSELLE.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur **Raymund SCHWAN**
M. le Professeur **Henry LAMBERT**
M. le Professeur **Pierre GILLET**
M. le Docteur **Jacques BIRGE**

Président
Juge
Juge
Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseeurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. Christophe NEMOS

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY

Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET

Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT

Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ

Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN
2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)
Professeur Bernard FOLIGUET
3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)
Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

— — —

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT
3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)
Professeur Ali DALLOUL
4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI
3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON
Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)
Professeur Christophe PARIS
3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)
Professeur Henry COUDANE
4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)
Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)
Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER
2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL
3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE
4^{ème} sous-section : (*Génétique*)
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)
Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie ; cancérologie (type mixte : biologique)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHIELI (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT
Monsieur le professeur **Raymund SCHWAN**,
Professeur de psychiatrie.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que
vous nous faites en acceptant de présider ce jury
de thèse.

C'est avec un profond respect que nous vous
exprimons notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,
Monsieur le Professeur **Henri LAMBERT**,
Professeur émérite de réanimation médicale.

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être
membre du jury.

Nous avons pu apprécier au cours de notre
formation, la qualité de votre encadrement.

Veillez trouver ici l'expression de notre
profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,
Monsieur le Professeur **Pierre GILLET**,
Professeur de pharmacologie.

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger
ce travail.

Nous vous remercions sincèrement de la qualité
des enseignements que vous nous avez
prodigués lors de notre formation.

Veillez trouver ici le témoignage de notre
profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE,
Monsieur le **Docteur Jacques BIRGE**,
Médecin généraliste, enseignant associé et maître de stage.

Pour avoir accepté de diriger ce travail.
Votre disponibilité et votre soutien nous ont été
précieux.

Vous avez été pour nous un des modèles qui ont
permis d'orienter la pratique de notre future
profession, de par la rigueur de votre exercice et
votre investissement dans la relation avec le
patient.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde
gratitude et de nos sincères remerciements.

REMERCIEMENTS

A mon mari, sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour, merci pour ton soutien indéfectible, merci pour l'amour profond et sincère qui nous lie merci pour tout ce que tu m'apportes,

A mes parents, qui m'ont permis d'arriver jusque là, merci de m'avoir donné de l'amour et une éthique et m'avoir laissée libre de mes choix,

A ma sœur tout particulièrement, qui a participé à faire de moi le médecin et la femme que je suis aujourd'hui et qui m'a fait connaître ce qu'il y avait de meilleur dans l'Homme,

A mes grands-parents, merci d'avoir toujours été là pour moi dans tous les moments de ce bout de vie,

A ma belle-famille, merci pour votre gentillesse et pour m'avoir si chaleureusement accueilli dans votre famille et soutenu dans mon travail,

A toute ma famille,

A ceux qui m'ont accompagné dans mon parcours médical : mes amies de toujours Noëlle et Anne-Audrey, notre trio uni depuis la première année de médecine : Marie-Hélène et Laurianne, ma précieuse Myriam, Nico, Julie, Arnaud, Laure, Ben, Marie-Pierre, Steph, Marion, Hélène, Elisabeth Julia, Emilie...

A toute l'équipe de soin palliatif du CHR Metz-Thionville qui m'a supporté dans l'élaboration de ce travail, merci tout particulièrement à Jean François pour son adaptabilité, et à Rachel pour son soutien moral,

A l'ensemble des médecins qui ont accepté avec une grande gentillesse de m'accorder de leur temps pour la réalisation des entretiens,

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

SOMMAIRE

1	Généralités	19
1.1	Les facteurs ayant motivé la réalisation de cette étude	19
1.1.1	<i>Pourquoi avoir choisi de s'intéresser aux benzodiazépines ?</i>	19
1.1.1.1	<i>Une réalité de prescription et de consommation</i>	19
1.1.1.2	<i>Les bénéfices et les risques de ces traitements</i>	21
1.1.1.3	<i>Une évolution du cadre juridique et des recommandations sur la prescription des benzodiazépines</i>	23
1.1.1.4	<i>Les médicaments contre le mal être au sein d'une crise sociale</i>	24
1.1.2	<i>Pourquoi prendre les médecins généralistes comme sujet d'étude ?</i>	25
1.2	Des déterminants de la prescription déjà étudiés :	27
1.2.1	<i>L'existence de contraintes du fait de l'organisation de soins</i>	27
1.2.1.1	<i>Des contraintes dans l'organisation des soins</i>	27
1.2.1.2	<i>Des difficultés d'accès à d'autres techniques de prise en charge</i>	27
1.2.2	<i>La toute puissance du médicament</i>	28
1.2.2.1	<i>Une vision historique</i>	28
1.2.2.2	<i>Une minimisation des dangers du produit dans la population comme chez les médecins</i>	29
1.2.2.3	<i>Une relation forte à l'ordonnance et au médicament</i>	29
1.2.3	<i>La relation entre le psychique et le somatique</i>	30
1.2.3.1	<i>Une vision ontologique de la médecine</i>	30
2	Méthode et matériel	32
2.1	Méthode	32
2.1.1	<i>L'étude qualitative</i>	32
2.2	Matériel	33
2.2.1	<i>Le lieu</i>	33
2.2.2	<i>Le temps</i>	33
2.2.3	<i>Les acteurs</i>	33
2.2.3.1	<i>L'Interviewer :</i>	33
2.2.3.2	<i>L'Interviewé :</i>	34
2.2.4	<i>Enregistrement et transcription :</i>	34
2.3	Contenu de l'étude	34
2.3.1	<i>Hypothèses</i>	35
2.3.2	<i>Le questionnaire</i>	36
3	Résultats	38
3.1	La population étudiée, exploitation des données	38
3.1.1	<i>Les médecins :</i>	38
3.1.2	<i>L'augmentation de la durée des consultations lors de prise en charge de troubles psychiques :</i>	38
3.1.3	<i>Des profils variés de médecins interrogés :</i>	39
3.2	Les principales sources d'informations sur les médicaments et la formation des médecins	40
3.2.1	<i>Une formation initiale insuffisante</i>	40
3.2.2	<i>La formation médicale continue</i>	41

3.2.3	<i>Une information reçue au travers des revues</i>	41
3.2.4	<i>Un désintérêt apparent de l'information reçue par les laboratoires</i>	42
3.2.5	<i>L'influence des recommandations de bonnes pratiques</i>	43
3.3	<i>Leur pratique concernant les benzodiazépines</i>	44
3.3.1	<i>L'anxiété et l'insomnie comme indications principales de traitement par benzodiazépines</i>	44
3.3.2	<i>Des exemples très variés illustrant en fait la prescription</i>	45
3.3.3	<i>Le Lexomil®, (bromazepam) benzodiazépine la plus prescrite par les médecins interrogés</i>	46
3.3.4	<i>Deux catégories de médecins : ceux qui arrivent facilement et ceux qui n'arrivent pas à arrêter les traitements par benzodiazépines</i>	47
3.4	<i>Leurs croyances sur les effets des benzodiazépines</i>	49
3.4.1	<i>Une efficacité reconnue par tous les médecins interrogés</i>	49
3.4.2	<i>La dépendance comme effet secondaire principalement constaté</i>	50
3.5	<i>Leur perception du patient consommateur de benzodiazépine</i>	50
3.5.1	<i>Les populations cibles de consommation de benzodiazépines : femmes et personnes âgées</i>	51
3.5.2	<i>Une réponse à une demande ou un choix de prescription sans influence de la part du médecin</i>	51
3.6	<i>Leur opinion sur l'existence ou non d'une sur prescription ou d'une surconsommation de benzodiazépines</i>	53
3.6.1	<i>Des opinions partagées sur la consommation des benzodiazépines</i>	53
3.6.2	<i>les médecins généralistes français reconnus comme d'importants prescripteurs</i> 54	
3.6.3	<i>Leur vision de leur propre pratique : ¾ des médecins se disent petits prescripteurs :</i>	56
3.6.4	<i>Une influence du système de soins mal perçue par les médecins</i>	57
3.7	<i>La prise en charge et les difficultés rencontrées dans la prise en charge de la souffrance psychique</i>	58
3.7.1	<i>La prise en charge de la souffrance psychique</i>	59
3.7.1.1	<i>L'écoute</i>	59
3.7.1.2	<i>La psychothérapie</i>	59
3.7.1.3	<i>La phytothérapie</i>	60
3.7.1.4	<i>L'homéopathie</i>	61
3.7.1.5	<i>La relaxation ou la sophrologie</i>	61
3.7.1.6	<i>L'acupuncture</i>	61
3.7.2	<i>Les difficultés rencontrées dans la prise en charge</i>	62
3.7.3	<i>Néanmoins un rôle complètement assumé par l'ensemble des médecins</i>	63
3.8	<i>L'évolution des pratiques médicales et de la population face à la souffrance psychique</i>	65
3.8.1	<i>La souffrance psychique en progression : étiologie principale : le travail et le vieillissement</i>	65
3.8.2	<i>Trois générations de consommateurs de Benzodiazépines</i>	66
3.8.3	<i>L'influence des médias et de la société sur l'opinion des patients concernant la médecine et les médicaments</i>	67
3.8.4	<i>Evolution intra individuelle de la pratique de prescription</i>	68
4	Discussion	69
4.1	<i>Les déterminants d'une prescription toujours forte</i>	69
4.1.1	<i>Les contraintes de la pratique de la médecine générale</i>	69
4.1.1.1	<i>Le manque de temps : la prescription facilitant la pratique</i>	69

4.1.1.2	Une contrainte de temps liée au fonctionnement du système de soins....	69
4.1.2	<i>Des contraintes extérieures</i>	70
4.1.2.1	Des exigences des patients ressenties par les médecins	70
4.1.2.2	Des contraintes sociales	71
4.1.2.3	L'absence d'autres réponses faciles d'accès	71
4.1.3	<i>La toute puissance de la molécule</i>	72
4.1.3.1	Un constat : Une vision idéalisée de la situation	73
4.1.3.2	Une détermination des comportements par l'imprégnation historique ...	73
4.1.3.3	Le médicament au sein d'une conception ontologique de la médecine ..	74
4.1.3.4	La souffrance psychique abordée comme une pathologie somatique	74
4.2	Les déterminants d'une évolution dans la prescription de benzodiazépines : une médecine en mutation	75
4.2.1	<i>Une évolution propre du médecin : de sa formation et par là même de son comportement prescripteur</i>	75
4.2.2	<i>L'impact des campagnes de sensibilisation auprès des médecins généralistes par la sécurité sociale et l'impact des différentes réglementations et recommandations de bonne pratique</i>	76
4.2.3	<i>Des différences générationnelles de consommation ressenties par les médecins</i> 77	
4.3	limites de l'étude	79
4.4	Des pistes d'améliorations de la pratique : une meilleure identification des problèmes.....	80
	Conclusion	83
	Bibliographie	84
	Annexe	89
	Lexique	89
	Entretiens des médecins	90
	ENTRETIEN MEDECIN 1	91
	ENTRETIEN MEDECIN 2	95
	ENTRETIEN MEDECIN 3	100
	ENTRETIEN MEDECIN 4	106
	ENTRETIEN MEDECIN 5	108
	ENTRETIEN MEDECIN 6	113
	ENTRETIEN MEDECIN 7	118
	ENTRETIEN MEDECIN 8	123
	ENTRETIEN MEDECIN 9	125
	ENTRETIEN MEDECIN 10	129
	ENTRETIEN MEDECIN 11	133
	ENTRETIEN MEDECIN 12	137
	ENTRETIEN MEDECIN 13	142
	ENTRETIEN MEDECIN 14 ,15, 16	148

Introduction

La France est l'un des pays où l'on prescrit le plus de médicaments. De nombreuses actions sont réalisées pour sensibiliser la population et les médecins. Nous avons tous désormais en tête le slogan : « les antibiotiques c'est pas automatique » !

Ces campagnes gagnent progressivement de nombreuses classes thérapeutiques afin d'aboutir à une prescription raisonnée et qui suivrait au plus près les recommandations. Un des sujets d'actualité médicale 2007-2008 concerne les psychotropes, des sensibilisations sont réalisées afin d'adapter les pratiques : le « plan pour la psychiatrie et la santé mentale 2005-2008 », les recommandations HAS concernant la tentative d'arrêt des benzodiazépines chez la personne âgée, les recommandations sur la gestion des troubles du sommeil, etc.

Nous avons choisi de nous intéresser tout particulièrement à ces médicaments pour l'intérêt qu'ils suscitent de nos jours. Au sein des psychotropes, le choix s'est porté sur les benzodiazépines. Ce sont des molécules dont on cherche à faire stopper la consommation au long cours, mais qui restent, malgré tout, fortement prescrites. L'opinion publique et médicale sur ces produits a connu une très grande évolution depuis leur avènement dans les années soixante et leurs propriétés jugées alors révolutionnaires.

Les benzodiazépines sont prescrites dans l'anxiété, qui reste un terme assez vague et englobe beaucoup de pathologies. L'intérêt s'est porté surtout sur la prise en charge de la souffrance psychique à laquelle le médecin généraliste se confronte quotidiennement, plutôt qu'à des pathologies psychiatriques graves. En effet la prise en charge de l'anxiété est souvent à la frontière du normal et du pathologique. Le médecin a la charge, au sein d'une société qui actuellement manque de repères, par la quasi-disparition du religieux, par l'éloignement familial et au désir revendiqué d'autonomie, par la médiatisation d'une certaine réussite matérielle et d'une perfection physique, de gérer cette souffrance psychique. Le médecin a le rôle décisionnel dans cette prise en charge et cette dernière passe souvent par une initiation d'un traitement par une benzodiazépine. C'est pourquoi l'étude réalisée s'est portée sur l'analyse de leur opinion, leur vision de la situation actuelle et de son évolutivité, afin de comprendre les déterminants de cette prescription toujours forte.

Le but est de connaître les déterminants profonds de la prescription, ceux explicites évoqués spontanément par les médecins et ceux implicites qui émanent de l'analyse du discours. Pour ce faire une étude quantitative a été réalisée avec la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de seize médecins généralistes dans le département de la Moselle.

Après avoir développé les raisons qui ont motivé cette étude et les données de la littérature, une présentation de la méthode employée sera développée. L'ensemble des résultats de l'analyse des entretiens sera présenté, axé sur la pratique, les opinions et les croyances des médecins sur les benzodiazépines. Enfin la discussion aura pour but de cerner l'ensemble des déterminants qui influencent la prescription médicale, les comparer aux données déjà connues et mettre en avant quelques pistes de réflexion.

1 Généralités

1.1 Les facteurs ayant motivé la réalisation de cette étude

1.1.1 Pourquoi avoir choisi de s'intéresser aux benzodiazépines ?

1.1.1.1 Une réalité de prescription et de consommation

➤ Données françaises

Dans 78% des cas, lors d'une consultation auprès du médecin généraliste français, le patient sort avec une ordonnance comportant au moins un médicament. En moyenne l'ordonnance comporte 2,9 médicaments (2). On constate donc que la prescription est un acte réalisé de manière quasi systématique à la fin d'une consultation. La France reste un des pays les plus consommateurs et prescripteurs de médicaments.

Nous avons choisi de nous intéresser aux benzodiazépines qui restent une des classes médicamenteuses les plus prescrites. En 2002 trois produits psychotropes arrivaient parmi les 25 médicaments les plus prescrits dont une benzodiazépine le Temesta® au 25^{ème} rang, le Stilnox® (un hypnotique) étant le 5^{ème} médicament le plus prescrit (2). 19,4 % des français déclarent avoir pris au moins une fois dans leur vie des anxiolytiques.

Une autre étude réalisée mettait en évidence que 11,5 % étaient des usagers actuels de médicaments « *contre l'anxiété, le stress, pour dormir ou se relaxer* », et 7,5 % étaient des usagers actuels de benzodiazépines (28).

L'analyse des consultations selon une étude de la DREES en 2002 (2), met en lumière la prévalence de la prescription en fonction des pathologies. Elle montre qu'un diagnostic en lien avec des problèmes psychiatriques apparaît dans 11 % des consultations et que le diagnostic évoqué est dans 59,7% des cas l'anxiété, l'insomnie pour 19,8% et la dépression pour 37,1%. Lorsque l'anxiété est le seul diagnostic posé, un anxiolytique est prescrit dans 29% des cas. Lorsqu'il s'agit d'un diagnostic de dépression, un anxiolytique est prescrit dans 35% des cas en plus d'un antidépresseur.

On voit donc la part importante que revêt la prise en charge des troubles psychologiques et notamment la réponse médicamenteuse apportée, dans l'ensemble des consultations de médecine générale.

➤ Données européennes

Au niveau européen, les résultats sont plus ou moins discordants en fonction des méthodes employées (comparaison du nombre de boîtes, unité standard, consommation ponctuelle ou au long cours).

L'étude ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) réalisée entre 2001 et 2003 (1), montre que la France arrive au premier rang quant à l'usage d'au moins un médicament psychotrope dans l'année, et la fréquence d'utilisation des psychotropes dans les douze derniers mois. Quelque soit la classe envisagée, la consommation est en France environ deux fois supérieure aux 6 autres pays européens étudiés.

A noter qu'il existe néanmoins une évolution dans la prescription de ces molécules. Une étude de l'ESSEC porte sur l'évolution comparée de la consommation des médicaments de cinq pays européens entre 2000 et 2004 (45). La consommation exprimée en journée de traitement a été calculée selon la posologie des DDD (daily defined dose). Les données utilisées sont issues de la base de données IMS afin de disposer d'une source commune et homogène pour chaque classe thérapeutique et chacun des cinq pays étudiés. D'une manière globale, en Europe la consommation de benzodiazépines reste stable avec néanmoins une tendance à la baisse (-1% pour la France en 4 ans). La France était le plus gros consommateur en 2000 et est au deuxième rang derrière l'Espagne en 2004 (47 DDD pour 1000 habitants en 2004 pour 49 en 2000). Ces deux pays consomment néanmoins beaucoup plus que l'Italie, l'Allemagne et le Royaume uni. Cette méthode d'étude permet d'avoir une vision à un moment donné de la quantité consommée de médicament mais n'intègre pas la notion de durée de traitement.

Dans une autre étude la France était comparativement à ses voisins, plus prescriptrice concernant les courtes durées de prescription inférieures à quinze jours, ce qui justifiait son rang de primo prescripteur.

D'autres données plus récentes sont également issues de la base internationale d'IMS-Health et repris par la sécurité sociale (43). La société IMS Health (Intercontinental Marketing Service Inc) est une société américaine de prestations et de consulting, orientée sur la fourniture d'informations aux secteurs des produits pharmaceutiques et des soins de santé. L'étude s'intéresse à l'année 2006 à cinq pays européens (Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni). Les principales données collectées sont les suivantes : le nombre de boîtes, le nombre d'unités standards vendues, le prix (fabricant, grossiste et officine) des spécialités et le chiffre d'affaire correspondant. On constate que le coût moyen par habitant en 2006 n'est pas le plus fort en France mais que néanmoins les Français restent les plus consommateurs. Des économies ont été réalisées selon les chiffres de la CPAM avec une économie de 8 millions d'euros réalisée en 2007, l'objectif étant de 13 millions d'euros. Cette épargne est à mettre en parallèle avec les chiffres précédents et ne préjuge donc pas d'une réelle diminution de la consommation mais plutôt d'une baisse des coûts (génériques...)

Nombre d'unités standards par habitant en 2006

	Allemagne	Espagne	France	Italie	Royaume-Uni
Tranquillisants : nombre d'unités standards par habitant	5	36	40	22	6

Calcul CNAMTS sur source IMS-HEALTH 2006

Coût moyen par habitant en 2006

	Allemagne	Espagne	France	Italie	Royaume-Uni
Tranquillisants :coût <i>En euros par habitant</i>	0,4	1,8	2,1	4,0	0,7

Calcul CNAMTS sur source IMS-HEALTH 2006

➤ Données en Moselle et sur les médecins interrogés

Afin de pouvoir mettre en parallèle certaines données de l'étude et introduire en comparaison des paramètres dénués de subjectivité, une recherche a été également entreprise auprès de la CPAM de Metz. Cette initiative avait pour but d'obtenir les remboursements de benzodiazépines concernant les affiliés de cette caisse. D'autre part nous avons essayé de recueillir les statistiques que reçoivent de la CPAM les médecins interrogés. Ces dernières leur permettent de se situer par rapport à la moyenne régionale de prescription. Ces données restent difficilement accessibles : aucun des médecins interrogés n'a pu me les mettre à disposition. Etant inaccessibles par l'intermédiaire des caisses pour respecter l'anonymat, ces données ne pourront faire partie de l'étude. Après une rencontre auprès d'un médecin de la CPAM de Metz, une recherche a été lancée, et seuls certains chiffres ont pu nous être transmis : Le coût, les chiffres de remboursement des tranquillisants sur les deux dernières années et sur une partie de l'année 2009. En 2007 et 2009 les coûts sont stables : un million d'euros pour l'Alsace Moselle, et en 2009 jusqu'à septembre : 747000 euros. Nous aurions aimé obtenir des chiffres sur des taux de remboursement plus anciens afin d'établir des correspondances et mettre ou non en évidence une évolution, mais malheureusement nous n'avons pas pu les obtenir. Il est donc difficile de comparer les discours des médecins avec une réalité de terrain.

1.1.1.2 Les bénéfices et les risques de ces traitements

La pharmacodynamique des benzodiazépines décrite dans le dictionnaire Vidal met en évidence des propriétés myorelaxantes, anxiolytiques, sédatives, hypnotiques, anti-convulsivantes et amnésiantes.

Les propriétés anxiolytiques sont donc assorties à d'autres conséquences. Les effets secondaires constatés sont notamment des épisodes d'amnésie antérograde décrits lors de traitements courts.

Quant aux propriétés sédatives et hypnotiques, même si elles sont peu décriées par la plupart des consommateurs (vertus qu'ils jugent plutôt bénéfiques), de nombreuses études ont mis en évidence un risque d'accident de la voie publique lié à la conduite automobile associée à la prise de benzodiazépines (22). Cette association est reconnue chez les jeunes mais reste plus discutable chez les personnes âgées du fait de l'interaction avec des facteurs confondants.

Un autre effet indésirable a été étudié : le risque de chute. Il s'est révélé plus élevé chez les usagers de benzodiazépines et notamment ceux qui en ont un usage récent et qui sont âgés de plus de 80 ans (30).

Les effets cognitifs ont été largement étudiés mais les résultats sont contradictoires et ne permettent pas d'obtenir de conclusions sur leurs effets à long terme. Selon certaines études, il existerait une altération des fonctions cognitives psychomotrices et mnésiques chez

les consommateurs. La méta analyse réalisée par Barker et al. (4) reprenant treize études, est plus précise. Elle montre surtout une altération concernant la rapidité des processus sensoriels et psychomoteurs, la mémoire non verbale, les activités visio-spatiales ainsi que la résolution de problèmes. Des études restent à réaliser pour évaluer un lien direct entre la consommation de benzodiazépines et ses effets sur le déclin cognitif. En raison des propriétés sédatives et hypnotiques, on considère que l'état cognitif est ralenti avec des troubles de la vigilance en consommation de courte durée. En effet, il a été constaté pour les traitements prolongés un phénomène de tolérance plus marqué pour les effets sédatifs, anticonvulsivants et myorelaxants que pour les effets anxiolytiques qui permettent généralement le maintien de cette action plus durablement dans le temps.

Mais concernant les bénéfices, une étude publiée en 2007 étudie l'efficacité des benzodiazépines au long cours chez 4425 patients (traités depuis plus de 6 mois) montre que la plupart des patients continuent à présenter des troubles psychiques caractérisés malgré le traitement (39). Une autre étude réalisée par B. Barthelmé et Y. Poirot sur le niveau d'anxiété et de dépendance des primoconsommateurs d'anxiolytiques montre également que plus des 3/4 des patients traités étaient encore anxieux après trois mois de traitement (5).

On voit donc des effets indésirables et l'absence de réels résultats sur le long terme. Ces bénéfices et ces risques expliquent en partie les critiques faites sur les benzodiazépines.

Mais ces perturbations du fonctionnement cognitif posent question de manière plus générale. Est-il raisonnable de modifier le comportement d'un individu au sein de son milieu socioculturel et de diminuer ses facultés adaptatives naturelles ? Ces molécules apportent-elles un bénéfice pour l'Homme en particulier et pour la société en général ? Médicaliser par exemple le deuil peut être potentiellement néfaste à long terme, ralentissant ou modifiant un travail nécessaire de confrontation à la réalité.

Dans *l'Encyclopédie Médicale chirurgicale* sont décrits les modèles animaux qui ont permis de déterminer les caractères pharmacologiques des benzodiazépines. Parmi ces modèles, plusieurs expériences mettent en exergue la faculté des benzodiazépines à rendre tolérable ce qui ne devrait pas l'être. Ainsi lors d'un test de punition, les animaux cessent d'appuyer sur le levier qui leur procure une récompense alimentaire, dès que celle-ci est couplée avec une punition. Les anxiolytiques de type benzodiazépine entraînent une atténuation du blocage comportemental pendant les périodes de châtimement. Les animaux ainsi traités, persistent à actionner le levier malgré la punition. Cet exemple est grossier. Cependant il pose la question de la finalité des prescriptions par benzodiazépine. Sommes-nous des « extincteurs » d'un feu pourtant utile à la vie des patients ? Pérenniser une consommation chronique avec des syndromes de sevrage majeurs et une potentielle dépendance, induit une remise en question et incite à des actions de prévention.

Ces traitements sont sans nul doute bénéfiques dans des indications particulières et en phase aiguë, mais leurs effets secondaires doivent être particulièrement étudiés et la balance bénéfice risque réévaluée régulièrement. D'autant plus que l'angoisse et l'anxiété se trouvent souvent à la frontière entre le normal et le pathologique. Si elle est génératrice de malaise, l'angoisse est aussi source de création, de force motrice. Elle est indispensable lorsqu'elle ne déborde pas la personne qui la vit : « Sentiment diffus, sournois et implacable, dépourvu de tout objet contrairement à la peur qui sait identifier ses démons, l'angoisse semble inhérente à la condition humaine » (J-L HUE) (40).

1.1.1.3 Une évolution du cadre juridique et des recommandations sur la prescription des benzodiazépines

L'intérêt pour ces molécules vient également des récentes campagnes d'information. Un des buts de l'étude est de voir leur impact sur la prescription.

Dans un premier temps la prescription des benzodiazépines avait été régie par des mesures légales les RMO (Références Médicales Opposables) puis une évolution est apparue avec des mesures incitatives plutôt qu'un réel cadre répressif (9).

Ce premier cadre juridique était mis en place en 1994 dans le cadre des références médicales opposables, avec l'émission de restriction dans les prescriptions : la nécessité de « séparer ce qui relève des difficultés transitoires et des réactions à une pathologie somatique, de la pathologie psychiatrique confirmée » et dans les modalités de traitement : « il n'y a pas lieu dans le traitement de l'anxiété d'associer deux anxiolytiques », « les durées doivent être courtes et ne pas excéder 4 à 12 semaines pour les anxiolytiques.... »

On voit que ces RMO sur les psychotropes font partie de celles qui ont été les moins suivies. Une étude réalisée par le CREDES a évalué à partir des données de vente collectées par la société IMS, l'impact de dix RMO, dont deux portant sur les psychotropes (anxiolytiques et hypnotiques ; neuroleptiques). L'introduction des RMO a entraîné dans l'année qui a suivi une baisse de l'ordre de 40 à 47 millions d'euros, en grande majorité due à l'application de la RMO sur les antibiotiques (35 millions d'euros). La référence sur la double prescription des benzodiazépines a été peu appliquée (baisse de 13 % des doubles prescriptions), avec une économie de 9.5 millions d'euros. Les auteurs de cette étude citent la mauvaise application de cette RMO en exemple de « *comportements difficiles à modifier* ». (34)

En 2007 de nouvelles recommandations de la HAS sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines chez les personnes âgées ont été publiées. Leur but est de diminuer la prescription devant le constat de l'existence d'une prise de ce traitement de manière chronique. On voit donc que la perception de cette classe thérapeutique a profondément évolué.

Des campagnes d'information auprès des médecins cherchent donc à stopper les prescriptions au long cours de benzodiazépines. Des restrictions à la prescription des benzodiazépines et hypnotiques sont données comme objectifs dans une convention signée en 2005, entre l'assurance maladie et les partenaires médicaux. L'assurance maladie propose, concernant les performances individuelles, un outil personnalisé permettant à chaque prescripteur de situer son activité et son niveau de prescription par rapport à ses confrères du département sur les principaux thèmes de la convention collective, notamment sur les anxiolytiques et les hypnotiques (« audit feedback »).

Parmi les dix actions listées dans le cadre du plan Santé Mentale 2005-2008 (9) certaines concernant notre sujet étaient proposées. Actuellement les actions se sont plutôt orientées vers la dépression et moins sur la prévention sur les benzodiazépines. Les projets lancés étaient :

- La création d'un Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) en recherche clinique, épidémiologique et sociale, dirigé par le Prof F. Rouillon
- L'inscription du bon usage des psychotropes à la formation initiale des médecins généralistes et parmi les thèmes prioritaires de la formation médicale continue

- L'amélioration du bon usage du médicament est également mentionnée dans l'objectif « Rompre l'isolement des généralistes », le plan rappelant que « Les médecins généralistes sont en général isolés par rapport aux professionnels spécialisés, alors qu'ils sont des acteurs de premier recours et qu'ils prescrivent 85 % des psychotropes consommés en France.

Dans le cadre des conventions avec les médecins libéraux, il est prévu d'améliorer l'accès et la coordination des soins en s'appuyant sur le médecin généraliste. Ce protocole d'accord, prévoit aussi d'une part, une formation professionnelle conventionnelle (FPC) qui s'intègre dans l'obligation de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles (EPP) et d'autre part, des outils conventionnels et notamment des accords de bon usage des soins (ABUS) concernant les psychotropes pour l'année 2005. Concernant les campagnes d'information, aucune n'a à ce jour complètement abouti sur les benzodiazépines. Ce qui est dommageable quand on sait à quel point leur influence peut être grande, comme on a pu le voir pour les campagnes sur les antibiotiques. Un bilan est en attente de l'ensemble des projets réalisés.

1.1.1.4 Les médicaments contre le mal être au sein d'une crise sociale

Cette étude s'inscrit également dans un contexte social particulier. On voit en effet apparaître de plus en plus de difficultés liées au travail du fait de la crise actuelle. Les médecins étant vraisemblablement confrontés à cette souffrance, il semblait intéressant de voir si les facteurs sociaux influençaient particulièrement la prescription dans ce contexte où la demande des patients peut être plus grande.

Pour l'instant les données de la littérature mettent surtout en valeur les profils de patients plus demandeurs ou bien chez qui la prescription décidée par le médecin sera la plus forte.

L'étude de la DRESS (1) trace le profil des patients bénéficiant d'une consultation en rapport avec des problèmes psychologiques : Ce sont essentiellement des femmes (62 %), des personnes vivant seules ou au sein d'une famille monoparentale et aussi des chômeurs. L'âge moyen pour ces consultations est également plus élevé que pour les autres consultations.

Le nombre excédentaire de consommatrices ne peut être expliqué en totalité par le fait que les femmes pressentent une plus grande concentration de difficultés organiques, psychiques et sociales (31). La prescription concerne surtout les femmes qui démontrent un vif attachement pour les valeurs traditionnelles affectées au rôle féminin. Souvent ces dernières doivent composer avec un environnement peu gratifiant ou bien elles ne bénéficient pas d'un soutien familial suffisant. La raréfaction ou l'éclatement du tissu relationnel serait davantage préjudiciable aux femmes.

La prévalence des femmes par rapport aux hommes est également accentuée par le fait que chez ces derniers, les anxiolytiques sont largement concurrencés par l'alcool. Mais on constate néanmoins que la dégradation des conditions de vie et en particulier le chômage entraîne une augmentation de la prescription chez les hommes. Les contrariétés professionnelles sont des arguments recevables par le médecin. Elles sont plus faciles à exprimer qu'une souffrance psychologique relative à des soucis familiaux.

Les prescriptions sont également plus fréquentes chez les sujets âgés : Des facteurs sont associés à cette consommation : les croyances des personnes âgées à l'égard de la santé et des médicaments psychotropes en particulier, le déclin des relations sociales, la multiplication des événements de vie, l'incidence des épisodes d'hospitalisation et l'altération de la santé mentale ou physique. Plus simplement la proximité au système de soin avec une fréquence de consultation plus élevée peut expliquer l'augmentation de cette prescription dans cette catégorie. Mais il est un facteur qui semble être déterminant : le sentiment occasionné par la menace d'une privation du rôle social. La maladie ou l'hypochondrie, l'agitation, ainsi que l'agressivité peuvent être utilisées à des fins de recomposition sociale ou de réintégration.

Par ailleurs, le recours médicinal croît habituellement avec le niveau de diplômes, la position occupée dans la hiérarchie sociale. Ce n'est pas le cas concernant les psychotropes. Chez les chômeurs par exemple, il existe une probabilité de consommation de 57% supérieure à celle observée chez les actifs (21) . On constate donc que les prescriptions sont directement confrontées aux jeux de la domination sociale (femmes, inactifs, chômeurs) (27). L'isolement social, la perte d'activité et la raréfaction des liens affectifs semblent être des facteurs déterminants

Une étude a été réalisée sur l'incidence de la prescription en relation avec la crise. Les résultats ne montrent qu'une légère augmentation de la prescription, mais sans valeur significative. L'étude s'est terminée au tout début de la crise et il n'existe pas un recul suffisant. Les dernières données recueillies datent du mois de novembre 2008 (11)

1.1.2 Pourquoi prendre les médecins généralistes comme sujet d'étude ?

Tout d'abord parce que ce sont eux les plus gros prescripteurs de benzodiazépines. Dans 79% des cas, ces médicaments sont prescrits par le médecin généraliste (étude réalisée en 2002) (9).

Il ne s'agit pas là de remettre en question la prise en charge des pathologies psychiatriques, mais de s'attacher plutôt aux limites du domaine psychiatrique, où les indications de prescription sont floues et où la subjectivité du médecin généraliste est la plus influente : les troubles du sommeil, les humeurs tristes, les troubles somatiques, l'anxiété passagère ou réactionnelle, le mal être, l'isolement auxquels a affaire quotidiennement le médecin généraliste. La plupart des prescriptions des benzodiazépines émanent de ces derniers, et non des psychiatres. On pourrait expliquer ce phénomène par le fait que les indications sont parfois plus larges que le domaine de la psychiatrie pure.

Une étude menée auprès des généralistes en Bretagne (24) montre que les concepts restent flous quant aux pathologies induisant la prescription. Elle s'est attachée au concept de souffrance psychique qui semble être le reflet de l'ensemble de ces pathologies. En effet, en cabinet de médecine générale, c'est surtout cette souffrance sociale psychique qui entraîne la médicalisation.

Mais une deuxième raison a fait que l'étude s'est portée sur les prescripteurs plutôt que sur les consommateurs. Quel que soit le profil des patients et l'influence qu'ils peuvent

avoir sur le médecin, la décision de prescription restera toujours dans les mains du généraliste. Le rapport médecin malade est essentiel dans cette prise en charge.

Par exemple, on constate des particularités dans la population française. Dans une étude comparant des interviews de médecins français et hollandais (42), les patients français étaient considérés comme plus exigeants, y compris par des médecins hollandais qui soignaient occasionnellement des français et adaptaient leur pratique avec une majoration des prescriptions. Il reste néanmoins difficile de distinguer la cause de l'effet : est-ce que ce sont les patients français qui veulent beaucoup de médicaments ou est-ce que ce sont des habitudes de consommation prises auprès de médecins français trop prescripteurs ? Se pose alors la question de la relation médecin patient et de l'influence que chacun exerce sur l'autre.

Concernant l'influence que peut avoir le médecin sur le patient, Balint écrit : « le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine est le médecin lui-même. Autrement dit, ce n'est pas uniquement la fiole de médicaments ou la boîte de cachets qui importe, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade ».

L'isolement des patients et leur rapport à la médecine et à la médication semble jouer un rôle, mais à population identique le nombre de prescriptions d'anxiolytique est très variable d'un médecin à un autre : elle peut varier de 0,2% à 67,4% selon le médecin (44). Ces chiffres montrent bien que les différences de prescriptions résultent pour beaucoup d'habitudes de pratique. L'acte de prescription restera toujours dominé par le médecin. Même la sensibilité à être influencé par le patient résultera de la propension de l'omnipraticien à subir cette dernière. On constate le plus souvent que l'influence du généraliste dans cette relation reste au contraire la plus forte.

On montre en effet dans nos sociétés, une confiance persistante envers le médecin et son rôle décisionnel. Prenons l'exemple de l'observance thérapeutique, dans de nombreux récits d'interviews de patients, ce défaut d'observance, bien que volontaire, est vécu avec culpabilité envers le médecin traitant. Les patients cherchent souvent à le cacher. De même de nombreux patients ne connaissent pas leur traitement et disent spontanément « moi, je ne fais que suivre ce que le médecin me donne ! ». Il existe entre autre une explication culturelle à ce phénomène (18) : dans des pays à dominante religieuse catholique le malade met son sort entre les mains du médecin contrairement au malade protestant comme dans les pays nordiques où le malade revendique de manière plus prononcée son libre arbitre. A cette tendance fait écho la volonté de nombreux médecins, généralement catholiques, de s'arroger le privilège de la connaissance sur le corps du malade, et de ne pas lui permettre de faire les choix qui lui incombent devant la réalité de son état. La relation médecin malade est complexe, chacun influence l'autre et la prescription résultera de l'interprétation donnée par le médecin à cette interaction. Il sera intéressant de voir si le rapport de force existe toujours actuellement ou s'il a tendance à s'estomper.

Les données qui ont motivé cette étude viennent d'être présentées. Pour comprendre la problématique posée, il fallait resituer cette prescription dans un contexte général avec une vision de la prise en charge de la souffrance psychique, de la croyance sur ces médicaments et savoir ce que les précédentes études mettaient en évidence comme facteurs déterminants, afin de mettre ou non en lumière une évolution dans les comportements.

1.2 Des déterminants de la prescription déjà étudiés :

1.2.1 L'existence de contraintes du fait de l'organisation de soins

1.2.1.1 Des contraintes dans l'organisation des soins

Des études anciennes mettaient en évidence que les prescripteurs de benzodiazépines établissaient une relation directe entre cette médication et leur charge de travail (13). La prescription était notée comme plus importante en cas d'état de fatigue importante ou d'épuisement professionnel et lorsque la salle d'attente était pleine. La rédaction d'une ordonnance serait donc un moyen de clôturer plus rapidement une consultation. Ils considèrent que cette prescription leur fait gagner du temps de consultation. Le but dégagé est d'améliorer la productivité quantitative de l'exercice et de fidéliser la patientèle. A défaut d'un repérage bien balisé du trouble, l'ordonnance permet de temporiser et de reporter à plus tard l'identification du problème, lors d'une seconde entrevue. Un effet d'âge avait également été relevé (32). Les médecins exerçant depuis plus longtemps ont tendance à prescrire plus de médicaments. On peut y voir une différence dans la formation initiale avec une adhésion plus forte à la chimiothérapie. L'élément néanmoins à prendre en compte est que la clientèle de fin de carrière d'un médecin généraliste est très différente de celle d'un praticien récemment installé. Cette dernière est plus âgée, présente plus de pathologies complexes chroniques, donc automatiquement entraîne plus de prescriptions. Cette étude ayant plus de 10 ans, les données sont moins applicables actuellement. Il est intéressant de savoir si cette pratique est toujours d'actualité, s'il existe toujours des différences entre les médecins plus récemment et ceux plus anciennement installés.

Des déterminants de la prescription de médicaments en général ont été mis en évidence grâce à la mise en relief de différence dans une étude comparant la France aux Pays Bas (42). Le système de soin est par exemple très différent du modèle français, l'absence de paiement à l'acte semble simplifier la relation au patient, le médecin se sent moins redevable. Il n'a pas ce sentiment de remerciements qu'il effectuerait grâce à la prescription. Il existerait donc une influence de l'organisation des soins.

1.2.1.2 Des difficultés d'accès à d'autres techniques de prise en charge

Les enquêtes sur le recours aux psychothérapies indiquent que 5 à 10 % des personnes résidant en France ont suivi au cours de leur vie une psychothérapie (9). Ces estimations suggèrent que le nombre de personnes ayant effectivement recours à ces approches thérapeutiques soit nettement inférieur à celui des personnes susceptibles d'en bénéficier. La principale difficulté se trouve dans le délai assez long d'intervention des psychiatres.

Cette non rapidité de la réponse est aussi liée à la pénurie de spécialistes qui ne va pas aller en s'améliorant, avec une réduction de 40 % du nombre de psychiatres en exercice dans les prochaines années. Cela revient à dire que l'offre de soins concernant les psychothérapies structurées prises en charge par les caisses d'assurance maladie va être drastiquement réduite dans les années qui viennent.

Dans l'étude Santé Mentale en Population Générale (1), 1,3 % des personnes interrogées rapportent avoir fait usage au cours de leur vie de médicaments homéopathiques « *pour les nerfs, pour la tête* ». Ces mêmes personnes ont fréquemment utilisé des médicaments allopathiques (antidépresseurs : 7 % ; anxiolytiques : 21,9 % ; hypnotiques : 6,8 %), suggérant que le recours à des traitements homéopathiques n'est pas exclusif mais plutôt complémentaire de l'usage des médicaments psychotropes. On voit donc que l'homéopathie ne se départ pas non plus de cette logique de prescription mais avec *un primum non nocere* mis d'avantage en exergue

1.2.2 La toute puissance du médicament

1.2.2.1 Une vision historique

Pour pouvoir comprendre la valeur positive accordée par les patients ou les médecins aux benzodiazépines, il faut les replacer dans un contexte historique. Leur arrivée récente dans les années 60 et le contexte médical dans lequel elles apparaissent nous permet d'expliquer certains déterminants de la prescription.

On constate déjà depuis le début du XXème siècle une volonté d'apporter une réponse pharmacologique à l'angoisse : Francis Heckel (26) propose par exemple pour soigner les crises d'angoisse : l'éther, l'atropine, le bromure et les sels l'arsenic, les extraits thyroïdiens, les phosphates ou encore la caféine.

La médecine psychiatrique cherche des produits actifs pour soigner les patients. On sent que ces troubles psychiques mettent en défaut les médecins. La psychanalyse est essentielle et utile mais reste inefficace pour traiter seule des troubles graves telle que la schizophrénie. Le seul moyen disponible reste l'enfermement à vie des patients dans des asiles.

L'arrivée d'une pharmacopée active sur le fonctionnement cérébral a fait basculer cette discipline. Elle devient une discipline médicale à part entière. Et ce nouvel arsenal thérapeutique lui permet d'améliorer le pronostic des patients suivis, de les traiter. C'est le cas de la chlorpromazine (Largactil®, le premier neuroleptique). La mise en évidence de ses propriétés antipsychotiques, grâce aux travaux de pierre Denicker et Jean Delay à l'hôpital sainte Anne à Paris en 1954, a permis de soigner de nombreux patients. La première benzodiazépine vint ensuite avec le chlordiazépoxycide (Librium®) en 1961, mis en évidence par Lowell Radall. Il s'en suit d'importants progrès dans la connaissance de la pharmacodynamique des benzodiazépines. Ces progrès ont abouti à une plus grande maîtrise des médicaments employés et vont de pair avec une augmentation croissante de leur consommation et ce jusqu'à la fin des années 90 (47). L'impact des campagnes développées par les laboratoires a participé à faire flamber la consommation de ces pilules du bonheur. La population le ressent également, ces médicaments étaient un moyen adapté de vivre tout en supportant mieux le stress et tous les petits aléas de la vie, c'était l'ère de « l'enthousiasme pharmacologique » (34).

Face au développement de la chimiothérapie, une adaptation de la médecine psychiatrique s'est développée également avec la mise en place de classifications, d'échelles d'évaluations, d'outils diagnostics. Des classifications ont été créées afin de catégoriser au mieux les pathologies psychiatriques comme la DSM IV qui a eu l'impact le plus important. On voit donc que la psychiatrie s'oriente depuis la moitié du siècle vers une approche ontologique, anatomo-clinique des pathologies mentales, se rapprochant de la conception médicale de l'époque. La médecine doit être rigoureuse, basée sur l'expérimentation, la démonstration par la preuve, elle laisse peu de place à la dimension socioculturelle, la prise en compte psychologique du Patient : on est face à une pathologie et on la traite avec un médicament. Comme le citait Zarifian 1996 (47) : pour être médicale, la psychiatrie avait besoin de médicaments. L'avènement des benzodiazépines permet de rentrer dans cette logique avec des médicaments efficaces qui permet de faire céder l'angoisse.

1.2.2.2 Une minimisation des dangers du produit dans la population comme chez les médecins

Concernant la santé mentale, il persiste certaines croyances populaires qui voient dans la psychiatrie une discipline inquiétante qui concerne les fous, et les psychiatres comme des gens à même de juger fous ceux qui ne le sont pas. Les psychotropes qui pourraient bénéficier des mêmes croyances sont en fait considérés de manière différente quand ils sont prescrits par les médecins généralistes. Il existe une grande ambivalence concernant ces molécules. De nombreux patients rechignent à admettre qu'ils prennent des médicaments relevant du domaine psychique, ils parlent souvent de leur consommation au passé, néanmoins on constate que la consommation reste importante. Les psychotropes sont volontiers considérés comme une simple aide, un coup de pouce, à la manière d'une vitamine et non comme un véritable médicament. Dans une étude qualitative réalisée en Normandie en 1998, les personnes parlent plutôt de tranquillisants ou de somnifères pour minimiser la qualité de stupéfiants de ces médicaments.

L'étude réalisée par Cohen et Karsenty en 1997 (12) révèle que les anxiolytiques étaient considérés par les médecins français comme efficaces mais seulement sur le symptôme anxieux. La demande par les patients de traitement initial était bien acceptée mais le renouvellement était vécu avec fatalisme et sentiment d'impuissance. Les inconvénients évoqués du traitement étaient la difficulté de trouver une bonne demi-vie, les effets indésirables classiques et l'induction d'une dépendance, mais les réels effets indésirables mis en avant par les patients étaient en fait minimisés ou traduits en indicateur d'efficacité.

On voit donc qu'aussi bien de la part des médecins que des malades, les benzodiazépines, dans les études disponibles, ne semblent pas bénéficier d'une image négative, même si quelques points plus sombres commencent à apparaître dans les discours.

1.2.2.3 Une relation forte à l'ordonnance et au médicament

L'ordonnance a une valeur symbolique forte : elle atteste de la réalité de l'état pathologique. Dupuy et Karsenty notaient en 1974 (17) que « l'ordonnance, et plus précisément sa longueur, sa valeur en francs, le nom compliqué des produits, leur nouveauté pour le malade, etc... signifient pour ce dernier qu'il a bien fait de venir chez le médecin, que

son état relève bien de la pratique médicale et qu'il n'aurait pas pu se tirer d'affaire tout seul ». Tout une symbolique y est attachée, elle revêt même un « pouvoir magique », son caractère parfois illisible renforce cette idée. Il existe un de nombreuses croyances vis à vis des médicaments et notamment sur les psychotropes.

1.2.3 La relation entre le psychique et le somatique

1.2.3.1 Une vision ontologique de la médecine

La médecine moderne est forgée sur le modèle ontologique épistémologique (29). Elle cherche à combattre « l'obscurantisme » et à se baser sur des explications scientifiques, et sur des faits démontrés comme le développement de l'anatomie, les découvertes microbiologiques avec Pasteur, etc... qui caractérisent de nos jours toujours le savoir occidental par une approche fondamentalement biologique. La thérapeutique par l'anxiolyse grâce aux benzodiazépines rentre dans un modèle ontologique exogène additif évoluant sur le même type de raisonnement. L'angoisse est le reflet d'une agression extérieure, elle peut être envisagée comme un surplus dans l'organisme avec la nécessité de le combattre, de l'éliminer grâce à des médicaments, afin de retrouver un état de quiétude antérieure. Dans d'autres cultures comme les Pays Bas par exemple l'angoisse sera considérée comme fonctionnelle endogène. C'est un état qui fait partie du patient il ne relève pas de causes extérieures, c'est un état de déséquilibre. Pour y remédier, il faut réaliser un travail sur soi plutôt que d'essayer de l'« extraire » par des médicaments, ce qui relève de la psychanalyse. D'une manière assez complexe cette dernière peut se résumer ainsi : « ce que souhaite l'individu qui peut faire l'économie d'une prise de conscience de ce qui a provoqué sa maladie, c'est qu'on supprime la souffrance, mais tout en maintenant le symptôme. Alors que l'analyste, lui, ne vise pas du tout à extirper la maladie de son client, à lui faire retrouver la santé, autrement dit, à l'aider à revenir à son état d'équilibre antérieur, mais au contraire à permettre, par la réactualisation du passé, l'émergence d'une nouvelle organisation psychologique ». On voit donc ici deux conceptions complètement différentes qui bien évidemment vont orienter la démarche de prescription. Par exemple, les médecins hollandais décrivent une attention particulière sur le coût que peut avoir leur prescription. Ainsi ils développent une logique économique et civique. Ils rattachent leur faible taux de prescription à une logique médico thérapeutique visant à éviter les effets secondaires, la médication en générale. Ces principes hérités d'une culture protestante rentrent bien dans le deuxième modèle présenté.

L'approche anthropologique permet de nous amener à mieux comprendre notre vision de la médecine et de notre attitude prescriptive. Pour cerner les particularités françaises, il semble intéressant de se référer à des pratiques différentes. La première illustration montre une opposition complète à la vision occidentale. Comme le fait remarquer Patrick Lemoine (33), en occident, pour consulter, il faut être malade, présenter des symptômes, pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge, comme le symptôme : « anxiété ».. En opposition si on étudie la culture chinoise, on constate que la population consulte aussi quand elle va bien afin d'obtenir des conseils de longévité de leur santé : c'est une médecine préventive qui s'adapte au fonctionnement de chacun. L'absence de réflexion sur la bonne santé en occident est une des pistes d'explication de l'échec, de la prévention et de l'importance du développement des pathologies psychosomatiques. Loin de dénigrer la médecine scientifique qui a permis une évolution fulgurante dans le traitement de pathologies dites incurables, il est intéressant d'un

point de vue sociologique de prendre en compte ces différences afin de nous sensibiliser dans la pratique médicale.

Cette souffrance psychique reste difficile à appréhender en médecine générale. Zarifian en 1996 (47) dénonçait la surprescription de psychotropes sous couvert pseudo scientifique, d'emprunt à la neurobiologie et du discours académique destiné à rassurer le prescripteur : « la dimension psychologique individuelle et subjective du patient est totalement exclue du champ de la science et du discours officiel sur la clinique, puisqu'elle ne saurait être qu'un artefact générateur de perte de temps, déconcertant le médecin et mettant possiblement en question l'automatisme de la prescription. ». Pour lui les médecins prescrivent pour conserver leur identité et ne pas rester passifs, mais tout en reconnaissant que la volonté du médecin reste d'être un bienfaiteur et qu'il souhaite « sauver ses patients », mais que la réalité est hélas plus complexe que le « sauvetage » par les médicaments uniquement. Déjà à l'époque, cette critique acerbe du système médical mettait en avant la dualité existante entre une volonté de bien faire et une réponse inadaptée à la situation, qui peut trouver une partie de son explication dans cette approche anthropologique.

Cette dualité et en même temps interrelation entre le modèle ontologique et le modèle fonctionnel est illustrée dans une étude réalisée sur la représentation de la santé mentale par des médecins bretons (24) . Le médecin cherche à aborder la souffrance psychique mais reste calqué sur une approche somatique. L'écoute est prônée par les médecins généralistes comme indispensable et à réaliser en premier, mais elle reste néanmoins une contrainte. Elle a plusieurs vertus pour lui, une vertu anamnétique, servant à enrichir le recueil clinique, une visée éducative ou pédagogique ou peut-être, chez d'autres, tout simplement une écoute empathique ou compatissante. Dans ces entretiens, le médecin généraliste évoque l'idée qu'il n'est pas formé à l'écoute ou plutôt à savoir quoi faire avec ce qu'il entend. De nombreux médecins n'ignorent pas la dimension « psy » mais restent dans une pratique plus pragmatique, centrée sur le somatique et attachée à une action médicale qui va du diagnostic au traitement. Pour exemple la prescription de psychotropes s'associe souvent sur l'ordonnance à un antihypertenseur, un antalgique... : les troubles psychiques sont évalués sur le même raisonnement somatique, la même démarche est appliquée pour traiter une hypertension ou une anxiété. A la frontière entre le « franchement médical » et le « plutôt social », le médecin se retrouve confronté à la souffrance, démunie des outils habituels de sa pratique médicale, en particulier d'un savoir qui fonderaient son action. Dans l'étude citée ci-dessus on retrouve beaucoup la notion d'impossibilité de résoudre tous les problèmes avec un médicament et même la critique des psychotropes, la culpabilité de se laisser entraîner dans une prescription excessive. Mais en contradiction, la prescription existe parce qu' « il faut quand même bien faire quelque chose ». La solution de l'abord des pathologies psychiques dans la médecine générale comme tout problème somatique, est-elle donc la solution à une prise en charge adaptée ?

Une démarche basée sur une étude qualitative nous a semblé la plus judicieuse pour étudier les déterminants de la prescription. En effet, il ne s'agit pas ici de collecter des données quantitatives, mais de mettre en évidence des comportements, grâce à l'étude du discours, analyser des processus de pensée (représentations) et de soins (déterminants de la prise en charge). Le but est ensuite comparer les données de la littérature avec la situation actuelle afin de cerner s'il est apparu des modifications dans les facteurs influençant cette prescription.

2 Méthode et matériel

2.1 Méthode

2.1.1 L'étude qualitative

La méthode du questionnaire ainsi que celle du focus group n'ont pas été retenues. La première, si elle apporte de nombreuses données, ne permet pas d'accéder à celles qui nous intéressent dans ce sujet. C'est une méthode restrictive et trop cadrée, ne permettant pas l'expression complète de la personne interrogée.

Quant au focus group il permet de favoriser les échanges entre confrères. Permettre le débat, il peut faire surgir des idées nouvelles résultant de l'échange entre les différents participants, qui ne ressortiront pas forcément dans les entretiens. Néanmoins, utilisé seul, il ne suffirait pas à obtenir des données objectives sur les représentations que peut se faire chacun des participants pris isolément. La confrontation face à leurs pairs masque certaines idées qu'ils développeraient plus facilement en entretien.

La méthode employée est donc l'entretien semi-dirigé. Cette dernière est pertinente pour analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, pour mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères à partir desquels ils s'orientent et se déterminent (8). Il permet un « processus de vérification continu et de reformulation d'hypothèses ». Au fur et à mesure que l'enquête progresse, il est possible de s'intéresser à de nouvelles questions, voire déplacer le centre d'attention, sans pour autant mettre en danger la cohérence de l'enquête. C'est une méthode assez libre qui permet la collecte de renseignements précieux.

2.2 Matériel

L'étude qualitative n'impose pas le même degré d'exigence dans la rigueur statistique que les études quantitatives, néanmoins un certain cadre est mis en place afin d'obtenir le plus de renseignements exploitables.

Il est essentiel d'établir le contexte de l'interview nécessaire à l'interprétation de l'enquête.

2.2.1 Le lieu

Le lieu était déterminé par le médecin généraliste de telle manière à ce qu'il se sente à l'aise pour parler librement de sa pratique médicale. Il est également nécessaire qu'il soit le moins interrompu pendant l'entretien. Tous les interviewés ont choisi le cabinet médical, mais il est vrai que les discussions ont pu être interrompues soit par le téléphone soit par une autre intervention extérieure.

2.2.2 Le temps

Afin d'obtenir des données exploitables il est nécessaire d'obtenir un temps d'entretien suffisant. La relation de confiance s'établissant progressivement, le discours tenu en fin d'entretien sera différent et souvent plus riche qu'au début. Un temps d'entretien d'au moins 40 minutes semble nécessaire, ce dernier pouvant se prolonger jusqu'à une heure. La plupart des entretiens ont duré environ 40 minutes, un a duré 20 minutes et trois ont duré un peu plus d'une heure.

2.2.3 Les acteurs

2.2.3.1 L'Interviewer :

Ces médecins ont été interviewés par moi-même. Le fait d'appartenir au milieu étudié est à la fois un avantage et un inconvénient.

Avantages :

Il permet d'être plus proche de l'interviewé et donc d'établir une relation de confiance plus rapidement, ce dernier sait que ses propos sont compris qu'il n'y a pas de barrière de langage.

Inconvénients :

Il peut se sentir jugé plus facilement, difficulté atténuée par le fait que l'interviewer est encore jeune et en cours d'apprentissage. L'autre difficulté vient du fait que cette connaissance du milieu ne facilite pas la distanciation nécessaire à la réalisation de l'étude. Certaines remarques interpelleraient plus ceux qui n'appartiennent pas à ce milieu

professionnel. Et enfin il est plus difficile de rester neutre de ne pas faire part de ces propres opinions sur le sujet.

2.2.3.2 *L'Interviewé :*

Le choix des médecins a été réalisé de manière aléatoire en suivant la liste répertoriée dans l'annuaire téléphonique des médecins généralistes installés en Moselle, l'étude étant plus orientée vers les affiliés de la CPAM de Metz. Le but étant d'obtenir un maximum de points de vue : des hommes et des femmes, des praticiens installés depuis plus ou moins longtemps, exerçant en cabinet de groupe ou seul, étant installés en milieu rural ou urbain et enfin des médecins ayant des pratiques différentes : médecine allopathique ou parallèle (homéopathique, Thérapie cognitivo comportementale...)

Trente quatre médecins ont été contactés directement par téléphone, et seize ont répondu favorablement. Les refus émanaient soit d'une contrainte de temps, l'impossibilité de trouver une plage horaire suffisante soit par manque d'intérêt ...

Un entretien aurait dû être réalisé auprès d'un médecin acuponcteur qui avait répondu favorablement par l'intermédiaire de sa secrétaire à qui le principe de l'étude avait été expliqué. Néanmoins lors de l'entretien, le médecin ne pratiquait aucune technique médicamenteuse mais utilisait uniquement l'acuponcture comme traitement de l'angoisse et autre pathologie et n'avait aucune opinion sur les benzodiazépines. L'entretien n'a donc pas été retranscrit et inclus.

2.2.4 Enregistrement et transcription :

Les entretiens ont été enregistrés par magnétophone, puis retranscrits en texte afin de permettre l'analyse des données et faire ressortir les déterminants qui auront été évoqués. Ils ont d'abord été transcrits par entretien puis par questions. Le but de l'enregistrement était de favoriser la concentration de l'interviewer et le rendre plus disponible à l'écoute du médecin généraliste qu'il a en face de lui et donc plus réactif et pertinent. Les communications non verbales ont pu également être notées en fonction de leur contribution ou non à la compréhension du discours : rires, silences, malentendus, comportements... Un seul des entretiens n'a pu être enregistré, le médecin ayant refusé l'enregistrement, nous avons néanmoins choisi de l'inclure en essayant de retranscrire au plus juste ses propos et de ne pas réaliser de fausses interprétations. Les raisons évoquées de ce refus étaient justement que son discours puisse être utilisé et transformé et qu'au final cela se retourne contre les médecins généralistes « parce que ça se retourne toujours contre les médecins ».

2.3 *Contenu de l'étude*

En parlant d'entretien semi-dirigé, on évoque la mise en place d'un cadre de travail. Il s'agit en effet de ne pas structurer de manière trop importante l'entretien mais de permettre d'évoquer certains thèmes importants pour l'enquête. Ces thèmes sous forme de questions

pourront donc être abordés au cours de la discussion, le tout dans un ordre aléatoire. L'enchaînement est réalisé suite aux thèmes abordés par l'interviewé afin de ne pas le couper dans sa réflexion et lui laisser la possibilité d'exprimer complètement sa pensée. Cette liberté d'expression est essentielle à l'obtention de données de qualité et donc à leur exploitation.

D'après Patton (37) les questions dans un entretien doivent être : ouvertes (c'est-à-dire permettant l'élaboration par l'interviewé d'un discours), neutres (l'interviewer doit le plus possible éviter de faire passer sa propre opinion ou ses hypothèses pour ne pas influencer les réponses), bienveillantes (l'interviewé ne doit pas se sentir jugé) et claires. Les thèmes doivent être basés sur : l'expérience et les comportements, l'opinion, les valeurs et les croyances, les émotions et les sentiments et enfin les connaissances.

Pour cela la rencontre commençait toujours par une explication de l'étude : « il s'agit de mettre en évidence, grâce à des entretiens auprès des médecins généralistes, ce qui motive la prescription de benzodiazépines, de recueillir les expériences et les sentiments sur cette prescription ». Après s'être présentés et établi un premier contact, nous leur précisons que pour les nécessités de l'enquête et afin de rendre compte au plus juste de leur discours, que l'entretien sera enregistré et qu'évidemment nous lui assurons le respect de la confidentialité.

2.3.1 Hypothèses

Avant de commencer l'étude, il est nécessaire d'établir des hypothèses sur les résultats que nous allons obtenir grâce à l'enquête

« La formulation d'hypothèses, sorte de réponses provisoires, sert de fil conducteur au recueil des données et à la phase de questionnement. » (8)

Il doit y avoir des raisons pour lesquelles, on répond plus facilement à une souffrance psychique par la prescription de benzodiazépines. Quels vont être ces facteurs qui influencent les médecins généralistes ? Et quels sont ceux qui semblent prendre une part prépondérante ? (Concernant des logiques de prescription communes aux médicaments en général et spécifiques aux benzodiazépines) Au final, le but est de mettre en évidence une évolution, des similitudes ou des discordances avec les études précédemment réalisées. Est-ce que la stagnation des ventes de benzodiazépines serait le résultat des moyens mis en œuvre ou la conséquence d'un report des prescriptions vers des médicaments plus recommandés et moins stigmatisés auprès des médecins, les antidépresseurs ? Pourquoi ce taux de prescription reste élevé malgré cette stagnation ? Est-ce le résultat d'une nécessité, d'habitudes culturelles médicales, de prise en charge inadaptée ? Sur quels facteurs influençant la pratique pouvons nous agir afin d'éviter la pérennisation de la prescription ? Et par extension, comment est prise en charge la souffrance psychique ? Et comment cette dernière joue sur la prescription de benzodiazépines ?

Le sujet principal porte donc sur les déterminants de la prescription de benzodiazépines. Les sujets secondaires sont la mise en évidence de la prise en charge par extension de la souffrance psychique et des difficultés rencontrées, ainsi que les déterminants de la prescription de médicaments en général.

2.3.2 Le questionnaire

Un questionnaire a donc été élaboré et a servi de base à l'entretien. Il comprenait:

➤ Des questions pratiques relatives :

- A leur activité :
 - Depuis combien de temps êtes-vous installé(e) ? Avez vous toujours eu la même pratique médicale (cabinet de groupe, seul(e), rural urbain...) ? Quel âge avez-vous ?
- A leur pratique de consultation :
 - Combien de temps dure, en général, une consultation ?
 - Prenez-vous un temps de consultation différent quand il s'agit de problème d'ordre psychique ?
- A leur formation :
 - De quelle manière vous formez-vous et vous informez-vous sur les médicaments et leurs modalités de prescription (visite médicale, FMC, revues, recommandations) ?
 - Pensez-vous être influencé(e) par les nouvelles recommandations de l'HAS concernant la prescription des benzodiazépines ?
 - Avez-vous déjà suivi des formations relatives à la prise en charge des troubles psychiques notamment médicamenteuses ? Qu'en est-il de votre formation initiale ?

➤ Des questions sur leurs prescriptions de benzodiazépines :

- Avez-vous souvent recours à la prescription de benzodiazépines ?
- Dans quelle situation prescrivez-vous principalement des benzodiazépines ?
- Pourriez-vous nous raconter la dernière consultation au cours de laquelle vous avez prescrit des benzodiazépines ?
- Ces médicaments vous semblent-ils efficaces ?
- Quels effets secondaires à long terme constatez-vous ? (Si réponse dépendance : avez vous alors tendance à moins initier un traitement par benzodiazépines chez d'autres patients ?)
- Avez-vous l'impression de prescrire plus à certaines catégories de la population ? Lesquelles ?
- La prescription résulte-t-elle selon vous d'une demande de traitement par les patients ou bien d'une proposition de votre part ?
- Si vous prescrivez un traitement, lequel allez-vous prescrire en premier ?
- Essayez-vous de les arrêter et quelle stratégie de remplacement utilisez-vous ?

➤ Des questions d'opinion concernant la sur-prescription des benzodiazépines :

- Pensez-vous que les Français sont de gros consommateurs de benzodiazépines ?
- Pensez-vous que les médecins généralistes prescrivent trop de benzodiazépines ? Pourquoi selon vous ?
- Et vous, avez-vous l'impression de trop prescrire des benzodiazépines ?
- Pensez-vous que la façon dont sont organisés les soins en France, influence la prescription en général et celle de benzodiazépines en particulier ?
- Qu'est ce qui pousse selon vous le plus les médecins à prescrire des benzodiazépines en particulier et des médicaments en général ?

➤ Des questions sur leur prise en charge globale de la souffrance psychique

- Pensez vous être armé(e) pour prendre en charge des patients pressentant une souffrance psychique ?
- Pensez-vous que vous avez un rôle à jouer au sein de la société, de part votre métier, face à ces patients qui présentent une souffrance psychologique ?

- Comment prenez-vous en charge cette souffrance psychique (écoute, médicaments, autres techniques : TCC, acuponcture, hypnose, relaxation..., recours à un psychologue ou un psychiatre) ?

- Avez-vous l'impression que vos habitudes de prescription ont changé ?

- Est-ce difficile de ne pas prescrire ?

- Est-ce que des recommandations de bonne pratique dans ce domaine vous semblent utiles et applicables ?

➤ Des questions sur l'évolution de la pathologie et des pratiques médicales chez eux et chez les patients selon eux :

- Avez-vous l'impression que les problèmes de souffrance psychique ont changé ces dernières années ? Sont-ils moins ou plus importants ? Si c'est plus important, est-ce que cela entraîne forcément une augmentation de la prescription ?

- Avez-vous l'impression que vos habitudes de prescription ont changé ?

- Avez-vous l'impression que l'information reçue par les patients a changé ? Quelle est l'influence sur les comportements médicaux : d'Internet, des journaux, des campagnes de publicité (cf antibio) ? Et est-ce que ça vous semble pouvoir être adapté aux benzodiazépines ?

➤ Certaines questions plus générales ont été posées afin de cerner au mieux la relation médecin patient

- Quel est votre opinion sur l'influence que peut avoir le médecin sur le patient ?

- Qu'est-ce que vous appréciez le plus dans votre métier ?

Après avoir présenté la méthode utilisée, la décision a été prise de réaliser une analyse thématique. L'ensemble des thèmes retrouvés par l'analyse verticale et horizontale des discours est ici présenté.

3 Résultats

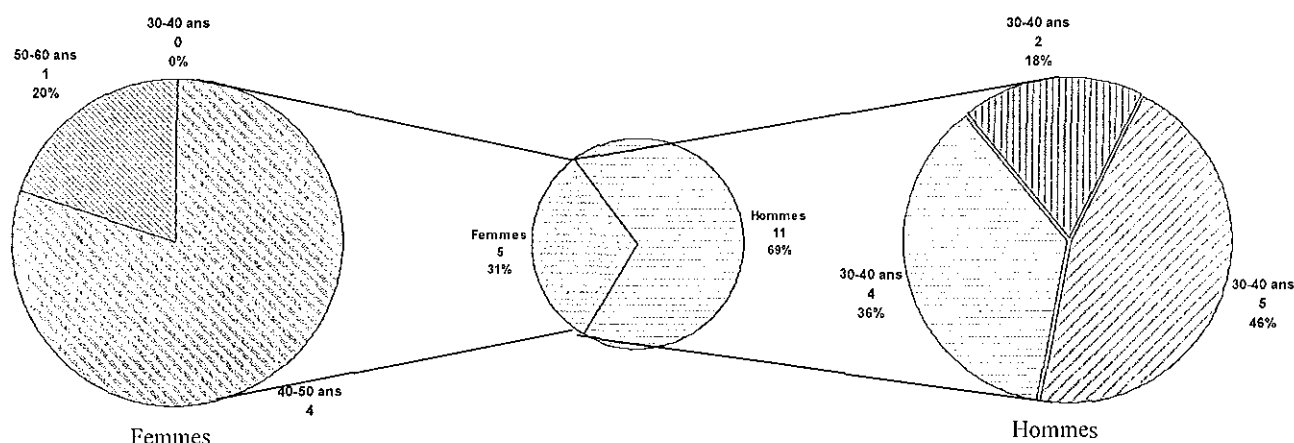
3.1 *La population étudiée, exploitation des données*

3.1.1 Les médecins :

Seize médecins généralistes ont donc été interrogés

Sur les seize 5 étaient des femmes et 11 des hommes. Tous les entretiens se sont réalisés individuellement sauf un qui s'est réalisé dans un cabinet de groupe auprès de trois médecins en même temps.

L'échantillon est composé de médecins jeunes et de médecins proches de la retraite la majorité étant plus proche de 45 ans.



La plupart des médecins se sont installés rapidement : entre l'âge de 27 et 31 ans, essentiellement des hommes. 5 médecins se sont installés à un âge compris entre 34 et 41 ans, dont trois femmes.

10 médecins interrogés travaillent en cabinet de groupe et 6 travaillent seuls.

6 médecins exercent en milieu urbain, 7 en milieu semi-rural, et 3 en milieu rural.

3.1.2 L'augmentation de la durée des consultations lors de prise en charge de troubles psychiques :

Des questions ont été posées quant à la durée de leurs consultations en moyenne et dans le cas de consultation où le motif de souffrance psychologique ressort. On constate que le temps consacré à la consultation est deux à trois fois plus élevé selon les médecins dans le deuxième cas.

3.1.3 Des profils variés de médecins interrogés :

Le but était de recueillir le plus de pratiques différentes afin de tenter d'être le plus représentatif de l'ensemble des habitudes de prescription et de gestion de la souffrance psychique. L'étude qualitative ne pourra évidemment pas apporter un échantillon totalement significatif, ce principe relevant plus d'une étude quantitative, néanmoins la plus grande diversité de pratique est recherchée.

Voici les profils des médecins interrogés :

M1 homme de 38 ans, installé en cabinet de groupe, il n'a pas de formation particulière ou d'orientation particulière de sa pratique professionnelle.

M2 homme de 59 ans, installé seul, il avait commencé par une spécialisation en chirurgie orthopédique puis s'est installé comme médecin généraliste, il réalise actuellement des expertises.

M3 homme de 54 ans, installé en cabinet de groupe, il a une formation d'homéopathie et d'acupuncture mais ne les pratique plus actuellement car ne croit pas réellement en leur potentielle efficacité. Il a par ailleurs été très actif au sein de la formation médicale continue et dans l'évaluation des pratiques professionnelles.

M4 femme de 46 ans, installée depuis 5 ans seule, en zone franche dans un quartier à forte population issue de l'immigration.

M5 femme de 46 ans, installée dans plusieurs centres de santé minier, elle a principalement une activité gériatrique et fait partie des derniers rares médecins à avoir une activité purement minière, la caisse minière étant amenée à disparaître.

M6 femme de 47ans, installée en cabinet de groupe, elle a une formation en homéopathie et réalise des vacations à l'hôpital en sa qualité d'homéopathe, et par ailleurs réalise de l'acupuncture.

M7 homme de 45 ans, installé en cabinet de groupe, il participe à des groupes balint et est par ailleurs praticien attaché au service d'accueil des urgences.

M8 homme de 55ans, installé seul, sans spécialisation particulière.

M9 femme de 54 ans, installée seule, elle a une forte activité gériatrique ; elle est coordinatrice de deux maisons de retraite.

M10 homme de 34 ans, jeune installé en cabinet de groupe, pas de formation particulière, réalisation de gestes de petite chirurgie.

M11 homme de 39 ans, a d'abord travaillé comme urgentiste puis s'est installé en cabinet de groupe avec une activité de médecin pompier puis actuellement s'occupe d'une antenne de l'hospitalisation à domicile.

M12 homme de 60 ans, installé en cabinet de groupe, il prend sa retraite cette année, il a une petite activité minière et s'occupe de la coordination de maison de retraite.

M13 homme de 53 ans, médecin installé seul, médecin handisport ayant participé aux jeux olympiques paralympiques, participe au réseau VIH, et s'occupe d'appartement de coordination thérapeutique, il a participé à des groupes balint.

M14 femme de 43 ans, installée en cabinet de groupe, elle a une légère activité d'homéopathie.

M15 homme de 47 ans, installé en cabinet de groupe, a une formation de psychiatrie.

M16 homme de 38 ans, installé en cabinet de groupe depuis deux ans.

Sur l'ensemble des médecins interrogés, il existe donc trois médecins plus sensibilisés à la prise en charge des troubles psychiques, deux femmes pratiquant l'homéopathie dont une pratique également l'acupuncture, deux femmes et un homme ayant une activité plus orientée gériatrie. Enfin plusieurs bassins de population ont pu être étudiés : un quartier où il existe d'importantes difficultés sociales avec une certaine précarité et une population minière en cours de disparition, dernier vestige d'une activité toute spécifique au bassin Lorrain.

3.2 Les principales sources d'informations sur les médicaments et la formation des médecins

L'étude de leur formation a semblé essentielle dans un premier temps, pour connaître leur ressenti sur la qualité de leur apprentissage. En effet un des points mis souvent en exergue est l'absence de formation adaptée. Il était intéressant d'avoir leur opinion et de savoir si cette dernière est toujours un facteur limitant de la prise en charge des troubles psychologiques

3.2.1 Une formation initiale insuffisante

Selon les médecins qui appartiennent à une tranche d'âge supérieure à 50 ans, leur formation initiale a été insuffisante, tout en affirmant qu'actuellement des progrès ont néanmoins été réalisés.

M3 : « la formation initiale était moins bien qu'elle ne l'est maintenant, et je regrette beaucoup de pas avoir eu votre formation »

M9 : « je ne trouve pas que c'est suffisant, on apprend sur le tas »

M13 : « Ben dites bien zéro, moi, je suis entré en médecine en 75 : nul »

Mais les jeunes médecins installés trouvent également des lacunes dans leur formation tout en admettant parfois un désintérêt à l'époque.

M1 : « le module de psy c'est pas le module le plus conséquent et ça intéresse pas grand monde au départ quand on est étudiant, c'est pas forcément le truc qui intéresse le plus et après en pratique, on se rend compte que c'est pas forcément un

thème qui était suffisant (1 ou 2 h sur ces médicaments là sur toute la durée des études) alors que c'est un motif journalier en médecine générale. »

S'ils trouvent leur formation insuffisante ils reconnaissent néanmoins des changements, notamment concernant la sensibilisation sur les médicaments et leurs effets indésirables. De nos jours la pharmacologie ne présente plus les médicaments comme entièrement vertueux.

M1 : « Moi ça ne me pose pas de problème puisque dans ce que j'ai appris à la fac, c'était déjà comme ça »

M10 : « Moi je sais qu'à la fac on nous en a parlé de la dépendance aux benzos, l'intérêt des cures courtes, et de façon vraiment ciblée et choisie par rapport au patient, alors que je suis pas persuadé que c'était quelque chose qui était vraiment traité avant. C'était plus le côté efficace dans le traitement de l'anxiété, sans nécessairement aborder de façon majeure les effets indésirables »

Il ressort des discours la nécessité d'un apprentissage « sur le tas », indispensable. Cette formation basée sur l'expérience ne peut se concevoir autrement, elle est nécessairement personnelle et ne peut résulter d'un apprentissage théorique, néanmoins la préparation est certainement insuffisante.

3.2.2 La formation médicale continue

Pour maîtriser un sujet, l'apprentissage initial sera toujours insuffisant surtout dans un domaine moins rationnel que la prise en charge de l'hypertension par exemple. Néanmoins pour maîtriser un sujet le facteur essentiel semble donc l'intérêt qu'on lui porte et qui motive la réalisation de formation complémentaire.

M13 : « le domaine de la médecine est très vaste, il est très empirique, il se fait à l'expérience et puis il se fait en fonction du temps qu'on veut bien ensuite donner à ce qu'on va encore acquérir, en ce disant, je vais aller jusqu'au bout par rapport à ça »

Certains des médecins interrogés ont donc réalisé des formations complémentaires, notamment M7 et M13 qui participent ou ont participé à des groupes Balint. On remarque que cette formation semble avoir réorientée leur pratique. Ces derniers se disent très petits prescripteurs de benzodiazépines selon les statistiques de la sécurité sociale auxquelles ils ont accès. Les médecins avec une activité de médecine parallèle semblent également moins enclins à la prescription et plus dans l'écoute.

La participation à des séances de FMC de manière générale a été citée de manière spontanée comme source de formation ou d'information par de nombreux médecins interrogés (M3, M4, M5, M6, M8, M9, M11, M12, M13). Néanmoins, ils évoquent leur participation comme plus occasionnelle que régulière.

3.2.3 Une information reçue au travers des revues

Les revues les plus citées étaient le quotidien du médecin, le concours médical et le panorama du médecin. La revue prescrire est moins citée et certains médecins citent internet comme source d'information principale ou secondaire. Cette dernière source est nouvelle et semble se développer.

Les médecins évoquent spontanément ces revues, mais leur lecture semble très variable : certains les lisent de manière assidue (M3 : lecteur émérite de la revue prescrire) d'autre ne font que les feuilleter. (M2 : « j'ai des revues médicales, je feuillete » M12 : « je fais pas très attention, je feuillete le sommaire et puis je vois ce qui m'intéresse »). De nombreux médecins évoquent une difficulté pour trouver du temps pour cette lecture. La surcharge de travail leur paraît donc être un frein à l'information.

3.2.4 Un désintérêt apparent de l'information reçue par les laboratoires

La plupart des médecins se disent peu intéressés par l'information reçue par les laboratoires, certains les reçoivent, d'autres ont décidé d'arrêter.

M5 : « oui, moi j'aime bien... et puis ça me change un petit peu, j'vois deux délégués dans la journée, mais oui eu... oui »

M2 : « Mais au début, c'était bien parce que les visiteurs ils vous présentaient tout. Le génévrier, le sirop pour la toux..., etc, et puis ils se sont regroupés et on tournait plus à la fin qu'avec 3 gros, on ne travaillait plus qu'avec 4 médicaments, il n'y avait plus de diversité, ni d'informations, la formation était regroupée sur les 4 molécules donc je ne prends plus que les visiteurs qui m'intéressent .

Mais c'était intéressant, on n'était pas acheté par les laboratoires, on avait une information ! »

On voit ici l'impact encore fort du marketing des laboratoires et l'influence qu'ils ont pu ou qu'ils peuvent encore avoir.

M3 : « je reçois quand même les laboratoires, j'les reçois quand même mais j'avoue que je les écoute plus,.. j'les reçois encore parce que.... j'ai besoin des labos pour avoir de temps en temps un peu de pognon » (pour des réunions professionnelle) .

Il persiste là, un rapport commercial avec les labos, et on saisit toute l'influence qu'ils ont dans certains cas.

Les médecins sont néanmoins de moins en moins confiants sur l'information reçue.

M4 : « Orientée quand même, ils sont malins, mais ça fait une pause »

M7 : « moi je les utilise surtout, enfin, ce qui est intéressant c'est surtout quand ils ont des nouvelles formes galéniques ou des choses comme ça, par contre je ne pense pas qu'il y a une grande valeur scientifique à leur discours, c'est essentiellement commercial »

« Je crois qu'il y avait des études qui montraient que plus on recevait quelqu'un, plus on prescrivait son produit, même s'il vous agaçaient, fallait vraiment qu'il vous agace beaucoup pour qu'à ce moment là, on ait le déclic de dire celui là je ne le prescris plus, et puis s'il y a autant de visiteurs médicaux c'est que ça doit servir à quelque chose, je pense qu'on est influencé... »

M10 : « on a un labo par jour, on les reçoit avec parcimonie sur RDV

- Vous trouvez que les informations données sont intéressantes ?

- 95% du temps non »

De plus il n'existe actuellement pas de visiteurs médicaux venant présenter des benzodiazépines depuis l'apparition des génériques, mais les médecins disent voir par contre beaucoup de laboratoires sur les nouveaux antidépresseurs.

M9 : « les antidépresseurs on en voit beaucoup, et puis le prozac, enfin j'veux dire il y a encore pas très longtemps, l'Effexor®, l'Ixel®, mais y'a très longtemps que j'ai pas entendu parler d'une benzodiazépine.... Maintenant je trouve qu'on donne des antidépresseurs pour des.. pour rien, je sais pas si c'est non plus tellement justifié, bon après ... »

M11 : « On voit plus beaucoup de labos sur les benzos... sur les antidépresseurs beaucoup plus notamment depuis que toutes les benzos sont en DCI maintenant, donc c'est vrai que les labos, on les voit plus, et les génériques, ils ne viennent jamais ! . »

L'influence des laboratoires tend donc à diminuer, concernant tout au moins les benzodiazépines, et représente de moins en moins un facteur orientant la prescription, néanmoins l'empreinte laissée par des années de visites médicales reste incrustée. Se pose également la question d'un report de prescription sur les antidépresseurs ou des excès de prescriptions semblent également exister comme à l'inverse une sous prescription dans de réelles indications.

3.2.5 **L'influence des recommandations de bonnes pratiques**

Des recommandations de bonne pratique datant d'octobre 2007 ont été mises en place sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines chez les personnes âgées. La question a donc été posée aux médecins sur leur connaissance de cette recommandation ainsi que savoir s'ils consultent les recommandations en général.

La plupart approuvent l'existence des recommandations :

M1 : « Si on n'est pas sensibilisé à ça, du coup elle sert à rien si chacun fait un peu sa sauce, ça sert à rien, c'est bien qu'il y ait une autorité qui régisse un peu tout ça »

M10 : « c'est des recommandations qu'il est intéressant de connaître, qu'il faut tendre à respecter »

Certains sont abonnés à la *news letter* et apprécient le fait de ne pas aller chercher l'information mais que celle ci arrive directement, ce qui va dans le sens d'une diversification des sources d'information.

Mais ils avouent ne pas forcément y apporter l'attention nécessaire, par manque de temps, par accumulation de paperasse, par l'existence d'une quantité phénoménale de documents à lire, de recommandations...

M2 : « il y en a partout...3 par semaine. Si on veut, on va sur le site. La totale, alors il faudra un jour que je me penche sur le sujet mais votre venue va m'inciter à aller voir ce qui se passe là dedans ! »

M7 : « le problème c'est qu'on est inondé de paperasse, on a du mal à lire tout ce qui sort, quand c'est pas de la paperasse c'est du courrier électronique, enfin

faudrait qu'on sache tout un tas de trucs partout, maintenant c'est sûr qu'à mon avis il faut en tenir en compte »

M3 : « j'le reconnais à ma grande honte, j'aurais dû les lire, j'aurais dû »

Certains ont pris connaissance des recommandations sur les benzodiazépines (M, M6, M9, M10, M11, M15)

D'autres émettent des critiques sur la réalisation de ces recommandations, sur leur caractère perfectible et sur le fait qu'elles ne sont pas suffisamment réalisées par les médecins généralistes et trop parfois, par des spécialistes. Ils expriment parfois la nécessité d'adaptation des recommandations à leur pratique, ce qui n'est, en réalité, pas contraire aux principes même des recommandations.

M8 : « l'HAS c'est pour les savants » c'est pour lui celui qui est hors consensus qui a toujours raison.

M13 : « Il y a des nouvelles recommandations de l'HAS ? Ah, vous, savez il y en aura jusqu'au moment où je partirai à la retraite, c'est extraordinaire, c'est fabuleux, il y a quand même des grands spécialistes de recommandations en France, et des professionnels de la recommandation, il en faut, après ceux là, il faudrait les immerger, faudrait les amener un peu sur le terrain »

M3 : « Mais faut pas être intégriste, y'a des fois où y faut, y'a des fois où y faut sentir qu'y a besoin, même si ça correspond pas à une reco machin, ben des fois faut savoir faire l'entorse quand il faut »

Il existe donc une grande diversité dans la formation et l'information reçue par les médecins généralistes. Certains restent sous influence, d'autres au contraire se démarquent par une lecture plus poussée et une mise en pratique plus stricte des recommandations.

3.3 Leur pratique concernant les benzodiazépines

3.3.1 L'anxiété et l'insomnie comme indications principales de traitement par benzodiazépines

L'analyse du discours met en évidence essentiellement trois indications préférentielles : L'anxiété avec comme variable citée l'angoisse, est citée par 81 % des médecins interrogés. L'insomnie est la deuxième indication la plus mentionnée (43%), avec comme variable les troubles du sommeil. Vient ensuite la prescription concomitante avec les antidépresseurs, dans un contexte de tableau anxio-dépressif pour 19% des médecins.

On retient donc que les indications principales sont des symptômes bien identifiés, l'anxiété, les troubles du sommeil. On voit bien ici que le traitement est un traitement symptomatique et non un traitement de l'étiologie. Les réponses obtenues sont par ailleurs très similaires au sein de l'échantillon interrogé. Le discours reste médical et n'évoque pas le traitement de la souffrance psychique, du mal être...ici on parle de symptômes médicalement identifiés.

3.3.2 Des exemples très variés illustrant en fait la prescription

Il a été demandé aux médecins de raconter la dernière consultation qui a motivé une prescription de benzodiazépine. Des exemples donnés au cours du discours ont également été recoupés.

Les exemples donnés sont plus variés que dans le cadre d'indication stricte comme cité ci-dessus.

Les problèmes rencontrés dans le cadre du travail reviennent souvent. Il s'agit plutôt de situations soit larvées et qui deviennent insupportables soit de crises situationnelles aiguës.

M1 : « Contexte d'insomnie chez quelqu'un qui avait des problèmes relationnels avec son chef au travail »

M6 : « gros problème d'harcèlement moral au travail, et donc elle m'a demandé si elle pouvait avoir quelque chose pour la tranquilliser »

Le traitement est donc souvent donné en aigu pour passer un cap. Le deuil est également évoqué par plusieurs médecins (M16, M6). D'autres exemples sont donnés comme une agression (M12), une annonce difficile (pathologie grave : cancer du sein)(M5).

Une prescription chronique est également évoquée, il s'agit là d'une situation stable pour la plupart. Ce sont des gens non pas dépendants, il n'y a pas d'augmentation des doses, mais chez qui un sevrage a été un échec. La situation ayant motivé la prescription de départ devient là inexistante, le traitement est alors envisagé comme une prescription relative à un manque d'alternative.

M13 : « elle prend son Temesta® depuis trente ans ou quarante ans, c'est une de mes mamies Temesta® »

M8 : « - Il n'a qu'une patiente qui ne prend qu'un quart de comprimé par jour de Temesta® qu'elle prend depuis vingt ans et qu'il n'arrive pas à sevrer »

M10 : « on a des patients et là encore c'est des chroniques, ceux qui ont l'habitude d'en utiliser qui en prennent peut-être pas en permanence, qui en prennent régulièrement par période et qui viennent le chercher comme s'ils viennent chercher leurs tomates au SUPER U »

Par ailleurs il existe des pathologies psychiatriques plus graves, chez qui une baisse des traitements est inenvisageable car délétère et qui ne relève pas de tentative de diminution des doses.

M2 : « Un patient qui a été mis en invalidité deuxième catégorie pour anxiété chronique, donc un état névrotique chronique, une désociabilisation, il est en ALD pour ça et il prend régulièrement un anxiolytique je crois que c'est du Seresta® 50 alors lui il les prend jusqu'à la fin de sa vie, ça doit bien faire 10 ans qu'il les prend, et il est bien avec, alors là non, même sous la torture je ne changerai rien »

M14 : « c'était sur une attaque de panique, chez un patient de 65 ans qui était traité pour dépression et qui a fait un malaise à l'introduction du traitement antidépresseur, qui a été hospitalisé parce qu'il se sentait vraiment pas bien... Il a fait une attaque de panique, une vraie à l'hôpital, ils ont été obligés de le ceinturer, un homme charmant gentil... Ils me l'ont renvoyé en écrivant « il faut vraiment que vous lui prescriviez des benzodiazépines à haute dose » »

Une récurrence également dans les histoires relatées est l'intrication du somatique dans le psychique. Pour M1 l'insomnie se manifeste par une hypotension à 8. Pour M5 c'est

dans le cas d'angoisses également associées à l'hypertension que les benzodiazépines ont leur utilité pour participer à faire baisser la tension.

M5 : « quand ils sont super angoissés, quand ils ont la tension à côté parce qu'il ont peur, l'antihypertenseur, il fait pas d'effet dans la minute, donc souvent en rajoutant au début un peu de benzo, ça les détend un petit peu, le reste suit »

Quant à M6, elle obtient de bons résultats dans le cadre des acouphènes chez un « papy » qui en prend depuis très longtemps de manière efficace sans augmentation de dose.

Pour M3 les benzodiazépines sont aussi un traitement des aphtes ou des colopathies fonctionnelles, manifestation psychosomatique de l'angoisse. Un autre cite leur utilisation pour leurs propriétés myorelaxantes dans le cadre des lombalgies, et met donc en exergue cette dérive (M8). On voit donc que la médecine telle qu'elle est pratiquée relie le psychique et le somatique, ce qui semble en effet être le reflet de la réalité. Mais est ce que cette interaction telle qu'elle est décrite ne va pas faire envisager les troubles d'ordre psychique comme la prise en charge de troubles somatiques : un symptôme égale un médicament.

L'ordonnance de benzodiazépine résulte donc soit d'une primo prescription en réponse à une crise situationnelle aigue soit d'un traitement au long court pour des pathologies psychiatriques graves ou relatives à l'impossibilité de réaliser un sevrage.

3.3.3 Le Lexomil®, (bromazepam) benzodiazépine la plus prescrite par les médecins interrogés

Le Lexomyl® est le plus prescrit cité par 50% des médecins, le Veratran® à demi-vie très courte arrive en seconde position (25%). Les autres se répartissent entre le Seresta®, le Temesta® et le Xanax®. Le Lysanxia® à demi-vie longue étant également cité par deux médecins.

On voit donc que la benzodiazépine la plus prescrite a une durée de vie moyenne, et on peut être étonné par la forte prévalence du Veratran® dans les discours qui est la benzodiazépine ayant la demi-vie la plus courte. Est ce un reflet de l'influence des recommandations préconisant l'utilisation d'une molécule ayant la demi-vie la plus courte ou un biais lié à l'étude ? En effet dès le premier contact téléphonique avec les médecins nous avons précisé qu'il s'agissait d'une étude sur les benzodiazépines. Mais on constate avec la présence du Lysanxia®, cité à plusieurs reprises, le reflet d'une habitude de prescription ancienne qui n'a pas été modifiée par la formation ou l'information reçue. C'est tout le paradoxe de l'ensemble des discours : à la fois des automatismes de prescription anciens et une pratique tout à fait conforme aux recommandations.

De nombreux médecins ont soulevé l'idée que les génériques étaient considérés comme inefficaces par les consommateurs, ce qui dénote plus que dans beaucoup de catégories de médicaments, un attachement tout particulier au produit : le nom, l'emballage, la forme du comprimé...

M8 : « le Bromazepam ça marche pas ! » « La boîte, très important, la boîte verte ! Regardez « je n'en prends qu'un quart de comprimé » c'est un coup de marketing majeur afin de faire croire au médecin et au patient que c'est un tout petit traitement parce que ça n'est qu'¼ de comprimé ! »

M13 : « des génériques des benzodiazépines, ça marche pas, vous le savez de source sûre, vous le savez, les études de terrain prouvent que le patient à qui vous prescrivez un générique des benzodiazépines « ça marche pas docteur » faudra

faire remonter l'information, pratiquement, c'est peut-être probablement actuellement depuis quelques mois la seule ligne dans mes ordonnances où les gens me demandent « docteur, vous pourriez mettre NS non substituable » ils veulent pas le générique de leur produit, pour dormir ça marche pas, la couleur de la boîte la forme de la boîte, ça joue »

Certains médecins sont également influencés par cet effet marketing :

M12 : « le Lexomyl® , non substituable, pour une bonne raison c'est le seul qu'on peut sucer qui a encore bon goût, parce que tout ce qui est générique le Bromazepam il est pas bon »

Une profonde évolution dans les habitudes de prescription est mise en évidence avec le recours à des demi-vies courtes. Aucun médecin n'a évoqué le Rohypnol® ou autre benzodiazépine à demi-vie très longue. Mais il ressort néanmoins de cette question sur les molécules, des séquelles de l'impact des laboratoires. Ils ont profondément marqué les consommateurs selon les médecins, et parfois les médecins eux-mêmes.

3.3.4 Deux catégories de médecins : ceux qui arrivent facilement et ceux qui n'arrivent pas à arrêter les traitements par benzodiazépines

- La décroissance progressive dès la primo prescription comme technique d'arrêt privilégiée

De nombreux médecins lors de la première consultation où une benzodiazépine est prescrite, proposent déjà une décroissance, afin de ne pas pérenniser les prescriptions et éviter des traitements chroniques. Les durées de sevrage vont de trois jours à deux trois mois, suivant les médecins, avec une moyenne qui se situe plutôt autour d'un mois.

M2 : « Un mois, éventuellement un deuxième mois, comme on peut pas les renouveler sur l'ordonnance, on est obligé de les revoir et donc de réévaluer le problème et très souvent ce traitement initial suffit, quoi »

L'avantage des RMO, malgré les difficultés de mise en pratique, était de permettre une réévaluation plus fréquente des patients et de proposer des sevrages plus souvent.

M3 : « quand je fais une primo prescription, de donner une posologie dégressive »

M4 : « si je débute un traitement chez une patiente, je leur dis toujours, j'leur donne déjà une prescription dégressive. »

M7 : « ça va être des prescriptions de deux mois, trois mois, rarement beaucoup plus longtemps »

M10 « en règle générale, je pars sur une semaine de traitement »

M2 « je diminue progressivement... J'essaie de faire comme ça, en leur laissant la possibilité, au coup par coup si tout d'un coup, ils ont une petite récurrence qui vient, de ne pas attendre la grosse bouffée et en général, ça se passe bien »

Quelques stratégies de remplacement sont réalisées : par la phytothérapie par exemple, mais qui se heurte au problème du déremboursement.

M4 : « on avait la phyto mais qu'on a plus ! Il reste quoi : le magnésium, ça marche pas tellement »

M6 : « Si c'est pour passer un cap, je leur dis vous prenez trois jours et stop pas de sevrage, pas de chose comme ça, après il y a la personne qui en a eu besoin pendant un mois, donc là on va faire plutôt un protocole de sevrage, avec en relais de la phyto ou de l'homéopathie soit un accompagnement par acupuncture pour accompagner le sevrage »

M10 : « Soit on arrive à diminuer les doses progressivement, soit j'arrive à switcher avec une demi-vie courte et là aussi après, je vais pouvoir sevrer progressivement »

Une information sur le risque de dépendance est également annoncée lors de la primo prescription par certains médecins:

M2 : « quand on leur dit, qu'au bout d'un certain temps, ils risquent d'être dépendants, ça ils aiment pas de trop »

M10 : « des fois j'explique que un : C'est une demi-vie courte, que ça les rendra pas somnolents toute la journée par rapport à la molécule que je leur prescris et, si on les prend longtemps qu'il y a un risque de dépendance et ça, généralement, ça les sensibilise quand même pas mal. »

➤ Un échec dans la plupart des cas du sevrage des traitements au long cours

Chez les patients ayant un traitement chronique, les médecins ont souvent baissé les bras quant à un essai de stopper les traitements surtout chez des médecins plus âgés.

M3 : « c'est sûr que les vieux patients qui sont ferrés avec 4mg de Temesta® ou autre depuis 20 ans, là on fait plus de thérapie dégressive »

M4 : « si la personne, elle est sous anxiolytique de longue date, c'est très difficile, »

M5 : « ils comprennent, mais c'est vrai que souvent après, pas longtemps après y'a un autre problème qui retombe, et ils me redemandent »

Il existe comme une résignation :

M3 : « Mais enfin on essaye de pas leur donner Mais au bout de trois mois le mal est fait. Si y bouffe des médicaments au bout de 2-3 mois.....à moins qu'ils changent de vie qu'ils gagnent le gros lot du loto ...pt' être qu'il aura plus besoin de béquille, y'en a d'autres, la béquille c'est l'alcool, alors j'aime encore mieux qu'ils prennent un mg de Temesta® que de picoler »

M12 : « j'ai déjà essayé, non ! quoi qu'on leur donne c'est pas efficace, alors est ce que c'est vraiment l'efficacité de la benzo, c'est possible, ils dorment très bien avec la benzodiazépine, même au long cours, je sais pas s'il y a un effet d'épuisement mais on ne le note pas... rares sont ceux qui demandent à changer de médicaments, si on essaye de changer leur médicament, ils ne dorment plus, on a beau leur dire que soit il faut regarder la télé, soit il faut se lever et faire du tricot, de toute façon en quelques jours elles ne sont pas bien, c'est surtout des personnes âgées »

➤ La preuve de la possibilité du sevrage

Des médecins décrivent qu'il est possible de réaliser des sevrages, même chez des patients traités au long cours et que les bénéfices sont bien visibles : la perte de la relation au produit

est très appréciée par les patients, et les sevrages s'ils sont correctement réalisés sont bien tolérés.

M11 : « Quand j'ai repris, moi, l'activité après mon prédécesseur, il y a 7 ans, il avait beaucoup, beaucoup de patients sous benzo et j'ai mis beaucoup de temps à les diminuer et à les arrêter. Maintenant mes patients, ils ont l'habitude, ils sont même des fois assez réticents à avoir une benzo ils disent : « j'ai plus envie de retourner là dedans » donc c'est plutôt moi qui les introduits, ils sont pas trop demandeurs »

Les patients sont d'ailleurs plutôt qu'en demande de médicaments, en demande de sevrage :

M11 : « Maintenant oui, au départ non, ils n'étaient pas contents. Ils disent, vous aviez raison, il n'y a plus cette dépendance. »

M6 : « et après c'est ceux qui viennent au cabinet pour arrêter, j'ai aussi cette demande là, donc ils viennent : « J'en ai marre de prendre des tranquillisants ou des antidépresseurs aidez-moi avec homéopathie et acuponcture » »

M9 : « je trouve que les gens sont assez respectueux et ils jouent le jeu en tout cas, d'arrêter »

Ce sont surtout les médecins installés depuis de nombreuses années qui semblent résignés. L'arrêt du traitement chez les consommateurs chroniques leur paraît voué à l'échec. Les plus récemment installés sont quant à eux plus actifs dans la démarche de sevrage. Les plus prescripteurs des médecins interrogés sont également ceux qui ont le plus de difficultés à réaliser des sevrages. On distingue également les traitements aigus des traitements chroniques. On observe une démarche très active de sevrage, d'anticipation lors des traitements aigus, mais concernant les traitements chroniques il existe une plus importante laxité, peut être liée à des échecs répétés de sevrage, ou une empathie toute particulière vis à vis du vieillissement.

3.4 Leurs croyances sur les effets des benzodiazépines

3.4.1 Une efficacité reconnue par tous les médecins interrogés

Tous, ont spontanément évoqué une forte efficacité de ces molécules. Tous reconnaissent que lorsqu'ils en prescrivent, ils obtiennent l'effet escompté.

« Oui très ! C'est efficace, vraiment c'est efficace ! » « oui, ça c'est clair et net, très efficace » « ah, oui ! »

Cette efficacité serait néanmoins envisagée sur le court terme, quand on évoque le traitement au long court, ils évoquent moins d'efficacités dans les livres comme dans la pratique(M16).

3.4.2 La dépendance comme effet secondaire principalement constaté.

Quand on interroge les médecins sur les effets secondaires principaux qu'ils constatent, ils parlent surtout de dépendance pour 62% des médecins, d'accoutumance pour 12,5% d'entre eux, de troubles des fonctions supérieures pour 31% repartis en troubles de la mémoire, somnolence, ralentissement, et trouble de l'attention. Les chutes sont également évoquées pour 12,5 % d'entre eux.

Ces effets sont plus ou moins considérés comme néfastes. Pour certains médecins les effets néfastes sont parfois minimisés. S'ils en ont besoin, et que ces derniers sont efficaces, alors pourquoi faudrait-il les arrêter ? Même s'ils ont besoin de prendre un comprimé tous les jours de leur vie.

Pour un des médecins il n'existe pas de réels effets secondaires, la tolérance est bonne.
« M5 pas franchement, non, contrairement à ce qu'on nous raconte, non, bon ils en prennent pas non plus des doses très très importantes »

Souvent ils font référence à une consommation chronique mais pas à une réelle dépendance comme dans cet exemple :

M11 : « c'est quelqu'un de très actif, bon très anxieux, il en est en moyenne à ½ cp par jour, avec une boîte de Temesta®, il fait deux mois, sans problème. Je sais pas pourquoi, je n'ai jamais réussi à lui arrêter, bon s'il reste à un demi par jour.. Ça fait 10 ans qu'il en prend ...Mais il vit bien ».

Ce qui explique parfois cette minimisation des effets secondaires : le mésusage résulte plus de la durée de la consommation que du réel impact sur la vie quotidienne du patient. Dans la pratique il existe donc plus de patients avec un usage chronique mais raisonné, ce qui ne donne pas une image de produit dangereux à ces molécules.

Concernant les chutes, M12 explique bien ces cas , le lendemain d'une initiation de benzodiazépine chez la personne âgée, et la critique faite par les urgentistes sur cette prescription.

Certaines spécificités sont également évoquées par des médecins : Le Lexomil® donnerait plus de troubles de la mémoire (est-ce parce qu'il est le plus prescrit, l'effet se ressentant donc plus ?)...

La dépendance est donc surtout mise en avant, les troubles de la mémoire sont quant à eux soit cités par certains soit inexistantes pour d'autres.

3.5 Leur perception du patient consommateur de benzodiazépine

3.5.1 Les populations cibles de consommation de benzodiazépines : femmes et personnes âgées

Les médecins nous disent surtout prescrire aux femmes. Plusieurs raisons sont évoquées :

- Le travail des femmes revient dans plusieurs discours. Elles doivent à la fois assumer leur rôle de mère, de femme gérant le foyer et leur travail. Ce discours est plus particulièrement cité par les médecins hommes.

-La « prise en compte de la chose psychologique » est également citée par M7. Les hommes semblent en effet avoir une réflexion moins poussée sur le sujet ou plutôt ne pas consulter le médecin pour cela :

M5 : « peut-être un petit peu moins d'homme adulte. Souvent les hommes trichent, ils piquent les comprimés de la femme, ça c'est un grand classique, donc on les voit pas le plus souvent, mais heu, en consultation pour une prescription »

M9 : « les hommes viennent déjà moins consulter pour ce genre de problèmes, c'est pas très souvent..., ils essayent peut être l'alcool avant, ça marche aussi »

M8 : « oui plus les femmes, pour tout, mais peut-être par un biais statistique par ce que je vois plus de femmes, les hommes se montrent moins »

Les personnes plus âgées sont également mentionnées. C'est une population qui a une consommation ancienne de benzodiazépine, qui a commencé au plein cœur d'une période de forte prescription. Ce sont aussi des patients marqués par l'isolement, la perte de leur rôle social, par des difficultés liées au seul fait du vieillissement et à celui de l'accumulation de pathologies chroniques difficiles à vivre.

Par ailleurs, M7 met en avant l'idée qu'il prescrit peut-être plus à des catégories socioprofessionnelles élevées. M4 par exemple qui travaille dans un quartier de zone franche, nous dit prescrire peu. Les difficultés sociales ne sont donc pas, selon les médecins, nécessairement corrélées avec une surprescription. Il existe peut-être des biais culturels du fait des réticences de ces populations issues de l'immigration à parler de troubles psychologiques.

D'autres ne pensent pas prescrire plus à certaines catégories de personnes que d'autres.

3.5.2 Une réponse à une demande ou un choix de prescription sans influence de la part du médecin.

La prescription pour les médecins peut résulter d'une réponse à une demande des patients, mais elle est le plus souvent décidée par le médecin sans être influencée par le patient.

➤ Une demande : la pression d'une nécessaire réponse immédiate :

Il transparaît dans le discours une réponse à une demande. L'impression d'une obligation de prescription est notée surtout chez les médecins installés depuis plus longtemps ou plutôt les médecins, qui ont peu évolué dans leur pratique :

M2 : « De toute façon, quand ils viennent chez le médecin généraliste, en général, c'est pour avoir un traitement, voilà... » « Ils ne comprendraient pas qu'on leur donne des bonnes paroles, en disant, quelle que soit la forme, ça se passera... ; quand ils sont venus, ça, ça ne leur suffit pas. Il faut dans ce domaine là, comme dans tous les domaines de médecine générale, il faut un résultat immédiat »

Selon lui et deux autres médecins, les patients sont en recherche d'un résultat immédiat, comme pour les viroses respiratoires et ORL. Il faut que la médecine apporte un résultat immédiat.

« Donc je vais chez le médecin, donc il me faut un traitement. Et donc, il faut que le résultat arrive assez rapidement pour justement d'abord les aider et puis surtout qu'ils ne perdent pas confiance non plus soit dans la médecine ou dans les aides que l'on pourrait leur apporter ».

Cette notion d'immédiateté est reprise par de nombreux médecins. Cette impossibilité qu'ont les patients d'attendre, selon les médecins, influence la prescription :

M10 : « le Français a l'habitude d'avoir le traitement qui va bien pour la symptomatologie qui va bien, c'est-à-dire qu'on n'accepte pas d'avoir mal à la gorge deux jours, il faut le truc qui soigne ».

Les patients ne conçoivent que difficilement que les médecins, selon ces derniers n'aient pas un traitement pour guérir tous leurs maux :

M11 : « On ne peut pas tout guérir, les Français ont du mal à accepter cela ». « Ils n'acceptent pas de venir chez le médecin et de ne pas être guéris. Docteur, vous vous rendez compte, avec tout ce qu'on paye comme caisses, en plus on n'est pas guéris »

La médecine peut-être considérée comme un service dans une société de consommation.

La prescription est pour certains une habitude culturelle. Cette notion imprègne également le médecin qui prescrit.

M2 : « la seule réponse qu'on a, en tout cas, comme réponse immédiate, c'est le traitement »

M2 : « Quand vous avez trois mois pour avoir un rendez-vous chez le psychiatre, nous, il faut notre réponse, le patient est là : il faut une réponse. »

On voit également une crainte de perdre le patient si ce dernier n'obtient pas ce qu'il souhaite. Il faut répondre à leur demande.

A noter que cette pratique semble néanmoins être frustrante pour M2 car il ne bénéficie pas d'une totale liberté dans ses choix. Selon lui, c'est à cause de cette pression des patients. Il réalise d'ailleurs des expertises en parallèle où là, le souhait du patient n'est pas pris en compte, ce qu'il conçoit comme parfois libérateur.

D'une manière générale, la demande si elle est clairement exprimée va influencer la prescription.

M16 : « ça dépend de la nature, l'origine de l'anxiété, ça dépend, un événement de vie, une séparation, un deuil, là, si la personne est demandeuse oui, en dehors de ça j'hésite quand même »

➤ Les dessous de la demande

Une donnée soulevée par trois médecins (M8, M9, M13) est qu'une demande de prescription sous-entend qu'il y a déjà eu prescription. Les patients qui ne connaissent pas le produit, ne viendront pas le demander. Considérer une demande c'est donc implicitement évoquer la décision de primo prescription par le médecin.

M9 : « les gens vierges de tout traitement, en principe, ils en demandent pas, Alors les gens qui connaissent déjà, qui en ont déjà pris, quelque fois c'est une demande »

De même lorsque les médecins présentent la demande du patient, dans le discours il ne ressort pas de réelle demande de prescription mais surtout de prise en charge.

Pour la plupart, la réelle demande de produit n'est pas aussi fréquente.

M1 : « Les gens viennent avec un symptôme, ils décrivent une insomnie, ils ne sont pas à demander., Bon, y'en a certains qui demandent un cachet pour dormir mais la plupart viennent, ils ont une insomnie, docteur je n'arrive pas à dormir. Ce n'est pas une demande implicite du médicament »

M4 : « faut faire quelque chose »

M10 : « y'a des patients qui viennent clairement dans le bureau en disant ça va pas j'suis angoissé, j'suis anxieux j'arrive pas à dormir, j'me fais du mouron pour un rien, j'tiens pas en place, bon..., chez ceux-là la question d'une benzo peu se poser »

La prescription semble donc résulter surtout de la décision du médecin bien qu'elle soit masquée, par l'idée, pour certains des omnipraticiens, d'une pression de la part des patients. Comme on peut le voir dans les citations précédentes : c'est tout de même le médecin qui interprète la demande d'aide comme une demande de médicaments.

3.6 Leur opinion sur l'existence ou non d'une sur prescription ou d'une surconsommation de benzodiazépines.

3.6.1 Des opinions partagées sur la consommation des benzodiazépines.

La plupart des médecins interrogés livrent une impression sans réelle connaissance du sujet, pour certains la consommation est forte.

M1 : « c'est vrai quand on entend des reportages à la TV, ou des statistiques européennes, effectivement, ça fait ressortir que la France est une grosse consommatrice »

M4 : « je ne sais pas les autres pays ce qui se fait, mais ouais les gens sont plus demandeurs »

M7 : « il me semble que c'est ce qu'on dit, donc... heu oui, je crois que oui, par rapport à d'autres pays »

M9 : « oui peut-être que les Français consomment plus, est ce que les Français investissent plus là dedans ? »

M9 : « Maintenant, je pense qu'on a bien diminué, mais je reste persuadé qu'on en consomme beaucoup plus que dans d'autres pays. »

Sur cette enquête d'opinion, les médecins n'ont que peu de points de comparaison et ne savent pas ce qui se passe en dehors de la France. « Je n'ai pas demandé » « je n'ai pas de référence » « je ne sais pas ».

M13 : « Ben, ça j'en sais rien, si les Français sont de gros consommateurs ».

Pour d'autres il ne s'agit que de propagande. Il leur semble très difficile de pouvoir comparer plusieurs pays alors que le système de soin y est différent, il existe dans des pays un accès libre à certains produits...

M2 : « y'a bien longtemps que j'écoute plus les médias, de ce qui est du domaine de la santé, de la médecine. Ils disent ce qu'ils veulent, quand ils veulent, j'aimerais que l'on parle de ce qui est comparable »

« J'aimerais savoir ce que font les autres pays et si c'est fonction simplement, que du remboursement, de la prescription médicale »

M5 : « aux USA où je vais assez souvent, en effet, ils se jettent peut-être pas sur les benzos, mais ils avalent tellement de bêtises à côté, tellement de médicaments à côté, de cocktails de je ne sais pas quoi »

M8 : « c'est pour lui une communication de l'état, c'est une connerie « quand on veut tuer son chat, on l'accuse d'avoir la rage » »

Enfin pour certains médecins ils sont peut-être d'importants consommateurs mais c'est parce qu'il existe une nécessité, un besoin.

M5 : « moi je pense qu'ils n'en prennent pas plus, intuitivement »

« Peut-être choqué mais je trouve que quand il en faut, il en faut »

Pour d'autre c'est une question d'habitude :

M1 : « les gens ils viennent pour un symptôme, ils ont la mentalité de repartir avec un traitement »

3.6.2 les médecins généralistes français reconnus comme d'importants prescripteurs

De nombreux médecins interrogés reconnaissent cette surprescription. Plusieurs explications sont avancées. Cette question sur la prescription a en fait, fait ressortir l'ensemble des déterminants de la prescription, selon ces derniers, c'est :

- une réponse à un besoin

Les médecins considèrent ne pas anticiper la prescription, mais lorsqu'il y a prescription c'est que cette dernière est nécessaire.

M1 : « en même temps, y a une demande, si on n'avait pas ça, je ne sais pas s'ils ont trouvé la solution dans les autres pays »

M5 : « oui j'dirais, parce que la situation est comme ça quoi, s'ils n'avaient pas de soucis dans la vie on en prescrirait pas non plus, ...je pense »

- une habitude de prescription ancienne

M2 : « On en prescrit peut-être un peu plus, mais ...on revient au problème de : une consultation = une prescription » qui pourrait être différente si « si on avait une formation différente, et éventuellement une génération différente qui tient compte de la durée de la consultation, est-ce qu'on arriverait à faire des traitements différents et pas de traitement du tout, concernant ces pathologies »

M3 : « y'a toute une génération, on en a prescrit beaucoup sûrement, nos aînés sûrement, je critique pas, hein ! j'aurais fait comme eux »

- une logique commerciale, une facilité, une rapidité

La prescription est vue comme un acte commercial, permettant de diminuer le temps de consultation et donc augmenter le nombre de consultations.

M3 : « peut-être (maintenant) qu'ils ont moins tendance à faire le tiroir caisse, c'est-à-dire d'être le délivreur de médicaments automatique à la demande du patient, quand il arrive avec ses listes de courses, ça se voit plus ça »

M6 : « J'ai l'impression que ceux qui mettent moins de dix minutes par patients sont de gros prescripteurs...voilà.... C'est facile, ça va vite de prescrire des benzos ... « docteur, je suis stressé j'arrive pas à dormir » »

- le reflet de l'incapacité du médecin, l'absence d'autre réponse, l'angoisse du médecin

Les médecins semblent en réalité démunis et la prescription est alors la seule réponse dont ils disposent surtout s'ils n'ont pas de formation annexe, ce que notent d'ailleurs ceux qui en ont :

M7 : « je te donne un anxiolytique et on en parle plus, piouf l'angoisse, alors pourquoi il y avait une angoisse, alors ça?... »

M13 : « je crois que dix pour cent de la population médicale est à côté de ses pompes, est en souffrance »

-c'est lié à la patientèle du médecin :

M10 : « je pense que ça dépend à la fois de l'habitude de prescription de chacun, de la clientèle de chacun, il est évident qu'un médecin qui va avoir une clientèle âgée, aura forcément plus de prescription de benzo »

Une évolution est notée, avec un recul des prescriptions chez les nouveaux médecins notamment liée à la formation.

M11 : « j'ai l'impression que la nouvelle génération freine beaucoup plus. On a été plus formé là dessus donc on freine plus, mais l'ancienne génération, oui ! Ils ont quand même la plume facile ».

L'arsenal médicamenteux est déployé plus ou moins tôt selon les médecins (en fonction de leur capacité de gestion des troubles psychiques, de leur formation dans le domaine) par exemple pour M7 qui participe à des groupes Balint :

« Spontanément faut vraiment que j'aie l'impression que je pédale dans la semoule que le médicament va m'aider à progresser pour être à dire ben je pense qu'y faut mettre un traitement anxiolytique, c'est comme ça, je vais plutôt proposer de revoir le patient en consultation »

On note donc deux évolutions majeures à la fois chez les consommateurs et les prescripteurs, selon les médecins interrogés.

3.6.3 Leur vision de leur propre pratique : $\frac{3}{4}$ des médecins se disent petits prescripteurs :

Neuf des médecins interrogés sur ce sujet ont répondu être de petits prescripteurs. Certains avancent les chiffres établis par la sécurité sociale qui leur ont été présentés avec leur moyenne comparée à la moyenne régionale et ce pour quatre médecins.

M11 : « Oui, j'ai vu les chiffres, je suis largement en dessous de la moyenne »

M12 : « On est aussi attentif au discours un peu intéressé des dames qui viennent de la CPAM, si on reste sur les hypnotiques, ils ont fait quand même un gros travail en nous mettant les chiffres sous le nez » ce dernier se classant néanmoins parmi les gros prescripteurs »

M14 : « la caisse nous a quand même tellement bassiné avec ça qu'on a vraiment fait attention on est très surveillé »

M1 : « Vu que c'est un problème soulevé par la caisse, j'image que cela doit être le cas parce que sinon la sécu s'en foutrait totalement, comme ça coûte des sous, donc y a beaucoup de prescriptions »

D'autres disent être plus désintéressés par leur discours :

M14 : « Franchement, j'en sais rien, on n'écoute pas vraiment ce qu'ils nous racontent..(F), on lui dit bonjour à la dame parce qu'elle est tout à fait charmante, mais...ça nous fait passer un quart d'heure,... Oui madame, oui madame, bien madame... »

Les médecins qui « avouent » être de gros prescripteurs sont surtout les médecins installés depuis longtemps et ceux qui ont dans leur patientèle une part importante de personnes âgées :

M9 : « Moi, j'ai l'impression d'en prescrire pas mal, ne serais-ce par mon activité en gériatrie, parce que c'est vrai que l'anxiété c'est quand même un phénomène assez courant dans les problèmes d'entrée dans la démence »

On ne constate pas d'autres différences, on ne peut pas réellement dire qu'il y a plus de gros prescripteurs femmes car l'effet est surtout dû à ce que plusieurs des celles interrogées ont une forte activité gériatrique.

On constate également que les médecins qui arrivent à prendre de la distance par rapport à la demande du patient et à ne pas l'interpréter comme une demande médicamenteuse systématique prescrivent moins.

Ceux à même de réaliser une écoute et une prise en charge la souffrance psychologique, de donner des conseils sont souvent les médecins les moins prescripteurs.

M1 : « les gens viennent avec une demande, s'ils sont satisfaits de leur demande et qu'il n'y a pas besoin de traitement et qu'on leur a expliqué que ça ne sert à rien, il y a pas de raison, il faut le temps d'expliquer aux gens qu'ils n'ont pas besoin de traitement »

M7 : « moi ça me pose pas de souci, je fais des consultations ou y'a pas d'ordonnance à la sortie »

Une exception est constatée chez M11, qui se dit être peu enclin à la prise en charge de la chose psychologique, mais qui a néanmoins un taux de prescription très faible de benzodiazépines.

Les autres restent prescripteurs, ceux qui ne peuvent envisager que la solution de prescription.

C'est aussi une réponse nécessaire parce qu'il y a un besoin, qu'ils n'ont pas d'autres choix :

M5 : « j'peux pas non plus passer des heures, se tourner vers qui, si vous voulez un petit peu être détendu, je trouve qu'on fait trop d'histoire au niveau des benzos en France, on nous reproche sans arrêt d'en prescrire trop mais alors qu'ils nous règlent nos problèmes ...sociaux, économiques, et on en n'aura pt' être plus besoin dans ce cas là »

3.6.4 Une influence du système de soins mal perçue par les médecins

Cette question posée aux médecins, sur l'influence du système de soins, a suscité des réponses très variées. Pour certains il y a eu de vives réactions avec un sentiment d'être attaqué, l'impression que le but de l'étude était de faire une critique des médecins :

M13 : « Il fallait lire la dernière question pour savoir qui vous étiez : vous êtes un envoyé du ministère, un agent double, triple, installez vous et vous viendrez m'en reparler... c'est très dangereux comme question »

M15 : « c'est une question tordue ça, vous êtes en train de nous traiter de dealers comme la CPAM le fait »

D'autres ont mis en avant, surtout le remboursement des médicaments et de la consultation comme facteur pouvant favoriser la prescription, surtout en se plaçant du côté du patient. Ce dernier, selon les omnipraticiens ne se rend pas réellement compte du coût des médicaments. Plusieurs médecins ont cité des exemples faisant suite au déremboursement de nombreux produits, qui ont concouru à la baisse de la consommation médicale et médicamenteuse:

M4 : « c'est sûr que si les médicaments étaient moins remboursés, on en prendrait peut-être moins »

M2 : « Le tout remboursé est une « catastrophe » enfin non, ... mais il faut être honnête, c'est gratuit, je prends » « ,... il faut que les gens s'impliquent. Ils respectent leur vétérinaire parce qu'ils ont payé 200 euros pour vacciner leur toutou et puis ils viendront ici pour avoir leur ordonnance de Clamoxyl® parce que leur toutou est sous Clamoxyl®, parce que c'est remboursé et je ne serai pas plus respecté pour cela » « tout acte en médecine générale doit être remboursé, que ce soit l'acte médical ou que ce soit la prescription. Donc, on arrive à une médecine qui est faite comme ça, enfin je pense, 80 % des médecins généralistes fonctionnent comme ça, j'dis pas que c'est bien. »

Pour lui le fait de l'absence de valorisation de l'acte, va faire que le médecin s'impliquera moins dans la démarche de soin et aura plus facilement recours à la prescription.

M6 : « Le tiers payant peut-être gênant, par exemple certains patients, souvent en CMU c'est « j'y ai droit donc prescrivez-moi » pour certains médicaments, « de toute façon je ne paye pas » »

Mais on note quand même une évolution.

M10 : « on voit quand même un net fléchissement des consultations que j'appelle de type « épicerie », où les gens allaient chercher de l'Effergal® par exemple.. »

Pour M11, la facilité d'accès aux soins a tendance à accélérer la consommation :

« c'est culturel, je pense que c'est la facilité d'accès au soin, c'est très facile d'aller voir son médecin généraliste et de le consulter dans la plupart des cas on a un RDV dans la journée, quand c'est un médecin sur RDV, ou aller le voir dans la journée s'il est sans RDV, le pharmacien est pas loin, il y a une offre médicamenteuse assez faramineuse »

Si on se place maintenant plus du côté du médecin on constate que certains reconnaissent à la médecine telle qu'elle est pratiquée, une logique marchande comme en fait tout service du secteur tertiaire. La volonté de garder une certaine clientèle, avec néanmoins une évolution actuelle. Mais il persiste probablement une certaine influence de ce paramètre :

M2 : « Si on faisait des consultations d'une heure, à 22 euros, c'est pas possible: on dévisse la plaque »

M3 : « y'a par clientélisme que le médecin prescrivait beaucoup de trucs avant, pour faire plaisir aux gens, maintenant, je pense que c'est plus le cas »

Dans le cadre de cet échange commercial, la prescription peut sembler être la contrepartie à la rémunération de la consultation. La plupart des médecins ne voient pas ce facteur comme pouvant influencer leur prescription, seul un des médecins M9 y voit une potentielle influence.

M9 : « on se sent peut-être un peu plus obligé de répondre à la demande du patient, oui à mon avis ça influe, je pense oui oui c'est une transaction, on se dit si on lui donne pas... »

M14 : « même s'ils nous payent pas, ils auront quand même leur ordonnance, pour x raisons »

Mais néanmoins on constate que le seul médecin interrogé ne dépendant pas du même système de soin, M5 qui est salariée du régime minier semble prescrire beaucoup de benzodiazépines. Un autre médecin ayant eu une activité salariée ne pense pas que le travail en secteur libéral influence de manière négative la prescription, au contraire il lui semble être plus responsable de ses actes en médecine libérale. De même pour M12 :

« Mais là aussi le régime minier, qui est un régime salarié a été hyper inflationniste au point de vue prescription de médicaments, parce que les médecins miniers n'avaient aucun intérêt à ne pas prescrire et il y avait une pression des affiliés miniers, qui eux exigeaient encore plus de leur médecin d'un point de vue prescription »

Enfin certains ne reconnaissent aucune influence du système de soin sur la prescription. Ils affirment que leur prescription serait la même quelque soit le mode de rétribution.

3.7 La prise en charge et les difficultés rencontrées dans la prise en charge de la souffrance psychique

Il semblait essentiel pour comprendre au mieux la prescription de benzodiazépines, de prendre en compte la prise en charge globale de la souffrance psychique par les médecins généralistes, de savoir, quelle valeur les médecins généralistes accordaient aux techniques parallèles d'aide ? et s'ils y avaient facilement recours en alternative à la prescription de

benzodiazépines ? Il fallait également cerner quelle place prenait les benzodiazépines au sein des différentes techniques ?

3.7.1 La prise en charge de la souffrance psychique

Pour certains la prise en charge médicamenteuse reste prépondérante avant les autres techniques, la croyance en la puissance du médicament est forte.

M3 : « .. ou faut prescrire une benzo, ou il faut pas en prescrire, et on reste à ce moment là dans la phyto ou dans le néo-panaceo-placebo thérapie »

M2 : « Moi, j'ai plutôt tendance à donner des médicaments » « je leur dis, moi les médicaments que je vous donne, c'est pas pour régler le problème, c'est pour aider à les affronter. ...Et en général, ça marche. »

M3 : « c'est dur, trouver quelque chose qui remplace c'est pas facile »

M9 : « qu'il y a des cas particuliers par exemple, bon ben, un décès, enfin... passer un cap difficile, bon là on en met peut-être d'emblée, hein.. »

3.7.1.1 L'écoute

Elle est essentielle, suffisante pour quelques médecins, à compléter par un traitement pour d'autres.

M1 : « L'écoute, elle est là, mais elle ne résout pas toujours tout... si on leur dit, aujourd'hui vous allez vider votre sac, vous verrez ça ira mieux demain. J'ai encore jamais osé à la limite dire aux gens, c'est bon, vous avez vidé votre sac, maintenant vous rentrez chez vous et vous dormez, voilà. »

M6 : « j'écoute, je donne des trucs, je dialogue je donne des pistes, si dans l'écoute il y a une porte qui s'ouvre bah, j'essaie de rentrer dedans »

M7 : « quand il y a besoin de médicament, ça veut dire que j'ai déjà mis en route une relation avec le patient, et que je trouve qu'il faut s'aider de médicaments pour passer un cap, et du coup je les utilise, c'est en complément de la prise en charge psychothérapique »

M9 : « je les écoute d'abord, oui oui je commence par ça, après c'est les médicaments » « finalement si on avait un peu plus de temps et ben si on n'était pas tout le temps « sur booqué », peut-être qu'on s'en serait très bien sorti en écoutant. » « plutôt que d'envoyer chez le psychiatre »

M13 : « on fait effectivement soit de la relation d'aide, soit une mini psychothérapie de soutien, il faut prendre le temps, moi, je ne travaille que sur RDV »

On voit donc que cette écoute nécessitait un réel désir du médecin de prendre en charge de manière globale cette souffrance. Il faut que les médecins soient disponibles dans le temps (une durée de consultation suffisante) et psychologiquement (pour être dans l'écoute).

3.7.1.2 La psychothérapie

Les médecins y ont recours mais sont souvent mis en difficulté par les délais d'intervention :

M1 : « ce n'est pas évident, ils ont des délais d'intervention donc là souvent, on est obligé d'en appeler plusieurs pour avoir un rendez-vous rapidement »

M2 : « Ce n'est pas toujours facile, mais bon on y arrive »

M8 : « parfois les psychiatres mais les délais sont très longs voire un an ! Alors en attendant on donne des benzos en attendant qu'ils soient encore plus shootés par eux.... »

M14 : « prenez votre temps, ne soyez pas rebuté par leur répondeur ».

Certains ont des interlocuteurs privilégiés et donc moins de problèmes pour adresser un patient rapidement en consultation.

M11 : « les collègues que j'ai là sont pas trop chimiques, ils sont avant tout dans la psychothérapie, et c'est vrai que, faut quand même constater que c'est assez efficace »

M13 : « très régulièrement, très facilement, j'ai mes correspondants, donc ça va très vite, le coup de téléphone, le petit mot, et puis les gens se sentent pris en charge et c'est indispensable »

Pour certains le recours aux spécialistes est peu fréquent :

M3 : « j'y crois qu'à moitié dans l'anxiété, y'en a plus très peu, pour avoir un RDV faut des mois »

M5 : « sans grande conviction parce que, je trouve que....psychologue encore oui ça peut aider...psychiatre ils ressortent encore plus abrutis que de chez moi »

D'autres difficultés rendent cette prise en charge beaucoup plus complexe (barrière de la langue)

M4 : « s'ils parlent bien français, je les envoie au CMP »

M5 : « c'est des personnes âgées, elles sont très pudiques, donc j'ai du mal à aborder la question, c'est rare déjà quand ils me le demandent d'eux même »

Notamment chez les personnes âgées le psychiatre a toujours une image de celui qui soigne les fous mais :

M14 : « les gens sont de moins en moins réticents pour y aller »

Elle semble difficile d'accès mais pas pour tous les médecins. On voit certains médecins qui ne sollicitent pas toujours les spécialistes même dans les cas difficiles. Cette difficulté d'accès semble donc surtout liée à un manque d'échange, l'absence de réseaux bien identifiés. En effet quand des contacts ont pu être établis par certains médecins, cette difficulté de recours aux spécialistes s'amenuise.

3.7.1.3 La phytothérapie

La phytothérapie est assez couramment utilisée même par les médecins qui n'ont pas de formation d'homéopathie ou autre, c'est un recours assez fréquent en première intention dans les anxiétés légères.

M2 : « Je suis comme tout le monde, Vagospasmyl®, Spasmine®, mais ça ne va pas plus loin »

Le déremboursement réduit fortement par contre sa prescription, surtout lorsque la population a des difficultés socioéconomiques cf M4

M6 : « je fais peu de phyto tout simplement parce que les comprimés en phyto sont pas remboursés »

M9 : « oui parfois j'essaie de traitement à base de plante, ou Stresam® , enfin des choses plus... légères »

M8 : « la sécurité sociale a fait une erreur majeure en dé-remboursant les médicaments placebo type magneB6, qui permettaient de rassurer les gens qu'ils aient un médicament efficace et qui ne prennent du coup pas de traitement fort »

3.7.1.4 L'homéopathie

La plupart des médecins n'ont qu'une croyance relative en l'efficacité de l'homéopathie, mais elle est néanmoins utilisée comme roue de secours quand il faut bien prescrire quelque chose mais pas une benzodiazépine. Mais pour plusieurs omnipraticiens, cette pratique nécessite une formation.

M2 : « Je pense que s'il y a un réel problème, si on veut faire de l'homéopathie, il faut avoir une formation d'homéopathe et faire de la vraie homéopathie »

M3 : « Je ne crois pas du tout à l'homéopathie, personnellement, pas du tout.... »

M3 : « l'homéopathie, d'après la revue prescrire ça marche pas, voilà, bon , »

M4 : « je ne suis pas formée à l'homéopathie. »

M5 : « dans les cas bénins j'utilise un peu l'homéopathie, et des molécules du style ATARAX, sans trop gros résultats »

M6 : « tout dépend pour quoi, si c'est une maman qui vient de perdre son fils d'un accident par exemple, c'est dur avec des petits granules d'aider à passer son chagrin tout de suite par ce que la blessure est très profonde »

3.7.1.5 La relaxation ou la sophrologie

Plusieurs médecins ont évoqué ces techniques. Ils ont souvent une opinion positive sur ces recours, car elles peuvent aider certaines personnes.

M4 : « la relaxation, le yoga, le sport, l'alimentation, ça oui »

M11 : « Le yoga, je préconise énormément le yoga, ben, le sport en général, chez les actifs j'arrive à leur faire faire et j'ai souvent de bons résultats »

M11 : « on a d'autres choses comme les guérisseurs »

M12 : « relaxation oui, parce qu'on a une sophrologue relaxologue sur place » « je pense qu'il vaut mieux sortir de sa poche quelques séances de sophrologie plutôt que de devenir dépendant à des médicaments »

M13 : « je travaille avec une sophrologue effectivement de façon privilégié pour certains adultes jeunes, ça fonctionne bien »

3.7.1.6 L'acuponcture

De même que l'homéopathie, peu de médecins croient en l'efficacité de l'acupuncture, sauf notamment M6 qui la pratique quotidiennement. Les patients consultent souvent directement sans en référer à leur médecin traitant.

M6 : « Du style je me réveille toutes les nuits à trois heures du matin là mon petit : acupuncture, il va pas avoir sa benzo celui là ! surtout pas un Stilnox® pour trois heures du matin » avec comme résultats : « finalement au bout de 5,6 séances « vous arrêtez docteur, maintenant , je dors comme un bébé, et j'arrive plus à me réveiller le matin, voilà »

M11 : « on en préconise pas trop, les gens y vont facilement d'eux-mêmes, mais très souvent on ne le sait que 7 / 8 mois après, ils aiment pas trop en parler » « j'y crois pas trop, mais tant que ça leur fait du bien »

Au total l'écoute semble indispensable et est pratiquée à des degrés divers selon la formation et le désir des médecins. La prescription de traitement reste la clé de voûte de la prise en charge, les alternatives de type homéopathie ou phytothérapie peuvent être essayées mais elles sont limitées du fait de deux obstacles. Le premier est le manque de formation, et le deuxième, le déremboursement. La benzodiazépine garde donc une place de choix dans l'éventail thérapeutique. Les autres techniques, la plupart des médecins n'y croient pas réellement et laissent plutôt le choix de consulter librement s'ils pensent que ça peut aider les patients. Le recours au psychologue ou psychiatre est surtout limité par les difficultés d'accès à une consultation spécialisée.

3.7.2 Les difficultés rencontrées dans la prise en charge

Les médecins ne se sentent pas armés au début de leur pratique, mais avec l'expérience la prise en charge devient plus aisée :

M10 : « donc je pense qu'on est pas formé pour, à la base et donc on se forme sur le terrain, après y'a évidemment la personnalité de chacun, y'a des confrères qui en ont rien à faire, qui savent pas ou qui osent pas, qui peuvent pas, y'en a d'autres c'est leur truc, y vont faire quasiment que ça de toute leur journée de consultation, et puis après il y a le juste milieu, ça fluctue d'un patient à l'autre, d'un médecin à l'autre »

La prise en charge de la souffrance psychologique implique un investissement important du médecin généraliste qui n'est pas toujours facile parce qu'il ne peut pas : matériellement par la contrainte du temps et psychologiquement au vu de l'énergie que ça implique :

M12 : « je pense que les malades qui ont des troubles psy, on est mal à l'aise avec eux parce qu'on aimerait leur consacrer du temps et on n'a pas le temps, si on pouvait parler...on a recourt trop vite aux médicaments, c'est toujours un manque de temps »

M8 : « le manque de temps souvent, pour prendre en charge au long cours cette souffrance, il n'est possible selon lui que de réaliser une psychothérapie de soutien au départ »

M6 : « c'est sûr qu'il faut arriver à prendre du recul, faut arriver, parce qu'on vous annonce des choses qui sont pas toujours faciles, y'a votre vécu face à l'histoire du patient, et c'est pas toujours évident à gérer, et il faut pas trop s'impliquer, enfin

trop compatir, faut garder une distance, et surtout pas ramener les devoirs à la maison, et ça, c'est pas toujours facile »

Des difficultés sont rencontrées mais cette fois, dues à des facteurs extérieurs aux médecins :

M13 : « Pas beaucoup, la difficulté je vais vous dire, elle est plus liée au contexte général à l'environnement des personnes, et puis l'absence de coordination »

Pour M5 c'est l'absence de tissu relationnel du patient qui lui pose le plus de difficulté avec l'impossibilité d'y remédier.

La difficulté d'accès au spécialiste est également ressentie de manière pénible par les médecins généralistes avec l'absence de soutien.

L'impossibilité de pouvoir agir contre ces facteurs extérieurs qui entraînent cette souffrance pose de grosses difficultés au médecin. Ils se retrouvent dans une certaine impasse. Il existe un sentiment d'impuissance, avec l'absence de réelle solution à apporter :

« Je trouve qu'on fait trop d'histoire au niveau des benzos en France, on nous reproche sans arrêt d'en prescrire trop mais alors qu'ils nous règlent nos problèmes ...sociaux, économiques, et on en aura pt' être plus besoin dans ce cas là »

On le voit par les soucis qu'ont les médecins à apporter d'autres réponses : un évoque une formation d'hypnose, un autre d'homéopathie...ils ressentent ce manque dans la prise en charge avec en arrière plan l'idée que quelque chose de différent est faisable pour les aider.

3.7.3 Néanmoins un rôle complètement assumé par l'ensemble des médecins

Les difficultés entrevues posent la question de savoir si le médecin généraliste considère la prise en charge de ces troubles psychiques comme réellement son rôle. C'est à l'unanimité, que les médecins ont répondu que le généraliste est un acteur principal de cette prise en soin. Paradoxalement, malgré les difficultés, aucun ne recule devant cette tâche.

M1 : « On a un rôle à jouer, maintenant est ce qu'on est compétent pour ? est ce qu'on est préparé pour ? je ne sais pas, ça dépend de la susceptibilité de chacun »

M2 : « Tout à fait, d'ailleurs, c'est leur seul recours. Quand le mari en a marre de voir sa femme énervée en rentrant du boulot, que le travail à la maison est pas fait, parce qu'elle a autre chose à faire, elle est fatiguée, épuisée, ses copines comprennent pas, sa famille ne comprend pas, donc c'est chez le docteur, qu'elle va »

M3 : « ah oui ! On a un rôle à jouer ! Mais on n'arrive bien souvent pas à aller au bout du problème, à régler le problème »

M5 : « Oui, c'est important chez moi oui »

M7 : « ben heu, l'anxiété ça va être quelque chose de médical, c'est toujours l'éternelle question entre je fais l'assistante sociale..., comme j'arrive pas à dissocier, peut être à cause de ma formation balint le somatique du psychique, moi ça me semble important de m'en occuper »

« M14-Oui, si c'est notre rôle en premier, mais on n'a pas des consultations assez longues pour le faire de façon réellement correcte »

Ce rôle est donc pleinement assumé mais avec l'existence de failles, le sentiment de ne pas pouvoir accomplir complètement ce travail, du fait surtout des contraintes imparties. Pour M13 il faut alors décider d'adapter son mode de fonctionnement pour faire une meilleure prise en charge :

M13 : « complètement, mais à partir du moment où vous vous dites, je vais dégager du temps, je vais faire le travail comme ça, voilà, »

Pour M11 c'est une nécessité :

M11 : « ben Oui !, Au départ, oui !, Si on les envoie d'emblée chez le psy, sachant qu'il y a des délais de 3 à 4 mois d'attente, c'est du temps perdu » « Il y a bien 60 % que j'arrive à gérer moi-même et 30% que j'envoie pourtant c'est pas trop ma tasse de thé »

Certains ont parfois l'impression de dépasser leur rôle, de combler un rôle que pourrait avoir la famille, l'entourage (M5).

L'argument principal évoqué est sa connaissance du patient et de son environnement chose que ne pourrait avoir un psychiatre. Ils reconnaissent d'ailleurs que les consultations ayant pour motif une souffrance psychique sont rendues plus aisées et rapides du fait de la parfaite connaissance du patient. Ils ont réellement l'impression d'apporter quelque chose, et d'être finalement le seul, à qui les personnes avec un mal être, puissent se confier. La qualité du médecin de famille du généraliste prend là tout son sens.

M9 : « moi, je pense que ça fait partie quand même de son rôle, oui, on n'est pas là que pour soigner le corps, je pense que ça fait partie de ... parce que de toute façon le relationnel entre médecin traitant médecin de famille et le patient et entre le patient et un psychiatre sera de tout façon jamais la même... il y a une histoire derrière qui fait que bon »

M10 : « en partie au moins ouais ! voilà encore une fois comme je disais on peut pas faire une psychothérapie au cabinet, mais ça n'est pas gérable mais le médecin généraliste a une part majeure dans le suivi psychologique... il connaît le patient, la famille, le contexte social professionnel familial et j'en passe » « il y a des situations qui sont un peu larvées, de pouvoir aller chercher un peu le truc qui va pas, qu'un psychologue ou le psychiatre »

M11 : « je connais mes patients, donc quand ils ont des soucis, qu'il y a quelque chose qui va pas, ils parlent plus facilement »

M16 : « Ben, on connaît bien les gens, je veux dire, il y a un tissu relationnel important bien développé, je pense »

Un médecin met en évidence le rôle de substitution du confesseur conféré au médecin depuis le déclin du soutien religieux.

M6 : « Bien sur, à qui ils vont se plaindre sinon, si c'est pas à leur médecin, ils vont aller chez qui ? on ne va plus chez le confesseur, je dis souvent j'ai le rôle du curé, les gens viennent se confesser ici, »

3.8 L'évolution des pratiques médicales et de la population face à la souffrance psychique

3.8.1 La souffrance psychique en progression : étiologie principale : le travail et le vieillissement

Les problèmes rencontrés dans le cadre du travail sont en progression.

M1 : « j'ai l'impression qu'effectivement, notamment au niveau du travail, j'en ai déjà parlé avec des collègues, les gens ne supportent plus leur travail, il y a de plus en plus de gens qui viennent avec pour eux, ils perçoivent un harcèlement moral »

M2 : « Ah, oui, ah oui, il y a ceux qui n'ont pas de travail, qui sont pas bien et ceux qui ont du travail qui ne sont pas bien, parce qu'ils ont le boulot de deux personnes, une surcharge de travail »

M6 : « J'ai beaucoup de souffrances psychiques liées au travail, au stress du travail énormément »

M9 : « elles sont plus fréquentes notamment sur le plan du travail, ça je suis sûre, on voit beaucoup plus de gens parler de souffrance au travail, » « j'en voyais pas autant au début il y a 25 ans et souvent chez des gens plutôt jeunes qui ont pas tellement de diplômes, donc qui occupent des emplois plus simples »

M15 : « en lorraine, il y a plus de syndromes dépressifs à cause du manque de travail »

M16 : « on en voit pas mal depuis avril mai » « beaucoup plus de harcèlement, parce qu'il y a moins de gens qui travaillent, et ceux qui travaillent, travaillent pour deux ou trois personnes, ça c'est un facteur de stress, »

M2 : « ça a changé maintenant, c'est plutôt le stress du boulot ! »

Il existe, pour plusieurs médecins, une prédominance des difficultés au travail surtout dans le cadre du travail des femmes :

M11 : « les femmes travaillent beaucoup plus, mais en voulant continuer à faire les mêmes choses que les femmes il y a 40 ans faisaient, elles s'occupaient de la famille, de la maison, et moi, personnellement, je rencontre plus de femmes qui ont des problèmes d'anxiété, que d'hommes, parce qu'elles veulent faire trop de choses et n'arrivent plus à tout gérer » M12 a le même ressenti.

Des hypothèses sur cette prédominance de la plainte sont mises en avant :

M6 : « je vois beaucoup de plaintes liées au travail et du harcèlement moral, alors est ce que c'est à la mode, ou alors est ce que les gens ont plus de facilité à s'exprimer et vont le dire plus facilement, difficile de dire, mais en tous cas, la plainte est exprimée ici »

Un isolement social est également plus marqué pour certains médecins :

M5 : « Ils ont souvent de nombreux enfants mais personne s'en occupe, au moindre problème ils veulent s'en décharger » « les personnes âgées elles sont pas toutes démentes, elles se rendent compte qu'elles sont abandonnées, elles sont tristes » « ça dépend aussi de la nationalité j'irai, moi par exemple j'ai

énormément d'italiens, ils s'en occupent beaucoup plus par exemple que les français, bon ça ça me dépasse toujours »

Le vieillissement lié au placement est un système très favorable à la prescription :

M12 : « On pourrait d'ailleurs très bien s'en passer des benzos en maison de retraite si on avait un peu plus de personnel..., les obliger à manger à 18H, pour rentrer dans leur chambres à 19H pour leur dire à 20H il faut plus faire de bruit ; de 20H à 6H30 le lendemain, ça fait pratiquement douze heures, ou on ne peut rien leur faire faire, parce qu'il faut que la plonge soit terminée, la salle à manger soit desservie à 19h, que la vaisselle soit finie à 20H, pour 21H que les transmissions soient faites pour l'équipe de nuit, qu'après l'équipe de nuit est une équipe réduite, donnons-nous trois personnes de plus, ayons une personne la nuit chargée de penser différemment la prise en charge, et on aura beaucoup moins de prescription de benzodiazépines dans les maisons de retraites »

De même l'impact des médias dans la diffusion d'un sentiment de mal être social semble important :

M11 : « Oui, bien sûr, l'environnement, le travail, les médias énormément les médias, moi, je reste persuadé que les médias entraînent ce mal être »

D'autres motifs de consultation sont quant à eux plus constants :

M1 : « Après l'anxiété réactionnelle, perte d'un proche, tout ça, c'est des choses constantes »

M2 : « les problèmes liés à la famille, c'est souvent des problèmes de couple : la mère de famille débordée par les enfants, par le travail avec les enfants »

Pour un des médecins, il n'existe pas réellement d'augmentation de l'anxiété, elle revêt peu être d'autres aspects mais en tout cas elle est toujours aussi présente, ni plus ni moins :

M8 : pour lui il n'y a pas plus de troubles qu'il y a vingt ans. Les crises de tétanie ou de spasmophilie ont pour lui complètement disparues alors qu'elles étaient extrêmement fréquentes il y a quelques années. Il trouve qu'on est actuellement plus efficace dans la prise en charge et le diagnostic, mais à la fois on crée de l'anxiété de la part même de la médecine par la multiplication des examens complémentaires...l'anxiété du médecin génère aussi de l'anxiété.

3.8.2 Trois générations de consommateurs de Benzodiazépines

Une nette évolution au sein de la population sur la consommation est rendue visible par les différences constatées selon les générations.

Dans le recueil des données, des différences notoires dans la relation au produit selon les générations sont mises en évidence. Les personnes plus âgées ont une habitude du produit et vont plus facilement y avoir recours.

M12 : « s'il ne dormait pas c'est qu'il était malade, donc il fallait lui donner un médicament, maintenant bon, il y a beaucoup moins de demande de la population 50, 60 ans »

On constate donc une évolution actuellement entre les gens qui connaissent le produit et qui y reviennent plus facilement, et les plus jeunes peut-être qui étant naïfs de traitement médicamenteux n'auront pas cette même démarche de demande.

M13 : « aujourd'hui, on se rend compte, on a beaucoup moins si vous voulez de primo-demandeurs, quelqu'un qui a jamais rien pris, quelqu'un de votre génération vous voyez qui se sent pas bien qui se sent mal, aujourd'hui, il a une démarche ou il va vouloir très sereinement analyser ce qui lui arrive, donc comprendre, il y aura d'abord un questionnement... ce qui est pas le cas forcément de la personne de 40 50 ans qui à certains moments de son existence a éventuellement connu certains produits et qui va avoir besoin de créer autour d'elle quelque chose d'isolé on va pas dire de camisolier mais pratiquement de créer effectivement une sorte de bulle, alors là il y a une prescription un petit peu comme une sonnette, « j'en ai besoin », « j'en prendrai pas longtemps »

Plusieurs médecins évoquent une évolution nette des comportements :

M10 : « je sais pas, j'ai pas de référence par rapport à d'autre pays, j pense effectivement qu'on a une culture de la consommation peut-être, un peu plus importante, à mon avis plus chez les générations antérieures, maintenant, y'a beaucoup plus d'inquiétude quand on en parle par rapport au patient jusqu'à la quarantaine grosso modo, parce qu'il y a la sensibilisation par rapport à la dépendance, avec les effets indésirables type somnolence, et autre » « aussi je pense par rapport aux médias, les patients un peu plus âgés, donc on va dire quarantaine cinquantaine et au delà ont moins de réticence à l'utilisation des benzos , et plus de volonté d'utilisation »

3.8.3 L'influence des médias et de la société sur l'opinion des patients concernant la médecine et les médicaments

Les patients sont plus informés du fait des médias mais l'information est souvent déformée.

M6 : « le diagnostic : j'ai été voir sur Internet, je crois que j'ai une tumeur du petit orteil (rire), ça c'est le mauvais coté d'Internet »

M7 : « ils sont plus informés avec internet et compagnie, on a quand même rarement des patients qui viennent avec le truc d'Internet, tiens j'ai vu ça sur internet, je pense que ça me va, allez y prescrivez-moi ! »

M8 : « les patients sont plus informés du fait du grand bouleversement créé par Internet :il viennent avec un listing et leur référence de 3888 sites. Il existe actuellement un gros problème pour gérer l'info. De même par les médias, le médecin doit s'adapter au dernier article du jour, cf. le reportage sur le mal de tête dans le républicain lorrain »

M10 : « c'est souvent...Internet énormément, le problème c'est qu'ils vont avoir des informations soit fausses, soit complètement catastrophiques, soit noyées dans une masse d'informations qu'ils comprennent pas, donc , ouais ça a changé comme même pas mal, mais parfois en bien, le patient peut être plus informé sur la situation, mais souvent moins bien »

M12 : « il y a beaucoup plus d'information, Internet c'est la catastrophe, parce qu'obligatoirement quand on va lire quelque chose sur une maladie on va lire le plus grave, donc ils arrivent tous avec tout ce qu'ils ont lu... »

M15 : « avec Internet et les journaux télévisés, ils en savent plus que nous, ils pensent qu'ils en savent plus que nous (F)
- Internet est un générateur d'anxiété, ça c'est clair ! »

Néanmoins concernant les benzodiazépines ils ont un rôle de sensibilisation.

M6 : « Moins qu'au début où je m'étais installée, c'est à dire, que là maintenant, quand je dis je vais vous mettre un tranquillisant, « ah non docteur je ne veux pas être dépendant »

« oui, bon déjà, c'est : je veux pas être intoxiquée avec les benzodiazépines, ça c'est quelque chose de nouveau mais parce qu'on en parle à la télé »

M9 : « ah oui ! Moi je trouve que oui ! Parce que quand je leur parle d'une benzodiazépine, d'abord ils savent ce que c'est, et les risques qui sont attendants, ah oui moi je trouve qu'ils sont mieux informés »

3.8.4 *Evolution intra individuelle de la pratique de prescription*

Pour les médecins leurs propres habitudes de prescription ont changé. Déjà comparativement à leur exercice premier :

M1 : « quand j'étais remplaçant, c'était souvent des renouvellements, des choses comme ça, donc chez des médecins qui étaient plus âgés, qui avaient l'habitude de prescrire *larga manu*, certains médecins, y avait des ordonnances assez costaudes. »

Et puis chez certains médecins plus âgés on voit une évolution nette :

M12 : « je dirais que personnellement depuis allez cinq ans, spontanément je n'en prescris plus en primo prescription, alors qu'avant quelqu'un qui me disait, je dors mal, le voisin prend ça, j'avais tendance à le donner » « que ça a été une facilité de prescription à une certaine époque, c'était simple, il faut dire que les hypnotiques qu'on avait dans le temps étaient encore plus dangereux et entraînaient beaucoup plus de problèmes que les benzodiazépines » « je pense que d'ici dix ans il y aura nettement moins de prescription de benzodiazépines, dès que cette population de vieux, qu'on a pris vers l'âge de soixante ans qui commençaient à avoir des troubles du sommeil, qui en ont maintenant 75,80 vont petit à petit disparaître »

« M13 Je vous l'ai dit oui clairement, depuis quinze ans je pense que j'ai réduit mes prescriptions du cinquième de ce que je pouvais faire »

On constate dans l'ensemble du discours, des déterminants anciens mais qui se modifient peu à peu. Nous allons développer ces facteurs dans la partie suivante.

4 Discussion

Avant de commencer la discussion il semble essentiel de réaliser un constat. De manière surprenante, l'ensemble des médecins a reconnu que la prise en charge de cette souffrance psychologique relevait totalement de leurs rôles. Alors que sont souvent évoqués un sentiment d'impuissance, des difficultés sociales auxquelles le médecin ne peut rien faire, cette implication dans la prise en charge reste une évidence pour les médecins. On voit que le rôle premier d'aide et d'écoute de son patient est essentiel pour le médecin. Il a été demandé aux médecins généralistes ce qu'ils préféreraient dans ce métier. La plupart ont répondu : le contact et réussir à aider les autres. On constate que le médecin est toujours dans l'empathie et cherche à apporter la solution la plus adaptée pour son patient. Pour certains la prescription est cette solution, pour d'autres, des techniques différentes sont plus adaptées. Ils essaient de mettre en place ces techniques mais avec difficulté (personnelle ou du fait des contraintes extérieures) (écoute...). Il semble important de garder en tête, tout au long de l'étude, la réelle volonté de prendre en charge cette souffrance pour la plupart des médecins.

4.1 Les déterminants d'une prescription toujours forte

4.1.1 Les contraintes de la pratique de la médecine générale

4.1.1.1 Le manque de temps : la prescription facilitant la pratique

Cette notion de manque de temps pour bien prendre en charge les patients revient dans le discours des médecins généralistes interrogés. C'est un déterminant qui avait déjà été mis en évidence dans les études précédentes et qui semble perdurer. Dans l'étude réalisée par Cohen et Karsenty en 1997, la prescription était notée comme plus importante en cas d'état de fatigue importante ou d'épuisement professionnel et lorsque la salle d'attente était pleine. La rédaction d'une ordonnance serait donc un moyen de clore plus rapidement une consultation. Elle aurait également un but de fidélisation. Cette notion semble donc toujours actuelle, pour M12, M2, M3, on retrouve l'idée que la salle d'attente est toujours aussi remplie et qu'il leur semble impossible d'accorder trop de temps à un patient. Les prescripteurs de benzodiazépines établissaient une relation directe entre cette médication et leur charge de travail. A défaut d'un repérage bien balisé du trouble, l'ordonnance permet de temporiser et de reporter à plus tard l'identification du problème, lors d'une seconde entrevue. Néanmoins ils reconnaissent que cette solution n'est pas forcément idéale et que les patients ont souvent un besoin à un moment donné, et qu'ils ne sont peut être à même de se confier qu'à ce moment précis.

4.1.1.2 Une contrainte de temps liée au fonctionnement du système de soins

La médecine générale si elle se base sur un principe de réalisation des soins et de remboursement de ces derniers par la sécurité sociale, s'inscrit néanmoins dans des contraintes de rentabilité, le paiement étant réalisé au nombre d'actes par jour. Aucun médecin ne met en avant cette contrainte mais elle transparaît dans les discours.

Plus que parler de rentabilité, les médecins mettent en évidence ce manque de temps mais qui reste néanmoins lié à l'organisation des soins telle qu'elle existe dans le système français. Le manque de médecins joue évidemment un rôle, la charge de travail se répartissant sur le peu de médecins généralistes présents sur le territoire. Mais cette notion ne saurait expliquer à elle seule cette difficulté de prise en charge. Plusieurs omnipraticiens ont mis en évidence la possibilité d'adaptation de leur pratique, avec la réalisation de consultations plus longues. Dans ces derniers il existe néanmoins préférentiellement des médecins exerçant en milieu urbain. La contrainte de temps semble peut-être plus prégnante en milieu rural avec une difficulté plus grande de s'en départir. Mais le médecin garde néanmoins toute sa liberté dans la façon dont il souhaite organiser sa pratique. La médecine générale reste un service, bien que cette notion ne soit pas mise en exergue. Les médecins travaillent avec une certaine logique de rentabilité, même s'ils s'en défendent. Pour eux le système de soin tel qu'il est organisé, a surtout tendance à favoriser la demande.

4.1.2 Des contraintes extérieures

4.1.2.1 Des exigences des patients ressenties par les médecins

La notion de résultat immédiat, demandée par le patient est évoquée par plusieurs médecins. Pour ces derniers, les patients qui se présentent en consultation ont déjà essayé de résoudre le problème par eux même et quand ils décident d'aller voir le médecin c'est pour avoir une solution plus efficace. Cette notion est ancrée pour de nombreuses prises en charge, aussi bien pour des pathologies virales ORL que pour de l'anxiété. Le médecin s'adapte à cette habitude de prescription, il en est imprégné : la réponse doit être rapide et efficace. Une pression est exercée sur les médecins, selon eux, il y a comme une obligation de résultats. La réponse attendue, et donc donnée, est celle de la prescription. Cette demande des patients exprimée par plusieurs médecins, va donc être satisfaite. Ce sont essentiellement les médecins de plus de cinquante ans qui disent clairement prescrire si on leur demande, et ce parfois dans un but de conserver leur clientèle, un peu pour « faire plaisir ». Ils restent marqués par leur début d'installation ou il existait une forte concurrence, qui n'a plus cours de la même manière aujourd'hui. Des études réalisées mettent en avant l'âge des médecins comme facteur déterminant de la prescription. Les médecins installés depuis longtemps prescriraient plus du fait d'une clientèle plus importante et du fait qu'ils soignent plus de pathologies chroniques et graves. Dans l'étude réalisée ici ceux qui décrivent leur patientèle comme présentant beaucoup de maladies chroniques et graves semblent prescrire plus. Il faut se demander si les médecins installés depuis plusieurs années ne seraient pas restés dans une logique prescriptive avant tout pour satisfaire leurs patients. Car en réalité, dans le discours on constate que la demande est plus une demande de prise en charge qu'une réelle demande de médicaments. Des entretiens réalisés auprès de femmes mettaient en évidence que dans neuf cas sur dix, la première ordonnance était décidée par le médecin seul, et d'après les patientes, ces dernières n'avaient pas le choix. On voit bien que si on se place de l'autre côté de l'ordonnance le constat n'est pas le même. Il semble parfois exister des difficultés

d'interprétation au sein de la relation médecin patient. Le médecin voit la plupart du temps dans le discours du patient une demande de prescription, ce qui n'est pas toujours le cas. Les généralistes plus orientés vers une relation d'aide plus approfondie semblent en effet moins enclin à cette analyse de la situation.

4.1.2.2 Des contraintes sociales

L'étude met en évidence une confrontation du médecin à de nombreux problèmes sociaux. L'existence de grosses difficultés auxquelles ont affaire les patients favoriserait la prescription. Un sentiment d'impuissance se dégage de certains discours. Cette impuissance à régler des problèmes qui ne sont pas de leur fait, certains médecins la compensent par la prescription, seule arme qu'ils ont à leur disposition, selon eux. Deux problèmes en particuliers sont mis en avant : le premier est l'explosion des problèmes au sein du travail, avec comme particularité le travail des femmes qui sont débordées avec leur travail et leur nécessaire gestion familiale. Le second est représenté par une population vieillissante prise en charge par le médecin, avec sa souffrance psychologique et son attachement au produit. Les profils évoqués ici sont peu modifiés par rapport aux études précédemment réalisées, comme citées dans la première partie. Les difficultés liées à la vie sociale et familiale génèrent une anxiété, influençant directement la consommation de psychotropes.

On peut se demander si la crise économique que traverse actuellement le monde a un impact en termes de prescription de benzodiazépines, afin de juger de l'influence de ses contraintes extérieures sur la prescription. C'est ce que semble évoquer les omnipraticiens interrogés. Ils sont tous unanimes pour dénoncer cette majoration de la souffrance psychologique des gens depuis quelques mois, qui pour certains médecins va se traduire par une augmentation de la prescription, notamment chez les médecins semblant les plus prescripteurs. La seule étude réalisée montre en effet une légère différence mais non significative. Rappelons que cette étude manque de recul pour permettre une réelle approche de la situation. Il faudra attendre encore plusieurs mois afin de pouvoir juger de manière plus objective. En tout cas les médecins interrogés disent avoir affaire de plus en plus à cette souffrance liée au travail, à laquelle ils n'ont que peu de solution à apporter, mais ils peuvent alors avoir recours aux benzodiazépines pour atténuer les effets dévastateurs de ces difficultés sociales. Ils apportent une réponse qui leur a été enseignée : la prescription.

4.1.2.3 L'absence d'autres réponses faciles d'accès

Le manque d'alternatives faciles d'accès rend également plus présente la réponse médicamenteuse. Comme nous avons pu le voir, peu de français consultent en fait le spécialiste alors que les besoins sont présents. L'accès au psychiatre ou au psychologue de manière rapide ne semble pas une pratique généralisée même si certains médecins ne rencontrent pas de difficulté. Il ne semble donc pas exister de réelle difficulté de prise en charge par les spécialistes, comme le montre certains omnipraticiens mais plutôt une carence d'organisation des recours au psychiatre, il n'y a pas de réseaux bien établis. Ne pouvant réaliser de manière adaptée une prise en charge psychothérapeutique par le manque de temps, ils n'ont pour eux qu'une solution médicamenteuse, la réponse par la consultation spécialisée étant trop tardive. Le plan pour la santé, mettait en avant cette lacune avec la volonté de

rompre l'isolement des médecins généralistes concernant cette prise en charge de la souffrance psychique.

Concernant les autres techniques de prises en charge, elles présentent d'autres limites.

Le déremboursement de la phytothérapie reste un obstacle à son utilisation.

Il faut rappeler que l'Allemagne, qui est le pays européen avec le plus faible niveau d'usage de psychotropes, est aussi celui où la phytothérapie est la mieux remboursée.

Il y a de ce point de vue une incohérence politique à vouloir diminuer l'exposition aux anxiolytiques en France quand, dans le même temps, une décision est prise de dérembourser des alternatives dans certaines de leurs indications

Dans le discours des médecins un des obstacles est l'accessibilité de la phytothérapie en alternative qui est de moins en moins employé du fait du déremboursement. Les indications remboursables de Euphytose® par exemple étaient « *le traitement symptomatique des états neurotoniques de l'adulte et de l'enfant, notamment en cas de troubles mineurs du sommeil* ». Une seule étude montre que l'Euphytose® entraîne une réduction des scores d'anxiété plus importante que celle observée sous placebo. Les études portent le plus souvent sur de faibles effectifs et manquent donc de puissance pour mettre en évidence un effet de taille modeste. A noter, cependant, que deux études portant sur des effectifs relativement importants (une centaine de patients) ne mettent pas en évidence de différence d'efficacité entre l'Euphytose® et le Témesta® ou le Séresta®, respectivement sur la symptomatologie anxieuse et la qualité du sommeil. Des enquêtes auprès de médecins généralistes, fournies dans le cadre de l'évaluation de l'Euphytose® par la Commission de la Transparence, indiquent qu'en cas de déremboursement des spécialités phytothérapiques, le report de prescription sur des psychotropes remboursés pourrait concerner 20 à 50 % des prescriptions. Le rapport de la Commission de la Transparence concluant que le service médical rendu par l'Euphytose® était insuffisant, était assorti des commentaires suivants concernant les conséquences d'un déremboursement : « Malgré la faiblesse méthodologique de ces études de report de prescriptions, la Commission ne peut exclure que les spécialités de phytothérapie à visée sédatrice qui permettent de limiter le recours aux psychotropes tels que les benzodiazépines et les hypnotiques dans les formes mineures des troubles concernés. Cependant, ce risque de report et la capacité de ces spécialités à le limiter sont difficiles à quantifier ». On ne peut actuellement estimer l'ampleur de l'impact néfaste de ce déremboursement qui permettait auparavant d'amener moins de patients vers les benzodiazépines et donc de réduire les risques de syndrome de sevrage, et autres effets secondaires. La phytothérapie permettait la même démarche que la réponse par benzodiazépines sans effet secondaires, avec la même logique de prescription un symptôme un traitement, et était donc pour le médecin une alternative intéressante sans modifier son processus de raisonnement et d'action.

L'homéopathie quant à elle, pour les médecins ne doit être pratiquée que par des médecins formés, ce qui réduit son champ d'application. Quant à leur efficacité, Il n'existe pas d'étude la validant dans des symptômes psychiques ou en la comparant à des traitements psychotropes classiques. Une étude dans les troubles anxieux et du sommeil, financée par les Laboratoires Boiron, devait être menée au cours de la période 2006-2008.

4.1.3 La toute puissance de la molécule

4.1.3.1 Un constat : Une vision idéalisée de la situation

Comme on peut le constater tout au long de l'étude, les médecins, pour nombre d'entre eux, gardent un a priori positif sur les benzodiazépines qui est un exemple de l'idéalisation du produit. Tous les omnipraticiens ont reconnu avec ferveur une forte efficacité du produit, peu ont réellement évoqué leur faible efficacité au long cours. Comme le montre des études réalisées, où les résultats sont en réalité moins spectaculaires avec l'absence d'anxiolyse satisfaisante pour $\frac{3}{4}$ des patients traités depuis plusieurs mois.

Par ailleurs pour des omnipraticiens interrogés il n'existe pas de sur consommation ou de sur prescription. C'est une réponse à un besoin, voir une propagande. Mais les données statistiques européennes placent néanmoins la France comme le premier des prescripteurs, comme on peut le constater dans les études évoquées dans la première partie.

Les données varient selon les études, mais la France reste néanmoins une des plus prescriptrices d'Europe. Les variations résultant comme le font remarquer certains médecins de la difficulté de comparer ces pays entre eux, de part le système de soin, l'organisation des remboursements...etc. Mais malgré ce point de nuance, cette prescription majeure ne fait pas de doute. Cette réalité n'est pourtant pas évidente pour la plupart des médecins. Certains l'évoquent mais sans réelle conviction ou connaissance du sujet. On constate donc que dans l'opinion des médecins la prescription et la consommation telle qu'elle est faite ne sont pas forcément inadaptés. Cette vision est un déterminant n'incitant pas à une modification des comportements.

4.1.3.2 Une détermination des comportements par l'imprégnation historique

Cette vision positive de la molécule est à replacer dans le contexte historique suscité afin de pouvoir en trouver l'origine. L'avènement des benzodiazépines a vu le jour dans une période de plein essor pharmacologique. La psychiatrie bénéficiait enfin d'outils pour aider la prise en charge de pathologie lourde, et ces molécules ont donc été considérées comme des « pilules miracles ».

Les médecins installés depuis plusieurs années sont imprégnés de cette époque où la prescription de benzodiazépine était courante, et où personne ne se posait de question sur les problèmes que cette consommation pouvait engendrer. Plusieurs des médecins interrogés ont assisté aux différents avènements de nouvelles thérapeutiques et font l'éloge des médicaments. Ils mettent en avant les énormes progrès pharmacologiques qui ont permis d'améliorer profondément les bénéfices attendus et de diminuer les risques (les effets secondaires). L'arrivée de ces différentes thérapeutiques est pour les médecins un progrès extraordinaire. Au début de leur installation, leur travail était rendu plus difficile du fait de l'absence de réponse médicamenteuse adaptée aux problèmes rencontrés. La prescription résultait donc au départ d'un manque, d'un besoin, et les effets positifs constatés ont certainement facilité l'extension de la prescription à des indications plus larges.

L'impact des laboratoires est d'ailleurs important à l'époque et laisse de nombreuses séquelles dans la pratique actuelle même s'il n'existe plus de campagne de promotion par les laboratoires sur les benzodiazépines. Les raisons en sont : la présence de générique et la

baisse de popularité de ces molécules du fait des actions menées. La plupart des médecins prennent du recul par rapport à cette publicité et d'autres en sont encore imprégnés. Mais dans tous les cas, de manière consciente ou inconsciente, les laboratoires ont encore un impact. Des médecins évoquent ces comprimés miracles, le comprimé bleu qu'on mettait sous la langue et qui était quasiment miraculeux. Des médecins prennent de la distance vis à vis de ces discours, mais comme le fait remarquer un d'entre eux, même si ce recul semble exister une influence inconsciente persiste.

On voit un effet marketing particulièrement développé pour ces molécules comme le refus particulièrement marqué du générique par les patients, avec pour raison l'absence d'efficacité de ces derniers. Il existe un attachement tout particulier à la boîte, la couleur, la forme, le goût...semblant ainsi participer pour beaucoup à l'efficacité, comme un effet placebo en réalité.

On voit donc que ces médicaments s'inscrivent dans une histoire particulière qui participe à influencer la prescription. Mais ils s'inscrivent également dans une certaine vision de la médecine.

4.1.3.3 Le médicament au sein d'une conception ontologique de la médecine

Comme on a pu le voir dans la première partie, il existe en France une vision ontologique exogène additive de la maladie. On peut voir que cette approche se retrouve dans les discours. L'anxiété est un symptôme qu'il faut combattre, il faut extraire cette angoisse de l'homme et pour ce faire, il existe des médicaments. Ces derniers prennent alors un rôle majeur dans cette conception médicale, la guérison passe par eux.

La prescription est quasiment systématique comme un réflexe. On le voit bien dans le discours des médecins. Le modèle médical est appliqué : les symptômes, le diagnostic, le traitement.

4.1.3.4 La souffrance psychique abordée comme une pathologie somatique

On voit bien que ces problèmes de santé psychique sont entremêlés dans les discours avec le somatique, pour le médecin généraliste les deux sont en interrelation : les aphtes et l'angoisse pour (M3), l'hypertension et l'angoisse pour (M5 et M1), les lombalgies et les problèmes ostéo-articulaires et l'angoisse (M7 et M15, M13), les symptômes digestifs et l'angoisse M3, M7. On voit donc une intrication majeure entre le psychique et le somatique. Mais cette prise en charge psychologique doit elle être abordée de la même manière que la pratique courante des pathologies somatiques, telle qu'elle est enseignée dans la formation médicale initiale. On retrouve donc dans cette étude des similitudes avec les données de la littérature.

Pour l'ensemble des omnipraticiens interrogés, les indications se regroupent dans le traitement de deux grands symptômes : l'anxiété et l'insomnie, une classification médicale est donnée. Mais quand on interroge les médecins sur la dernière consultation où ils ont prescrit des benzodiazépines, on se rend compte que les réels motifs de consultation sont plus flous : il s'agit soit d'une crise situationnelle aiguë : Deuil, divorce, problème au travail ou une

prescription chronique relative à une béquille contre le mal être, et ne se limite pas à la prise en charge d'un symptôme. On voit là que la rigueur médicale se confronte à des domaines qui la dépassent dans la possibilité de classification, la réponse médicamenteuse est la plus pratiquée selon ce modèle mais est-elle donc la plus adaptée.

La façon dont la souffrance est pensée semble être un déterminant essentiel de la prescription.

4.2 Les déterminants d'une évolution dans la prescription de benzodiazépines : une médecine en mutation

Après analyse de l'ensemble des entretiens, une profonde évolution se ressent, que ce soit auprès des médecins récemment installés ou auprès des omnipraticiens plus âgés qui soit ont remis en cause leur pratique et l'ont modifiée ou tout au moins sont critiques sur cette dernière.

Plusieurs facteurs déterminent cette évolution vers une probable diminution de la prescription.

4.2.1 Une évolution propre du médecin : de sa formation et par là même de son comportement prescripteur

On remarque surtout des changements au sein de la formation initiale, au niveau de la formation de médecin généraliste. Les médecins plus récemment installés parlent d'une plus grande sensibilisation sur les médicaments, notamment sur les effets secondaires. Ces molécules ne sont plus présentées comme parfaitement vertueuses. Sur les benzodiazépines en particulier les notions de dépendance, de syndrome de sevrage, d'accoutumance... sont plus enseignées. La formation sur les indications de traitement est peut être plus théorique et plus difficilement applicable dans la pratique. La fin de la formation initiale se fait également par la pratique et l'expérience dans le cadre des remplacements, où les jeunes médecins généralistes sont confrontés à une médecine très prescriptrice comme le citent certains. Cet exemple est de plus en plus critiqué comme une attitude qu'ils ne souhaitent pas alors avoir le jour où ils s'installeraient. Les médecins interrogés les plus expérimentés, notamment ceux qui reçoivent des étudiants mettent en avant cette idée que les « jeunes » seront moins prescripteurs, qu'ils se laissent moins influencés par la demande du patient. Cette notion est confortée d'une part par cette formation et d'autre part par le fait qu'il existe actuellement une pénurie de médecins qui diminue fortement le principe même de concurrence. L'apprentissage actuellement est plus basé sur les preuves, l'adaptation au plus près aux recommandations de bonne pratique, qu'à une volonté de faire plaisir au patient.

On constate une évolution des comportements de prescription, certains médecins affichent clairement leur volonté de ne pas avoir une prescription systématique. Comme le met bien en évidence M11, après de nombreux efforts il a réussi à sevrer presque tous ses patients qui prenaient un traitement au long cours de BZD. On voit donc qu'une adaptation de la pratique est possible, de plus en plus influencée par la formation et la sensibilisation aux effets secondaires. D'autres médecins analysent leur comportement prescripteur et se rendent

compte de l'influence de leur formation ou « formatage » rendant la prescription quasi systématique à la fin d'une consultation. Mais on ressent dans leur discours néanmoins la difficulté de s'en départir. Une autre catégorie de médecins a choisi d'adapter sa pratique avec une orientation vers une prise en charge psychologique plus développée ou vers d'autres pratiques : acuponcture, homéopathie, afin d'avoir d'autres réponses que médicamenteuses.

La réorganisation de la médecine contribue à diminuer progressivement la prescription, par l'introduction de cours spécifiques de médecine générale mais également par la formation médicale continue. La modification du mode d'exercice avec la pratique en cabinet de groupe semble également très utile pour l'échange qu'elle permet et la remise en question des pratiques. Les médecins sont moins seuls pour faire face et prendre des décisions, elle améliore aussi considérablement les conditions de travail, permettant une réorganisation du temps de travail. Dans de nombreux entretiens, par cette pratique de groupe, les médecins expriment une très appréciable amélioration des conditions de travail, les rendant peut être plus disponibles pour une écoute plus attentive de la souffrance du patient.

Néanmoins, il faut noter que les médecins récemment installés voient donc une évolution dans leur formation avec la sensibilisation aux effets secondaires, mais ils se plaignent néanmoins de leur formation qu'ils jugent comme insuffisante. Cette réflexion soulève le problème de la difficulté d'enseignement dans ce domaine, l'expérience revenant comme une variable essentielle à l'apprentissage. Les médecins reconnaissent la difficulté de mise en pratique de recommandations dans ce domaine, les classifications DSM IV, l'utilisation des échelles comme l' HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) dans leur pratique courante. Si des recommandations comme des conseils pour le sevrage des benzodiazépines chez les plus de 65 ans sont appréciables, des recommandations sur l'introduction de benzodiazépine ou sur les indications de poursuite des traitements au long cours sembleraient plus difficiles à appliquer.

On retiendra donc que la formation est un point essentiel qui détermine la prescription, mais pas seulement par la formation initiale, mais aussi par la formation continue. Un des facteurs essentiel reste l'Homme et sa volonté d'évolutivité de sa pratique, de remise en question, sa capacité d'adaptation de par son expérience. Pour ce faire, de bonnes conditions de travail semblent essentielles afin d'avoir suffisamment d'échanges avec des confrères et suffisamment de temps pour continuer à se former, à apprendre, et être disponible pour une écoute de qualité.

4.2.2 L'impact des campagnes de sensibilisation auprès des médecins généralistes par la sécurité sociale et l'impact des différentes réglementations et recommandations de bonne pratique

Un entourage juridique décrit dans la première partie, encadrant la prescription de psychotropes, des recommandations sont établies, et des mesures sont prises par la sécurité sociale, il semble important d'en connaître les impacts sur la prescription.

On voit bien dans les entretiens réalisés, les médecins ne trouvent pas que les références médicales opposables pouvaient être appliquées (M5, M12) et c'est bien ce que l'on constate dans les études : les durées de prescription sont difficilement respectées. Ces

RMO ont peut être eu néanmoins, un intérêt incitatif lors des traitements dans la phase aiguë. On constate que la plupart des médecins commencent par des traitements de courte durée avec une dégression progressive qui est déjà envisagée dès la première prescription. En effet, la France fait partie des pays d'Europe où la plus forte prescription de benzo touche les traitements de courte durée (moins de quinze jours). Mais concernant l'impact au niveau des prescriptions chroniques, il est quasi nul.

Des recommandations (octobre 2007) concernant les modalités d'arrêt des benzodiazépines et apparentés chez le patient âgé ont été publiées. La plupart des médecins approuvent leur existence mais moins de la moitié des médecins en avait, en réalité, pris connaissance. Leur impact reste donc assez limité, les médecins mettant en avant leur surcharge de travail et l'impossibilité de se tenir au courant de l'ensemble des informations auxquelles ils devraient s'astreindre.

Il existe par ailleurs une mobilisation forte des pouvoirs publics. Des mesures incitatives ont donc été mises en place. Elles sont parfois vivement critiquées par les médecins, mais elles ont eu un impact certain au niveau de la prescription, même si ce dernier n'est pas toujours reconnu. On peut par exemple citer en contre exemple le médecin minier interrogé qui ne subit aucune pression de la part des caisses de remboursement et qui semble prescrire beaucoup de BZD. La comparaison directe qui est faite par le graphique avec une comparaison de sa propre moyenne de prescription avec une moyenne de prescription régionale a eu un impact fort. De nombreux médecins en ont parlé spontanément. Même si aucune mesure répressive n'a été mise en place, le seul fait de se savoir en dehors de la pratique habituelle de médecine générale marque les esprits. Les médecins nous ayant dit ne pas être influencés par ces données sont les médecins qui se sont présentés comme petits prescripteurs et très en dessous de la moyenne régionale.

On voit donc que les mesures telles que les RMO ont eu peu d'impact, mais que par contre la visite des médecins par des DAM (délégués de l'assurance maladie) de la sécurité sociale ont eu une influence certaine, et ont permis de véhiculer les recommandations de bonne pratique, vers lesquelles la plupart des médecins généralistes ne vont pas spontanément. Mais dans ce domaine, il semble exister également des évolutions, notamment avec la facilité d'accès à l'information que permet Internet.

4.2.3 Des différences générationnelles de consommation ressenties par les médecins

Un des points essentiels qui ressort de cette étude est une évolution considérable des comportements de la population. De nombreux médecins ont mis en évidence trois catégories de patients : les personnes âgées, les patients de 50-60 ans et les jeunes. Ils constatent en effet de grandes disparités.

Les personnes âgées sont habituées à une consommation chronique, ils représentent une catégorie de la population qui a une croyance forte en la médecine et au médicament, qui a une habitude de consommation de la molécule. Il n'y a que peu de remise en question de la parole du médecin et peu de questionnement. Ils ont été mis sous traitement à une période où la prescription était quasi systématique. Ils ne discutaient pas la décision de leur médecin. On

voit par ailleurs une différence d'attitude de la part des omnipraticiens concernant cette génération. Il existe comme une pratique « palliative » visant avant tout le confort immédiat du patient, sans avoir une réflexion sur les conséquences à plus long terme. Une forte volonté d'aider le patient, avec une implication importante du médecin confronté à un sentiment d'impuissance va d'autant plus favoriser la prescription. Et ce d'autant plus que le médecin n'a pas développé d'autres stratégies de prise en charge : Psychothérapie, homéopathie, acupuncture. Les plus gros prescripteurs ne seront donc pas seulement ceux qui ne consacrent que peu de temps à la consultation, mais aussi ceux qui sont dans un sentiment d'impuissance avec une profonde implication dans la détresse du patient. La plupart des médecins ont une certaine complaisance vis à vis cette prise en charge chronique, les difficultés du vieillissement justifiant la prescription. Il y a comme une volonté de masquer ce dernier, de le rendre non parlant, ce qui s'inscrit dans un contexte culturel. La vieillesse véhicule une notion péjorative, de déclin, contrairement à d'autres cultures ou au contraire, l'âge est un symbole de sagesse. Les personnes âgées doivent être écoutées de part leur rôle central au sein de ces sociétés.

Des manques dans la prise en charge des personnes âgées par la société et l'entourage semblent partiellement expliquer ce phénomène. Comme le fait remarquer M12, le fonctionnement même des maisons de retraite est difficilement envisageable sans la prise de ces médicaments. En effet, il existe des contraintes horaires obligeant le résident à être couché tôt, au vu de l'absence d'activité, du manque de personnel...etc. La prescription est un peu vue comme un cache misère, face à l'impuissance devant les conséquences du vieillissement.

La deuxième catégorie de la population est représentée par les personnes de 50 60 ans qui peuvent être plus dans la demande. Ils ont pour certains déjà eu un contact avec le produit possiblement prescrits dans un cadre pas toujours indiqué. Ils ont pu déjà évaluer les effets et leur propre tolérance. La demande sera plus pressante sur le médecin qui répondra quand même assez souvent au final par une prescription, en passant néanmoins par plus d'explications (s'ils en ont le temps) qu'il y a certaines années. Cette génération est en quête de résultats immédiats. Le symptôme doit être soulagé.. comme le font remarquer plusieurs médecins. Même s'il existe une demande spontanée du patient, elle sous-entend des antécédents de consommation, donc de décision de primo prescription par le médecin antérieurement.

Enfin la dernière génération, les jeunes vont avoir une attitude plus réservée vis à vis des médicaments. Un grand bouleversement est constaté depuis l'avènement de l'accès à l'information médicale, quelle soit grand public par les médias ou par Internet, la population se renseigne sur leurs symptômes, leur pathologie avant de voir le médecin. Selon les médecins l'information arrive de manière anarchique étant alors un vecteur d'anxiété majeure. Les pathologies les plus graves étant celles retenues en premier par le lecteur. Tous les excès sont alors envisagés. Sur les benzodiazépines on voit se développer des sites spécifiquement dans la mise en garde contre ce type de médicament (benzo.org) avec des références scientifiques et d'autres moins rigoureuses. Les médecins y sont très vivement critiqués et accusés, des pétitions sont mises en place comme la pétition internationale benzodiazépine de Benzodiazépine Awareness Network. C'est un appel aux fabricants de benzodiazépines, aux médecins prescripteurs, aux pharmaciens, à la F.D.A .à l'OMS et à l'Afssaps. « Nous, individus nommés ci-dessous, avons électroniquement signé cette pétition afin de faire savoir que la prise des benzodiazépines telles que prescrites par nos médecins, a eu pour chacun de nous comme résultat, une grave intoxication, une dépendance au produit, une maladie chronique mal diagnostiquée, générant une angoisse émotionnelle profonde et une incapacité

globale de fonctionner normalement pendant des périodes prolongées au cours des phases de tentatives de sevrage » (<http://www.petitiononline.com/benzo/petition.html>) D'autres campagnes circulent dont une récemment réalisée par l'église de scientologie qui envoie aux médecins généralistes, un DVD intitulé « profits macabres » qui met en avant un soi-disant complot des psychiatres et des laboratoires. Certes on connaît l'impact des laboratoires mais il est ici poussé à l'extrême. On voit donc apparaître des excès dans cette information massivement diffusée. Il ne faudrait pas méconnaître les effets positifs de ces médicaments.

Ces sources d'informations sont beaucoup décriées par les médecins, mais permettent néanmoins une sensibilisation de la population. Selon M6 des patients arrivent désormais en ayant une certaine méfiance vis-à-vis des médicaments, ils vont spontanément dire qu'ils ne veulent pas de médicaments qui peuvent les rendre dépendants. Les médecins reconnaissent une influence de ces nouvelles sources d'information mais pas tous au même degré. Pour certains c'est encore un phénomène marginal, pour d'autres il prend de plus en plus de place. De plus comme le souligne M13, les patients plus jeunes ne vont pas aborder leur souffrance psychologique de la même manière, ils vont d'abord chercher à comprendre, à analyser à ne pas se précipiter sur le médicament. Le patient jeune a besoin de comprendre ce qui n'est pas le cas pour les générations précédentes. La prescription en est pour le moins influencée, les médecins estiment prescrire beaucoup moins aux jeunes.

On voit donc une évolution nette au sein de la population, qui va peut-être favoriser une baisse de la consommation. Les médecins ont moins de mal à ne pas mettre de traitement s'ils ont déjà en face d'eux une personne réticente à un traitement.

On voit donc des déterminants anciens et encore actifs, mais on constate une profonde évolution des comportements aussi bien d'un point de vue médical que de la population en général.

4.3 limites de l'étude

Plusieurs points sont à critiquer dans cette étude : Les limites de la méthode qualitative : La réalisation d'entretiens semi-directifs a été choisie car elle semblait être la plus adaptée aux données recherchées, mais elle présente des inconvénients.

La première est l'absence de représentativité de l'ensemble des médecins généralistes. Il en résulte de possibles biais d'interprétation. Par exemple on constate dans l'étude que les médecins plus jeunes disent prescrire moins de benzodiazépines. Cette notion peut être liée au recrutement. En effet nous connaissons de nombreux médecins installés depuis peu qui prescrivent énormément et inversement pour ceux plus expérimentés. Néanmoins la décision d'arrêter des interviews a été motivée par l'impression d'obtenir de plus en plus de récurrence dans les discours mettant en avant l'idée que la plupart des opinions avaient été recueillies.

D'autres biais dans le recrutement existent également. Les médecins ayant accepté de répondre à cette demande étaient surtout des généralistes qui avaient peu de reproches à se faire quant à leur pratique et qui avaient du temps à consacrer à une longue entrevue ce qui souligne une certaine qualité d'écoute pour l'interviewer et donc peut-être aussi pour le patient. Dans l'échantillon on note une sous-représentation des médecins ruraux et travaillant seul. En effet les médecins de campagne sont peut-être ceux qui ont une des clientèles les plus importantes et avec un isolement facilitant peut-être la prescription.

De plus de par la méthode utilisée, la vision apportée n'est que celle que le médecin souhaite donner, il existe une forte subjectivité. Nous n'avons pas eu accès aux documents qui permettaient d'affirmer le caractère de petits prescripteurs ou non des médecins. Malgré tout, l'ensemble des médecins a semblé faire preuve d'une grande honnêteté et n'a pas hésité à critiquer leur pratique et reconnaître parfois qu'ils étaient de gros prescripteurs.

Un biais réside dans l'interprétation du discours et de la subjectivité de l'auteur, qui a attiré à la particularité de l'étude, contrairement à une étude quantitative. Pour cela l'ensemble des informations a essayé d'être traité en mettant en évidence l'ensemble des déterminants qui pouvaient ressortir du discours qu'ils soient clairement exprimés ou sous-entendus, et en essayant d'y apporter la même importance que celle retrouvée dans les entretiens.

L'étude aurait par ailleurs pu être complétée par la réalisation de focus groupe qui pouvait enrichir le débat de par la confrontation des médecins entre eux et pouvait faire émerger d'autres thèmes. Il serait intéressant de compléter dans une prochaine étude cette analyse par la réalisation de focus group dans l'objectif de confronter le discours individuel au débat collectif. Mais le but de l'étude présentée ici était de pouvoir dégager des entretiens individuels les déterminants de chacun et de voir quelle force et quelle récurrence ils prenaient dans la sommation des discours.

Les déterminants mis en évidence ici ne sont donc qu'un reflet d'un échantillon de la population médicale et ne saurait être généralisée à l'ensemble des médecins généralistes. Néanmoins cette méthode aura permis d'approfondir considérablement les réalités de terrain et les réelles pratiques et opinion des médecins, ce que n'aurait pas permis un questionnaire.

4.4 Des pistes d'améliorations de la pratique : une meilleure identification des problèmes

On constate dans cette étude et dans les études quantitatives réalisées qu'en France, qu'il existe une forte prescription de traitement de courte durée, plus élevée que dans les autres pays d'Europe ainsi qu'une consommation chronique tolérée par les médecins généralistes.

Les deux passent par une meilleure compréhension des risques afin d'envisager une prévention secondaire et tertiaire de qualité.

La prévention primaire consisterait à limiter la souffrance psychique des patients, hélas le médecin n'a aucun impact sur les difficultés rencontrées quelles soit sociales, économiques ou familiales. Néanmoins la disponibilité du médecin, et son aptitude à l'écoute est un facteur non négligeable d'une démarche de soin évitant la pérennisation de ce mal être et sa médicalisation. L'amélioration des conditions de travail semble être une étape indispensable pour rendre le médecin plus disponible.

La prévention secondaire dépend de la réduction du nombre de première prescription. Cela passe essentiellement par la formation sur la prise en charge de la souffrance psychique notamment par l'écoute ou par développer une prise en charge annexe afin de se battre contre cette doctrine ancrée : une consultation égale une prescription. Comme on a pu le voir, il faut combattre des habitudes de pratiques, fortement enracinées par la conception ontologique de la médecine. Cette aide par la formation semble essentielle pour faire évoluer les comportements et faire face à ce sentiment d'impuissance évoqué par les médecins généralistes.

La deuxième étape est de la prévention tertiaire, une fois le traitement institué, il faut l'arrêter rapidement afin d'éviter un syndrome de sevrage. Pour pouvoir comprendre cet arrêt il faut redéfinir les concepts. De nombreux médecins parlent du risque de dépendance. La dépendance est définie par les critères de la DSM IV actuel. La distinction entre syndrome de sevrage et syndrome de dépendance est essentielle dans la communication et l'information sur les risques liés à l'usage prolongé de médicaments psychotropes. Un syndrome de sevrage correspond aux symptômes générés par l'interruption brutale de la prise d'une substance consommée de manière régulière et prolongée, et est exclusivement liée aux propriétés pharmacologiques de la substance, indépendamment des caractéristiques psychologiques et d'environnement de l'usager. Un syndrome de dépendance traduit l'existence d'une perte de contrôle par rapport à l'usage de la substance, et ce malgré les conséquences délétères sur un plan somatique, psychologique ou social liées à l'usage de cette substance. Pour la plupart des patients la dépendance reste modérée. En effet il existe un usage chronique, mais les doses sont rarement augmentées sauf pour de courtes périodes, il existe des efforts infructueux pour arrêter la substance et il peut exister un syndrome de sevrage. Mais au niveau de l'impact social, il n'existe pas un temps important consacré à la recherche de la substance et sa consommation n'entraîne pas l'abandon d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisir. À l'échelon de la population, le problème majeur généré par l'usage de médicaments psychotropes est moins celui de la dépendance, ce qui fait parfois minimiser sa dangerosité, mais celui de la prévention et du traitement d'un syndrome de sevrage chez les personnes ayant un usage prolongé de médicaments psychotropes. Réduire les durées de prescription c'est éviter le passage par ce syndrome sevrage difficile. On voit donc que les médecins progressent car la France est un des pays où la durée moyenne de prescription courte est la plus élevée. Reste le problème des personnes âgées, chez qui il faut se dire qu'un sevrage est possible et qu'il est licite de l'envisager comme le prouve un des médecins qui a réussi à sevrer environ tous les patients qui pressentaient un usage chronique.

On voit une nette amélioration qui aboutira peut-être à moins de traitements chroniques qu'à l'heure actuelle. Pour certains médecins cette prescription au long cours ne pourra s'arrêter que quand cette génération aura disparu, mais il semble exister des déterminants plus profonds, cet argument perdurant depuis déjà de nombreuses années sans réel infléchissement des prescriptions chez les personnes âgées. Il faudrait également visualiser les risques du traitement et ne pas seulement penser au confort. Il faut donc savoir qu'un nombre certain présente des troubles anxieux malgré le traitement, que le médicament ne résout pas tout et n'apporte pas de manière systématique un réel confort.

L'impact de la formation et de l'information indispensable pour le médecin ou le patient a déjà été évalué au Canada et au Pays bas. La première, réalisée au Canada avait pour but de distribuer aux médecins des recommandations et d'évaluer sur un an si cette information avait eu un impact. Les résultats montraient l'absence d'amélioration des

pratiques. Un programme d'éducation a alors été réalisé, avec la présentation des résultats obtenus et la réalisation d'une formation. Au bout de six mois il existait une diminution significative de la prescription de benzodiazépines chez les plus de 65 ans et de la prescription de demi-vies longues. Une autre étude mettait quant à elle en évidence un impact de l'information réalisée auprès des patients. Une simple lettre d'information a été envoyée par le médecin généraliste au patient traité au long court. Le but était de réduire voire d'arrêter sa consommation. Ceci a permis de diminuer de 2/3 les posologies initiales, avec une différence significative par rapport au groupe control. Enfin une étude réalisée au Pays Bas en 2008, montre que la réalisation d'un programme de sevrage auprès des patients n'entraînait pas d'augmentation du nombre de consultations auprès du généraliste. L'ensemble de ces études montre que des changements peuvent être réalisés de manière simple et efficace. Une mesure simple pour favoriser les consommations de courte durée pourrait être d'améliorer les conditionnements des médicaments : ne mettre que quelques comprimés par boîte. De nombreuses petites mesures simples telle que cette dernière nécessitent d'être développées.

Conclusion

La société est en mutation avec une perte de repères, des difficultés sociales économiques et familiales, contre lesquelles le médecin n'a aucun pouvoir. Mais il est investi de la prise en charge de leurs répercussions sur l'humain. Cette étude avait pour but de mettre en évidence les facteurs qui allaient peser sur le médecin généraliste lors de l'acte de prescription de benzodiazépines, face à ce mal être.

On a pu constater par l'analyse des entretiens tout le poids du passé. Tout d'abord l'histoire même des médicaments et particulièrement l'avènement des benzodiazépines dans un contexte d' « enthousiasme pharmaceutique » laisse des traces indélébiles de la toute puissance des médicaments, dans les esprits des patients mais aussi des médecins. Les habitudes des pratiques médicales imprègnent encore les omnipraticiens, dans une conception ontologique exogène, avec des doctrines enracinées telles que : « une consultation égale une prescription ».

Néanmoins on constate que la réponse, qu'elle soit médicamenteuse ou autre, naît d'une réelle implication du médecin généraliste qui considère cette prise en soin comme faisant partie de son rôle. La réponse médicamenteuse étant souvent un geste d'empathie, et ne relève pas seulement d'une solution de facilité et de rentabilité.

Mais les mentalités évoluent et l'engouement pour ces produits s'amenuise. Les effets néfastes des médicaments pour les patients sont visibles, et les bénéfices au long cours de plus en plus remis en question. Les médecins se départissent peu à peu de ce poids du passé, poussés en cela par l'évolution de la formation initiale ou continue, parant à un sentiment d'impuissance parfois fort. Des mesures incitatives comme les recommandations de bonnes pratiques ou plus offensives comme les mesures d'information mises en place par les CPAM, influencent le médecin. L'évolution de la vision de la souffrance psychique et des benzodiazépines par les patients, se basant sur la réflexion plutôt que sur l'action, entraîne une modification des comportements médicaux. Les médecins plus à l'écoute et formés à d'autres pratiques ou ceux qui ont remis en question leur pratique afin de la faire évoluer, ne s'orientent plus vers une réponse médicamenteuse première. Une donnée essentielle dans la prise en charge semble être la relation médecin patient. Aider au mieux le patient passe par l'écoute, l'échange et l'absence de jugement de l'autre. La prescription n'est pas la seule réponse, comme le citait un des médecins : un des premiers préceptes du soin reste *primum non nocere*, faisant passer le rapport bénéfice risque au premier plan, notamment sur le long terme.

Des déterminants sont non modifiables telle la prévalence des souffrances psychologiques dans la population, mais l'ensemble des autres facteurs se modifient peu à peu, ce qui aboutira peut-être à des prescriptions plus raisonnées de ces traitements. Mais un long chemin reste encore à parcourir, car les chiffres de consommation restent élevés, ce qui est le reflet d'habitude de prescription encore fortement ancrée, malgré les discours porteurs d'espoir entendus. Des mesures simples peuvent être mises en place comme le montrent des études réalisées dans d'autres pays. Il serait intéressant de mener des essais interventionnels en France afin d'évaluer l'impact des formations sur les comportements prescripteurs. Les données d'autres pays ne peuvent être appliquées dans le contexte culturel français dont nous avons développé les spécificités.

Bibliographie

1. ALONSO J, ANGERMEYER MC, BERNERTS, BRUFFAERTS R, BRUGHA TS, BRYSON H, et al.
Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project.
Acta Psychiatr Scand Suppl 2004 : 21-7
2. AMAR E, PERRERA C.
Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants.
DRESS N° 440 nov2005
3. ANTHIERENS S., HABRAKEN H., PETROVIC M. and CHRISTIAENS T.
The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice',
Scandinavian Journal of Primary Health Care, 200, 25:4, 214 — 219
4. BARKER MJ., GREENWOOD KM., JACKSON M., CROWE SF.
Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis.
CNS Drugs, 2004, 18(1), 37-48.
5. BARTHELME B., POIROT Y.
Niveau d'anxiété et de dépendance des primoconsommateurs d'anxiolytiques :une étude de psychométrie ;
La presse médicale, novembre 2008, tome 37 n811
6. BAUMANN M., ALLA F., EMPEREUR F.
Psychotropes et dépendance – Profils des consommateurs et trajectoires de leurs comportements.
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, mai 2001
7. BECK F., LEGLEYE S.
Atlas régional des consommations de produits psycho actifs des jeunes français, exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003
Observatoire français des drogues et toxicomanies.
8. BLANCHET A, GOTMAN A.
L'enquête et ses méthodes : l'entretien.
Paris, Nathan, 1992 (2001), 127 pages
9. BRIOT M., Assemblée nationale, Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS).
Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes.
Paris : Assemblée Nationale ; 2006.
10. BUSHNELL J., Mc LEOD D., DOWELL A., SALMOND C., RAMAGE S., COLLINGS S., ELLIS P., KLJAKOVIC M. and Mc BAIN L.
Do patients want to disclose psychological problems to GPs?
Family Practice Advance Access, 29 July 2005.

11. CASCADE E., KALALI A. H., KWENTUS J. A, and BHARMAL M.,
Trends in CNS Prescribing Following the Economic Slowdown.
Psychiatry (Edgemont) 2009, 6(1)15–17 .
12. COHEN D, KARSENTY S.
Les représentations sociales des effets secondaires des anxiolytiques ; Une étude comparative
Quebec-France . rapport de recherche du programme « médicaments et santé mentale » de la
MIRE.
INSERM, CNRS Montreal Paris, dec 1997.
13. CORMACK M. A. et HOWELLS E.
Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principles and
trainees.
Family Practice, 1992, 9, p. 466-471.
14. CORMACK M. A., SWEENEY K. G., HUGUES-JONES H., FOOT G. A.?
Evaluation of an easy cost effective strategy for cutting benzodiazepines use in general
practice
British Journal of General Practice, January 1994
15. COOK J. M., MARSHALL R., MASCI C., and. COYNE J. C.
Physicians' Perspectives on Prescribing Benzodiazepines for Older Adults: A Qualitative
Study.
Society of General Internal Medicine 2007;22:303–307.
16. DEANS H.G., SKINNER P.,
Doctors' views on anxiety management in general practice.
Journal of the Royal Society of Medicine volume 85 Feb. 1992
17. DUPUY JP, KARSENY S.
L'invasion pharmaceutique.
Paris, seuil, 1974
18. FAIZANG S.
Médicaments et société. PUF 2001
19. GORGELS W., VOSHAAR R.O., MOLA A., VAN DE LISDONK E., MULDER J., et al.
A Benzodiazepine discontinuation programme does not increase the frequency of contacts
with the family practice.
Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2008; 26: 74-79
20. GROLLEAU A., COUGNARD A. BEGAUD B., VERDOUX H.
Usage et congruence diagnostique des traitements à visée psychotrope : résultats de l'enquête
santé mentale en population générale en France métropolitaine.
L'Encéphale, 2008, 34, 352—359
21. GIUGNON N., MORMICHE P., SERMET C.
La consommation régulière de psychotropes.
INSEE Première, 1994, n° 310.

22. HAS
Modalité d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé,
recommandation professionnelles ;
HAS argumentaire 2007
23. HAXAIRE C. et al.
« c'est pas une drogue si vous voulez, mais enfin » appropriation de la notion de dépendance
et opportunité des psychotropes à travers l'étude des pharmacies familiales dans une région
rurale de Basse-Normandie
1998
24. HAXAIRE C, et al.
Représentations de la santé mentale et la souffrance psychique par les médecins généralistes (de Bretagne occidentale)
CESAMES, CNRS 2005.
25. HEALY D.
La psychopharmacologie et le gouvernement de soi.
Revue de psychiatrie 2005
26. HECKEL F ;
La névrose et les états d'émotivité anxieuse.
Paris : ed. Masson 1917
27. KOUMANJIAN K., 1981.
The use of Valium as a form of social control.
Social Science ans Medecine, 15, p.245-249
28. LANGNAOUI R, DEPONT F, FOURRIER A, ABOUELFATH A, BEGAUD B, VERDOUXH et al.
Patterns on correlates of □Benzodiazepine use in the French general population.
Eur J Clin Pharmacol, 2004,60, 523-9
29. LAPLANTINE F.
Anthropologie de la maladie : Etude ethnologique des systèmes de représentations
étiologiques et thérapeutiques dans la sociétés contemporaines
Ed. Payot1993 411p
30. LEIPZIG RM, CUMMING RG, TINETTI ME.
Drugs and falls in older people: a systematic review and metaanalysis:I. Psychotropic drugs.
J Am Geriatr Soc;, 1999,47(1), 30-9.
31. LE MOIGNE P.
Anxiolytique : les facteurs sociaux de la consommation.
Documents de synthèse du groupement de recherche psychotrope ,politique et société CNRS
1999
32. Le MOIGNE P., COLIN I.

33. LEMOINE P, LUPU F.
Quiproquos sur l'ordonnance.
Ed Armand Colin 2006.
34. LE PAPE A., SERMET C.
Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application.
Questions d'économie de la santé, CREDES, 1998, n°14 :1-6.
35. LÉPINE J. P., GASQUET I. , KOVESS V., ARBABZADEH-BOUCHEZ S., NÈGRE-PAGÈS L., NACHBAUR G., GAUDIN A. F.
Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD).
L'Encéphale, 2005, 31, 182-94.
36. LUIJENDIJK H., TLEMELER H., HOFMAN A., HEERINGA J. and STRICKER B.,
Determinants of chronic benzodiazepine use in the elderly: a longitudinal study
Br J Clin Pharmacol, 2007,65.4, 593–599
37. MAYS N, POPE C.
Qualitative Research: rigour and qualitative research.
BMJ 1995; 311:109-112.
38. PELLIGIRNO ED.
Prescribing and drugs ingestions : symbols and substances.
Drug Intell Clin Pharm, 1976, 10,624-30
39. PELISSOLO A, MANIERE F, BOUTGES B, ALLOUCHE M, RICHARD-BERTHE C, CORRUBLE E.
Troubles anxieux et dépressifs chez 4425 patients consommateurs de benzodiazépines au long cours en médecine générale.
L'encephale vol 33 N°1 fev 2007 pp32-38
40. ROCHE LE GUAY M. C.,
Prescription prolongée de benzodiazépine en médecine générale, entretiens auprès de dix femmes.
Faculté de médecine d'Angers. Année 2005
41. ROSSER W.W., SIMMS J. G., PATTEN D. W., FORSTER J.
Improving benzodiazepine prescribing in family practice through review and education
CMA JOURNAL, 1981, VOL. 124
42. ROSMAN S.
La pratique de la prescription de médicaments des médecins généralistes en France et aux Pays Bas.
Rapport intermédiaire pour la CNAMTS. CERMES 2006
43. SABBAN C., COURTOIS J., Comparaisons europeennes sur huit classes de médicaments
Point de repère caisse nationale d'assurance maladie. N° 12 dec 2007

43. SABBAN C., COURTOIS J., Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments
Point de repère caisse nationale d'assurance maladie. N° 12 dec. 2007

44. TAMBLYN R. M., LAPRISE R., SCHNARCH B., MONETTE J., Mc LEOD P. J.,
Caractéristiques des médecins prescrivant des psychotropes davantage aux femmes qu'aux
hommes ;
1996

In COHEN D., PERODEAU G.,
Drogues et médicaments mis en contexte, Santé mentale au Québec, 22, p. 239-262

45. VIENS G, LEVESQUE K, CHAHWAKILIAN, EL HASNAOUI A, GAUDILLAT A,
NICOL G, CROUZIER C.
Evolution comparée de la consommation de médicaments dans 5 pays européen entre 2000 et
2004 : analyse de 7 classes pharmaco-thérapeutiques
ESSEC, centre de recherche, juin 2007

46. VERGER P., SALIBA B., ROUILLON F., KOVESS-MASFETY V., VILLANI P.,
BOUVENOT G., LOVELLA.
Determinants of Coprescription of Anxiolytics With Antidepressants in General Practice
La Revue canadienne de psychiatrie, février 2008, vol 53, no 2,

47. ZARIFIAN E.
Le prix du bien être, psychotropes et société
Paris, Edition Odile Jacob 1996 282p.

Annexes

Lexique

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD : affection de longue durée
Benzo. ; BZD : benzodiazépine
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CMP : centre médico-psychologique
CREDES : consultance en santé publique
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition
FDA : Food and Drug Administration
FMC : Formation médicale continue
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : Hypertension Artérielle
M : Médecin
ORL : Otorhinolaryngologiste
Phyto. : phytothérapie
RMO : référence médicale opposable
Efferalgan® : paracétamol
Effexor® : venlafaxine
Euphytose® : valériane, passiflore, aubépine, ballote
Ixel® : milnacipran
Largactil® : chlorpromazine
Lexomil® : bromazépan
Lysanxia® : prazépan
Seresta® : oxazépan
Stilnox® : zolpidem
Stresam® : étifoxine
Temesta® : lorazépan
Veratran® : clotiazépan
Xanax® : alprazolam

Entretiens des médecins

ENTRETIEN MEDECIN 1

Déjà, dans quelles situations vous prescrivez principalement des benzo ?

-Y'a soit l'insomnie, ou les troubles anxieux.

L'insomnie en général c'est des gens qui ont déjà depuis un petit moment des troubles et qui ont peut-être déjà essayé des médicaments comme ça à la pharmacie, et dans l'anxiété, l'anxiété réactionnelle.

-Est-ce que ce sont des médicaments qui vous semblent efficaces quand vous les prescrivez ?

-Oui

-Est-ce que à long terme, vous avez l'impression qu'il y a des effets secondaires ?

-Oui

-Quel genre ?

-Troubles de la mémoire, dépendance aussi, quand on leur demande de diminuer les doses ou d'arrêter s'ils en prennent pendant un moment, ils ne sont pas bien, il y a un syndrome de manque. Les troubles de la mémoire il y en a pas mal qui s'en plaignent

-Plutôt des gens plus âgés ?

-Oui, des gens qui sont sous anxiolytiques depuis 10 – 15 – 20, 30 ans.

-Est-ce que vous pourriez me raconter la dernière prescription que vous avez faites de benzo.?

-Contexte d'insomnie chez quelqu'un qui avait des problèmes relationnels avec son chef au travail, voilà, classique,(rires) donc elle avait vraiment du mal à dormir depuis déjà une semaine, 8 de tension et puis elle était vraiment pas bien, il faut faire quelque chose pour restaurer le sommeil.

-Sinon, si vous prescrivez un traitement, lequel prescrivez vous ?

-Par rapport à l'anxiété ou par rapport à l'insomnie ?

-Les deux

-Dans l'insomnie, j'aurai tendance plutôt à prescrire des demi-vies courtes style zolpidem ou zopiclone et pour l'anxiété, j'ai tendance dans un premier temps, à prescrire une molécule qui n'est pas une benzo, c'est du stresam®, en première intention. Et si vraiment ça passe pas avec ça, à ce moment là j'aurai plutôt tendance à prescrire... jusqu'à présent j'avais tendance à prescrire du Lexomil®, mais je me suis rendu compte que c'était quand même une demi-vie assez longue, donc je vais peut-être me rabattre sur du Seresta® ou Temesta® mais j'aime pas trop non plus, parce que les gens qui en ont, ont du mal en s'en débarrasser, donc une molécule effectivement à demi-vie plus courte du seresta®

-Sinon, est-ce que vous avez l'impression que la prescription résulte plutôt d'une demande des patients ou vous avez l'impression que c'est plutôt vous qui leur proposez ?

-Les gens viennent avec un symptôme, ils décrivent une insomnie, ils ne sont pas à demander..., bon, y'en a certains qui demandent un cachet pour dormir mais la plupart viennent, ils ont une insomnie, docteur j'arrive pas à dormir. Ce n'est pas une demande implicite du médicament.

-Vous n'avez pas l'impression qu'il y a des gens, spécifiquement qui viennent en demandant ?

-Non, ce n'est pas une majorité.

-D'accord, et est-ce que avez l'impression que les français sont des gros consommateurs de benzo ?

-Je n'ai jamais demandé aux confrères étrangers mais c'est vrai quand on entend des reportages à la TV, ou des statistiques européennes, effectivement, ça fait ressortir que la France est une grosse consommatrice en psychotropes en général, des benzo en particulier.

-Donc c'est quand même une image qu'on peut avoir ?

-Ouais.

-Est-ce que vous avez l'impression que les médecins généralistes particulièrement en France prescrivent beaucoup ou pas ?

-Vu que c'est un problème soulevé par la caisse, j'imagine que cela doit être le cas parce que sinon la sécu s'en foutrait totalement, comme ça coûte des sous, donc y a beaucoup de prescriptions.

-Et vous, avez-vous l'impression d'en prescrire beaucoup ou pas ?

-Non

-Est-ce que c'est difficile de ne pas prescrire ?

-Dans certains cas, oui c'est vrai, c'est toujours délicat. Y a déjà des gens qui ont une expérience d'avoir pris ces médicaments là, donc quand ils viennent en disant qu'il sont angoissés, si je leur propose un médicament moins fort, ils vont dire, ah docteur, vous êtes sûr qu'il va être efficace.. Donc il faut discuter, il faut négocier.

-Est-ce que vous avez l'impression que quand vous avez des patients comme ça en face de vous, vous prenez plus de temps pour la consultation, c'est toujours des consultations plus longues ?

-Oui, ça dépend si l'insomnie est passagère, réactionnelle à un problème, ça dure pas très longtemps, parce que le problème est identifié, la personne est consciente du problème, on sait qu'elle va prendre un hypnotique pendant 3 à 4 jours, ça va restaurer son sommeil et puis cela va passer ; par contre, effectivement, quand c'est dans le cadre d'une prise en charge d'une dépression ou il y a des troubles anxieux associés, il faut effectivement, c'est un peu plus long.

-Est-ce que dans votre formation, vous avez l'impression d'avoir été formé à tout ça, à la prise en charge ?

-Plus ou moins, le module de psy c'est pas le module le plus conséquent et ça intéresse pas grand monde au départ. quand on est étudiant, c'est pas forcément le truc qui intéresse le plus et après en

pratique, on se rend compte que c'est pas forcément un thème qui était insuffisant (1 ou 2 h sur ces médicaments là sur toute la durée des études) alors que c'est un motif journalier en médecine générale.

-Et du coup, vous vous sentez prêt à faire face à ça, ou c'est difficile ?

-Avec la pratique, maintenant j'ai un peu de recul depuis mon installation, c'est un peu sur le tas qu'on se fait et qu'on fait la part des choses et il y a des publications, y a des études qui montrent qu'effectivement, les benzo c'est jamais une bonne chose à long terme, qu'au bout de quatre semaines faudrait interrompre, ou si ça passe pas, faut passer aux antidépresseurs etc sur la même situation. Donc y a quand même des articles qui sortent dans ce sens là régulièrement. Moi ça ne me pose pas de problème puisque dans ce que j'ai appris à la fac, c'était déjà comme ça.

-Du coup, vous avez un peu des autres sources d'informations ?

-Des revues médicales : le quotidien du médecin, enfin, on le reçoit toutes. Mais je lis plus le concours médical, le quotidien et puis de temps en temps le panorama.

-Et vous faites des FMC ?

-Pas trop régulièrement ces derniers temps, mais si on commence à rentrer dans un système, on y passe vite une soirée par semaine mais on va commencer avec des collègues, on va faire un groupe de pair. Après y a des sujets qui reviennent, ça peut être des sujets en rapport avec les recommandations de la sécu, en outre les prescriptions des anxiolytiques en font partie, (téléphone), le but des groupes de pair c'est de prendre un dossier tel la xième consultation dans la journée et de discuter ensemble sur la prise en charge.

-Est-ce que du coup vous avez l'impression d'être influencé par ces recommandations, type HAS, sur les benzo ?

-Oui quand même. C'est censé être la haute autorité de santé, si on est pas sensibilisé à ça, du coup elle sert à rien si chacun fait un peu sa sauce, ça sert à rien, c'est bien qu'il y ait une autorité qui régisse un peu tout ça, au bout d'un moment, on peut déformer son attitude dans le mauvais sens, on s'en rend pas forcément compte. C'est bien qu'on ait d'une part déjà la sécu qui donne des chiffres de nos prescriptions parce que je suis incapable de dire combien j'ai de patients qui sont sous benzo et la sécu quand elle vient avec ça, elle vient avec des tableaux, on voit si on est bien ou pas bien dans la moyenne régionale ou départementale, sinon pour en revenir à la HAS, ils établissent des recommandations dans plusieurs domaines, dans l'hypertension : on a tendance à les suivre, donc pourquoi on les suivrait pas dans ce domaine là.

-Avez-vous l'impression que c'est un sujet un peu plus compliqué peut être ?

-Oui on est un des plus gros prescripteurs européens de ces produits là mais en même temps, y a une

demande, si on n'avait pas ça, je ne sais pas s'ils ont trouvé la solution dans les autres pays, est-ce qu'ils ont plus de psy installés, par contre, est ce que la prise en charge psychiatrie est plus développée ailleurs.

-C'est des choses auxquelles vous avez recours, prise en charge par psychologue psychiatre ?

-Ouais,

-Avez-vous réussi à trouver des interlocuteurs ?

-Oui, mais pas évident. J'en ai un ou deux mais c'est vrai ce n'est pas évident, ils ont des délais d'intervention donc là souvent, on est obligé d'en appeler plusieurs pour avoir un rendez-vous rapidement si on est dans une situation un peu d'urgence dans ce cadre là sans aller non plus en psychiatrie à chaque fois en hospitalisation.

-Est-ce que vous développez d'autres techniques, par exemple que la prescription de benzo, l'écoute ou..... ?

-L'écoute, elle est là, mais elle ne résout pas toujours tout. Ou alors les gens ils viennent pour un symptôme, ils ont la mentalité de repartir avec un traitement, effectivement si on leur dit, aujourd'hui vous allez vider votre sac, vous verrez ça ira mieux demain, je ne sais pas si les gens sont convaincus de ça. J'ai encore jamais osé à la limite dire aux gens, c'est bon, vous avez vidé votre sac, maintenant vous rentrez chez vous et vous dormez, voilà.

-C'est difficile de ne pas prescrire ?

-Ça m'arrive dans d'autres domaines mais dans ce domaine là, quelqu'un qui n'a pas dormi depuis 8 jours, qui a des valises sous les yeux et comme la jeune femme tout à l'heure qui avait 8 de tension, je pense que dans son cas, c'est nécessaire de restaurer le sommeil. C'est pas avec des paroles qu'on va améliorer son sommeil, son problème de travail, le travail ne va pas changer du jour au lendemain en claquant des doigts.

-Est-ce que vous pensez que le médecin a un rôle à jouer dans cette prise en charge ?

-On a un rôle à jouer, maintenant est ce qu'on est compétent pour, est ce qu'on est préparé pour, je ne sais pas, ça dépend de la susceptibilité de chacun. Y en a qui sont réceptifs, y en a qui le sont moins.

-Vous avez l'impression quand même d'apporter quelque chose ?

-D'écouter les gens, déjà, je ne sais pas si je leur apporte une solution mais d'écouter c'est déjà une bonne chose.

-Avez-vous l'impression que ça prend une grosse partie de votre temps, les problèmes psychologiques ?

-Oui, y a des journées, on a l'impression d'avoir une journée bien remplie mais en acte pur, on voit que y en a moins qu'une autre journée où y a pas eu trop de gens qui sont venus avec leur petits problèmes. C'est vrai que ça prend du temps.

-Est-ce que vous avez l'impression que vos habitudes de prescriptions ont changé avec votre pratique ?

-J'ai pas l'impression, je pense que ça a forcément changé puisqu'on évolue, quand j'étais remplaçant, j'avais forcément pas la même attitude que maintenant, mais comme ça se fait progressivement, j'ai pas conscience du changement, il faut que je réfléchisse plus.

-Vous avez l'impression de prescrire moins ou plus ?

-Peut être quand j'étais remplaçant, c'était souvent des renouvellements, des choses comme ça, donc chez des médecins qui étaient plus âgés, qui avaient l'habitude de prescrire larga manu, certains médecins, y avait des ordonnances assez costaud.

-Vous avez l'impression que lors des remplacements que vous avez fait, les médecins généralistes plus âgés, prescrivaient plus ?

-Oui, c'est l'impression que j'avais. J'ai remplacé deux médecins assez âgés, y avait pas mal de patients avec temesta tranxène, des trucs comme ça, et les médecins plus jeunes que je remplaçais, y en avait pas, après j'ai remplacé un médecin plus « névrotique » et donc il avait une clientèle plus comme lui, il y a un effet de miroir entre le médecin et la patientèle.

-Vous avez l'impression que de la même manière, les gens que vous avez en face de vous, ont plus de souffrance psychique actuellement ou pas par rapport à quand vous avez commencé ?

-Le nombre de consultations pour ça, je ne sais pas si il a réellement augmenté, mais j'ai l'impression qu'effectivement, notamment au niveau du travail, j'en ai déjà parlé avec des collègues, les gens ne supportent plus leur travail, il y a de plus en plus de gens qui viennent avec eux, ils perçoivent un harcèlement moral, la personne qui est leur chef leur donne des ordres et puis voilà, mais est ce que les gens sont dans une bonne disposition pour entendre les ordres ou est ce que le ton de voix effectivement est un peu limite, ça on ne le sait pas, on est pas au travail avec eux mais je trouve qu'il y a de plus en plus de gens qui viennent, comme la jeune femme dont je vous parlais tout à l'heure, qui supporte pas sa chef qui lui dit un jour de faire tel poste, l'autre jour tel autre, elle fait un peu le bouche trou, quoi, donc un moment elle sature, ça j'ai l'impression que c'est de plus en plus fréquent au niveau du travail. Pourtant on entend des sujets à la TV où ils veulent améliorer les conditions de travail parce qu'ils sont conscients que ça occasionne pas mal de problèmes et d'absentéisme. Donc c'est un constat surtout par rapport au problème du travail. Après l'anxiété réactionnelle, perte d'un proche, tout ça, c'est des choses constantes.

-Quel âge vous avez ?

-38 ans.

-Ça fait combien de temps que vous êtes installé ?

-8 ans.

-Avant vous faisiez des remplacements ?

-Oui, j'ai fait des remplacements pendant 3 – 4 ans.

-Vous êtes deux, c'est ça ?

Vous travaillez en groupe ou c'est chacun son cabinet ?

-Chacun notre cabinet, mais les patients sont communs. C'est un peu le but d'être à deux. De temps en temps, on s'échange au sujet des patients, c'est le but d'être à deux.

-Vous avez toujours travaillé en groupe ?

-Non, j'étais tout seul au départ, ça fait trois ans que je suis associé.

-Pourquoi ?

-ben, y'a un moment quand on commence à rentrer tard à 10 h 30 à la maison, les enfants sont couchés, on part le matin à 7 h, voilà la vie familiale si elle commence à partir en sucette, ce n'est pas terrible, donc à un moment on dit stop et on aménage un peu de temps pour la famille.

-Du point de vue médical proprement dit, est ce que vous trouvez que c'est mieux de travailler en groupe ?

-Oui, justement ça m'arrive ou ça lui arrive, on a oublié un traitement parce que c'est un truc qu'on prescrit pas souvent, on peut demander conseil au collègue, etc.. et puis par rapport à des patients qui sont pas bien, ça permet d'en discuter et puis voir si on a fait tout ce qu'il fallait, de se rassurer un peu dans sa pratique.

-Combien à peu près vous consacrez de temps à une consultation ?

-J'ai des consultations toutes les ¼ d'heure, donc entre 13 et 15 minutes, je pense. Il peut y avoir des consultations qui vont plus vite et y en a forcément qui sont plus longues.

-Du coup, si c'est des problèmes de souffrance psychique vous y consacrez combien de temps ?

-Il m'est arrivé d'y consacrer ¾ d'heure, c'est des consultations qui font en moyenne entre 20 et 25 minutes mais avec des écart-types importants

-Est-ce que vous avez l'impression de prendre en charge de manière différente un diabète ou des troubles anxio généralisés ?

-Pour le diabète, on a des éléments concrets, on a des limites précises, le diagnostic du diabète c'est 1.26 g de glucose à jeun, le traitement on a un taux d'hémoglobine glyquée pour savoir à quel seuil il faut démarrer un traitement, on a l'objectif de traitement et on suit bêtement les chiffres, y'a les conseils hygiéno-diététiques, y'a les médicaments, mono thérapie, bi thérapie, l'insulino thérapie etc ; les recommandations, elles sont avec des chiffres. Les troubles anxieux, y'a pas du tout de chiffre, encore une fois, c'est la susceptibilité du médecin qui fait qu'on va être réceptif au niveau de l'anxiété de la personne, donc une personne qui a une anxiété à un certain niveau peut aller voir trois médecins différents, je crois qu'elle aura trois prises en charge différentes. En ça, effectivement, ce n'est

pas évident. A une époque, je ne sais pas si ça existe toujours, il y avait les fameux tableaux DSM IV qui faisaient des gradations dans le niveau de l'anxiété : l'anxiété réactionnelle...c'est pas un truc sur lequel je prêtais trop d'attention et je n'utilise pas ces outils là, donc y a des tests qui permettent de classer l'anxiété ou d'évaluer un niveau d'anxiété. Je trouve que c'est plus subjectif, je ne sais pas si c'est reproductible.

On ne sait pas quel est le niveau, à partir de quel niveau on va prescrire des benzo, c'est justement le feeling : est ce qu'on sent que la personne, elle a jamais eu ces problèmes là, elle rencontre une difficulté qui est temporaire qui va se régler : dans ce cas là c'est un problème de sommeil, on peut donner un hypnotique ou des conseils et ça va passer. Par contre, une personne qui est connue pour ça,, à chaque fois.... c'est au cas par cas qu'on établit ça, avec le vécu qu'on a, avec la connaissance qu'on a des patients.

-D'une manière générale, est ce que vous avez l'impression que le système de soins en France, tel qu'il est, influence la prescription ?

Non, pour moi ça change rien, mon but c'est que les gens qui sortent, aillent mieux et soient soignés et pas qu'ils reviennent pour le même problème 2 jours après.

-Vous n'avez pas l'impression que le fait d'être payé directement, demande d'avoir une ordonnance en retour ?

-Non, ça demande un acte en retour, ça arrive mais c'est exceptionnel que les gens repartent sans ordonnance mais un conseil, on rassure les gens sur quelque chose, et les gens à qui ça arrive qui repartent sans ordonnance ne sont pas étonnés par ça.

-Vous avez l'impression qu'il y a beaucoup de gens qui repartent sans ordonnance ?

-Non, ça reste minime.

Ça dépend des médecins. Il y a en qui donneront moins de médicament et feront plus de prévention.

-C'est pas forcément facile ?

-ça dépend, les gens viennent avec une demande, s'ils sont satisfaits de leur demande et qu'il n'y a pas besoin de traitement et qu'on leur a expliqué que ça ne sert à rien ,il y a pas de raison , il faut le temps d'expliquer aux gens qu'ils n'ont pas besoin de traitement.

-Avez-vous l'impression de manquer de temps?

-Oui, les journées sont un peu courtes.

-Qu'est ce que vous appréciez le plus dans votre métier ?

-.....Y'a plein de choses, le contact avec les gens, le fait de faire quelque chose de bien pour les gens, de les soigner, de faire en sorte qu'ils aillent mieux, qu'ils aient moins mal. Dans ma vocation, quand j'étais tout petit, je repense à ça, à l'époque là je ne me posais pas forcément toutes les questions que maintenant, mais j'ai toujours voulu faire ça, je me suis jamais posé la question : pourquoi je veux faire

ça ?. C'était une vocation. Avoir un contact avec les gens, de faire en sorte qu'ils aillent mieux. Y a des jours, je me dis que c'est utopique, quand on a 3 diagnostics de cancer dans la journée, on se dit que c'est pas trop ça mais après on relativise et on se dit, on va les aider à traverser l'épreuve là et faire en sorte qu'ils le fassent dans un certain confort.

ENTRETIEN MEDECIN 2

Déjà, dans quelles situations vous prescrivez principalement des benzo ?

-En général, les indications c'est soit le sommeil, soit l'anxiété.

Oui

-Et l'anxiété, dans quel cas ? Puisqu'il y a des différents cas d'anxiété, plutôt dans des problèmes de la vie courante, des problèmes de travail, conjugaux ?

-Oui, plutôt ça, anxiété aigue, oui l'anxiété ... c'est effectivement... le malaise effectivement au travail...

-Vous avez l'impression que vous prescrivez plus à certaines catégories de personnes ?

-Oui oui oui

-Des femmes, des hommes ?

-C'est plutôt les femmes, 2 sur 3. Les hommes viennent surtout pour des problèmes de sommeil, souvent ; les angoisses ça les préoccupent pas trop pas trop

-Ou masquées peut être ?

-Je crois oui mais c'est souvent effectivement une démarche plutôt féminine.

-D'accord. Est-ce que ce sont des médicaments, quand vous les prescrivez, qui vous semblent efficaces ?

-En général, oui, je suis plutôt petites doses mais c'est vrai et que ça donne souvent un coup de pouce, et très souvent, on les continue pas, sauf les médicaments pour le sommeil pour les personnes âgées ont depuis longtemps, ça c'est impossible de s'arrêter (plus bas) ... Mais sinon pour la pathologie « courante » (plus fort) de doléances des patients, en général, les traitements sont relativement courts.

-D'accord, vous prescrivez un traitement assez court en vue d'arrêter ?

-Un mois, éventuellement un deuxième mois comme on peut pas les renouveler sur l'ordonnance, on est obligé de les revoir et donc de réévaluer le problème et très souvent ce traitement initial suffit, quoi

-Les gens acceptent facilement ?

-Ils acceptent de les prendre et souvent comme l'effet est là, le résultat est là... ils acceptent... et surtout quand on leur dit, qu'au bout d'un certain temps, ils risquent d'être dépendants, ça ils aiment pas de trop

-Et vous avez l'impression que c'est plutôt une demande de leur part de comprimer les médicaments ou c'est plutôt au vu de leur anxiété, que c'est une réponse de votre part les médicaments ?

-De toute façon, quand ils viennent chez le médecin généraliste, en général, c'est pour avoir un traitement, voilà....

-Vous avez l'impression que c'est très ancré, le fait que on vient chez le docteur pour avoir des médicaments ?

-Oui, ils ne comprendraient pas qu'on leur donne des bonnes paroles, en disant ,quelque soit la forme, ça se passera... ; quand ils sont venus, ça ne leur suffit pas. Il faut dans ce domaine là, comme dans tous les domaines de médecine générale, il faut un résultat immédiat (phrase dite de manière sèche et affirmative). J'ai mal la gorge, si dans les 2 jours, ils ne sont pas guéris, ils reviennent. Ils toussent, au bout de 3 jours, ils reviennent. Donc là c'est pareil, s'ils n'ont pas un résultat immédiat, ça ne marche pas ; donc il faut un traitement.... Et c'est vrai, quand ils viennent chez le médecin, c'est déjà qu'ils ont fait un travail : ça passe pas, ça passe pas : donc je vais chez le médecin, donc il me faut un traitement. Et donc, il faut que le résultat arrive assez rapidement pour justement d'abord les aider et puis surtout qu'ils ne perdent pas confiance non plus soit dans la médecine, ou dans les aides que l'on pourrait leur apporter.

-Et vous avez l'impression que c'est dû à quoi, ça, justement que les gens veulent ça ?

-ça fait longtemps que je fais de la médecine, J'ai toujours entendu dire, j'ai toujours vu des patients, faut qu'ils sortent avec une ordonnance.

Ça va changer avec les nouveaux médecins.

-Vous croyez ?

-Je ne sais pas, quand on entend les confrères qui ont des remplaçants, les ordonnances maintenant, ça se réduit. Moi, je n'ai pas de remplaçants, mais c'est ce que j'entends des confrères. Je pense que, que ce soit sur une pathologie infectieuse ou autre, ou la douleur, ou les pathologies qui justifient un traitement type benzo, je pense que le traitement sera plus léger

-Ah oui ? Et est-ce que vous pourriez me raconter par exemple la dernière fois que vous avez prescrit des benzo, votre dernière consultation, c'était dans quel cas ? ... Disons, une primo prescription.

-C'est pour des problèmes de travail, les gens épuisés, j'en peux plus, je recherche du travail, je n'arrive plus à dormir, j'appréhende d'aller au boulot

-Et dans ces cas là, vous auriez plutôt tendance à introduire des médicaments ou avoir une autre attitude ou

-Moi, j'ai plutôt tendance à donner des médicaments quitte à donner sur une durée courte, encore une fois.... quand ils arrivent ici, comme ça dans un cabinet médical, ça veut dire, ils ont déjà un certain travail qu'ils ont fait d'eux même en disant ça passera, non, je m'en sortirai tout seul !... donc quand ils arrivent ici, on ne peut pas continuer (a moins de faire des consultations d'une heure pour lesquelles j'ai pas le temps, bien sûr pour essayer de voir pourquoi...) Or, très souvent, c'est des problèmes de conflits au niveau du travail, la surcharge des problèmes avec ses collègues, sa

hiérarchie, donc Je leur dis, moi les médicaments que je vous donne, c'est pas pour régler le problème, c'est pour aider à les affronter. ...Et en général, ça marche.

-Et vous associez quelque fois des arrêts de travail ou autre chose ?

-Ça m'arrive, si le problème est total. ...

Mais en général, ils ont un travail j'essaie de les faire le plus court possible...ça peut-être la solution pour démarrer un traitement mais les enfermer dans un arrêt de travail prolongé c'est une catastrophe

-Et quand vous prescrivez un médicament, c'est plutôt lequel que vous auriez tendance à prescrire en premier ?

-lysanxia , xanax

-C'est les deux que vous prescrivez le plus souvent.

-Il y des posologies qui peuvent être augmentées si on le veut, les comprimés sont sécables. j'ai pas de prescription type mais enfin, les petites doses qui permettent justement de diminuer

-Et vous commencez quelque fois par des autres traitements, plus homéopathique ou des choses comme ça ?

-Je suis comme tout le monde, vagospasmyl, spasmine, mais ça va pas plus loin.

-C'est rare.

-Ben si, je le donne aux jeunes, le jeune qui vient en disant j'ai une poussée d'angoisse parce que c'est les examens, bien sûr, je lui donne pas des benzo mais dans le vagospasmyl® et dans la spasmine®, il y a effectivement, la façon de le donner Je pense que s'il y a un réel problème, si on veut faire de l'homéopathie, il faut avoir une formation d'homéopathe et faire de la vrai homéopathie. J'ai un éventuellement deux confrère dont je sais qu'il font très bien de l'homéopathie et sérieusement donc si je sens qu'on peut faire autre chose et que bon, le traitement est un peu plus long à s'installer en homéopathie, ben, je passe la main bien entendu

-D'accord, très bien.. est-ce que vous constatez, vous des effets à long terme chez des patients qui sont sous traitement au long cours ?

-.....Classiquement, c'est les dépendances. Des effets neurologiques au long terme, non moi j'en vois pas Encore une fois, les traitements à long terme, c'est le Temesta® de la personne que j'ai récupérée à 50 ans et qui maintenant a 80 ans et puis il est hors de question ça fait 30 ans qu'on essaie de les arrêter, il est hors de question d'arrêter. Donc c'est une dépendance mais est-ce que c'est une dépendance liée à la molécule ou une dépendance liée à la prise d'un médicament.

-Vous leur avez déjà proposé ?

-Bien sûr, souvent. Il y a vraiment que quelques .% qui acceptent tout à coup de diminuer une prescription de Temesta® 1 mg et de temps en temps ça marche.

-Et quand vous les arrêtez, vous dites, alors sur des traitements courts de manière plus ou moins

brutales sinon vous faites des autres techniques d'arrêt ou de remplacement ou ...

-Non, si je suis à 3 je passe à 2 et à 1, je diminue progressivement... J'essaie de faire comme ça, en leur laissant la possibilité, au coup par coup si tout d'un coup, ils ont une petite récédive qui vient , de ne pas attendre la grosse bouffée et en général, ça se passe bien....en espérant qu'ils aillent pas ailleurs entre temps mais...

-Est-ce que vous avez l'impression, alors on entend dans les médias etc..., que les français sont des gros consommateurs de benzo ou autres psychotropes, est-ce que c'est une impression que avez ou pas ?

-y'a bien longtemps que j'écoute plus les média de ce qui est du domaine de la santé de la médecine. Ils disent ce qu'ils veulent, quand ils veulent, j'aimerais que l'on parle de ce qui est comparable ?, Est ce qu'on parle de ce qui est distribué ?, Est-ce qu'on tient compte de pays où ce qui est en vente libre ?, la consommation en vente libre ou on parle que de la consommation qui est prescrite. J'aimerais savoir ce que font les autres pays et si c'est fonction simplement, que du remboursement, de la prescription médicale. Il y a d'autres pays où c'est en vente libre. Est-ce que dans les chiffres qu'on nous balance régulièrement tous les trois mois : les médecins prescrivent trop de benzo ; ils prescrivent trop de Plavix® ; ils prescrivent trop de crestor, ils prescrivent trop de... Tous les trois mois, on a droit à ces statistiques.

-les médias , et la sécu ?

-oh, ça !

-Et vous n'avez donc pas l'impression que les médecins généralistes en prescrivent plus ?

-On en prescrit peut-être un peu plus, mais ...on revient au problème de : une consultation = une prescription. Bon

-Ça vous semble logique comme ça ?

-Oui, est ce que, si on avait une formation différente, et éventuellement une génération différente qui tient compte de la durée de la consultation, est-ce qu'on arriverait à faire des traitements différents et pas de traitement du tout, concernant ces pathologies.

-Vous avez l'impression que le système français influence.

-Le tout remboursé est une « catastrophe » enfin non, ... mais il faut être honnête, c'est gratuit, je prends, je consomme pas.... c'est pour cela ...en faisant une aparté, je suis contre le remboursement des timbres pour le tabac, des cachets pour le tabac, des trucs pour le tabac, je suis contre,.... il faut que les gens s'impliquent. Ils respectent leur vétérinaire parce qu'ils ont payé 200 euros pour vacciner leur toutou et puis ils viendront ici pour avoir leur ordonnance de Clamoxyl® parce que leur toutou est sous Clamoxyl®, parce que c'est remboursé et je ne serai pas plus respecté pour cela. Donc il y a tout un contexte qui fait qu'on a l'impression qu'il n'y a pas d'implication ,complète dans le traitement.

C'est plus une philosophie.... Tous les médecins de terrain vous diront entre guillemet : » on est respecté au niveau de la valeur de l'acte »... Vous allez chez le rebouteux, il n'y a pas de tarif, j'en connais pas qui donnent moins de 40 euros par exemple. Mais quand on doit passer de 22 à 23, y'en a un certain nombre qui vous levez les yeux au ciel en disant c'est scandaleux, le médecin hein.... Alors est-ce que le fait d'avoir des consultations qui pourraient être différentes, qui permettraient de s'impliquer différemment, les psychiatres l'ont bien compris : Si vous payez pas, vous n'êtes pas guéri. La guérison passe par le paiement. La médecine générale non ! tout acte en médecine générale doit être remboursé, que ce soit l'acte médical ou que ce soit la prescription. Donc, on arrive à une médecine qui est faite comme ça, enfin je pense, 80 % des médecins généralistes fonctionnent comme ça, j'dis pas que c'est bien. Donc c'est une consultation qui est ce qu'elle est. Le ressenti du malade, enfin du médecin de ce que dit le malade, et nous entre guillemet la seule réponse qu'on a, en tout cas, comme réponse immédiate, c'est le traitement.

-S'il y a quand même ce paiement à l'acte, on reçoit quand même quelque chose ?

-Oui, mais remboursé, alors ça c'est tout à fait différent, une chose que j'ai trouvée de bien c'est que la caisse a refusé, au moment des le tiers payant.

-Vous trouviez que c'est embêtant ?

-Il faut que le malade connaisse le prix des choses. De même que à la fin du mois, sa paye c'est marqué tout ce que le patron paye, le relevé de Sécurité Sociale montre les coûts, ce qu'on nous rembourse et ce que ça coûte à la collectivité, il est bon que le patient participe. S'il ne mettait pas l'argent sur la table, les feuilles de sécurité sociale partiraient directement à la poubelle sans savoir ce que c'est et les patients sont parfois surpris quand il lisent, « oh, ça coûte tant »

-Vous n'avez pas l'impression quand même que le fait de par exemple tendre un chèque, va avec l'inverse, tendre une ordonnance ?

-Oui, y a ça aussi C'est donnant-donnant. Quand je veux parler du montant de la consultation, c'est par rapport à la durée de l'acte. Si on faisait des consultations d'une heure, à 22 euros, c'est pas : on dévisse la plaque. D'abord on a très souvent pas la formation pour ça, on nous critique beaucoup parce qu'on dit, les médecins donnent des benzo alors que c'est les psychiatres qui hurlent en disant ils donnent trop d'antidépresseurs etc... c'est pas la solution. Quand vous avez trois mois pour avoir un rendez-vous chez le psychiatre, nous, ils font notre réponse, le patient est là : il faut une réponse.

-Et vous avez l'impression de n'avoir pas été formé à ça ?

-Non, non, on a une formation,... la psychiatrie c'était un module qui durait pas trop de temps, quoi deux mois maximum

-Au final, vous faites quand même ce travail ?

-Alors, on fait le travail, mais pas l'expérience. L'expérience, on en discute entre nous

-Vous faites des réunions de temps en temps ?

-Oui, non, pas trop. Mais en discutant entre nous, on arrive quand même à voir qu'est-ce que font les autres

-Et vous vous informez avec des journaux médicaux ?

-Oui, j'ai des revues médicales, je feuillète.....

-Et vous recevez des informations des laboratoires ?

-Les laboratoires, je ne les reçois plus, parce que j'en avais assez...

Mais au début, c'était bien parce que les visiteurs ils vous présentaient tout. Le génévrier, le sirop pour la toux..., y'avait une vingtaine de labos différents, etc, et puis d'année en année, tout a été racheté ils se sont regroupés et on tournait plus à la fin qu'avec 3 gros, Sanofi, Aventis, MERCK et on ne nous présentait plus que 4 médicaments c'est-à-dire qu'en une semaine, vous avez 4 visiteurs qui vous présentaient le même produit pour l'hypertension, plus, 4 visiteurs qui vous présentaient le Crestor® pour le cholestérol, plus 4, qui vous présentaient l'inipomp® pour l'estomac, plus 4 pour un hypertenseur, c'est tout ! et on ne travaillait plus qu'avec 4 médicaments, donc la salle d'attente avec des visiteurs, donc il n'avait plus de diversité, ni d'information, la formation était regroupée sur les 4 molécules donc je ne prends plus que les visiteurs qui m'intéressent.

Mais c'était intéressant, on n'était pas acheté par les laboratoires, on avait une information, on avait de temps en temps : ah bien effectivement, ce médicament je ne me rappelais plus qu'il existait, on pourrait l'essayer le repositionner, ça marche bien !..... Maintenant c'est plus ça du tout.

-D'accord, très bien et sinon tout ce qui est recommandation HAS, ce sont des choses qui peuvent vous influencer ?

-Elles sont là, là,et là on en reçoit 2 à 3 par semaine.

-Sur les benzo ? Cela peut vous influencer ?

-J'en reçois sur internet : sur la carie dentaire, sur les médicaments et la conduite automobile...il y en a partout...3 par semaine.

Si on veut, on va sur le site. La totale, alors il faudra un jour que je me pense sur le sujet mais votre venue va m'inciter à aller voir ce qui se passe là dedans !

-Est-ce que vous avez l'impression d'être armé pour prendre en charge les problèmes psychologiques ?

-jusqu'à un certain niveau. Je pense qu'avec 30 ans d'installation, on arrive à voir si on est efficace ou pas ; si on l'est pas, il faut passer la main. Bon c'est sûr,.... mais je me rends compte quand même que

la majorité des problèmes, on arrive à les régler, encore une fois, le plus difficile à régler c'est le problème au travail.

-Et vous pensez que le médecin a un rôle à jouer là dedans ?

-Tout à fait, d'ailleurs, c'est leur seul recours. Quand le mari en a marre de voir sa femme énervée en rentrant du boulot, que le travail à la maison est pas fait, parce qu'elle a autre chose à faire, elle est fatiguée, épuisée, ses copines comprennent pas, sa famille ne comprend pas, donc c'est chez le docteur, qu'elle va. Je dis la femme parce que effectivement c'est très souvent, quand même, la femme et voilà, quoi, effectivement.

-Vous avez l'impression qu'il y a de plus en plus de troubles psychiques ?

-Ah, oui, ah oui, il y a ceux qui n'ont pas de travail, qui sont pas bien et ceux qui ont du travail qui ne sont pas bien, parce qu'ils ont le boulot de deux personnes, une surcharge de travail, surtout dans certains secteurs, c'est une catastrophe. Par contre, y en a d'autres, jamais. Mais y'en a aussi qui sont dans les bureaux ou apparemment ça à l'air plan plan et pis tout à coup, vous les voyez ici qui s'écroulent en disant j'en peux plus. Voilà quoi !... c'est souvent des problèmes relationnels avec les chefs, petits chefs. Y a beaucoup ça et les problèmes aussi en famille. Ah ça c'est souvent : ...les problèmes liés à la famille, c'est souvent des problèmes de couple : la mère de famille débordée par les enfants, par le travail avec les enfants. Mais c'est surtout le boulot « J'arrive pas à faire mon boulot, on m'en demande beaucoup trop, je n'arrive pas à suivre »

-Alors, juste pour vous, si je vous demandais, qu'est ce qui à votre avis détermine le plus la prescription de benzodiazépines ? qu'est ce qui va faire pencher d'un côté ou de l'autre comme vous allez prescrire ou pas ?

-Pour moi, c'est soit dépressif, soit anxieux. Si je sens vraiment qu'il y a une dépression, c'est tout à fait différent, c'est pas les benzodiazépines, surtout maintenant on a affaire à une thérapie bien

-Vous avez l'impression que vos prescriptions de benzo ont un peu viré vers les prescriptions plutôt d'antidépresseurs maintenant ?

-Non, elles ont chacune leur place. Si je peux éviter l'antidépresseur, c'est mieux, parce que comme je leur explique, vous partez pour 6 mois, antidépresseur, vous partez pour 6 mois, faut vraiment... Et puis c'est pas seulement parce que vous êtes fatigué le soir que c'est une dépression donc c'est bien faire la part des choses et si c'est vraiment une dépression à ce moment là, c'est un antidépresseur et très souvent je leur propose un suivi psychiatrique surtout s'il y a récurrence.

-Vous arrivez facilement à avoir des contacts ?

-On y arrive. Ce n'est pas toujours facile, mais bon on y arrive. D'où aussi la nécessité, le besoin de

mettre en route un antidépresseur parce que encore une fois faut répondre à une demande,... en leur précisant bien que si le psychiatre estime qu'il y a pas besoin....

-Est-ce que vous avez l'impression de traiter de la même manière par exemple, on va dire un diabète et des troubles anxieux généralisés ?

-La démarche est moins scientifique. On se base surtout sur le ressenti du patient, on le voit, quand on les connaît bien, on voit tout de suite si ça va ou ça va pas bien.

-Depuis combien de temps vous êtes installé ?

-Ça fera 30 ans dans 15 jours.

-Vous avez commencé à vous installer ici, ou vous avez fait des remplacements ?

-J'ai fait un remplacement de 15 jours.

J'étais assistant en chirurgie orthopédique et puis je me suis dit à 29 ans qu'il fallait faire un choix. J'avais déjà 3 enfants..., donc j'ai fait médecine générale. Je n'avais pas l'internat, j'étais assistant en chirurgie avec le poste mais pas avec le titre. Donc il aurait fallu que je repasse tout mais, ça m'a bien plus de faire ce que j'ai fait pendant 4 ans....

-Et donc vous vous êtes installé ici ?

-Directement ici.

-Toujours seul ?

-Oui.

-Pourquoi ?

-Parce qu'à l'époque, on s'installait seul, il y a 30 ans, on s'installait, tous les dimanches dans le journal, il y avait une nouvelle installation. A la fin des années 70, les cabinets s'ouvraient à tire la rigot. Les cabinets d'association, nous en voyait souvent que le mauvais côté, c'est-à-dire les cabinets qui éclataient. Je suis persuadé que c'est terminé cette époque là. Plus personne n'en veut. Les jeunes n'en veulent pas et ils ont raison. Y'en a peut-être quelques-uns qui vont s'accrocher à un travail en solitaire mais....

-C'est dur parfois ?

-C'était dur, oui c'est sûr, mais je suis quand même à 3 kms de tout, 3 kms des hôpitaux, j'ai tous les spécialistes en cinq minutes, c'est pas le fin fond de la campagne.

C'est une clientèle plutôt périurbaine, âgée au début, puis plus jeune.

-Vous avez quel âge ?

-59 ans.

-Bientôt la retraite ?

-Non, non !

Vous avez raison, tout le monde en parle. Théoriquement oui, 65 ans, peut être moins tout dépendra des conditions financières parce que la retraite des médecins n'est pas très payante. Donc, je penche 65.

-Vous aimeriez bien profiter d'autres choses ?

-Ben oui.

-Combien vous passez de temps pour une consultation, en moyenne ?

-Une dizaine de minutes.

-Vous avez l'impression que les consultations pour des troubles anxieux sont plus longue ?

-Ça dépend si je connais le patient ou pas, si je connais tout le vécu, l'historique, les conditions de travail, les conditions de vie de famille, les enfants, etc., je connais tout ça.

Ça double facilement le temps. Mais c'était beaucoup plus long et il faut pas leur donner l'impression que d'expliquer et d'avoir le réflexe : j'ai mal, je donne un comprimé et comme ça c'est réglé, il faut quand même leur expliquer pourquoi on donne un traitement et leur expliquer le comment du traitement, ça prend toujours beaucoup plus de temps.

-Qu'est ce que vous appréciez le plus dans votre métier ?

-quand même le contact avec les gens, pas tous, mais un vrai noyau de patients, y'en a que j'ai depuis que je suis installé. C'est surtout les gens ! Avoir un contact, des relations un peu différentes pas trop de copinage, pour le travail qu'on fait c'est pas bon, mais quand même des relations, on sent que les gens vous font confiance et puis certains qui ont plaisir à me voir tous les ans, pour des vaccins, pour des examens médicaux etc....

Si on n'aime pas les gens, c'est comme les enseignants, la population a changé, ils sont plus exigeants, ils ont l'impression de savoir tout dans tous les domaines, internet ne nous facilite pas toujours la tâche ! Y'en a quelques uns qui arrivent avec leur liste, parfois c'est intéressant, parce qu'il y a des choses auxquelles on n'aurait pas pensé mais

tout dépend comment c'est fait. Cela ne m'est pas encore arrivé, mais en discutant avec les confrères, y'en a qui arrivent carrément en disant, j'ai lu ça sur internet, j'ai ça, il me faut ça.

-Et juste, vous avez du coup un peu orientée votre pratique traumatologique ou pas ?

-Pas du tout ! ... en plus de ça, on n'a plus le droit de rien faire. C'est extraordinaire. En 30 ans, on nous a coupé les ailes, ensuite on nous a coupé les pattes, ensuite on nous a remis les oreilles, c'est terrible. Moi, quand je me suis installé, je faisais tout, je faisais les verrues plantaires, j'enlevais des kystes, je faisais des sutures et puis d'année en année, en lisant le Sou Médical, et quand vous voyez la liste des plaintes qui s'allongent, qui s'allongent, quand vous voyez l'attitude désagréable du conseil de l'ordre, vous n'avez pas envie qu'on vous tape sur les doigts, donc on fait de moins de moins de chose. Moi j'aurais rêvé d'avoir, des petites polycliniques où on fait vraiment de la petite chirurgie. Par ailleurs je réalise des expertises et c'est très intéressant, vous donnez un avis objectif sans vous soucier des contraintes et des répercussions de vos évaluations.

ENTRETIEN MEDECIN 3

-Dans quel cas prescrivez-vous des benzodiazépines ?

-Ben, à titre anxiolytique puisque officiellement c'est des anxiolytiques, enfin on en prescrit aussi souvent à titre.... Myorelaxant, antiépileptique rarement.

-Et quand vous dites anxiolytique c'est dans quel cas ?

-L'anxiété c'est un diagnostic qui est très courant, parce que je pense qu'une consultation sur, j'sais pas, sur 2 ou sur 3 est sous tendue par une anxiété : Primaire ou secondaire, mais enfin, il y a une anxiété, alors il faut essayer de ne pas donner d'anxiolytique à chaque fois, ben on aura tendance un petit peu à..

-c'est difficile de ne pas en prescrire ?

-y'a plein de maladie qui sont sous tendue par une anxiété et par du stress. Prenez une pathologie bien organique : les aphtes par exemple. Les gens qui ont des aphtes, bon l'aphte, c'est tout ce qu'y a d'organique..... et bien l'aphte c'est une maladie psychogène, d'accord hein, vous êtes stressés vous êtes anxieux, vous faites des poussées d'aphtes, vous n'êtes plus stressé les aphtes disparaissent, d'accord ! Alors qu'est ce qui faut prescrire devant un aphte, faut prescrire des bains de bouche ? Ou faut prescrire des anxiolytiques ? Faut que vous réfléchissiez et vous voyez....voilà, alors y'a plein de maladies comme ça psychosomatique et nous c'est notre pain quotidien

-vous trouvez ça difficile parfois de faire la part entre le psychosomatique et le somatique pur ?

-ben, c'est l'expérience on a l'habitude de voir nos patients, et donc on les connaît un petit peu, et d'ailleurs c'est là la principale difficulté qu'on essaie d'enseigner à nos stagiaires, on a toujours tendance surtout quand on commence à avoir de la bouteille, à se laisser entraîner dans une espèce de routine, on dit celle là on l'a déjà vu dix fois, parce qu'elle a mal au bide et que... hein, elle exprime son mal être dans sa colopathie fonctionnelle, alors qu'est ce que je fait ? Je lui donne un anxiolytique ?... Je lui donne des antispasmodiques ? Et donc, alors on la voit pour la dixième fois comme ça et peut être que la dixième fois y'aura quelque chose de grave, et c'est ça le principal danger de la médecine générale. On a deux dangers qui nous menacent en permanence c'est celui là, c'est ce que j'appelle la criée au loup : c'est à dire quelqu'un qu'on a vu dix fois quinze fois, pour des trucs... qui se passaient dans la tête et la seizième fois, alors : Encore celui là qu'est ce qu'il va encore nous raconter comme truc, et il a le droit un jour de faire quelque chose, voilà ça c'est le premier, et alors le deuxième danger qui nous menace tout le temps, et ça nous est tous arrivé, très rarement dans notre clientèle, mais ça arrive de temps en temps, c'est les deux trains qui passent en même temps au passage à niveau, vous

savez ce que c'est ? le patient est suivi pour une pathologie sérieuse importante, qui mobilise toute notre attention, et puis il y a une deuxième maladie qui apparaît...qui apparaît mais évidemment insidieusement, doucement, à bas bruit Et peut être que si il y avait pas la première maladie on aurait pensé ou on aurait peut-être diagnostiqué plus facilement cette deuxième maladie, donc ben ça nous arrive de temps en temps on passe à coté d'un symptôme, qui aurait peut être été plus parlant s'il y avait pas tout cet autre cortège de symptômes qui masquait un petit peu l'histoire, voilà, c'est les deux principales difficultés. Vous voulez faire quoi plus tard ?...(...)

On fabrique des tonnes de vieux en ce moment, chaque fois que je vais dans des maisons de retraite je suis un peu démoralisée parce que je vois toutes ces pauvres vieilles parce qu'il ya que des femmes quasiment, toutes ces pauvres vieilles, qui sont là dedans, pourtant je sais bien que le personnel s'en occupe bien, ben c'est admirable ce qu'ils font ..., mais ...je me dis que c'est dur de rentrer là dedans, on va pas les tuer, j'sais bien, mais bon...y'a des fois on se demande pourquoi il vivent encore.....bon, on est hors sujet....

-Est-ce que vous trouvez que ces médicaments sont efficaces ?

-ah oui !, les benzodiazépines ça marche très très bien, c'est sûrement un des médicament qui a la meilleure efficacité, ça a complètement changé l'anxiété, par rapport aux vieilles conneries qu'on donnait avant, d'abord les barbituriques, je les ai pas connu moi..., ça fait 28 ans que je suis installé, et donc les barbituriques ça datait sûrement de 40 ou 50 ans, y'avait que ça, hein, voilà, après y'a eu l'Equanyl®, qu'on prescrit plus beaucoup, l'Atarax®, qu'on prescrit encore, bon...y'a les benzo like light, le Stresam® les choses comme ça...

- C'est des molécules que vous prescrivez ?

- Non, pas vraiment.. Ou faut prescrire une benzo, ou il faut pas en prescrire, et on reste à ce moment là dans la phyto ou dans le néo-panaceo-placebo thérapie. Je crois pas du tout à l'homéopathie, personnellement, pas du tout.... Heu pourtant il y a 25 ans pour faire du clientélisme, y avait beaucoup de concurrence entre guillemets, alors je m'étais dit, oh la la il faut que tu fasses des études d'homéopathie, ça va te ramener une clientèle, alors je me suis tapé les trois années d'enseignement à la SMD : Société médicale de ???Thérapie à Metz. J'y allais les WE, je me, suis tapé les trois années d'enseignement, j'ai essayé d'y croire....

- Et, qu'est ce qui vous a fait ne plus y croire ?

- J'n'y ai jamais cru ! c'est comme les religions finalement, faut avoir une certaine tournure d'esprit, et moi j'ai une tournure d'esprit qui fait que j'y crois pas

- y'a d'autres médecines dites parallèles auxquelles vous adhérez ou pas ?

- De temps en temps j'en ai fait un petit peu (montre schéma d'acupuncture affiché au mur) c'est un peu moins ésotérique, parce qu'on arrive un peu à mettre en place, on arrive à mettre en évidence un point d'acupuncture par exemple.

- Vous en faites de temps en temps ?

- Pas souvent, j'ai pas la tournure d'esprit pour ça, il faut être un peu... spécial, y'a des médecins qui sont fait pour ça, j'ai pas dit que c'était des charlatans, mais moi, j'y crois pas, mais des fois ça peut marcher, à titre de placebo amélioré d'après ce que dit la revue prescrire, vous lisez la revue prescrire ?

-Oui

-Je suis lecteur émérite de la revue prescrire, bon eux ils sont plus que rationnels c'est le moins qu'on puisse dire ?

-parfois trop ?

-Sûrement trop ! Ils sont trop intransigeants. Et en médecine on fait parfois, souvent des trucs qui sont pas dans les reco (recommandation), dans le colloque singulier du patient, pt' être qui fallait pas donner d'antibiotiques, mais bon sis c'est telle , telle ou telle situation, même si la revue prescrire dit faut pas, ben pt' être qu'une fois faudra donner quand même (dit lentement), vous comprenez ce que je veux dire ? Pour moi les intégristes sont des gens dangereux, faut avoir les idées. Un peu ouvertes ! Vous verrez, ce sera votre expérience. J'ai pas la prétention de dire que moi, j'ai raison, et que les autres, ils ont tort !, Vous comprenez ?...Question suivante.

- Quand vous prescrivez un traitement, lequel prescrivez-vous en premier

-En général quand c'est pour une anxiolyse, j'essaie d'utiliser des produits à demi-vie courte, alors j'aime bien le Seresta® ou le Veratran®, si vous voulez des noms de spécialités. Dans le temps, je prescrivais beaucoup de Lysanxia®, parce que le Lysanxia® on nous l'a présenté, c'est l'industrie qui nous présentait ça, hein on disait le comprimé miracle, le comprimé bleu qu'on mettait sous la langue, et c'était quasiment miraculeux, ça fondait dans la bouche, sous la langue, mais je me suis rendu compte que ça avait une demi-vie de 120 heures, ou à peu près, donc, maintenant, j'aime mieux les demi-vies courtes

-Dans toutes les indications ?

-non, dans l'anxiété (seulement), pour l'effet myorelaxant on prescrit du Tetrazepam

-Est-ce que vous prescrivez dans les problèmes de souffrance psychique en général ?

- Oui mais alors là, souvent, on est plus dans l'anxiété pure, ou y a une névrose pour ne pas dire une psychose. Dans ces cas là je prescris plus des antidépresseurs, je pense que l'antidépresseur, c'est pas mal, on a beaucoup critiqué les antidépresseurs, dès qu'y a un truc qui marche bien on critique c'est très français ça. Par exemple la revue prescrire tire à boulets rouges sur tous les nouveaux

médicaments, le Cymbalta® par exemple.... J'ai eu d'excellents résultats avec ce médicament là, des colopathes fonctionnels qui avaient été traités pendant cinq ans, quinze ans et qui se plaignaient, j'avais déjà essayé cinquante traitements, alors j'ai essayé celui là, c'est vrai j'y croyais pas, et depuis trois mois, la dame me dit ça va mieux, c'est qui a quelque chose, et ce jour là on est content, j peux vous le dire !

-Est-ce que vous pourriez me décrire la dernière consultation ou vous avez justement prescrit des benzo ?

- Ca doit être un renouvellement ben ça doit être cet après midi, un patient qui a été mis en invalidité deuxième catégorie pour anxiété chronique, donc un état névrotique chronique, une désociabilisation, il est en ALD pour ça et il prend régulièrement un anxiolytique je crois que c'est du Seresta® 50 je crois, voilà après avis psychiatrique, alors lui il les prend jusqu'à la fin de sa vie, ça doit bien faire 10 ans qu'il les prend, et il est bien avec, et je ne m'hasarderais pas à vouloir changer quelque chose, alors là non, même sous la torture je ne changerais rien, on aura beau me sortir des articles en disant faut essayer de sevrer, non , chez des patients comme ça, je considère que sa benzo c'est une béquille, d'accord il a sa béquille, il est bien avec sa béquille, j lui enlève sa béquille, il s'casse la gueule, alors tant pis il est bine avec son Seresta® 50 et il augmente pas... alors il y a aussi tout un truc moi qui m'étonne on arrête pas de faire peur aux médecins, vous vous rendez compte y'a des prescripteurs de benzo quelle horreur !, ça donne de la dépendance ! ça donne de l'accoutumance, et ben j me disais qu'on a des mamies, des braves mamies qui prennent depuis 20 ans, 25 ans, 30 ans un mg de Temesta® tous les soirs pour dormir, et elles prennent toujours au bout de trente ans toujours 1 mg de Temesta® pour dormir, on a jamais augmenté leur doses, et on a jamais baissé leurs doses non plus, d'accord , voilà, une dépendance oui, sûrement, accoutumance, j'sais pas c'qui disent mes collègues...

-Les effets à long terme notamment la mémoire?

-Sur la mémoire surement, 1 mg,... aux doses là...non

-Est-ce que vous essayer d'arrêter des traitements ?

-Oui, chez des gens qui en prennent depuis pas longtemps, oui j'essaye toujours quand je fais une primo prescription, de donner une posologie dégressive

-Ca marche ?

-Un cp par jour pendant 10 jours, puis 1 /2, puis 1/2 un jour sur 2 etc., c'est le minimum, voilà, c'est sur que les vieux patients qui sont ferrés avec 4mg de Temesta® ou autre depuis 20 ans, là on fait plus de thérapie dégressive, voilà c'est tout, alors,.....oui ça marche.... Mais enfin on essaye de pas leur donner Mais au bout de trois mois le mal est fait. Si y bouffe des médicaments au bout de 2-3

mois.....à moins qu'ils changent de vie qu'ils gagnent le gros lot du loto qu' y rencontrent, une femme rencontre un homme extraordinaire beau grand riche, gentil célèbre, généreux, et puis là, pt' être qu'il aura plus besoin de béquille, y'en a d'autres la béquille c'est l'alcool, alors j'aime encore mieux qu'il prennent un mg de Temesta® que de picoler, non, vous croyez pas , parce que l'alcool doit être un peu anxiolytique

- Et vous pensez que cette béquille peut être autre que médicamenteuse ?

- Oui mais enfin c'est dur, trouver quelque chose qui remplace c'est pas facile c'est du domaine de la médecine à mon avis, on essaye toujours quelque chose, d'autres techniques.

- Notamment si on pense aux psychothérapies, vous y avez recours ?

- Très peu dans l'anxiété, j'y crois qu'à moitié dans la anxiété, y'en a plus très peu, pour avoir un RDV faut des mois, oui j'envoie les psychotiques, les dépressifs importants, j'avoue que j'envoie très peu dans les processus d'anxiété pure, l'anxiété généralisée, j'essaie un antidépresseur, non j'y crois qu'à moitié.

-Vous avez l'impression que ce sont plutôt les patients qui sont en demande de médicaments ?

- Ils en demandent souvent, mais on voit aussi souvent maintenant le contraire, parce qu'il y a une vague écolo, pas d'antibiotique, surtout pas d'antibiotique, j'veux pas des médicaments chimiques, j'veux des plantes, moi j'leur dis c'est vous qui voyez alors j'leur mets des traitements non chimiques, mais j'vous préviens, c'est comme une tisane, faut pas attendre plus d'une tisane que si on donnait une tisane, s'ils veulent de l'Euphytose®, j'leur donne de l' Euphytose®, j'essaie.

- Vous n'avez pas l'impression que ce qui a été fait pour les antibiotiques étaient bénéfiques ?

- Si je crois, absolument, on se bat encore beaucoup et on va se battre encore si on a une épidémie de grippe, parce que les gens vont nous emmerder pour avoir du Tamiflu® , moi je leur dit déjà au patient, vous vous savez quand vous aurez la grippe, vous aurez pas de Tamiflu®, j'leur dis maintenant, ben oui c'est comme ça ,vous vous rendez compte !le Tamiflu® à tout le monde ! le virus il va muter et on aura une épidémie et le Tamiflu® il marchera plus du tout !faut anticiper toujours.....question suivante !

-Est ce que vous avez l'impression que les français sont de gros consommateurs de benzo ?

-Of, j'ai pas de référence transfrontalière, moi je pense qu'y en prennent pas plus, intuitivement, je pense que l'européen moyen qui soit allemand, français luxembourgeois ou autre.... Intuitivement mais c'est purement intuitif, je pense pas qu'il en consomme plus que les autres, c'est ce que racontent les journaux, mais pour moi tout ce que racontent les journaux c'est pas... c'est pas parce

que c'est écrit dans les journaux que c'est vrai, la première chose que je fais que je lis un truc dans les médias, j'me dis, c'est vrai ça, peut être allez savoir !

- Chez les médecins généralistes est-ce que vous avez l'impression qu'il y en a qui prescrivent beaucoup de benzo ?

-Y'a toute une génération, on en a prescrit beaucoup sûrement, nos aînés sûrement, je critique pas, hein ! J'aurais fait comme eux !c'est toujours facile de critiquer, « y'avait qu'à, fallait pas » !, hein, « pendant la guerre de 40, moi j'aurai été dans la résistance ! Je serais pas parti travaillé en Allemagne» c'est facile de dire ça après, quand la crise est passée, mais quand on est au charbon devant, on sait jamais comment on aurait réagit, vous croyez pas ? Oui bien sûr, on aurait prescrit, c'est comme le tabac, dans le temps tout le monde fumait, les vieilles réunions de médecins, tout le monde fumait, un nuage de fumée, maintenant personne ne fume.

-Maintenant vous avez l'impression qu'ils prescrivent moins ?

- Oh ben oui ! Ils prescrivent beaucoup moins de benzos

- Et pourquoi à votre avis ?

- Parce que c'est quand même pas trop bien, c'est de trop entre guillemet c'est-à-dire pas quand il faut, et puis peut être qu'ils ont moins tendance à faire le tiroir caisse, c'est à dire d'être le délivreur de médicaments automatique à la demande du patient, quand il arrive avec ses listes de courses, ça se voit plus ça ; et puis je vois nos jeunes étudiants, qu'on forme maintenant seront encore beaucoup plus sévères que nous, ça j'en suis persuadé. Mais faut pas être intégriste, y'a des fois ou y faut, y'a des fois ou y faut sentir qu'y a besoin même si ça correspond pas à une reco machin, ben des fois, faut savoir faire l'entorse quand il faut, d'accord, mais faut prescrire à tire la rigot, et faut prescrire beaucoup de...de...demi-vie courte je pense par ce qu'on est plus dépendant, c'est que je crois, c'est ce que disent nos grands experts par ce que moi je suis pas expert, moi je suis qu'un petit médecin de quartier...

- Avec de l'expérience.

- Ah, j'ai de l'expérience pratique, ça c'est vrai, mais je n'ai pas réalisé de grandes études....Question suivante.

- Est-ce que vous, vous avez l'impression d'en prescrire beaucoup ou pas ?

- Non , raisonnablement, c'est intuitif, non j'ai pas l'impression d'en prescrire de trop, juste ce qu'il faut ,ni trop , ni trop peu, particulièrement les antidépresseurs, on essaie de nous bourrer le mou en disant les médecins prescrivent trop,... moi j'ai pas l'impression, les nouveaux AD y sont quand même mieux supporté que les vieux tricyclique, hein, vous vous jeune futur médecin vous avez quand même plus de chance , vous avez un arsenal

thérapeutique qui est quand même bien, y'a un progrès qui est extraordinaire, moi quand je me suis installé, quand j'ai fait mes études, ben, l'échographie n'existait plus, bon quand je dis ça ,on me regarde avec un air de Neandertal, « c'est pas possible », ben si c'était comme ça !, vous vous rendez compte.

- Vous étiez de meilleurs cliniciens ?

- Au début sûrement pas, parce que la formation initiale, était moins bien qu'elle ne l'ait maintenant, et je regrette beaucoup de pas avoir eu votre formation, sincèrement, je pense que notre formation initiale à l'époque était...on nous apprenait des trucs sur la médecine, des trucs de spécialités, mais sur la médecine générale ?...qu'est ce que j'aurai bien aimé de faire un stage !

- Est-ce que vous avez l'impression d'avoir été formé pour la pris en charge de cette souffrance psychologique ?

- Non, on a aucune formation là dedans, on s'est formé comme ça,

- Vous vous informez de quelle manière sur les médicaments ?

- La revue prescrire, je reçois quand même les laboratoires, j'les reçois quand même mais j'avoue que je les écoute plus... j'les reçois encore parce que je suis trésorier départemental de la formation médicale continue, donc je suis quand même animateur de séminaires , donc j'ai besoin des labos pour avoir de temps en temps un peu de pognon, alors c'est pour ça que je les reçois, pour leur secouer un peu la bourse, j'avoue que je les écoute pas sauf si c'est un nouveau médicament, ça me barbe, j'ai bien envie de plus les recevoir, mais comme j'ai besoin de leur pognon.

- Les recommandations HAS c'est des choses que vous prenez en compte ?

- Ouais j'avoue que je me tiens pas trop au courant , encore que, je suis médecin agréé, habilité pour l'évaluation des pratiques professionnelles, donc en théorie , en pratique, mais on fait plus rien parce que c'est un peu tombé au point mort, on allait chez les collègues, et on faisait l'évaluation de leurs pratiques, c'était intéressant d'ailleurs, chez les volontaires, et puis bon, c'était sous forme d'audit et on voyait si telle recommandation était suivie ou pas. Mais c'est pas ma lecture de chevet

- Par exemple celle sur les benzo vous a sensibilisé

- Non, non, j'le reconnais à ma grande honte , j'aurais du les lire, j'aurais du .

- Est-ce que vous pensez être armé pour prendre en charge les personnes qui ont une souffrance psychologique ?

- Ben , oui, on le fait tous les jours, comme monsieur Jourdain faisait de la prose sans le savoir, nous on, fait ça, comme , je vous dis des psychiatres il y en a plus.

- Vous avez l'impression d'y passer plus de temps que pour une consultation habituelle ?

- Oui, c'est chronophage, ah oui...c'est chiant, ça prend du temps, en été ça va encore, mais en hiver s'il y a une épidémie de grippe, et qu'y a plein de boulot, y'a des cas comme ça qui se pointent (mime qu'il s'étrangle), quelle horreur, enfin bon c'est comme ça on prend tout ce qui vient, faut le faire

- C'est efficace

- Ah oui, de tout de façon si les gens ils reviennent c'est que ça leur a fait du bien. y'a un turn over important dans ces pathologies là, par définition on arrive pas toujours à répondre à la demande, par définition c'est difficile

- Mais vous avez l'impression que le médecin a quand même un rôle à jouer là dedans ?

- Ah oui ! On a un rôle à jouer ! Mais on n'arrive bien souvent pas à aller au bout du problème, à régler le problème

- Pourquoi ça bute ?

- Par le problème est profond, parce que oui faudrait voir un psychiatre sûrement.

- Est-ce que vous avez l'impression que c'est parfois des problèmes de société ?

- C'est surtout des problèmes de conjugopathie, oh la grande majorité des problèmes, cherchez le conjoint ! la femme qui vient vous voir pour des problèmes x ou y c'est à cause du mari.

Dans 95% des cas, vous allez dire que je suis réducteur, mais c'est le mari, qu'ils divorcent et puis ça ira mieux, je caricature, hein !, mais souvent c'est vrai, maintenant c'est plus facile, parce que dans le temps on divorçait pas, pourquoi ? Parce qu'elles ne travaillaient pas, alors elles dépendaient complètement financièrement du mari.

- Du coup vous avez l'impression que la situation a changé maintenant ?

- Ca a changé maintenant, c'est plutôt le stress du boulot ! déjà ,une femme comme vous, y'a quand même quelque chose d'important à faire avant 30 ans, excusez moi c'est de faire des gosses, ben aujourd'hui les femmes elles font plus de gosses, parce que le boulot passe avant tout, y'a des choses comme ça qui restent de votre passage sur terre , c'est pas votre boulot , c'est vos gosses !, si vous les élevez bien, ça ira, si vous les élevez mal ça n'ira pas, voilà, donc y'a une chose à faire c'est de faire un enfant, si possible avant 30 ans , c'est un petit conseil que je vous donne.

- Est que vous pensez que le système de soin français à tendance à influencer un peu la prescription médicale ?

-..... Oui peut-être dans le temps, mais maintenant, je ne pense plus, y'a par clientélisme que le médecin prescrivait beaucoup de truc avant, pour faire plaisir aux gens, maintenant, je pense que c'est plus le cas

- Ca vous arrive de pas prescrire de médicaments ?

-....En expliquant bien, oui...mais je parle pour les premières prescriptions, pour des gens qui en ont déjà en chronique, y repartiront avec leur

traitement, de tout de façon on peu pas faire autrement

- Dans quel pourcentage à peu près vous prescrivez dans des cas d'anxiété ?

-....Ben si c'est vraiment de la vraie anxiété : 100%, ben si c'est quelque chose de très léger, mal de vivre... on peu toujours essayer une placebo thérapie, faut qu'on s'entende sur le mot placebo, placebo, c'est quelque chose qui a pas une action prolongée , ouais , la phytothérapie : la valériane , la passiflore, y'a une toute petite efficacité, ben ça d'accord , c'est pas nul , l'homéopathie, d'après la revue prescrire ça marche pas, voilà, bon , vous trouverez des gens qui ont une foi et une rigueur intellectuelle très poussées, l'homéopathie , ça marche,... alors qui c'est qui a raison. C'est de la religion après vous croyez ou vous croyez pas, on est du domaine du religion.

- En parlant de religion est ce que vous pensez que les prescriptions seront différentes en fonction des religions

- Non , ...non, le seul problème ou la religion entre vraiment en compte , à notre niveau de médecin généraliste , comme les témoins de Jéhovah avec le transfusion sanguine, c'est le carême ou le ramadan chez les musulmans, alors ou il faut pas prescrire le jour, à part ça non.

On a beaucoup des magrébins dans le secteur qui sont en état d'acculturation, « a » privatif, qui perdent leur culture orientale et qui n 'arrivent pas à avoir leur culture occidentale, j'dirai même, je suis encore provocateur, je considère qu'une femme magrébine, elle est bien occidentalisée quand elle a deux critères, premièrement quand elle signe un chèque, et deuxièmement quand elle devient spasmophile. C'est une petite caricature, mais ça veut dire qu'elle attrape nos maladies occidentales.... Autres questions

- Est que vous allez par exemple avoir la même approche avec un diabète et un trouble anxieux généralisé ?

- Oui c'est plus flou, la seule règle qu'on a pour la sécurité sociale c'est que la prescription ne doit pas dépasser trois mois d'un anxiolytique, et un hypnotique 28 jours, ben à part ça on fait ce qu'on veut, je fais pas de différence entre les deux

- Quel âge avez vous ?

-54 ans

- Depuis combien de temps êtes vous installé ?

- Ben, 28ans

- Toujours dans le même cabinet ?

- Ah oui, toujours ici

- Au début vous exerciez seul ? associé avec une collègue

- Oui au début, j'étais tout seul, et je me suis associé avec une collègue depuis dix ans

- Qu'est ce qui a motivé cette association ?

- Ben j'avais envie de faire autre chose, ben oui, parce que faire de la médecine générale, c'est bien, ben, j'aime bien mon métier mais, je voulais faire

un petit peu autre chose, alors j'ai rencontré des gens de l'AMPPU, donc je me suis lancé là d'abord dans la formation médicale continue, et puis après dans la formation médicale initiale alors les stages de 5^{ème} année, de 8^{ème} année et de 9^{ème} année, le SASPASS, et puis on a bouclé la boucle en faisant l'évaluation des pratiques professionnelles. , ça prend du temps tout ça, faut se reposer de temps en temps, et puis comme j'aime bien partir en vacance très souvent, je pars au moins six fois par an en vacances, les belles années passent vite, on sait jamais ce qui nous attend, c'est vrai, il faut profiter du temps présent. Bientôt je vais être grand père quatre fois, mais je me sens comme à 20 ans , ça a changé, y'a des papy, mais qui sont bien, qui font du sport encore, bien qui font pas des vieux alors que quand vous voyez sur des photos, les gens de 70 ans au siècle dernier ils étaient vieux.... Autre question ?

-Est-ce que votre clientèle est urbaine ?

-Oui, la vallée industrielle alors c'est urbain, y'a rien de rural ici

- Vous réalisez combien d'actes par jour ?

-je travaille plus qu'à mi-temps, puisqu'on a qu'un bureau...

- Combien dure en général une consultation ?

-1/4 d'heure en général, je fais pas de la médecine lente, je fais de la médecine moyenne,, médecin lambda standard, quoi !

- Quand c'est du domaine psychologique, vous y passez plus de temps ?

- Des fois ça peut atteindre la demi heure, mais j'aime pas quand ça arrive trop souvent par ce que ça retarde le débit et après les gens dans la salle d'attente y râlent, ben, c'est comme ça, ben s'il y a une épidémie de grippe et qui a plein de monde derrière , ben écoutez, on va en rester là pour aujourd'hui, et repassez me voir dans quinze jours, on botte un peu en touche, on va pas leur dire, maintenant ça suffit, file moi tes 22 euros et puis, hop au suivant, on dit pas ça comme ça on emballe ça tout doucement dans du beau papier, et un beau petit flot, et puis on leur dit revenez me voir dans 15 jours....mais bon en général ça se passe bien, les gens le comprennent

- Qu'est ce que vous appréciez le plus dans votre métier,

- Le contact avec les gens, on tisse des relations, quasi familial avec les gens, je suis sûr que j'aurai faim un jour, je sonnerai chez quelqu'un, il me fera à manger, il m'hébergera, je fais partie de la famille, voilà ...les gens ils sont habitués, docteur, docteur, quand, ils vous voient , ils sont à moitié guéris, vous êtes le bon docteur, alors c'est pour ça que, enfin une fois ça arrive ce fil se rompt par ce qu'il y a eu une erreur, un mot de travers et là, ça fait mal, ce lien si vous voulez, c'est dure pour la personne, c'est dure pour nous, quelqu'un qui quand on partait en vacance nous disait j'attends quinze jours que vous rentriez pour me soigner, et

puis un jour vous passez dans la rue, et il change de trottoir.

Pour pas vous dire bonjour, qu'est ce que je lui ai fait, des fois on sait ,on a fait une connerie, parce que celui qui en trente ans d'activité à jamais fait une connerie, dites moi le, je veux le voir celui là, c'est inéluctable, retard au diagnostique c'est l'erreur qu'on fait le plus souvent, bon on regrette un peu et au bout de 24 heures ça passe, mais sur le moment c'est douloureux, alors c'est ça qui me fait le plus plaisir , on voit des braves gens, ils sont contents de nous voir , ça se voit, ils ont confiance dans ce qu'on leur dit, ce qu'on leur fait, rassuré soulagé, guéri, ça je trouve que c'est déjà la moitié de' la guérison, là dessus je suis certain que c'est vrai ,y'a eu des études qui ont prouvé que la même ordonnance prescrite par le vieux médecin en qui ils ont confiance, et le petit jeune remplaçant qui a jamais été vu , l'ordonnance du vieux médecin va bien marcher , alors que la même ordonnance du petit jeune marchera moins bien, c'est dur pour les petits jeunes de débiter.....plus ça va plus je suis cartésien, l'EBM peut-être, c'est un truc qu'on fait sans le savoir, c'est comme les politique y sont en train de faire chier en ce moment avec leur grippe là , les circuits médicaux dans les cabinets, les machins , les horaires spéciaux pour les gripes, faut dédramatiser et à chaque fois on vous ressort le ministre qui veut fermer l'école, quand y aura 40% qui seront grippés, faut fermer la France, ben , non , on amuse la galerie, chaque fois que j'en entends parler à la radio je tombe dans les pommes on sait plus ou on va , oh les médias vous savez ?

- Est que vous pensez que les médias ont une influence ?

- Enorme, oui, énorme et plus on remonte dans l'échelle, les instituteurs...

- Et internet vous avez l'impression que ça joue ?

- Oui, mais nous dans notre région, on voit pas trop, à la ville oui pas chez moi, y'en aura un jour, mais...

- Dans quelle situation prescrivez vous principalement des benzos ?
 - Dans les situations, les états d'angoisse essentiellement l'angoisse en général, quelqu'un d'angoissé
 - Par exemple la dernière fois que vous avez prescrit des benzodiazépines c'était dans quel cas ?
 - la dernière fois.... Ça me vient pas comme ça.... Il y en a une, une, mais c'est pas la dernière qui prenait des anxiolytiques de longue date dans le cadre de problèmes d'exogènes
 - Liés à ... ?
 - Euh....Eu.....Ouf liés à des problèmes existentiels Est ce que vous avez d'autres questions parce que là...
 - Est ce que vous avez l'impression que ce sont des médicaments qui sont efficaces ?
 - Oui très
 - Vous avez de bon résultats quand vous les prescrivez ?
 - Oui ça répond bien, le seul problème c'est que ça crée des dépendances !
 - C'est l'effet secondaire principal que vous constatez ?
 - Ha oui !
 - Il y en a d'autres ?
 - Honnêtement, non, y a que la dépendance
 - Vous ne voyez pas d'effets sur la mémoire des choses comme ça ?
 - Ha si, oui à long terme oui, oui, les gens s'en plaignent
 - Vis à vis de ces problèmes de dépendance vous essayez parfois de les arrêter ?
 - Ben, ça dépend, si la personne, elle est sous anxiolytique de longue date, c'est très difficile, par contre si je débute un traitement chez une patiente, je leur dis toujours, j leur donne déjà une prescription dégressive. C'est dès le départ, si c'est une initiation avec une benzo, je leur précise qu'il y a des risques de dépendance et je leur diminue sur un mois en dix jours, dix jours, dix jours.
 - Et quand vous décidez d'arrêter vous avez des stratégies de remplacement ?
 - On avait la phyto mais qu'on a plus ! il reste quoi le magnésium, ça marche pas tellement
 - La phyto vous dites il n'y en a plus c'est parce que ce n'est pas remboursé ?
 - Je suis dans un quartier difficile, les gens vont pas aller acheter...de la spasmine ou de l'euphytose Surtout après avoir mis une benzodiazépine !
 - Et ça se passe bien généralement quand vous faites de dégression comme ça ?
 - Ca dépend des contextes, chez des personnes jeunes qui ont des problèmes ponctuels ça marche, il y a des contextes familiaux, un petit peu plus compliqués, là c'est difficile

- Et vous avez l'impression que les problèmes sont plus souvent liés à quoi ?
 - C'est un tout, je pense que, c'est-peut être méchant ce que je vais dire mais essayer de se prendre par la main et d'aller faire j'sais pas du sport, faire autre chose
 - Et vous avez l'impression que c'est une demande des patients la prescription des médicaments ?
 - Ah oui oui oui ! Faut faire quelques chose
 - Et vous avez recours à d'autres méthodes que les médicaments ?
 - Moi j'ai une population étrangère alors tout ce qui est psychothérapie, ben y'a la barrière de la langue, non, ben, j leur donne des conseils de faire du sport de changer d'air, de s'amuser... j'ai pas d'autres recours, s'ils parlent bien français, je les envoie au CMP qui est pas loin mais quand ils parlent pas bien français...
 - Est ce que vous avez l'impression que le système de soin français comme il est fait favorise la prescription ou pas ?
 - ??? Pas d'idée..... Oui certainement qu'il favorise, certainement qu'il favorise, c'est sur que si les médicaments étaient moins remboursés on en prendrait peut être moins
 - Et concernant le payement à l'acte, pensez vous être redevable de quelque chose au patient ?
 - Non, je n'ai pas cette impression, non et puis tout le monde n'a pas la possibilité de prendre des médicaments non remboursés
 - Avez vous l'impression d'avoir été formée à la prise en charge des troubles psychiques ?
 - Moi je fais pas mal de séminaires de deux jours, j'en fais à peu près quatre fois par an, non ça va
 - La formation est correcte ?
 - Si on veut, on peut toujours
 - Vous avez fait une formation sur ce thème là ?
 - Oui l'année dernière, c'était pas sur les traitements mais sur une prise en charge globale du patient, pas une prise en charge médicamenteuse
 - Vous avez l'impression que c'est applicable à votre patientelle ?
 - Difficilement
 - Comment réaliser votre formation continue, vous êtes abonné à des revues... ?
 - Principalement par internet, de plus en plus
 - Vous suivez par exemple les recommandations HAS ?
 - J'essaie, j'essaie, pas toute !
 - Par exemple vous avez lu celle des benzos ou pas ?
 - Non, même pas en sachant que vous veniez !
 - Vous recevez les laboratoires ou pas ?
 - Oui !
 - Vous trouvez qu'ils donnent des informations intéressantes ?
 - Orientées quand même, ils sont malins, mais ça fait une pause, la sympathie
 - Qu'est ce que vous pensez des autres méthodes de prise en charge ?

- Non
- L'homéopathie...
- Je ne suis pas formée à l'homéopathie.
- Tout ça ce ne sont pas des choses qui vous parlent
- Non, la relaxation, le yoga, le sport, l'alimentation, ça oui, tout ce qui est médecine parallèle non
- Quand vous avez à prescrire un traitement, quelle benzo prescrivez vous le plus souvent ?
- Le Veratran®
- Avez-vous l'impression que les français sont de gros consommateurs de benzos ?
- Oui, je ne sais pas les autres pays ce qui se fait, mais ouais les gens sont plus demandeurs
- Et les médecins ?
- Je ne sais pas
- Et vous ?
- Non j'ai pas l'impression, (j'en prescris) très peu, je ne suis pas une grande prescriptrice de psychotropes, on a les relevée par la caisse régulièrement et je fais partie des médecins peu prescripteurs, j'en prescris moins chez les jeunes
- Ils ont moins de problèmes que les autres ?
- Ah oui je pense
- Est ce que vous avez l'impression d'aborder les troubles psychiques de la même manière par exemple qu'un diabète ?
- Pas du tout, chez moi un diabète c'est très systématisé, l'examen clinique est très carré, pour tout ce qui est psychologique y'a rien de carré, des fois on pose une question et ça part dans tout les sens, cette médecine là est plus longue et plus difficile
- Vous avez l'impression que ça prend plus de temps quand il y a des consultations de cet ordre là ?
- C'est exceptionnel que les gens ne viennent que pour ça, ils viennent parce qu'ils sont diabétiques et angoissés, les gens ne viennent pas que pour l'angoisse, ce n'est pas le motif de la consultation, si j'avais un motif à écrire qui a motivé la consultation ce serait pas l'angoisse, rarement, ça serait autre chose et l'angoisse
- En moyenne vous consacrez combien de temps à une consultation ?
- En moyenne 15min
- Et dans ces cas là ou il y a des troubles psychiques
- Ah, c'est une moyenne peut-être vingt cinq minutes la consultation peut être plus, il y a des RDV aussi pour ça
- Vous travaillez sur RDV ?
- Non, je donne trois à quatre RDV par jour avant ma consult, voilà quand les gens me disent ça va pas, là je sais que c'est pour parler et là je prends une demi heure, ça arrive deux fois par mois pas plus
- Et vous faites combien de consultations dans la journée environ ?
- 25
- Depuis combien de temps vous êtes installée ?

- 5 ans
- Dans le même cabinet ?
- Oui
- Et vous travaillez seule ?
- Oui, au début je voulais m'associer, mais vu que je n'ai pas trouvé d'associé, je me suis installée seule
- Avant vous faisiez des remplacements ?
- Oui
- Et quel âge avez vous ?
- 46 ans depuis deux jours
- Qu'est ce qui vous plait le plus dans votre métier ?
- Le contact, la relation avec les patients, et puis le besoin de se sentir utile, c'est un peu narcissique je sais pas (sourire)
- Le quartier c'est pas facile ?
- C'est différent des autres quartiers, moi je fais beaucoup de pédiatrie beaucoup de social, faut aider les gens dans leurs démarches administratives.....il y a aussi pas mal de somatiques, et moi je vois des choses que des amis installés ailleurs ne voient pas, des maladies qui ont trainé, y'a beaucoup d'étrangers qui viennent qui ont 40 50 ans qui ont travaillé dans leur pays et qui viennent avec des goîtres impressionnants des kystes hydatiques...
- Vous vous sentez pas trop isolé ?
- Un petit peu mais j'ai des amis médecins maintenant, on communique par mail, si on a des questions, avec des réponses rapidement, c'est vrai que travailler seule...pas pouvoir partager, discuter

Regarde ses prescriptions dans son logiciel : patient de moins de 50 ans prescription unique moins de 3 mois au-dessus de 50 ans traitement au long court

ENTRETIEN MEDECIN 5

-Dans quelles situations prescrivez vous principalement des benzodiazépines
-Alors... principalement angoisse principalement... trouble du sommeil
-Vous choisissez plutôt dans ce cas là des hypnotiques
-Ça dépend...il faut savoir que moi j'ai beaucoup de personnes âgées ici, une moyenne d'âge de 78 ans, très peu d'actifs, les secrétaires, en fait ! Mais principalement des retraités
-Et donc il y en a beaucoup qui ont des prescriptions de benzo
-Ouais, c'est une situation un peu particulière, c'est donc des retraités de la mine de fer ici, donc ils ont pas eu une vie très facile, surtout le revenu, des soucis, souvent isolés ...donc...heu !! énormément d'angoisse, de la déprime aussi.
-Lié à cette condition sociale ?
-Ouais, je pense, il y a souvent de nombreux enfants mais qui s'en occupent peu, ou alors des soucis d'argent... et puis aussi la maladie en plus ils ont des grosses pathologies, y'a de quoi déprimer !
-Le somatique entre aussi en compte ?
-Ouais les deux...
-Est ce que c'est des médicaments qui vous semblent efficaces quand vous les prescrivez ?
- Oui !
- Ca marche bien ?
-Ah oui oui, ils peuvent même plus s'en passer j'dirais, je sais pas si c'est une accoutumance physique , mais je crois que c'est une aide quoi.
-Une psychologique d'avoir un comprimé ?
-Oui j'ai l'impression, et puis bon c'est efficace ! vraiment c'est efficace
-Est ce que vous voyez des effets négatifs ou secondaires, plutôt à long terme ?
-Pas franchement, non, contrairement à ce qu'on nous raconte, non, bon ils en prennent pas non plus des doses très très importantes, je dirais, mais non pas franchement
-Est ce que vous pourriez me raconter la dernière fois que vous avez prescrit des benzo c'était dans quelle situation ,
-... Heu, la dernière c'est une patiente chez qui on avait découvert un néo mammaire et qui était par la force des choses très angoissée très
-Et c'était une demande de sa part ?
-Ouais c'est souvent une demande de leur part
-Vous avez l'impression que ça vient plus des malades ?
-Oui !(rapide)
-Ils viennent en vous demandant un comprimé
-Oui ils demandent, enfin ils disent qu'ils sont très angoissés et cætera quoi, ils veulent quelque chose en fait

-Est que vous avez l'impression que les français sont de gros consommateurs de benzodiazépines ?
-.....Peut être choquer mais je trouve que quand il en faut y'en faut, ça me choque pas plus qu'ailleurs peut être aux US ou je vais assez souvent, en effet, ils se jettent peut être pas sur les benzos, mais ils avalent tellement de bêtises à côté, tellement de médicaments à côté de cocktails de chez pas quoi, alors non j'y crois pas.
-Vous avez l'impression que les médecins eux sont de gros prescripteurs ?
-....Moi oui j'dirais, parce que la situation est comme ça quoi, s'ils avaient pas de soucis dans la vie on en prescrirait pas non plus,...je pense
-Et vous personnellement vous avez l'impression d'en prescrire beaucoup ?
-....Plus que la moyenne oui, j'ai remplacé pendant 10 ans dans le régime général, donc une population beaucoup plus jeune, c'est sur qu'à ce moment là j'en prescrivais moins, mais y avait moins de soucis dans la vie y'a pas besoin de benzodiazépines, mais malheureusement, j'sais pas comment on peut résoudre les problèmes
-Il y a d'autres techniques que les médicaments que vous utiliser ?
-Souvent dans les cas bénin j'utilise un peu l'homéopathie, et des molécules du style Atarax®, sans trop gros résultat, si si au début quand c'est vraiment mineur, ou sur demande du patient, j'ai quand même quelques patients qui sont réticents, et puis c'est pareil c'est peut-être pas tellement utile les benzo alors là j'essaie autre chose...mais c'est quand même relativement limité
-En ce qui concerne les psychologues, les psychiatres vous avez recours ou pas ?
-Ca arrive...sans grande conviction parce que , je trouve que....psychologue encore oui ça peu aider...psychiatre ils ressortent encore plus abrutis que de chez moi, généralement ils sortent avec des neuroleptiques avec , antidépresseurs avec donc après ils sont de vrais zombis quoi
-Vous avez l'impression que ça n'aide pas ?
-Bon après ça dépend peut-être des quels, je n'ai une expérience que ici sur le secteur, y 'a certain patients que j'envoie à jury, quand ils ressortent de là c'est, ils marchent à peine, il les faut peut-être, je dis pas mais tous les patients que j'ai envoyés chez un psychiatre...les patients espéraient en fait discuter avec le psychiatre, en fait le psychiatre ne parlait pas et ils ressortaient avec 3, 4 médicaments sur l'ordonnance., pour moi ça servait à rien , sauf vraiment les dépressions très importantes ou là jury était nécessaire, c'était utile , mais sinon psychologue peut être mais je doit dire, comme je vous dis c'est des personnes âgées, elles sont très pudiques , donc j'ai du mal à aborder la question, c'est rare déjà quand ils me le demandent d'eux mêmes, c'est vraiment des cas désespérés, ils parlent de suicide d'idées noires, souvent c'est le conjoint donc là j'oriente et là souvent c'est jury,

sinon c'est rare qu'ils me le demandent, et moi je dois dire que je suis un retissant par ce qu'il y en a toujours certains qui pensent qu'ils sont fous, alors moi j'hésite, les psychologues j'en parle un peu plus mais souvent j'ai des refus

-Et d'autres méthodes : relaxation acupuncture... ?

-Relaxation no, j'vois aps trop, j'connais pas en tout cas, oui mais rarement aussi, pour d'autres problèmes mais pas de cet ordre là

-Des fois est ce que vous essayer d'arrêter des traitements ?

-Oui , parce qu'à côté de ça ils en ont parfois vingt, je suis des gros patients, des grosses pathologies des néo, des gros problèmes d'arthrose, c'est des gens qui ont travaillé, ils ont connu la guerre, je radote peut-être mais bon hue et puis c'était tout une vie de travail , de travail lourd aussi bien les hommes que les femmes, parce que j'ai beaucoup de veuves, les mineurs même sont décédés, et des problèmes aussi de sidérose, sous oxygène, c'est très lourd, donc c'est vrai qu'ils les ont déjà à côté une vingtaine, alors quand il faut essayer d'arrêter je le fais, mais je vous dis il y a tellement d'autres problèmes qui se greffent par dessus

-Et quand vous le faite vous avez l'impression que ça marche, que vous arrivez à les arrêter ?

-Oui oui ça j'arrive

- Les gens ne sont pas retissant

-Non, ils comprennent, mais c'est vrai que souvent après, pas longtemps après y'a un autre problème qui retombe, et ils me redemandent

-Et quand vous arrêtez , vous faites comment , vous avez une petite recette, de méthode de substitution ?

-Non pas franchement ça dépend du patient aussi et de la molécule de départ aussi de ce qu'il y a à coté, s'ils ont des antidépresseurs ou encore autre chose à côté

-Et quand vous prescrivez un traitement c'est lequel que vous prescrivez en premier ?

-Moi, c'est Xanax®, quand c'est une urgence, un décès ou une maladie qui vous tombe dessus, des problèmes avec des enfants, moi j'ai l'impression que c'est celui qui est le plus rapide d'action

-Vous vous informez comment sur les médicaments ?

-Oh... la caisse mine nous abonne à des revues un petit peu ?

-C'est quoi comme revue ?

-Le quotidien du médecin, yen a un autre j'sais plus, mais bon y'a des labos qui passent, des délégués, peu mais ils passent

-Vous avez l'impression qu'ils vous donnent une information intéressante ?

-Moi oui, moi j'aime bien... et puis ça me change un petit peu, j'vois deux délégués dans la journée, mais oui eu... oui

-Vous faites des FMC, des formations comme ça ?

-Je vais à la semaine médicale de Nancy....je vais me lancer un peu dans l'homéopathie ,un petit peu, ils ont des retraites très très basses, environ 650

euros par mois, donc avec tous les médicaments à remboursés, ce sera peut être une aide quoi, comme les veinotoniques les choses comme ça, en ORL il y a presque plus rien de remboursé, je vais essayer , je vais voir

-Sinon êtes vous influencé par tout ce qui est recommandation HAS... ?

-Pas spécialement , non

-Pensez vous que la formation médicale est suffisante pour prendre en charge tous ces troubles psychiques ?

-En général oui j'dirai, sauf vraiment les gros cas, les grosses dépressions, les idées suicidaires, là peut-être pas non, là c'est quand même du domaine du psychiatre

-Oui, sinon vous avez l'impression que c'est tout à fait gérable en médecine générale

-Oui

-Vous avez l'impression que c'est facile à faire cette relation d'aide ?

-Oui , je trouve que c'est assez facile

-Et que ça relève du domaine de la médecine générale

-Oui, c'est important chez moi oui

-Est ce que vous avez l'impression que le système de soin tel qu'il est fait influence la prescription ?

-Oui ,moi je vous dis , ces un peu particulier, moi je dépends de la care mine, c'est le régime minier, donc jusqu'à présent on est pas trop embêté par les médecins conseils ici, donc on fait un petit peu comme on a envie, on nous donne les recommandations c'est sûr, on essaye de mettre des génériques des choses comme ça, mais je pense qu'on a moins le couteau sous la gorge

- Par exemple vous ne recevez pas les décomptes de sécurité sociale de remboursement : que vous êtes plus ou moins prescripteurs?

-Non....oui, c'est un régime un petit peu particulier, ça a quelques avantages

-Vous travaillez donc sur plusieurs cabinets ?

-Moi 3, disons qu'ils appellent ça des centres de santé maintenant : un à Algrange, un à Hayange et un à Neufchef qui va fermer parce que j'y allais qu'une demi journée par semaine, on était deux en fait j'avais une collègue, qui malheureusement a démissionné, donc je me suis retrouvée avec un peu une double patientelle, et en effet comme ça revient cher de payer 4 centres ils vont en fermer deux

-C'est donc des centres avec heu ...

-Une infirmière, qui fait beaucoup de secrétariat, qui nous aide beaucoup pour les dossiers, prendre la ligne téléphonique

-Elles vous aident du coup un peu dans les soins dans l'éducation

-Elles sont censées le faire mais elles font beaucoup de secrétariat, il y en a sur d'autres secteurs qui adorent par contre faire de l'éducation qui le font déjà, qui font du domicile, mais bon ici elles aiment bien c'est sûr c'est plus facile de rester là de faire du secrétariat, et puis c'est vrai ça m'arrange. Bon,

il ya une nouvelle direction depuis 6 mois et ils vont mettre ça en place

-Comment vous répartissez vous donc ?

- Je suis deux jours de la semaine ici (Hayange), et vu que je suis seule, je fais trois samedi matin sur quatre, sinon je suis deux jours à Algrange, et donc là je faisais une matinée à Neufchef, je consulte par demi journée et le reste en visite à domicile, car comme ils sont très âgés, j'ai beaucoup de visite à domicile, plus qu'au régime général, et on fait beaucoup de social aussi. Ils ont souvent de nombreux enfants mais personne s'en occupe, au moindre problème ils veulent s'en décharger, donc en ce moment c'est vrai que c'est ce qui me pèse actuellement, téléphoner au moyen séjour ETC, au gériatre pour qu'ils me les prennent ne serait ce que trois jours. Les enfants n'en veulent plus ou alors ils sont débordés ou alors je sais pas comment il faut le prendre, pour moi y'a beaucoup de mauvaise volonté, donc ça ça se rajoute et c'est vrai que ça crée des problèmes, et de soucis parce que les personnes âgées elles sont pas toutes démentes, elles se rendent compte qu'elles sont abandonnées, elles sont tristes

-Vous avez l'impression que ça a augmenté ces derniers temps la souffrance psychologique des gens ?

-Oh là là ! en gériatrie, oui, moi j'ai été embauchée en 2000 bon il y en avait deux trois dans l'année qu'il fallait vraiment pousser pour qu'elle soit placée, là je dirais que je suis presque à un cas par semaine, les problèmes de placement c'est terrible.

-Du coup vous avez l'impression que vos habitudes de prescription des benzo a changé ou pas ?

-elles ont augmenté

-A votre avis qu'est ce qui pousse le plus les médecins à prescrire des benzo ?

-Ca dépend du contexte, je pense que le contexte est difficile en France, je pense en ce moment, je crois que c'est ça, la conjoncture économique et social, moi je dirai que c'est ça beaucoup, en plus des problème de santé c'est sur que la population vieillit, je vois personnellement j'ai énormément de cancer, si il y avait pas tout ça y'aurait peut être pas besoin de prescrire non plus. Moi, je suis persuadée que si on est bien dans la vie, qu'on a tout ce qu'il faut point de vue matériel s'il y a pas de souci, s'il y a pas de grosse pathologie, on aurait pas besoin de benzo

-Vous avez l'impression que c'est une aide précieuse ?

-Moi oui

-Et vous trouvez ça difficile de pas prescrire ?

-très parce qu'ils sont extrêmement angoissés, on le voit sur le visage, ils sont pas bien, ils sont seuls à la maison y'a personne pour les aider, pour les écouter ; sur le voisinage on peut plus compter sur les enfants pratiquement pas du tout, alors se tourner vers qui ? le psychiatre, moi suis désolée, c'est le silence radio, les patients nous racontent

après, ils sont très mal alaise, très gênés, ils doivent parler mais ils savent pas ils sont âgés, ils ont pas l'habitude de se confier comme ça à des étrangers, la famille ne les écoutent pas, bien sur ils viennent chez nous mais non plus on a du monde, faut essayer de respecter un petit peu les horaires, je peux pas non plus rester une heure à les écouter malheureusement, et même je peux pas leur régler leurs problèmes, quand c'est du domaine du social j'peux rien y faire. De temps en temps je fais sentir aux enfants mais après ils m'en veulent parce que je me mêle de ce qui ne me regarde pas, ils ont l'impression d'en faire énormément, moi je trouve que non. Je comprends pas cette façon de faire de ce point de vue là malheureusement je peux rien faire pour eux, alors si ça leur permet de passer quelques heures de sommeil tranquille ou être un peu moins angoissé tout seul quand la nuit tombe. C'est peut être pas la solution mais j'en vois pas d'autre. J'aimerais autant pas en prescrire si c'était possible, mais je vois pas comment je pourrai régler leur problèmes, leur angoisse quand on a rien d'autre à leur proposer. C'est un peu spécial chez nous parce qu'ils sont tous âgés

-Chez les personnes moins âgées vous en prescrivez moins ?

-J'en ai pas, à part les secrétaires, mais en ce moment comme il y a des problème avec la direction aussi, les malheureuses elles sont aussi en dépression les unes après les autres, alors du coup je leur prescris aussi (sourire), mais c'est vrai que quand je remplaçais dans le régime général, j'en prescrivait pas

-Vous travaillez donc dans ce domaine depuis 2000 ?

-J'ai été embauchée en 2000, j'ai eu ma thèse en 1992 et de 92 à 2000 je remplaçais 3 4 mois mes prédécesseurs ici, et « ' mois pendant toutes les vacances scolaires un médecin du régime libéral, c'était mon médecin de famille, donc je remplaçait que deux à peu près 6 mois dans l'année, donc je faisait déjà du minier à l'époque presque autant que du régime général et donc à l'époque pour le régime général j'en prescrivais pratiquement pas

- Quel âge avez-vous ?

-J'ai 46 ans

-Pourquoi avez vous choisit cette pratique ?

-Déjà personnellement j'aimais bien la gériatrie

-Vous avez une formation particulière de gériatrie ?

-Non non, mais c'est personnel, mais moi j'étais très attachée à une grand mère qui m'avait un peu élevé et je m'en étais occupée, elle avait un Alzheimer à la fin et donc avec ma mère on se relayait, jamais hospitalisée, elle était toujours chez nous, on a toujours géré ça, j'y étais très attachée et donc après en fac j'ai toujours choisi des stages qui avaient un rapport avec la gériatrie et donc après quand mon prédécesseur ici a pris sa retraite j'ai eu le poste donc moi j'aime bien la personne en gériatrie.

-Vous consacrez à peu près combien de temps à une consultation ?

-Normalement c'est dix minutes

-Et pour des problèmes d'anxiété ou de ce genre ?

-Là souvent je les fais revenir en dehors de mes heures de consult habituelles, je leur consacre à peu près une demi heure, le samedi par exemple ou c'est plus calme, après 11h enfin j'm'arrange, parfois à domicile.....

-Y'a besoin ?

-Mais parfois comme je vous dis j'vois pas..., parfois y'en a pas des solutions, on peut se retourner dans tous les sens, si les enfants ne veulent pas s'en occuper, si ils sont seuls, s'il y a pas de voisins, qu'est ce que vous voulez faire

-Du coup vous avez un peu l'impression de vous sentir un peu impuissante ?

-Je dois dire que je ne comprends pas, il y a des situations où ça me dépasse, cette solitude je ne la comprends pas alors qu'il y a des enfants qui sont souvent juste à côté ou au dessus ou à 5km et qui refusent de s'en occuper ou alors en allant chercher des médicaments ils ont l'impression d'en avoir fait des tonnes, pour moi personnellement je ne comprends pas, et c'est vrai que je sais pas trop quoi leur dire parce que je trouve ça anormal et je sais pas comment les consoler, et malheureusement le problème est récurrent et c'est de pire en pire. Au moindre petit problème de santé c'est tout de suite faudrait que nous déjà nous pas eux, les enfants, trouvent une place en maison de retraite et si possible à la charge de la société pas à eux, parce que je vous dis ils ont 650 euros en gros une veuve de mineur, ils ont pas assez pour payer la maison de retraite

-Il y a des aides quand même ?

-Oui il y a des aides, mais bon ça reste cher....moi ça me pèse ce côté là, j'aimerais leur trouver une solution, j'aimerais qu'ils puissent rester chez eux, mais avec les enfants qui viennent les voir, j'veux pas non plus leur donner des remords ils ont l'impression que c'est normal cette situation, et c'est des problèmes que je ne voyais pas quand j'ai débuter du tout

-Vous avez l'impression qu'il y a une perte du lien social ?

-Oui, ça dépend aussi de la nationalité j'dirai, moi par exemple j'ai énormément d'italiens, ils s'en occupent beaucoup plus par exemple que les français, bon ça ça me dépasse toujours, faut dire qu'ils ont aussi un système de soin en Italie tout à fait autre, y'a pas d'infirmier, on a pas de soins infirmiers, la personne qui est hospitalisée c'est la famille qui va venir laver la personne, donner les médicaments, donc ils trouvent peut-être ça moins choquant ici (de s'en occuper), et y'a pas de remboursement, même les médicaments, donc j'ai l'impression qu'ils s'en occupent plus de leurs parents, et je ne vois pas pourquoi ça ne suis pas en France

-Vous avez l'impression qu'il n'y a pas de solidarité ici ?

-Ca se perd, parce que justement au niveau du minier, c'est un peu comme une famille ici, ils ont tous travaillé ensemble, donc c'est des copains, vraiment : en salle d'attente, faut voir, c'est tout juste s'ils boivent pas le café, ils sont contents de se retrouver, y'a des rues des quartiers entiers de miniers mais malgré tout y'a moins de solidarité qu'il y a quelques années.....à quoi c'est du ?.....remarquez peut-être qu'il vieillissent aussi, c'est chacun pour soit un petit peu, chacun a ses soucis, il peuvent moins aller voir chez le voisin, alors pour moi les benzo c'est une aide

-Je pense qu'y en faut quand il y a un gros pépins qui leur tombe dessus, quand ils sont super angoissés, quand ils ont la tension à coté parce qu'ils ont peur, l'antihypertenseur il fait pas d'effet dans la minute, donc souvent en rajoutant au début un peu de benzo, ça les détend un petit peu, le reste suit

-Vous avez l'impression comme ça qu'il y a une interaction entre le psychique et le somatique ?

-Oui, ça a tendance à aggraver (les choses).....si on a pas de soucis dans la vie on a pas besoin de benzo. Je sais pas ce que ça donne vous avez vu d'autres médecins ?

-Chacun a une pratique différente mais la plupart me disent que c'est un soutien

-Oui j'vois pas, dans des situations j'vois vraiment pas c'qu'on peut faire (d'autre), l'homéopathie comme je vous disais je fais une formation, mais pour moi c'est pas assez rapide quand il y a un gros pépin, quand vous avez un cancer que vous arrivez pas à gérer, que vous êtes seule, vous faites quoi ? Les médecins n'ont pas le temps, les oncologues n'ont pas le temps, j'peux mais j'peux pas non plus passer des heures, se tourner vers qui, si vous voulez un petit peu être détendu, je trouve qu'on fait trop d'histoires au niveau des benzos en France, on nous reproche sans arrêt d'en prescrire trop mais alors qu'ils nous règlent nos problèmes ...sociaux, économique, et on en aura pt' être plus besoin dans ce cas là

-Vous avez l'impression de prendre en charge des problèmes qui relèvent pas forcément de votre travail ?

-Oui d'jà s'occuper des personnes âgées, je pense qu'il y a un grand rôle de la famille, et surtout qu'ils en ont, c'est pas comme si ils en avait pas, en plus un peu de solidarité entre voisin, ça ferait pas de mal non plus, moi je trouve que malheureusement y'a beaucoup de jeunes qui sont au chômage, je pense et c'est personnel mais j'veux dire que de temps en temps ils pourraient venir aider une personne âgée dans le quartier, au lieu de trainer dans les rues, allez après les courses ne serait ce qu'à la pharmacie chercher les médicaments, j'pense pas que ça les tuera de faire ça, des choses comme ça j'pense qu'on pourrait

aider un petit peu, c'est peut être pas grand chose mais pour une personne âgée discuter 5 minutes, que quelqu'un occupe de temps en temps , elles sont peut-être pas faciles les personnes âgées aussi(sourire),mais y'sont tellement heureux qu'on aille simplement chercher des médicaments ,j'veais les chercher les ramener quand j'ai le temps quoi, j'en vois d'autre là qui traînent dans les rues ils pourraient , on a tous une personne âgée dans le quartier, moi je trouve que c'est pas notre rôle on a assez de soucis à côté, et pourtant parfois il suffit de tellement peu de chose

-Dans votre métier c'est quoi que vous appréciez le plus ?

-Le contact, pouvoir un peu discuter ,la mine c'est déjà une famille dès le départ, les miniers entre eux, et nous on fait partie un peu de cette famille, y'en a qui sont pas familiers mais j'veux dire qui me prennent peut être pour une fille , une petite fille, parfois, pas tous, mais c'est quand même sympa, mais c'est spécial je pense au régime minier ou alors peut être d'autres régimes spéciaux ... y'a pas de rapport d'argent aussi entre nous, ils payent pas ici, ils ont des soins gratuits ici, je suis salariée et donc je suis pas payée à l'acte

-Vous avez l'impression que le fait qu'il n'y ait pas de paiement à l'acte ça joue sur votre relation avec les gens

-Un petit peu oui, je suis un peu délivrée de ça , maintenant il nous obligent à enregistrer la carte vitale c'est pour la comptabilité, mais sinon c'est pas mal

-Du coup c'est pas la même relation ?

-Moi je trouve, ça fait pas tout, je voit ça me simplifie la vie, pas de monnaie...

ENTRETIEN MEDECIN 6

- Dans quelle situation prescrivez-vous des benzodiazépines

-Surtout quand c'est un état réactionnel, suite à un décès à un gros choc émotionnel, une urgence, fin pour moi la benzo c'est l'urgence, l'autre cas, c'est dans le cas de personnes âgées qui ont des acouphènes pour pouvoir les déconnecter de la réalité, y'a que les benzo qui marchent, pour les troubles du sommeil liés à des acouphènes, chez les personnes âgées parce qu'il y a que ça qui permet à les faire dormir, j'ai pas trouvé d'autres thérapeutiques, pas encore

-Est ce que vous pourriez me raconter la dernière situation ou vous avez prescrit des benzos ?

-...heu Je suis en train de réfléchir, y'a une dame qui a perdu son papa, mais je lui ai pas mis de benzos....je lui ai mis de l'Atarax®...je vais regarder dans mon agenda....je sais que j'en ai prescrit y'a pas très longtemps.... La semaine dernière, ben non...la semaine d'avant, si c'est une dame qui est sous antidépresseurs, non c'est la jeune là, gros problèmes d'harcèlement moral au travail, et donc elle m'a demandé si elle pouvait avoir quelque chose pour la tranquilliser, alors elle l'homéopathie et l'acupuncture n'ont pas marché, j'avais déjà essayé avant de la mettre sous antidépresseur et là la situation s'est un peu aggravée donc j'ai rajouté des benzos, donc c'était vendredi il y a dix jours

-C'est des médicaments qui vous semblent efficaces quand vous les prescrivez ?

-Oui, ça c'est clair et net

-Et vous voyez des effets secondaires à long terme ou pas ?

-Ben comme je les prescris pas en continu

-Vous avez rarement des gens qui sont sous traitement au long cours ?

-A part y'a un monsieur qui en prend pour ces acouphènes, mais celui là très bonne tolérance, \$pas de chute nocturne, je me méfie de ça, et l'autre dame aussi, c'est un dame que j'avais récupéré entre guillemets, avec du Temesta® 2, 5 mg et elle est descendue à du un milligramme, ben, j'ai pas réussi à diminuer plus mais déjà pas mal !

-Vous voyez donc pas tellement de phénomène de dépendance

-Ben chez ces personnes qui en ont au long court, difficile de dire s'il y a une dépendance, puisque c'est par rapport aux acouphènes, les acouphènes étant là, j'peux pas dire, mais j'en ai pas qui sont acros aux benzo au quotidien comme ça

-Est ce que vous avez l'impression de prescrire plus à une certaines catégories de personnes ?

- Non pas spécialement c'est repartis, j'ai une clientèle ... qui est essentiellement des personnes entre 25 et 60 ans donc plutôt jeunes, on va dire la

population gynéco-pédiatrie, mais ça va changer la population vieillie avec le médecin donc haha ;

-Quand vous prescrivez, est ce que vous avez l'impression que c'est une demande des patients ou une initiative de votre part ?

-Pas toujours, pas toujours

-Des fois c'est vous qui prenez l'initiative ?

-Oui, dans cette situation là je connais la personne, c'est une situation lourde, je sais qu'elle ne va pas réagir à mes médicaments, light, on va dire, donc je leur prescris en disant c'est pour passer un cap, dès que ça va mieux vous arrêtez, vous les prenez si vous avez besoin ; ça m'ai déjà arrivé de donner des échantillons de découper de ne donner que trois comprimés par exemple quand il s'agit d'accompagner pour un enterrement par exemple

-D'accord, et quand vous prescrivez un médicament vous avez plutôt tendance à prescrire lequel ?

-... Une demi-vie courte et plutôt du VERATRAN,

-Oui

-C'est celui qui me va bien ;

-Et quand vous essayez de les arrêter vous avez des stratégies particulières ?

-Tout dépend de la situation, si c'est pour passer un cap je leur dis vous prenez trois jours et stop pas de sevrage, pas de chose comme ça, après il y a la personne qui en a eu besoin pendant un moi, donc là on va faire plutôt faire un protocole de sevrage, avec en relais de la phyto ou de l'homéopathie soit un accompagnement par acupuncture pour accompagner le sevrage, et après c'est ceux qui viennent au cabinet pour arrêter, j'ai aussi cette demande là, donc ils viennent : « j'en ai marre de prendre des tranquillisants ou des anti déprimeurs aidez-moi avec homéopathie et acupuncture ».

-Vous avez l'impression que c'est de plus en plus ça ?

-Il y a des vagues.

-Est ce que vous avez l'impression que les français sont de gros consommateurs de benzo ou pas ?

-Alors, moins qu'au début où je m'étais installée, c'est à dire, que là maintenant, quand je dis je vais vous mettre un tranquillisant, « ah non docteur je ne veux pas être dépendant »

-C'est quelque chose qui s'imprime ?

-Ah oui, c'est quelque chose de plus récent, alors qu'au début quand je me suis installée j'avais pas cet écho là. Alors, est-ce que c'est, parce que j'ai une clientèle ciblée aussi, je sais pas ... mais mon impression quand même ça fait pas loin de 15 ans que je fais de l'homéopathie, j'ai l'impression que c'est quand même changé.

-Et les médecins, vous avez l'impression que ce sont de gros prescripteurs ?

-J'ai l'impression que ceux qui mettent moins de dix minutes par patients sont de gros prescripteurs...voilà.... C'est facile, ça va vite de prescrire des benzo ... « docteur, je suis stressé j'arrive pas à dormir » Bon c'est plus du Temesta® c'est Xanax® qui a la côte.

-Vos dites ça pourquoi ?

-Parce que je vois des ordonnances, ceux qui , adressés par d'autres médecins pour du sevrage , souvent ils ont dans leurs prescriptions du xanax , parce que je reçois des patients adressés par d'autres médecins....c'est l'impression que j'ai ... je vois bien le type de médecins, parce qu'on se connaît un peu dans le secteur, ceux qui travaillent et qui ont des journées à 50 actes et ceux qui ont des journées à 20 actes .

-C'est pas la même façon de prescrire ?

-Pas du tout.

-Et vous vous situez plus dans la marge basse ?

-Ben d'après la sécu je fais partie des plus petits prescripteurs de benzo et autres psychotropes selon les relevés de la sécu.

-C'est quelque chose qui vous influence ces relevés de la sécu en général ?

-... Non, non, ça me permet juste de voir et de me situer par rapport aux autres , mais non je rigole , je me rends bien compte de ce que je fais , alors forcément d'un hiver sur l'autre : « oh vous avez doublé la prescription d'antibiotiques » par exemple , oui mais bon il y a eu plus de pathologie donc en fait de , aller on va dire que de deux antibiothérapies hebdomadaires j'étais passé à quatre ; toutes personnes confondues ce qui est peu par rapport aux généralistes par ailleurs .

-ça ne changera donc pas votre pratique .

-non.

-De quelle manière vous formez vous et vous informez vous sur les médicaments ?

-C'est à dire le type de formation continue ? je fais des séminaires sur deux jours , le dernier en date c'était pas le sommeil c'était la pédiatrie . j'avais été à celui organisé sur le sommeil, à part des trucs à donner aux patients pour les insomnies, j'ai pas appris énormément de choses.

-Et sinon vous êtes abonnée à des revues ?

-Beh En homéopathie et en acuponcture oui.

-Et des autres revues médicales plus générales ?

-Beh on en reçoit gratuitement, pas besoin d'en payer, le quotidien du médecin je ne suis jamais abonnée on en reçoit régulièrement, le panorama pareil. Si ...je me suis abonnée à prescrire. Parce que ça c'est une autre référence

-Et vous trouvez que c'est une bonne référence ?

-Voilà quand ils disent quelque chose, quand ils glorifient un médicament vous pouvez y aller les yeux fermés. Sinon il faut avoir un peu de recul. N'apporte rien de nouveau, non mais peut-être que la galénique peut-être intéressante pour un patient

-Et est-ce que vous êtes influencée par les recommandations de l'has ?

-En ce qui concerne les benzodiazépines non, par rapport à mon type d'exercice c'est évident.

-Donc ça vous viendrait pas à l'idée de prescrire des benzo chez les plus de soixante cinq ans . ça vous semble naturel d'essayer de les arrêter ?

-tout à fait.

-Vous les suivez sans avoir besoin de les suivre ?

-J'ai pas besoin de suivre les recommandations, je l'ai fait déjà avant

-Et est ce que vous avez l'impression que les recommandations concernant spécifiquement les troubles psychiques et les benzos c'est quelque chose d'utile et surtout de réalisable ?

-Il faut faire confiance aux médecins, c'est faire rentrer des médecins dans des cases , « là tu fais bien , là tu fais pas bien » on a plus quinze ans on est plus à l'école. Est ce qu'on vraiment besoin de ça , quand on regarde le serment d'hypocrate c'est écrit primum non nocere alors voilà , si on garde ça comme maxime , on a tout compris dans la médecine , soulager sans tuer ,quand on sait qu'un produit est toxique et ne vas pas apporter plus il ne faut pas l'utiliser voilà ; il suffit d'appliquer les vieux principes qui marchent bien ;

-Est ce que vous pensez que la façon dont les soins sont organisés en France influence la prescription médicale, le paiement à l'acte...etc. ?

-Si j'étais salarié est ce que je prescrirais autrement ? si je pouvais établir un paiement de l'acte selon le patient, selon ces revenus et encore ça générerait pas la prescription de benzo

-Et vous pensez que ça peut influencer certains médecins ?

-J'ai remplacé en médecine salariée, on a pas du tout le même rapport avec la clientèle, c'était euh ... les gens venaient avec leur liste de courses , on recopiait les listes des médicaments, j'avais l'impression d'être moins responsable des patients qu'en médecine libérale. Parce que de toute façon j'étais payée mais c'était l'impression que j'avais de la pratique des médecins.

-Vous étiez salariée dans quel cadre ?

-Régime minier. Bon maintenant c'est sûr que je fais une activité de salarié puisque je travaille dans un hôpital, je fais des consultations d'homéopathie, mais pour moi je vois les patients de la même manière que si je les avais ici.

-Le paiement à l'acte ?

-Le tiers payant peut-être gênant, par exemple certains patients, souvent en CMU c'est « j'y ai droit donc prescrivez-moi » pour certains médicaments, « de toute façon je ne paye pas », ça, ça peut jouer sur le prescription en général.

-Est ce que vous pensez que vous êtes armée pour prendre en charges les troubles psychologiques des gens ? D'avoir eu la formation adaptée ?

-Alors En sortant de la fac non, avec l'expérience, un peu c'est à dire tout ce qui est anxiété angoisse, ça c'est facile à gérer, maintenant, pour moi ; la dépression réactionnelle pas de problème, maintenant les troubles psychologiques genre schizophrénie ou autre là non, c'est très difficile , tout ce qui est psy lourde là non, je pense qu'il faut avoir une formation particulière, mon collègue il a plus ce versant là, moi non. Il y a d'autre chose dans la médecine générale et cela je ne m'investis

pas dedans, il faut vraiment s'investir quand on veut faire un suivi psychologique ça coûte, il faut être armé et surtout pas en sortant de la fac, on est trop « nu » quand on sort de la fac.

-Vous pour l'anxiété vous faites de l'acupuncture de l'homéopathie ? tout ce qui est thérapie cognitivo-comportementale vous faites ?

-Non, moi non, j'écoute, je donne des trucs, je dialogue je donne des pistes, si dans l'écoute il y a une porte qui s'ouvre bah, j'essaie de rentrer dedans, par exemple la jeune à qui j'ai donnée la benzodiazépine la semaine dernière pour ses problèmes au travail : « pourquoi ces personnes au travail ont-elles un tel impact sur vous ? » et là au bout de quatre mois qu'on se voit, je la vois tous les quinze jours à peu près, là, elle m'a enfin dit qu'il y a eu une rupture sentimentale, depuis cette rupture elle s'est mise à fond dans le travail, voilà, donc du coup maintenant quand je vais la revoir, on va reparler du vécu de cette rupture, si on me tend une perche je la prends, et on essaie de creuser mais voilà, c'est plus du soutien psychologique qu'autre chose, mais c'est dans une conversation comme on a actuellement... je note deux trois trucs et puis... « la dernière fois, nous avons parlé de votre rupture » je lui aurai laissé le temps de réfléchir... mais c'est plus une conversation comme ça y'a pas vraiment de fil directeur

-L'homéopathie vous trouvez que ça marche bien aussi ?

-Oui (rires) tout dépend pour quoi, si c'est une maman qui vient de perdre son fils d'un accident par exemple, c'est dur avec des petits granules d'aider à passer son chagrin tout de suite par ce que la blessure est très profonde.... Je pense qu'il faut d'abord une béquille médicamenteuse, puis passer à quelque chose de plus léger, au départ il faut l'aider à ce qu'elle intègre son chagrin, mais tout ça se passe avec un dialogue.... Si elle me dit « non je suis forte, je veux bien prendre un traitement léger, vous m'aidez juste un peu », je dis, « d'accord, on se revoit la semaine prochaine, on voit ce que ça donne, on réévalue » je préfère revoir le patient souvent surtout quand je lui donne un traitement light au départ, là je le revois de façon rapprochée pour éviter qu'il s'enfonce, ça dans le cadre d'un choc émotionnel aigu

-et sur des angoisses plus chroniques ?

-Du style je me réveille toute la nuit à trois heures du matin là mon petit : acupuncture, il va pas avoir sa benzo celui là ! surtout pas un stilnox® pour trois heures du matin, je vois beaucoup de prescription comme ça, ça marche pas !

-Vous avez de bons résultats ?

-oui les gens reviennent c'est que... (rire), comme petite anecdote, un monsieur de quel âge il avait ce monsieur...(cherche dans ordi) 57 ans, il est venu me voir parce qu'il arrivait pas à dormir, des nuits blanches complètement, diabétique, hypertendu, hypertendu sévère 4 ou 5 antihypertenseurs, ben

j'ai lui dit, ben voilà, on va essayer de faire de l'acupuncture, « ouais, vous êtes sûr ? » on essaye, je vous revois dans quinze jours, entre les deux premières séances « vous avez mieux dormi ? » « rien du tout », entre la deuxième et troisième « bah, un peu », finalement au bout de 5, 6 séances « vous arrêtez docteur, maintenant, je dors comme un bébé, et j'arrive plus à me réveiller le matin, voilà (vérifie dans son ordi) je lui ai donné de l'Atarax® et 3 séances d'acupuncture., j'avais marqué contrôle bio, puis acupuncture puis antidépresseur si besoin, et finalement dort comme un bébé, alors, on arrête, donc on peut dire que ça marche, je repense à lui parce qu'il y a son gendre qui est venu voir, tout à leur pour chercher une ordonnance pour sa belle mère et puis il me dit prévoyez un RDV pour des piqûres dans le dos comme mon beau père

-Surtout chez des hommes c'est peu-être moins facile ?

-Ah ben, ils parlent moins, ils parlent moins, et puis là le gendre c'est quelqu'un qui a la trouille des piqûres...et l'homéopathie marche bien aussi, oui mais là, c'est vrai que c'est plus les femmes qui viennent vers l'homéopathie, les hommes, c'est plus l'acupuncture, je fais peu de phyto tout simplement par ce que les comprimés en phyto sont pas remboursés mais l'homéopathie est remboursée, en plus c'est moins cher,

-Est-ce que vous avez l'impression que les problèmes de souffrance psychique ont changé ces dernières années ?

-J'ai beaucoup de souffrance psychique liée au travail, au stress du travail énormément, bon divorce...on va dire travail, divorce...et puis après maladie, on va dire dans l'ordre, à peu près comme ça, mais au travail de plus en plus, les gens sont pressés, compressés, par le stress, toujours mieux, toujours plus, je vois beaucoup de plaintes liées au travail et au harcèlement moral, alors est ce que c'est à la mode, ou alors est ce que les gens ont plus de facilités à s'exprimer et vont le dire plus facilement, difficile de dire, mais en tout cas, la plainte est exprimée ici

-Et vous avez l'impression que c'est votre rôle ?

-Bien sûr, à qui ils vont se plaindre sinon, si c'est pas à leurs médecins, ils vont aller chez qui ? on va plus chez le confesseur, c'était un peu le rôle...le curé avait, je rigole, mais je dis souvent j'ai le rôle du curé, les gens viennent se confesser ici, j'ai trompé ma femme docteur, je sais pas comment lui dire ! », Ça arrive, ou les ados « docteur ça y'est j'ai fait pour la première fois, ma mère elle sait pas », voilà, on allait chez le curé avant, on a un rôle de confesseur quelque part. Ça dépend du médecin, celui qui fait cinquante actes par jours, ben, il a pas le temps d'écouter les gens comme ça, mais ceux qui ont besoin de se confier vont chercher ce genre de médecin, mais je pense que c'est effectivement le rôle du médecin, l'écoute

« docteur, je gueule sans arrêt sur mes enfants, ça va plus », qu'est ce qui se passe ? « je suis fatiguée, ...vous pouvez pas me donner des vitamines ! », « est ce que vous dormez bien ? » « A ben pourquoi vous dormez pas ? » « Y'a mon mari qui ronfle ! », ben alors faut peut être qu'on s'occupe du mari...

-Vous consacrez à peu près combien de temps à une consultation ?

-Je donne des RDV toutes les 45 min, sachant que la consultation dure environ une demi heure, et je vois les urgences entre deux, voilà, donc quand je fais de l'acupuncture, le temps de repos des patients, je vois une angine, un bobo.

-Et quand c'est des problèmes d'ordre psychologique ?

-Je mets un RDV d'une demi heure et puis si il faut je prends du retard sur ma consultation, quand il faut je prends mon temps...j'ai dû par exemple annoncer il y a pas longtemps un pronostic assez grave suite à la découverte d'un cancer, j'ai pris mon temps ...et là par exemple ce n'est pas une personne qui a des antidépresseurs ou des anxiolytiques : c'est pas obligé, mais elle a de l'acupuncture pour supporter sa chimio, officiellement c'est pour ça mais je rajoute quand même des points à visée psychique, ça elle le sait pas (rire)

-Vous êtes beaucoup dans une relation d'aide !

-.....Je sais plus ou j'avais lu ça : soulager toujours guérir peut être, comme je disais à une mamie ce matin ,on parlait de son vieillissement, parce qu'elle est jeune dans sa tête mais elle a un corps qui s'use, et j'lui dis je vous promets pas la jeunesse éternelle, j'vous promets pas l'immortalité, et puis avec un clin d'œil : sinon je commencerai déjà par moi,(rire) mais on va essayer de reculer le plus possible, voilà , tant que le cerveau va bien

-Est ce que vous ressentez des difficultés à faire face à tout ça ?

-C'est sûr qu'il faut arriver à prendre du recul, faut arriver, parce qu'on vous annonce des choses qui sont pas toujours faciles, y'a votre vécu face à l'histoire du patient, et c'est pas toujours évident à gérer , et il faut pas trop s'impliquer, enfin trop compatir, faut garder une distance, et surtout pas ramener les devoirs à la maison, et ça c'est pas toujours facile, ce qui est intéressant pour certains ,c'est des groupes balint, qui permettent d'aider les thérapeutes.

-Est ce que vous avez l'impression que l'information reçue par les patients a changé et quelle influence les comportements médicaux, internet, les journaux, les campagnes de publicité ?

-Oui, bon déjà, c'est je veux pas être intoxiquée avec les benzodiazépines, ça c'est quelque chose de nouveau mais parce qu'on en parle à la télé, et sinon le diagnostic : j'ai été voir sur internet, je

crois que j'ai une tumeur du petit orteil(rire), ça c'est le mauvais côté d'internet

-Et vous avez l'impression que ça vous influence ?

-Non

-Par exemple les campagnes sur les ATB ?

-Ben disons que moi, j'ai plus de facilité à prescrire de l'homéopathie pour un rhume, dans ce sens ça m'aide , parce que je passe moins de temps à expliquer à argumenter, mais c'est des choses que je faisais, ça n'a rien changé à ma thérapeutique, c'est juste moins de temps en consultation par ce que j'ai pas besoin d'expliquer, c'est un virus c'est pas une bactérie, les antibiotiques, ça sert à rien, maintenant j'ai plutôt l'inverse , vous me donnez quand même des antibiotiques, c'est grave alors...

-Ca conditionne les gens ?

-Oui, moi ça ne me conditionne pas, mais les gens oui, c'est plus facile pour moi, mon activité est facilitée depuis cette campagne de pub !

-Qu'est qui selon vous pousse les médecins à prescrire beaucoup les benzo et les médicaments en général?

-La facilité, « quand, il sera calme, il ne me rappellera pas toutes les cinq minutes pour me dire j'ai des angoisses », enfin, peut être que j'ai une mauvaise impression des collègues, ben c'est facile de prescrire.... « Je supporte plus mon mari » : Prozac® !

-Depuis quand êtes vous installée ?

-1997, dans le même village, pas le même bâtiment mais le même village

-Et avant ?

-Je faisais des remplacements

-Donc en fait je me suis associé à ma collègue, après l'avoir remplacée pendant un an, je connaissais déjà la clientèle

-Donc pas seule ?

-Oui, c'est ce que je voulais depuis le départ, étant maman, je ne voulais pas travailler à plein temps, maintenant, je travaille à plein temps mais les enfants ont grandi

-Quel âge avez-vous ?

-47 ans

-Vous réalisez à peu près combien d'actes par jours ?

-Variable on va dire en moyenne une quinzaine, mais ça peut aller jusqu'à 30, ça dépend du nombre d'urgence, et puis ça dépend, y'a des jours où je travaille plus que d'autres, on va dire allez entre quinze et vingt.

-Comment vous représentez vous la relation médecin patient idéale ?

-Drôle de question, je sais pas, moi mes patient me conviennent, faut pas que ce soit des amis, faut qu'ils sachent que si ils ont besoin de moi je suis là, mais qu'il faut pas m'embêter toutes les cinq minutes, pour moi le patient idéal c'est celui qui vient à l'heure à son RDV, , qui prévient quand il vient pas , mais même le râleur, je rigole et je désamorce la chose

-Vous avez l'impression que le médecin a beaucoup d'influence encore sur le patient ?

-Ca dépend de l'âge du patient, ça dépend du climat de confiance, une fois que la confiance est établie , y'a pas de problèmes, peut-être que la génération des plus de 60ans écoute bêtement le médecin, les jeunes ,ont besoin de plus d'explications, ont besoin de comprendre, j'ai vu un asthmatique ce matin qui cafouillait dans ces traitements, je lui ai expliqué qu'est ce qui avait dans le Symbocort®, dans le Foradil® dans le Bricanyl®, la durée d'action le schémas, alors il me dit : si je prends ça c'est pas la peine que je prenne celui là, voilà , « ah ouais , je comprends mieux », en fait ils ont besoin d'explication, ça m'arrive souvent sur mon ordonnance d'homéopathie comme y'a pas de notice, de noter tel médicament , c'est pour tel symptôme, ça c'est pour ça ... enfin sur le duplicata, parce que le pharmacien n'a pas besoin de savoir, parce qu'il faut qu'ils sachent ce qu'ils prennent, à quoi ça sert, les gens le disent...ça m'arrive souvent, le médecin de garde , il m'a prescrit tel médicament, je l'ai pas pris , je préfère avoir votre avis, ça ça m'arrive, ça peut-être gênant, y a des gens qui ont une telle confiance dans le cabinet qui reviennent avec le médicament et la notice : « j'ai vu qu'y avait tel effet secondaire »

-Qu'est ce que vous préférez dans votre métier ?

-C'est quand j'ai réussi à guérir ! (rire) ah vaincre la maladie c'est génial ! Avoir des résultats, ça c'est satisfaisant, j'aime aider les gens c'est pour ça que je fais ce métier

.....

-Concernant votre poste hospitalier ?

-Je m'en donne à cœur joie, par exemple les troubles du sommeil de la femme enceinte on peut pas donner de benzo, alors l'acuponcture... je suis bobologue de l'hôpital et pour moi bobologue c'est pas péjoratif, parce qu'on a besoin d'un bobologue

-Dans quelle situation prescrivez-vous principalement des benzo ?

-Essentiellement, l'anxiété, les crises d'angoisse, les attaques de panique, l'Atarax® après dans les histoires d'allergie Essentiellement, l'anxiété

-Est-ce que c'est des médicaments qui vous semblent efficaces quand vous les prescrivez ?

-Oui, mais c'est un béquille, la base du traitement c'est quand même la consultation et ce qu'on y fait, ça va être efficace que si c'est accompagné de consultation et d'un travail de psychothérapie en consultation, s'il n'y en a pas ça ne servira à rien.

-C'est quelque chose que vous faites vous la psychothérapie ?

-Oui

-Des thérapies cognitivo-comportementale ?

-Je supporte pas ça, non, c'est plutôt, moi je fais partie d'un groupe qui s'appelle un groupe balint, et d'une association qui s'appelle la société médicale balint, c'est vrai qu'on travaille beaucoup auprès d'un psychanalyste une fois par moi par groupe de quatre avec d'autres collègues du secteur, pour apprendre un petit peu ce qui se passe dans la relation, et du coup ça m'aide à prendre en charge ces patients là, donc, c'est vrai que quand il y a besoin de médicaments, ça veut dire que j'ai déjà mis en route une relation avec le patient, et que je trouve qu'il faut s'aider de médicaments pour passer un cap, et du coup je les utilise, c'est en complément de la prise en charge psychothérapique, qui dit son nom si le patient vient vraiment que pour ça et autre ou sinon c'est dans le cadre de consultation où je m'enquiers de savoir comment ça va ?

-Vous avez du coup des plages de consultations spécifiques ?

-Non, sur les RDV, donc quand on sait que ça va être un peu plus long, ben on se bloque deux plages de RDV, et puis voilà, ça peut être n'importe quand

-Donc vous avez une formation complémentaire là dessus ?

-Ben, la formation en groupe balint

-Quand vous les prescrivez est ce que vous constatez des effets à long terme ?

-... Ben si c'est vraiment une très longue prescription, mais j'ai pas d'exemple là, c'est le problème d'accoutumance, ils arrivent plus à s'en dépatouiller, maintenant ça va toujours être des personnes âgées où on va avoir du mal à ...dépatouiller, j'ai du mal à enlever, à diminuer, enfin j'arrive à diminuer de trois Temesta® à ½ le soir, c'est déjà pas mal ! Mais, enlever complètement le Temesta® qui a été initié il y a des années, par des collègues, c'est très long, sinon moi c'est souvent sur des périodes courtes, où j'ai pas de problème d'accoutumance ou de choses comme ça.

-Vous arrivez à facilement les arrêter ?

-Ca va être des prescriptions de deux mois, trois mois, rarement beaucoup plus longtemps

-Est-ce que vous avez l'impression de prescrire plus à certaines catégories de la population ?

-J'ai peut-être plus des femmes que des hommes, peut-être un peu plus de catégories socioprofessionnelles plus élevées, après je sais pas si c'est qu'une impression ou si ça va être corroboré par les études, par contre à mon avis nettement plus les femmes que les hommes et je pense que c'est peut-être lié à un problème de prise en compte de la chose psychologique qui est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, j'ai plus de patients femmes qui viennent, j'ai des patients hommes aussi,, mais c'est quand même plus fréquent chez les femmes

-Quand vous prescrivez vous avez l'impression que c'est plus à la demande des patients ou à votre initiative ?

-Y'a quand même plus de demande des patients, moi, je vais pas pousser à la consommation, non, ça va être une discussion après, mais spontanément faut vraiment que j'ai l'impression que je pédale dans la semoule que le médicament va m'aider à progresser pour être à dire ben je pense qu'y faut mettre un traitement anxiolytique, c'est comme ça, je vais plutôt proposer de revoir le patient en consultation, peut-être deux fois par semaine, peut-être une fois dans la semaine pendant un certain temps, plutôt que lui balancer des anxiolytiques

-Est-ce que c'est difficile de pas prescrire ?

-Non

-Parce qu'il y a une discussion ?

-Oui, pour moi c'est le premier truc qui aide, donc le premier médicament c'est le médecin, c'est ce que nous apprend balint, du coup ça me pose pas de souci particulier de ne pas prescrire donc non

-Est-ce que vous avez quand même l'impression que les Français ce sont des gros consommateurs de benzo ou pas ?

-Il me semble que c'est ce qu'on dit, donc... heu oui, je crois que oui, par rapport à d'autres pays !...par rapport à mes patients à moi ?, je pense, on doit pouvoir regarder un petit peu, j'ai pas l'impression d'en prescrire des tonnes.

-Et les médecins français vous avez l'impression qu'il prescrivent beaucoup ?

-Je pense que oui, bon, j'ai commencé depuis le mois de mai à avoir une interne, ben moi, je pense que ma formation balint m'aide à prendre en charge les dépressions, les problèmes psychologiques, du coup à intégrer tout le matériel psychologique que je vais aller rechercher dans mes interrogatoires de consultations, à le traiter de la manière que les symptômes digestifs, quand j'en ai besoin, et du coup je pense que c'est une formation qui manque à la fac, du coup c'est plus facile de calmer l'angoisse, de donner un anxiolytique, ça va faire disparaître ton angoisse, et du coup en en parle plus

et on passe à autre chose, je pense que ça c'est un mécanisme dans le cheminement qui est peut-être pas conscient comme ça chez le confrère mais qui arrive à ce résultat là : je te donne un anxiolytique et on en parle plus, piouf l'angoisse, alors pourquoi il y avait une angoisse, alors ça?...

-De quelle manière vous formez ou vous informez-vous sur les médicaments ?

-Alors j'essaye de lire un minimum de chose alors maintenant c'est vrai que je reçois de moins en moins de visiteurs médicaux parce qu'on est sur RDV et ils arrivent pas trop à prendre de RDV bon, ils voudraient qu'on soit tous les trois en même temps, ben ça c'est pas possible, alors...ben ça va être essentiellement la presse ou les visiteurs médicaux qui vont m'informer de tel ou tel truc sur les médicaments

-Vous dites la presse ?

-Ca va être le quotidien du médecin, d'autre qui m'intéresse, le concours médical, bon on reçoit régulièrement le panorama du médecin

-Les laboratoires vous avez l'impression qu'ils donnent une information intéressante ?

-Non, moi je les utilise surtout, enfin, ce qui est intéressant c'est surtout quand ils ont des nouvelles formes galéniques ou des choses comme ça, par contre je ne pense pas qu'il y a une grande valeur scientifique à leur discours, c'est essentiellement commercial

-Vous avez l'impression que ça vous influence quand même quand vous les recevez ?

-A l'époque je crois qu'il y avait des études qui montraient que plus on recevait quelqu'un, plus on prescrivait son produit, même si il vous agaçait, fallait vraiment qu'il vous agace beaucoup pour qu'à ce moment là, on ait le déclic de dire celui là je le prescris plus, et puis s'il y a autant de visiteurs médicaux c'est que ça doit servir à quelque chose, je pense qu'on est influencé...

-Est-ce que vous êtes influencé par les recommandations de l'HAS ?

-Alors les recommandations de l'HAS, le problème c'est qu'on est inondé de paperasse, on a du mal à lire tout ce qui sort, quand c'est pas de la paperasse c'est du courrier électronique, enfin faudrait qu'on sache tout un tas de truc partout, maintenant c'est sur qu'à mon avis il faut en tenir en compte, sachant aussi que la méthodologie peut-être discutable, en fait les groupes d'experts, qui participent à l'HAS, ben pas toujours issus de la profession, je fais partie de la société française de médecine générale, il ya eu des recommandations sur la prise en charge de l'adolescent, avec le plan adolescent, y'a des incohérences flagrantes, Roseline Bachelot s'est excitée sur la prise en charge des adolescents, le suivi des adolescents, le suicide des adolescents etc., aucune des formations proposées par les sociétés de formation sur l'adolescent n'avait été acceptée, ça veut dire que c'était une année quasiment blanche pour toutes les

formations de deux jours, quand on est médecin on a accès à huit jours de formation par an qui sont indemnisés, 15 c par jour, donc c'est toujours sur des vendredis samedis, et en fait ces différents organismes de formation, sociétés savantes ou autres qui soumettent leur projet de formation à des conseils scientifiques, alors c'est accepté ou c'est pas accepté, l'année ou Roseline s'est excitée sur les adolescent, ben plus personne n'était capable de présenter une formation sur l'adolescent étant donné que les projets sur l'adolescent avaient été mis à la poubelle, sachant que dans les conseils scientifiques ben y'a des gens de la CNAM, qui siègent pour dire quelles sont les priorités de santé publique qu'ils veulent voir, et donc dans ces sociétés là en fait y'a aussi des gens, --on était parti sur l'HAS-- on est régulièrement sollicité par exemple en tant que adhérent à la SFMG pour faire partie des groupes de travail de la HAS, ça bouffe un temps fou, donc il faut vraiment le vouloir, c'est à mon avis rémunéré à la va comme je te pousse, et surtout sur l'adolescent, le plan adolescent avait fait, il me semble qu'il y avait des gens de la HAS, qui avaient participé à ce truc là, on se retrouvait quand même avec le constat que les médecins généralistes sont pas bien formés, donc, il faut aller les former sur le terrain, si l'adolescent se suicide c'est forcément le médecin généraliste ou le pédiatre je sais pas quoi et donc on va aller les former avec quoi, eh bien on va prendre un psychiatre et un psychologue, moi je trouve ça ahurissant, c'est vrai que du coup les recommandations de la HAS, si on se retrouve avec une profession tel les psychiatre qui font une recommandation pour une autre spécialité tel que la médecine générale, je trouve ça ahurissant, et ça enlève un peu de crédit à ce qui est recommandation officielle

-Est ce que vous trouvez justement que c'est faisable de faire des recommandations sur les troubles psychiques, les benzodiazépines et de les appliquer ?

-....J'en sais rien si c'est faisable, je pense que c'est très c'est très très délicat, on se retrouve, avec, ...si c'est recommandation pour mettre des gens dans des cases, c'est voué à l'échec, si c'est pour faire comme les américains, ou on a une assurance santé et puis on se dit, ben pour tel diagnostique du fameux DSM 4, on se retrouve à avoir droit à dix séance de psychothérapie, et puis après basta c'est fini, je trouve que c'est une connerie monumentale, et ça sert à rien. Etant plus proche de la psychanalyse que des cognitivocomportementaliste, je pense qu'on a du mal... alors autant les comportementalistes je vais les utiliser pour tout ce qu'on sait qu'il y a de bon résultats, mais ils ont des résultats à mon avis à court terme, pour connaître des confrères qui ont un passé de médecin généraliste, sur le suivi au long court, la phobie qui a été masquée à un moment donné, ben elle a été que masquée, et comme on a pas été chercher le

pourquoi du comment, ben ça ressort 20 à 30 ans après, donc dire qu'on va faire des recommandations, si c'est pour nous dire faut faire une psychothérapie...ça c'est le problème de la réglementation de la psychothérapie, une caissière chez cora peut très bien se mettre une plaque de psychothérapeute, et puis on sait pas ce qu'ils font, peut être ça peut être utile de dire qu'il faut un minimum de formation, alors dans quels critères, chacun va se battre pour sa paroisse, si c'est pour dire le nombre de séance de psychanalyse qu'il faut pour que ça aille mieux, je pense que c'est une connerie, je ne sais pas en quoi les recommandations pourraient aider, bon à mon avis y'a des choses qui peuvent être mesurables...

-Est-ce que vous pensez que la manière dont les soins sont organisés en France influence la prescription médicale en général et de benzo en particulier? Dans quel sens ça peut influencer ?le paiement à l'acte par exemple

-Ben déjà, l'argent va pas toujours dans les mêmes poches, donc c'est parce que le patient est remboursé de la consultation, que pour autant je vais prescrire, moi ça me pose pas de problème, je sais qu'en France on est très mauvais dans le... il me semble que par rapport aux pays bas ou en Allemagne on a un taux de prescription qui est beaucoup plus important à l'issue d'une consultation que chez eux, moi ça me pose pas de souci, je fais des consultations ou y'a pas d'ordonnance à la sortie

-Est ce que vous avez l'impression qu'il y a de plus en plus de souffrance psychique ces dernières années ?

-Ben, le problème c'est qu'on trouve que ce qu'on va chercher, forcément ayant une formation, qui quel que part, moi, m'a décomplexé par rapport aux éléments psychiques, que j'aurai pas eu forcément tendance à aller chercher, après faut vraiment essayer de faire la part des choses ce qui est psychologique de ce qui est somatique, sachant qu'on a du mal à séparer les deux, on nous le dit quand même déjà à la fac, quand il y a un ulcère, il faut rechercher un facteur de stress, donc forcément on commence à mettre le pied dans le psychologique, donc moi c'est tous les jours, ça peut être pour tout et n'importe quoi, donc heu globalement, c'est pour ça aussi que quand les gens vont pas bien il vont faire infection sur infection, un mal être psychique va se traduire par des mauvaises défenses immunitaires, par des mécanisme que je maîtrise pas trop, mais globalement y'a des trucs comme ça, alors maintenant je trouve qu'il ya des violences qu'on voit plus souvent dans le cabinet, qui sont à mon avis aussi liées au contexte économique, des patients qui viennent et qui me disent : « on a un nouveau DRH, c'est une catastrophe », nous on a l'impression qui a une violence qui est faite, du coup ça engendre un malaise psychique, que nous, on doit gérer dans le

cabinet, quand il y a manifestement des gens qui sont là pour faire des plans sociaux et virer des gens, c'est difficile, quand il y a des patients dans plusieurs entreprises différentes qui décrivent des situations ou il y a des incertitudes qui est quasiment institutionnalisé dans une entreprise, on fait lambiner les délégués syndicaux qui du coup peuvent pas donner de renseignements exacts et puis ça va être « dans six mois vous serez fixés » et puis finalement ils sont pas fixés, des lettres qui arrivent juste après Noël, des paroles qui me sont rapportées de gens qui sont en position de décider de l'emploi de la personne qu'ils ont en face d'eux, y'a des patients qui nous racontent des horreurs, on se demande si les personnes qui ont prononcé ces paroles, elles se rendent bien compte qu'elles pourraient recevoir ce genre de paroles aussi, et la violence que ça fait ; vous avez des patients qui sont à gérer parce que ça fait 18 ans qu'ils sont dans une entreprise comme le républicain lorrain, et on leur a demandé en ¼ d'heure de faire leur valise et de se barrer, même chose chez Ikea, tout ça à mon avis ça engendre quand même un malaise, et qui est couteux en énergie, en temps et moi je trouve que c'est violent, mais savoir s'il y en a plus qu'à d'autres époques ça j'en sais rien

-Et vous avez l'impression que ça favorise donc plus de prescription de benzo ou pas ?

-A mon avis oui, on peut agir à mon avis, là où je vais être... sur des stress qui sont liés à des choses que le patient maîtrise pas, on est quand même un peu....comment Impuissant, mais heu...on va peut-être leur permettre de relativiser, de voir un peu les priorités, ce qui est important, ce qui est pas important, mais à un moment donné, c'est difficile d'agir avec des choses sur lesquelles ils ont pas de prise, autant on peut agir sur quelqu'un qui est en surpoids, y'a plein de facteurs qui peuvent expliquer que la personne est en surpoids, y'a notamment beaucoup de facteurs qui viennent de la personne en elle même sur lesquels on peut agir. Autant sur des stress qui sont dus à des choses qui leur tombent dessus, c'est des gens qui décident ailleurs de leur devenir, un jour c'est comme ci, un jour c'est comme ça, c'est plus difficile, alors à mon avis les benzos doivent plus sortir dans ce cadre là.

-Est que du coup vous avez l'impression que c'est le rôle du médecin de s'occuper de tout ça ?

-Ben heu, l'anxiété ça va être quelque chose de médical, c'est toujours l'éternelle question entre je fais l'assistante sociale..., comme j'arrive pas à dissocier, peut-être à cause de ma formation balint le somatique du psychique, moi ça me semble important de m'en occuper, parce que si on arrive à faire des liens et à expliquer des choses avec le patient, on arrivera à travailler et à mon avis il y a une part d'anxiété et de mal être qui va partir. Le patient va pas venir avec ce symptôme là, globalement, ça va plutôt être le mal être, l'angoisse

qui va se planter et c'est en discutant qu'on va tomber sur des choses, mais le point de départ c'était pas ça...

-Est ce que vous avez l'impression que l'information reçu par les patients a changé et que ça influence la prescription médicale ?

-Oui alors sur les benzodiazépines y'a pas grand chose, les antibiotiques ça a pas changé ma façon de faire mais ça a diminuer les réticences des patients, y'a un message éducatif qui est passé et la mon prescription était parfois mieux comprise, ça a pas modifié foncièrement notre prescription, non ce qui a modifier considérablement la prescription c'est le TDR, le reste non, mais par contre ça a facilité la communication, alors sur les benzodiazépines, j'ai pas souvenir d'une campagne, y'a la pictogramme sur les boîtes, attention, faut pas le prendre si vous conduisez, sinon j'ai pas de notion...par contre ils sont plus informés avec internet et compagnie, on a quand même rarement des patients qui viennent avec le truc d'Internet, tiens j'ai vu ça sur internet, je pense que ça me va, allez y prescrivez-moi ! non, là aussi je pense que la formation balint m'aide à comprendre ce qui se passe dans la relation, et puis on va peut-être causer du pourquoi de la demande du patient, d'une éventuelle assistance et du coup de mieux gérer ça, mais c'est quand même moi, qui décide de ce que je mets sur la feuille.

-Et à votre avis qu'est ce qui pousse le plus les médecins à prescrire des benzos ?

-Je pense qu'on est quand même formaté d'une manière où dans un délai restreint qui est d'environ ¼ d'heure, parce qu'on a quand même des consultations qui sont longues en France, on doit comprendre le problème du patient, on doit lui trouver une solution, et puis souvent ça passe par la prescription, en tout cas à mon avis c'est quelques part le formatage de nos études, après c'est vrai que la prescription elle peut être aussi une réponse à l'angoisse du médecin, « je suis angoissé, parce que le patient est angoissé » bon je vous donne un anxiolytique, basta ! on est quand même dans cette relation là, à pas chercher midi à quatorze heures, voilà ça demande un plus grand investissement que d'aller chercher le pourquoi de l'angoisse, dans quelles circonstances, etc..., qu'est ce qui se passe, ça demande du temps, donc ça bouffe du temps dans la consultation, ça va bouffer de l'énergie et puis il faut savoir se laisser guider par le patient en consultation, il faut prendre le temps, on nous bourre dans le crâne qu'on coûte de l'argent et du coup, donc dire au patient ben, je vous revois dans une semaine, c'est pas forcément évident, c'est des choses qui faut gérer et tout le monde peut pas forcément les gérer.

-Depuis quand êtes vous installé ?

-2000

-Ici ?(en cabinet de groupe en semi-rural)

-Et avant ?

-J'ai commencé à remplacer en 98, j'ai remplacé mes collègues deux ans et puis ensuite elles m'ont proposé de m'associer avec elles, voilà j'ai commencé à travailler avec elles en décembre 2000

-Vous travaillez également aux urgences ?

-Oui ! J'ai une activité de praticien attaché, j'ai une vacation par semaine de 3H30 donc en fait je fais une journée par mois

-Et pourquoi vous avez choisi de faire ça ?

-Parce que ça apporte un fixe au niveau des revenus, ça évite les yoyos dans les activités, de moins en moins au fil des années, mais y'a quand même des mois qui sont plus creux que d'autres, donc moi, ça m'enlève une angoisse et puis c'est aussi intéressant de voir d'autres activités, de faire des gestes, comme les sutures..Et puis ça permet aussi d'être au courant de comment sont pris en charge les urgences et ça décoince par rapport aux urgences qui peuvent vous tomber dessus en garde de médecine générale

-Vous consacrez environ combien de temps à une consultation ?

-C'est très variable, on a un RDV normalement tous les ¼ d'heure, sauf que là je suis en retard dans mes consult par ce que, j'ai eu une consultation qui a duré 40 minutes, c'était une patiente qui présentait des lombalgies, qui ont commencé pendant sa grossesse, et puis donc là après la grossesse ça se calme pas et puis on a fait de la kiné ça marche pas, de l'acupuncture, ça fonctionnait mais pas complètement, et puis finalement eh ben, à l'interrogatoire, on s'aperçoit qu' 'elle est hyper cambrée depuis qu'elle porte son bébé depuis quatre mois, et le pourquoi de la chose, parce qu'elle a été consultée un kiné qui fait de l'ostéopathie, parce que le bébé avait un problème de canal lacrymal non perméable, apparemment l'ostéopathie a réussi à faire quelque chose, et le kiné lui a fait hyper peur, en lui disant qu'elle portait très mal le bébé et qu'il fallait faire hyper attention à la tête, et son angoisse c'est finalement quand elle le prend dans ces bras qu'il se jette en arrière comme les bébés font de temps en temps par ce qu'ils ont des mouvements incontrôlés, donc c'est typiquement, le genre de RDV où on se dit ça peut durer un ¼ d'heure, et finalement quand on prend le temps de débroussailler le problème, j'ai déboulé sur finalement plutôt un diagnostic d'anxiété d'angoisse qui à mon avis va solutionner la chose, de dédramatiser le petit antélesthésis qu'on a trouvé sur la radio, et puis je lui ai dit on va déjà un peu s'occuper de l'angoisse et voir un petit peu ce que ça donne.

-Comment vous vous représentez la relation médecin patient idéale ?

-J'en sais rien j'essaie de faire en sorte que toutes les consultations soient idéales, en fait j'essaie de m'astreindre à laisser parler le patient, l'interne que j'ai en stage actuellement est très dynamique donc elle s'aperçoit de laisser le silence, dans la

consultation, que là où elle aurait déjà géré son angoisse en bombardant le patient de questions, le fait de le laisser parler donne des informations aidant la prise en charge de leur état, bon j'aimerais bien que tous les patients disent que la relation qu'ils ont avec moi est idéale !, bon moi je conçois pas le métier autrement, donc la relation idéale, c'est quand il y a pas de souffrance de la part du patient et du médecin

-Qu'est ce que vous préférez dans votre métier ?

-Qu'est ce que je préfère ?.... Heu y'a plein d'aspects dans le métier que j'aime bien et puis plein d'aspects que j'aime pas, la relation avec le patient qui est très enrichissante, le fait qu'on peu suivre les gens en médecine générale me paraît intéressante, le fait que l'on puisse voir l'évolution des pathologies qu'on a traitées...Enfin, la pratique que j'ai, me va bien

-j'ai oublié de vous demander quand vous prescrivez un médicament c'est lequel que vous prescrivez en premier

-je pense que j'ai assez souvent sous la plume de L'Antirex® c'est à dire du Bromazepam, le générique du Lexomil® ou sinon, ça peut être aussi du Veratran®, ça peut être du Xanax®, de l'Atarax®

Entretien non enregistré refus du médecin

Justification du refus : je sais pas pourquoi je vous ai dit oui, j'en reçois des tonnes de courriers, des études... il y a quelques années ils avaient fait une étude sur le dosage VIH 1 et 2 et ils avaient demandé aux médecins si quand ils prescrivaient le bilan biologique, ils avaient demandé systématiquement l'autorisation au patient. Ils avaient répondu, non pas toujours... Ils en ont tiré comme donnée que 70% des médecins faisaient des dosages sans demander aux patients. Ces études ça se retourne toujours contre le médecin. Depuis j'ai décidé de ne plus répondre à tout ça (des explications sont données sur les raisons de l'enregistrement, faciliter le discours, retranscrire de la manière la moins interprétative et donc au plus juste sa parole, mais sans efficacité) « ça vous fera écrire ».

-Dans quelle situation prescrivez-vous principalement des benzodiazépines ?

-Dans l'anxiété uniquement, « j'en prescris peu, on arrête plutôt ». Il en prescrit également au début des syndromes dépressifs. Il évoque également les dérives qui peuvent être faites concernant notamment le Tétrazepam et son usage détourné pour ses visées myorelaxantes
il décrit aussi la situation de prescription dans les attaques de panique, notamment dans le cadre des grades « pour éviter d'être emmerdé », il raconte qu'avec l'expérience il n'a plus dans sa trousse de médecin de garde que : du Lexomil®, Natispray®, corticoïde et adrénaline.

-Pourriez-vous nous raconter la dernière consultation durant laquelle vous avez prescrit des benzodiazépines ?

- Il n'a qu'une patiente qui ne prend qu'un quart de comprimé par jour de Temesta® qu'elle prend depuis vingt ans qu'il n'arrive pas à sevrer

-Ces médicaments vous semblent-ils efficaces ?

-Très efficaces

-Quels effets secondaires à long terme constatez-vous ?

-Le principal constaté est la dépendance, et quelques effets adverses type excitation mais en a très peu vu dans sa carrière

-Avez-vous l'impression de prescrire plus à certaines catégories de la population ? Lesquelles ?

-« Oui plus les femmes, pour tout, mais peut être par un biais statistique par ce que je vois plus de femmes, les hommes se montrent moins »

-La prescription résulte-t-elle selon vous d'une demande de traitement par les patients ou bien d'une proposition de votre part ?

-Il faut se méfier des termes, parler de demande c'est sous entendre re-prescription, ils ne demanderont pas spontanément quelque chose

qu'ils ne connaissent pas. Pour lui cela résulte de sa prescription, les patients n'en demanderont pas spontanément.

-Si vous prescrivez un traitement, lequel allez vous prescrire en premier ?

-Le leur : c'est le Lexomil®, le Bromazepam ça marche pas ! Mais le Lexomil® ça marche bien, il y a un effet, le conditionnement pour lui semble important : la boîte, très important, la boîte verte ! Regardez « je n'en prends qu'un quart de comprimé » c'est un coup de marketing majeur afin de faire croire au médecin et au patient que c'est un tout petit traitement parce que ça n'est qu'un ¼ ; lui prescrit des demi-vies courtes dans le cadre de pathologies aiguës, et lorsqu'il prescrit des demi-vies longues cela résulte plutôt d'un renouvellement des traitements du psychiatre

-Essayez-vous de les arrêter et quelle stratégie de remplacement utilisez vous ?

6Oui, toujours avec des durée variable selon la nécessité, le sevrage pouvant durer de un an à deux ans s'ils le veulent

-Pensez-vous que les Français sont de gros consommateurs de benzodiazépines ? Pensez-vous que les médecins généralistes prescrivent trop de benzodiazépines ? Pourquoi selon vous ?

-Ca c'est pour lui une communication de l'état, c'est une connerie « quand on veut tuer son chat ,on l'accuse d'avoir la rage » le déficit de la sécu ça représente 1% du budget de la sécu alors si on parle en terme d'entreprise on peut pas vraiment parler de déficit, mais on utilise toujours les chiffres comme on le souhaite, ça évite de parler des cinquante millions de chômeurs, on envoie des listings , des médecins conseil...

-Et vous, avez vous l'impression de trop prescrire de benzodiazépines ?

-Non, se situe dans la marge basse des prescriptions .

-De quelle manière vous formez et vous informez-vous sur les médicaments et leurs modalités prescription (visite médicale, FMC, revues, HAS recommandations) ?

-Internet surtout, la revue du prat, les FMC. Les labos c'est des conneries, dit qu'il choisit les FMC en fonction du lieu et non du sujet de la FMC, pour lui , on choisit toujours des sujets qui nous intéressent et donc qu'on maîtrise mieux, donc à la fin il y aura peu d'apprentissage, alors en choisissant seulement le lieu , il se forme à des sujets auxquels il n'aurait pas pensé participer

-Pensez-vous être influencé par les nouvelles recommandations de l'HAS concernant la prescription des benzodiazépines ?

-L'HAS c'est pour les savants, c'est pour lui celui qui est hors consensus qui a toujours raison (rire) l'HAS selon lui ne faut que suivre les habitudes des médecins et se basent sur le coût. Exemple : avant il ne fallait surtout pas prescrire des IPP avant de faire

une gastroscopie, maintenant on ne réalise la gastroscopie qu'après essai des IPP..

il exprime le fait que certes il faut se référer à l'HAS mais il dit « on fait ce qu'on peut » et évoque le caractère privilégié de son secteur d'activité, « Metz sud, c'est sympa », mais « allez demander à un médecin en banlieue », ça n'est pas aussi facile selon lui, l'expérience d'un médecin n'est pas l'expérience de tous les médecins, on ne tient pas assez compte selon lui de tous les milieux. -Pensez-vous que la façon dont sont organisés les soins en France, influence la prescription en générale et celle de benzodiazépine en particulier ?

- Non

-Comment prenez-vous en charge cette souffrance psychique(écoute, médicaments, autres techniques : TCC, acuponcture, hypnose, relaxation..., recours à un psychologue ou un psychiatre) ?

-Parfois les psychiatres mais les délais sont très long et peuvent atteindre un an ! alors en attendant on donne des benzo en attendant qu'ils soient encore plus shootés par eux..., sinon il n'est pas adepte des médecines parallèles

-Avez vous l'impression que les problèmes de souffrance psychique ont changé ces dernières années : Sont moins ou plus importants ? et est ce que si oui ça entraîne forcément une augmentation de la prescription ?

-Pour lui il n'y a pas plus de troubles qu'il y a vingt ans. Les crises de tétanie ou de spasmophilie ont pour lui complètement disparu alors qu'elles étaient extrêmement fréquentes il y a quelques années. Il trouve qu'on est actuellement plus efficace dans la prise en charge et le diagnostic mais à la fois on crée de l'anxiété de la part même de la médecine par la multiplication des examens complémentaires...l'anxiété du médecin génère aussi de l'anxiété. il évoque l'empathie la nécessité de l'écoute dans la prise en charge de la souffrance psychique et dans l'adhésion au traitement « si on est sympa et qu'on l'écoute, ça marchera mieux que si on l'envoie balader ! » Il existe pour lui aussi un effet placebo présent et important. Pour lui la sécurité sociale a fait une erreur majeure en remboursant les médicaments placebo type Magne B6, qui permettait de rassurer les gens qu'ils aient un médicament efficace et qui ne prennent du coup pas de traitement fort

-Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge des troubles psychiques?

-Le manque de temps souvent, pour prendre en charge au long court cette souffrance, il n'est possible selon lui que de réaliser une psychothérapie de soutien au départ

-Avez-vous l'impression que l'information reçue par les patients a changé et qu'elle influence les comportements médicaux : internet , journaux, campagne de publicité (cf antibio) ?et est-ce que ça vous semble pouvoir être adapté aux benzo ?

-les patients sont plus informés du fait du grand bouleversement créé par internet : ils viennent avec un listing et leur référence de 3888 sites. Il existe actuellement un gros problème pour gérer l'info . de même par les médias, le médecin doit s'adapter au dernier article du jour, cf. le reportage sur le mal de tête dans le républicain lorrain

-Qu' est ce qui pousse selon vous le plus les médecins à prescrire de benzo en particulier et des médicaments en général ?

-Le manque de temps, la facilité.

-Depuis combien de temps êtes vous installé ?

-Depuis 1983 au même endroit, il a toujours travaillé seul, car il a selon lui et sa femme trop mauvais caractère

-Concernant votre activité combien d'actes réalisez-vous par jour ?

-C'est très variable

-Combien de temps dure, en général, une consultation ?

-Quinze minutes

-Qu'est ce que vous appréciez le plus dans votre métier ?

-Le fait d'avoir une vision différente du monde qui n'existe pas dans d'autres métiers, on est au contact au plus près des gens, de leur santé de la misère... c'est le plus beau métier du monde

'A la fin de la consultation, il me préconise les feuilles d'analyse de la sécurité sociale, plus concrètes à son sens, et m'en a même fait une copie.

-Dans quelles situations prescrivez vous principalement des benzos ?

-... les troubles anxieux

-c'est des médicaments qui vous semblent efficaces?

-ah oui ! Je pense que l'indication est bien posée, les résultats sont bons.

- Des effets secondaires ?

-Ah oui, y'a forcément des effets indésirables, surtout de somnolence, de ralentissement, après chez les personnes âgées des chutes, qu'est ce qu'on voit le plus souvent ? Heu...c'est surtout ça la somnolence, les troubles de l'équilibre, les chutes

-Des troubles de la mémoire ?

-...Alors dans les traitements au long cours oui, on voit apparaître des troubles de la mémoire, mais ça dépend des demi-vies, c'est vrai qu'on le voit plus avec des demi-vies longues qu'avec des demi-vies courtes, enfin, moi je trouve.

-Quand vous introduisez un traitement vous allez plutôt choisir lequel ?

-Vous voulez des noms (rire) ! Ceux que j'utilise le plus, c'est, bah j'essaie d'utiliser des demi-vies plutôt courtes, alors ça dépend chez les personnes âgées systématiquement des demi-vie courtes, alors j'utilise plutôt le Seresta®, le Xanax®, ou l'Alprazolam, alors, après si je veux un effet plus long chez les gens plus jeunes j'ai tendance à utiliser le Bromazepam, j'utilise très peu le Lysanxia® qui a une demi-vie très.... Sauf indication particulière, et la plupart du temps c'est plutôt les psychiatres qu'ils l'ont initié, donc heu...autrement j' ai quasiment personne, que moi j'ai mis sous...

-C'est des médicaments que vous avez tendance à arrêter, notamment chez les personnes âgées?

-.... Ben, si on peut les arrêter oui, moi, j'essaie d'arrêter, chez les gens jeunes aussi, après tout il faut traiter...le symptôme, la période où ça ne va pas, et puis on essaye de...

-Chez les jeunes vous faites des traitements courts ?

-Oui ,j'essaie plutôt de faire des traitements courts et puis...de , d'ailleurs chez les jeunes, souvent chez les jeunes , je leur fixe une échéance, j'veux dire on essaye, hein, ça peut-être quatre semaines ça dépend aussi de l'importance des symptômes, ça peut être huit jours, ça dépend Et ensuite on refait le point et puis on voit si on continue ou pas , alors chez les gens âgées c'est vrai que quelquefois c'est plus long parce que... c'est lié à des difficultés d'accepter le vieillissement, donc là ça peut être plus long... mais c'est normalement toujours à réévaluer, parce que c'est tout de même responsable d'une forte iatrogénie, ben, moi j'essaie de réévaluer, mais c'est vrai que y'a des personnes âgées, à qu'on arrive pas à enlever leur petit Temesta®, on arrivera jamais.

-Vous avez l'impression que c'est plutôt une demande de la part des patients, ou c'est plutôt à votre initiative ?

-Les gens vierges de tout traitement, en principe, ils en demandent pas, bon on en parle jamais beaucoup des benzodiazépines bon je trouve qu'ils ont moins tendance à s'y réfugier. Alors les gens qui connaissent déjà , qui en ont déjà pris, quelque fois c'est une demande

-Sinon c'est plutôt vous qui jugez en fonction de la situation ?

-Oui tout à fait, sachant que quelque fois on est passé par des médicaments qu'on essaye... (téléphone) oui parfois j'essaie de traitement à base de plante, ou Stresam® , enfin des choses plus... légères, et puis bon quelques fois après on est quand même amené à prescrire une benzodiazépine, de toute façon ça dépend toujours de l'importance... des symptômes et de la souffrance de la ben parce qu'il y a bon, ben c'est vrai qu'il y a des cas particuliers par exemple, bon ben, un décès, enfin... passer un cap difficile, bon là on en met peut être d'emblée, hein..

-Sinon, vous avez plutôt tendance à attendre avant d'en donner ?

-Si c'est possible oui, sauf cas vraiment importants

-C'est difficile de pas en prescrire ?

-Ben souvent on y vient quand même, s'il sont persuadés qu'il y a que ça qui va leur réussir, souvent le traitement qu'on pourra essayer marchera pas, alors...

-Est ce que vous avez l'impression de prescrire plus à certaines catégories de personnes ?

-Certainement plus aux gens plus âgés, c'est souvent intermittent, c'est un cap à passer, un souci professionnel, un souci familial, en tout cas au long cours, oui, il ya pas mal de personnes âgées qui en ont au long cours.

-Sinon entre les hommes et les femmes ?

-Ah, j'en donne plus aux femmes qu'aux hommes, oh, je pense

-Pourquoi ?

-Parce que les hommes viennent déjà moins consulter pour ce genre de problèmes, c'est pas très souvent, j'ai l'impression qu'ils viennent moins consulter, alors j'ai peut-être plus de femmes (rire) j'sais pas, ils essayent peu être l'alcool avant ça marche aussi

-Est ce que vous avez des stratégies de remplacement quand vous les arrêtez ?

- Je fais toujours un sevrage progressif, sachant que c'est vrai quand je vais donner pour une période pour passer un cap, un principe je leur dis toujours ,on arrêtera dans quatre ou dans six semaines, en tout cas on essayera d'arrêter, et je trouve que les gens sont assez respectueux et ils jouent le jeu en tout cas, d'arrêter...

-Est ce que vous avez l'impression que les français sont de gros consommateurs de benzos,

-Ben ,c 'est ce qu'on dit, alors c'est difficile à dire ,

j'ai pas l'expérience à l'étranger exactement, j'ai même jamais vu les statistiques, heu ... je pense que c'est une solution de facilité.. oui peut-être que les français consomment plus, est ce que les français investissent plus là dedans est ce que c'est la solution miracle, je sais pas

-Est ce que vous avez l'impression que les médecins sont de gros prescripteurs ?

-.....Ben j'en sais rien du tout

-Et vous avez l'impression d'en prescrire beaucoup ?

-Ben moi j'ai l'impression d'en prescrire pas mal, ne serait ce que par mon activité en gériatrie, parce que c'est vrai que l'anxiété c'est quand même un phénomène assez courant dans les problèmes d'entrée dans la démence, donc c'est vrai qu'il y a des gens qui en ont... j'ai pas l'impression d'en prescrire beaucoup chez les jeunes, dans ma clientèle jeune, mais chez les gens âgés oui !

-Vous avez des statistiques de la sécurité sociale ?

-Ah ben oui, je suis dans leur.... Benzo pas tellement, mais par contre je prescris beaucoup d'Imovane® et de Zolpidem, les hypnotiques oui, les benzo je dépasse pas le... j'suis dans la moyenne, mais les autres oui (rire).

-De quelle manière vous formez vous et vous informez vous sur les médicaments ?

-Alors il y a une revue que j'aime bien c'est prescrire, c'est celle là en principe que je regarde le plus (rire), c'est essentiellement ... des fois je regarde un peu... mais c'est souvent prescrire

-Les laboratoires vous les recevez ?

-.....Oui, mais ça fait longtemps que j'ai pas vu ceux qui faisaient des benzos, ils en parlent encore ? (rire) enfin le Temesta® on me l'a pas présenté depuis des années, hein

-Vous avez l'impression qu'on présente plus les antidépresseurs ?

-Ah oui, ah oui ! c'est sûr, les antidépresseurs on en voit beaucoup, et puis le Prozac®, enfin j'veux dire il y a encore pas très longtemps, l'Effexor®, l'Ixel®, mais y'a très longtemps que j'ai pas vu parler d'une benzodiazépine.... maintenant je trouve qu'on donne des antidépresseurs pour des.. pour rien parce que bon vous avez un deuil, ou un problème c'est normal que vous soyez déprimé, alors en gériatrie c'est encore pire, on pourrait leur en donner à tous... enfin bon, dès qu'on fait intervenir la psychiatrie, ils ont des antidépresseurs, je sais pas si c'est non plus tellement justifié, bon après ...

-Est que vous êtes influencé par les nouvelles recommandations has,

-Ah oui ça je regarde

-Par exemple celle sur les benzos ?

-Ah oui tout à fait

-Est ce que vous trouvez que c'est facile de faire des recommandations de bonne pratique dans ce domaine là, sur les benzodiazépines ?

-ah oui c'est toujours bien, le problème c'est ceux qui en prennent depuis.... Leur faire comprendre l'utilité d'arrêter. Quand on prescrit une benzodiazépine et qu'on explique à la personne les risques, ce que c'est comme produit, ben la plupart du temps ils sont très, heu,... ils se conforment à ce qu'on leur dit, mais une fois qu'ils en prennent depuis des années allez leur dire d'arrêter c'est quasiment impossible, c'est comme le tabac après ça dépend de la motivation.

-Est ce que vous avez l'impression que la façon dont les soins sont organisés en France, ça influence la prescription médicale ?

-Ah ça c'est possible, on se sent peut être un peu plus obligé de répondre à la demande du patient, oui à mon avis ça influence, je pense oui oui c'est une transaction, on se dit si on lui donne pas...

-Est ce que vous pensez être armé pour prendre en charge les personnes qui ont des souffrances psychiques ?

-Armé ? Ben pas trop

-La formation initiale que vous avez eue était bonne ?

-Non pas trop, je ne trouve pas que c'est suffisant, on apprend sur le tas, bon c'est sûr, moi je suis déjà allée à des formations... on n'est pas armé en tout cas.... Bon c'est vrai quand c'est des gens qu'on connaît bien c'est plus facile, quand on les connaît pas c'est beaucoup plus difficile, quand on les connaît bien de longue date... on voit les choses différemment, ceux qu'on appréhende depuis peu c'est difficile

-A part la prise en charge médicamenteuse vous utilisez d'autres techniques ?

-Je les écoute d'abord, oui oui je commence par ça, après c'est les médicaments, après ça va dépendre du discours de ce que je juge au niveau de la souffrance

-Vous les orientez parfois vers des psychologues ou des psychiatres, est ce que ça se passe bien ?

-Oui, mais c'est difficile d'avoir un RDV chez le psychiatre, est ce que ça se passe bien, ben ça c'est difficile, ce que je dis toujours aux patients : je vais lui conseiller un psychiatre en fonction de ce que je pense que la personne sera bien pour elle, ce qui est pas forcément le cas, parce qu'après on peut pas savoir comment ça se passe surtout dans ces pathologies là, et quelque fois la personne convient pas du tout, ça m'est déjà arrivé plusieurs fois, de me dire, t'as fait plus de tort que de bien, mais quelque fois aussi, ben justement parce qu'on est pas armé, il faut que je passe la main, et puis finalement si on avait un peu plus de temps et ben si on était pas tout le temps sur-bouqué, peu être qu'on s'en serait très bien sorti en écoutant. Ça prend du temps, en ¼ d'heure j'écoute ce que bon...

-Quand c'est des consultations consacrées à des problèmes d'ordre psychique vous y passez plus de temps ?

-ah oui , c'est du simple au double , ah oui au moins, ça peut être une heure, alors souvent dans ce cas là je leur demande de revenir sur RDV, en plus quand vous savez qu'il y a les autres qui attendent derrière, c'est pas gérable, c'est...le problème c'est aussi... le vendredi soir, j'avais plein de monde, j'étais chez une dame, y'a son fils qui est venu, sa femme vient de le quitter, elle je venais de renouveler ces médicaments, lui , j'ai passé une heure à l'écouter quoi, je les soigne aussi tous les deux, et puis on a pas avancé de toute façon, elle va pas revenir parce que je suis restée, donc non ça marchera pas, c'est vrai que... bon là c'était pas prévu, déjà que j'étais pas en avance, mais bon on peut pas non plus ne pas l'écouter à ce moment là, parce que s'il ont besoin de parler à ce moment là, peut être que si on leur dit revenez demain, c'est.... Ils viendront peut être pas d'ailleurs, ça sera peut être trop tard, ils ont pas envie d'écouter, mais j'ai pas de solutions à ces problèmes là en fait

-Vous vous sentez des fois impuissante ?

-Ben là, totalement mais là ce qui est pire c'est que je suis le médecin des deux, je les vois tous les deux séparément maintenant, et bon j'essaye de pas...j'essaye de garder un juste milieu, je peux pas prendre partie c'est pas mon rôle, et ben je les écoute tous les deux quoi, je peux pas leur donner de conseil, je suis pas...

-Vous pensez que le médecin a un rôle à jouer dans ces souffrances psychiques ?

- moi, je pense que ça fait partie quand même de son rôle, oui, on est pas là que pour soigner le corps, je pense que ça fait partie de ...parce que de toute façon le relationnel entre médecin traitant médecin de famille et le patient et entre le patient et un psychiatre sera de toute façon jamais la même, ben moi, je pense que c'est pas la même chose, ils y vont pas pour la même chose, il ya une histoire derrière qui fait que bon...

-Est ce que vous avez l'impression que les situations de souffrance psychiques ont changé depuis quelques années ?

-Elles sont plus fréquentes notamment sur le plan du travail, ça je suis sûre, on voit beaucoup plus de gens parler de souffrance au travail, si ça alors là en ce moment je sais pas quoi leur conseiller, on est pas armé, on connaît pas les... , à part dire d'aller voir le médecin du travail, mais bon, moi je trouve qu'y a beaucoup plus... ah oui !

-Alors du coup vous avez l'impression que ça favorise la prescription de benzo ?

- ...Oui, ça pourrai aller de paire, oui...mais le travail c'est quand même quelque chose qui revient plus souvent qu'avant, j'en voyais pas autant au début il y a 25 ans et souvent chez des gens plutôt jeunes qui ont pas tellement de diplôme, donc qui occupent des emplois plus simples

-Est ce que vous avez l'impression que l'information dont dispose les patients évolue et influence ou non la prescription médicale ?

-Ah oui ! Moi je trouve que oui ! Parce que quand je leur parle d'une benzodiazépine, d'abord ils savent ce que c'est, et les risques qui sont attendants, ah oui moi je trouve qu'ils sont mieux informés

-Et vous trouvez que c'est bien ?

-Ah oui c'est bien, ça facilite un peu quand même, ah oui, moi je trouve que c'est bien qu'ils soient informés

-Par exemple vous avez ressenti une influence des campagnes publicitaires sur les antibiotiques par exemple ?

-Ah oui, ça a changé les choses chez moi forcément mais avant les campagnes médiatiques, le discours passe plus facilement aussi, ils disent ah bah oui c'est vrai qu'ils disent les antibiotiques c'est pas automatique ! Y'a des choses qu'ils retiennent quand même, ça facilite notre approche quand même...à part quelques irréductibles, enfin il y en a toujours, s'ils repartent pas avec leur ordonnance d'antibiotiques, ils sont pas contents !

-Qu'est ce qui pousse selon vous les médecins généralistes à prescrire des benzos ?

-C'est plus une réponse à la demande, la souffrance du Dans ce cas là la souffrance psychique, c'est de soulager quand même

-Depuis combien de temps êtes vous installée ?

-Depuis 1983, ça fait 26 ans

-Toujours dans le même cabinet ?

- Toujours ici dans le cabinet de mon papa

-Vous avez toujours travaillé seule ?

-Non, j'ai été en association, de 86 à je sais plus quand Jean marie est parti à paris, il y a une dizaine d'années, et ensuite j'ai encore eu un autre associé, donc au moins douze ans d'association. Le but de départ était d'être à trois mais ça n'a pas pu se faire.

- Si ça n'est pas indiscret quel âge avez-vous ?

-54 ans

-Est ce que vous avez l'impression qu'il y a une influence du médecin sur le patient ?

-Moins qu'avant, y'en a plein qui viennent déjà, ils ont déjà fait leur diagnostic sur internet, donc moi je pense qu'on a plus la connaissance un peu unique que les médecins avaient dans le temps, ils entendent parler de beaucoup de chose et puis c'est pas si mal que ça! Ça permet de se remettre en question aussi, et puis ils vont chercher ailleurs des réponses dans la réflexothérapie, parlant de la souffrance psychique, et puis moi aussi je leur conseille, pourquoi vous allez pas faire de la sophrologie pourquoi vous en faites pas de la réflexothérapie, y'a pas seulement des médicaments. Je trouve que c'est même mieux que d'avaler des comprimés, ou l'acupuncture... peu importe, si ça marche pourquoi pas, et ça marche dans certains cas

-Qu'est que vous appréciez le plus dans votre métier ?

-Le relationnel je pense, je voudrais pas faire de la médecine, ah bon bref...non , si on peut pas s'investir dans la relation, si c'est juste un service

qu'on rend, ben t'es malade, j'te donne une ordonnance pour te soigner, moi ça me convient pas ça, tout ce qui a autour, ben j'aime encore bien quand des patients me disent , rien que de vous voir ça va déjà mieux, c'est encourageant (rire), bon je pense qu'il y a aussi ça , y'a la façon dont on entoure la consultation, c'est peut être pour ça que je perds trop de temps. Avant je souffrais beaucoup quand je faisais des gardes, parce que c'était ça , ben qu'est ce que tu fais t'en est encore là, j'ai beaucoup de mal à supporter ça, bon là aussi y'a une réponse à une demande qui est différente, on connaît pas les gens, on s'investit pas de la même façon.

ENTRETIEN MEDECIN 10

-Dans quelles situations prescrivez-vous principalement des benzos ?

-Pour les patients qui viennent me voir avec vraiment une anxiété majeure sachant que moi en règle générale, je prescris quand même assez peu de benzos , mais plus volontiers des traitements soft dans un premier temps type phytothérapie ou autre plutôt que les benzos , et l'autre axe qui marche pas mal c'est les insomnies aussi, des patients qui n'arrivent pas à dormir le soir et là encore avec des benzos de demi-vie courte préférentiellement, c'est les deux grands axes de prescription des benzos, après ça va être aussi dans les tableau antidépresseurs, ou on a besoin , d'un petit coup de pouce par rapport aux patients dépressifs qui sont sous antidépresseur X ou Y , on peut avoir besoin des benzos derrière.

-Est que vous pourriez me raconter dans quelle situation vous avez prescrit des benzos la dernière fois ?

-Y'a 20 minutes ! C'est une patiente anxiodépressive clairement, qui est traitée par antidépresseurs depuis 6 mois maintenant et qui a toujours des anxiétés réactionnelles, c'était essentiellement, elle s'était à visée somnifère, c'est vraiment la Benzo les soirs -c'était du Seresta® en l'occurrence – le soir au coucher et de la phytothérapie la journée, en complément du traitement antidépresseur

-Et quand vous utilisez une benzo , c'est le Seresta® que vous utilisez en premier ?

-souvent oui, souvent...pour la demi-vie courte, c'est ça qui m'intéresse par rapport à d'autres benzos type Lexomil® ou autres qui ont une demi-vie qui est vraiment très très longue, alors quand vous instaurez un traitement par benzo c'est non seulement sur une durée courte mais de préférence une demi- vie courte également

-Quand vous les mettez en route vous dites que c'est pour un traitement...

- De durée courte, ouais !

-Vous fixez combien de temps à peu près ?

-Moi, je...alors, en règle générale, je parts sur une semaine de traitement, en expliquant bien au patient, quand je mets en route un traitement par benzo , de toute façon, je demande à les revoir une semaine après, ce qui permet de faire le point, alors après, si j'ai besoin de rajouter un petit peu je rajoute, mais la plupart du temps c'est une semaine et à chaque fois j'explique que c 'est une demi-vie courte , que ça les rendra pas somnolents toute la journée par rapport à la molécule que je leur prescris et si on les prend longtemps, qui a un risque de dépendance et ça généralement ça les sensibilise quand même pas mal.

-Et vous voyez des effets secondaires à long terme ?

-La dépendance, on en a ! hein... des patients qui sont traités par benzos depuis vingt ou trente ans, chez qui de toute façon , il va être complètement impossible de faire le moindre sevrage, parce qu'ils sont complètement imprégnés de leur truc, essentiellement c'est la dépendance et puis l'abus en terme de dose qui va avec, j'en vois peu , hein, mais y'en a qui vont se prendre leurs trois comprimés de Lexomil® par jour parce qu'ils sont arrivés à une dose taquet qui d'ailleurs leur fait plus rien du tout.

-Dans ces cas là c'est difficile d'arrêter ? Vous arrivez quand même de temps en temps à arrêter ?

-Ca arrive, au moins baisser les doses, on arrive quand même à faire des sevrages chez certains patients qui sont sous benzo de manière chronique, souvent il y a plus de causes derrière c'est plus une habitude qu'autre chose.... Pareil dans ces cas là soit on arrive à diminuer les doses progressivement, soit j'arrive à switcher avec une demi-vie courte et là aussi après je vais pouvoir sevrer progressivement

-Vous switcher avec le Seresta® dans ce cas là ?

-Oui ...ou un autre hein, en tout cas sur une demi-vie courte

-Avez-vous l'impression de prescrire plutôt à certaines catégories de personnes ?

-Oh ça, c'est vachement difficile !.....heu non, objectivement, y'a tout, y'a des personnes âgées qui ont leur benzo depuis mathusalem, y'a des sujets jeunes parce qu'ils ont un coup dans la vie : chômage, divorce ou autre qui fait qu'ils ont besoin d'un coup de pouce, y'a la ménagère de moins de cinquante ans, j'ai pas l'impression qu'y ai des catégories, peut être un petit peu moins d'homme adulte. Souvent les hommes trichent, ils piquent les comprimés de la femme, ça c'est un grand classique, donc on les voit pas le plus souvent, mais heu, en consultation pour une prescription, peut être un petit peu moins 30 50 ans , mais c'est vraiment subjectif

-Est ce que vous avez l'impression que ça résulte plus d'une demande des patients ou plus d'une initiative de votre part

-Ca dépend, c'est une réponse de normand, y'a des patients qui viennent clairement dans le bureau en disant ça va pas j'suis angoissé, j'suis anxieux j'arrive pas à dormir, j'me fais du mouron pour un rien, j'tiens pas en place, bon..., chez cela la question d'une benzo peut se poser, ou éventuellement une phyto avant si vraiment c'est pas un tableau majeur, c'est souvent ça , parfois c'est des patients qui viennent me voir en disant j'comprend pas en ce moment ça tourne pas rond, et puis c'est tout et en creusant on se rend compte derrière qu'y a une anxiété sous jacente plus ou moins dépression qui est derrière cachée alors là pareil, on peut mettre en route des benzos ou encore une fois démarrer par un autre traitement plus soft, et puis on a des patients et là encore c'est

des chroniques, ceux qui ont l'habitude d'en utiliser qui en prennent peut-être pas en permanence, qui en prennent régulièrement par période et qui viennent le chercher comme ils viennent chercher leurs tomates au super U.

-Avez-vous l'impression que les Français sont des gros consommateurs de benzos ?

-Ca c'est le sujet!... je sais pas, j'ai pas de référence par rapport à d'autre pays, j pense effectivement qu'on a une culture de la consommation peut être, un peu plus importante , à mon avis plus chez les générations antérieures, maintenant, y'a beaucoup plus d'inquiétude quand on en parle par rapport au patient jusqu'à la quarantaine grosso modo, parce qu'il y a là sensibilisation par rapport à la dépendance, avec les effets indésirables type somnolence, et autre

-De votre part ou part information en général ?

-De ma part par ce que je les préviens, mais en amont aussi je pense par rapport aux médias, les patients un peu plus âgés, donc on va dire quarantaine cinquantaine et au delà ont moins de réticence à l'utilisation des benzo, et plus de volonté d'utilisation, alors maintenant dire, ouais, par rapport aux chiffres que les français en consomment plus que les autres, j'ai pas d'élément de comparaison, là dans la clientèle

-Et est ce que vous avez l'impression que les médecins ce sont des gros prescripteurs ?

-Même chose, même chose, je pense que ça dépend à la fois de l'habitude de prescription de chacun, de la clientèle de chacun, il est évident qu'un médecin qui va avoir une clientèle âgée, aura forcément plus de prescription de benzo , que moi par exemple qui a une clientèle relativement jeune, il y a une demande beaucoup moins importante et quand elle est là, sur une période beaucoup plus courte.....j'dirai, là aussi ça a changé pas mal, au niveau des médecins encore une fois même principe sur une sensibilisation des médecins peut-être mais je peux pas dire, parce que j'ai pas suffisamment de recul dans ma pratique, mais peut-être une utilisation plus importante des benzos il y a quinze ou vingt ans

-Ce sont des choses que vous constatiez quand vous remplaciez des médecins ?

-Oui, mais ça dépendait aussi du médecin et de la patientelle, c'est vraiment hyper disparate, ça dépendait pas de l'âge des médecins, je pense qu'il y a probablement des médecins qui ont plus facilement tendance à mettre des benzos que d'autres, ça, ça m'étonnerait pas dans la pratique de tout à chacun

-Et vous pensez que c'est du à quoi ?

-Tout bêtement l'habitude, parce que c'est facile à utiliser, parce que effectivement dans le sens ou en règle générale on prescrit des benzos et la plupart du temps le patient est soulagé et son anxiété au moins diminué, c'est plus simple à utiliser, qu'une psychothérapie ou des choses comme ça. Je pense

que c'est quelque chose qui est resté et j'ai l'impression effectivement que les générations précédente avaient un peu plus tendance, moi je sais qu'à la fac on nous en a parlé de la dépendance aux benzos l'intérêt des cures courtes, et de façon vraiment ciblée et choisie par rapport au patient , alors que je suis pas persuadée que c'était quelque chose qui était vraiment traité avant. C'était plus le coté efficace dans le traitement de l'anxiété, sans nécessairement aborder de façon majeure les effets indésirables.

-De quelle manière vous formez vous ou vous informez-vous sur les médicaments.

-Alors, moi ça fait frémir les labos, mais c'est prescrire

-Vous les recevez les labos

-Oui on les reçoit, plus - moi je suis pas pour mais bon -, plus par habitude qu'autre chose, on a un labo par jour, on les reçoit avec parcimonie sur RDV

-Vous trouvez que les informations données sont intéressantes ?

-95% du temps non

-Est ce que vous tenez compte des recommandations HAS ?

-Oui

-Notamment celle sur les benzos ?

-Oui , tout à fait, mais là encore c'est des bases théoriques , c'est des recommandations qu'il est intéressant de connaître, qui faut tendre à respecter , parfois on dépasse dans un sens ou dans l'autre... c'est utile parce que ça donne une trame, une bonne base de référence sans que ce soit l'ancienne référence médicale opposable, ça permet d'avoir quelque chose de fiable sur lequel s'appuyer quand on a besoin de mettre en route un traitement ou une conduite à tenir

-Est-ce que vous avez l'impression que la façon dont sont organisé les soins ne France influencent la prescription ?

-C'est à dire ?

-Le payement à l'acte, ce genre de chose ?

-Ah oui !je pense effectivement il y a une consommation médicale qui est relativement importante en France, parce qu'on a l'habitude de voir quand ça va pas son médecin traitant, ou le pharmacien de plus en plus, mais de toute façon ça revient au même, y'a une consommation derrière, donc oui on a des habitudes de consommation en France qui sont probablement élevé par rapport à nos voisins

-C'est du à quoi selon vous ?

-C'est culturel, je pense que c'est la facilité d'accès au soin, c'est très facile d'aller voir son médecin généraliste et de le consulter dans la plupart des cas on a un RDV dans la journée, quand c'est un médecin sur RDV , ou allez le voir dans la journée s'il est sans RDV, le pharmacien est pas loin, il y a une offre médicamenteuse assez faramineuse , et puis je pense que le français a l'habitude d'avoir le

traitement qui va bien pour la symptomatologie qui va bien, c'est à dire qu'on accepte pas d'avoir mal à la gorge deux jours, il faut le truc qui soigne même si ça fait pas gagner de soulager de temps, on a pris quelque chose qui permet, je pense qu'il y a une surconsommation, mais qui...il y a pas un coupable, c'est vraiment quelque chose de global. De plus en plus, nous les médecins on fait attention quand même dans nos prescriptions, pour pas balancer des traitements, sauf chez certains patients encore une fois des chroniques lourds, mais tout ce qui est traitement annexe ça disparaît des ordonnances et puis également le fait qu'ils soient plus remboursés actuellement, ça joue aussi pas mal même si souvent, ils vont quand même les prendre à la pharmacie. Y'a eu au début des déremboursements massifs, une baisse, nous on le ressentait, une baisse de la petite bobologie, ou de la petite infectiologie, les patients se soignaient un peu tout seul ou allaient à la pharmacie mais ça revient, alors je suis pas persuadé que ça change énormément de chose

-Est-ce que vous pensez être armé pour prendre en charge la souffrance psychique des patients ?

-Non, sur le plan de la formation à la fac : zéro, complètement nul, c'est pas les cours de psychiatrie ou les cours de psychologie que les prédécesseurs avaient qui permet de faire avancer les choses, que ce soit en deuxième ou troisième cycle on a pour moi objectivement rien, après on a une formation sur le tas, à l'hôpital quand on est interne, il faut gérer la détresse en fonction des situations dans les sévices, mais là encore on est lâché, chacun pour soi, et puis c'est pareil quand on est au cabinet, ça va dépendre énormément de la personnalité du patient ou du médecin qu'il y a en face, on est, moi je sais que globalement y'a pas de problème pour aborder les problèmes psychologiques avec les patients, pour débrouiller des terrains, pour des choses comme ça, pour avoir un suivi, après il est clair qu'on peut pas se permettre de faire de psychothérapie au cabinet sur un plan simplement de temps, on a pas le temps de gérer des patients une demi heure et de les revoir une fois par semaine, pour un suivi etc., alors après c'est sûr qu'il y a l'orientation vers en fonction de la pathologie et le tableau, la psychologue ou le psychiatre, en fonction de ce qu'il y a derrière, ça c'est hyper variable, donc je pense qu'on est pas formé pour, à la base et donc on se forme sur le terrain, après y'a évidemment la personnalité de chacun, y'a des confrères qui en ont rien à faire qui savent pas ou qui osent pas, qui peuvent pas, y'en a d'autres c'est leur truc, y vont faire quasiment que ça de toute leur journée de consultation, et puis après il y a le juste milieu, ça fluctue d'un patient à l'autre, d'un médecin à l'autre

-Et vous pensez que c'est le rôle du médecin de prendre en charge cette souffrance ?

-en partie au moins ouais ! voilà encore une fois comme je disais on peut pas faire une psychothérapie au cabinet, mais c'est pas gérable mais le médecin généraliste a une part majeure dans le suivi psychologique, parce qu'en règle générale, le médecin généraliste connaît le patient, la famille, le contexte social professionnel familial et j'en passe, donc on a quand même un certain nombre d'éléments en main, nous permettent parfois quand il y a des situations qui sont un peu larvées, les mots qui sortent pas, de pouvoir aller chercher un peu le truc qui va pas, qu'un psychologue ou le psychiatre, qu'ils n'aient pas forcément, ou tout du moins pas tout de suite, c'est complémentaire

-Vous passez combien de temps pour une consultation ?

-Les consultations c'est ¼ d'heure en moyenne, après ça fluctue, notamment dès qu'il y a un problème psychologique, ça peut durer 20, 25, 30 minutes des fois, quand ça va pas, ça va pas, et d'autres fois ça va beaucoup plus vite c'est évident en fonction des pathologies mais en moyenne c'est quinze minutes.

-Est-ce que vous avez l'impression que l'information que les patients ont reçue a changé et que du coup ça modifie la prescription médicale ?

-C'est souvent ...internet énormément, le problème c'est qu'ils vont avoir des informations soit fausses, soit complètement catastrophiques, soit noyées dans une masse d'information qu'ils comprennent pas, donc, ouais ça a changé comme même pas mal, mais parfois en bien, le patient peut être plus informé sur la situation, mais souvent moins bien, parce qu'ils vont avoir des informations fausses, y'en a plein sur internet, des trucs complètement délirants ou des situations vraiment terrifiantes, des cas catastrophiques et ils vont s'identifier à la situation et il vont arriver au cabinet complètement pétrifiés de trouille parce qu'ils ont lu qu'y a un gars qui a eu ça et en fait on lui a trouvé ça, alors eux ça va leur arriver c'est sûr, donc oui ça a changé considérablement

-La campagne sur les antibio c'est quelque chose que vous ressentez ?

-Un peu, ça va dépendre.... un adulte on va avoir plus de facilité à ne pas lui faire prendre d'antibiotique, pour des pathologies ORL banales, les enfants c'est déjà beaucoup plus difficile, sachant que c'est pas l'enfant qui pose problème, c'est les parents, ça c'est beaucoup plus difficile et là ça va dépendre, y'a des parents, on leur dit là objectivement, y'a pas besoin d'antibiotiques, « oui, pas de problème » d'autre comme toujours, on peut pas convaincre 100% de la population, pour diverses raisons, je pense qu'il y a eu un mieux, moi, j'ai commencé ma pratique, y'avait déjà ces campagnes, alors j pense que j'ai déjà eu les effets bénéfiques des campagnes de sensibilisation, mais y'a encore du boulot

-Depuis combien de temps êtes vous installé,

-Moi, je suis installé au cabinet depuis trois ans, et j'ai remplacé pendant trois ans, un peu partout, ici en particulier bien sûr. On a un cabinet de groupe, on est cinq médecins généralistes.

-Quel âge avez-vous ?

-34 ans

-Ici c'est une activité semi-rurale ?

-Semi rural beaucoup, disons qu'on est pas loin de Metz et que derrière y' a tout de même tous les patelins, donc c'est vraiment semi rural, c'est divers c'est l'avantage, on fait un peu de tout, culturellement on a l'habitude de faire pas mal de petits actes de petite chir, ça permet de changer un petit peu, c'est polyvalent, moi je voulais du semi-rural, surtout pas de l'urbain, et plutôt pas de rural profond parce que c'est plus difficile en terme d'activité, le fait d'avoir un cabinet de groupe c'est un luxe incroyable, on travaille que sur RDV, sauf les urgences, y'a une secrétaire qui est là en permanence, on fait peu de visite, moi j'en fais très peu parce que j'ai une clientèle très jeune, et puis

effectivement y'a eu un gros travail qui a été fait sur les visites depuis 6 7ans pour expliquer qu'il faut venir au cabinet, alors il reste encore des visites pareilles, la population âgée la plupart du temps, on s'occupe aussi pour moitié de deux maisons de retraite.

-Vous faites combien d'actes par jour en moyenne

-Ça tourne en moyenne entre 25, et 30, c'est tout à fait bon, sauf en période d'épidémie, où ça grimpe évidemment plus, mais la moyenne elle est là à peu près l'objectif était, pour tous de garder un rythme de vie acceptable, ce qui nous permet en parallèle d'avoir un jour chacun de repos par semaine.

-Qu'est ce que vous appréciez le plus dans votre métier ?

-Le contact !... le contact humain et puis la relative indépendance, c'est à dire ne pas être tributaire d'un supérieur hiérarchique, mais avant tout chose c'est le contact humain, sinon on fait pas médecine générale, mais de la chirurgie

-Déjà, dans quelles situations vous prescrivez principalement des benzos ?

-Dans l'anxiété, c'est tout. J'en prescris rarement, quand même, je suis pas très benzo, je suis peut être plus hypnotiques. Les benzos, j'en prescris surtout quand j'ai un syndrome dépressif ou anxio-dépressif associé à un antidépresseur. Comme ça, tout seul, c'est assez rare que je prescrive une benzo seule, c'est vraiment quand il y a un syndrome dépressif avec.

-Est-ce que ce sont des médicaments qui vous semblent efficaces quand vous les prescrivez ?

-Oui, ça va, mais à petites doses, c'est rare que j'aille sur des doses importantes, la majorité ce sera à 3/4 voir 1 Cp complet, réparti dans la journée.

-C'est quel médicament que vous prescrivez ?

-en benzo ? En benzo je suis beaucoup plus Lexomil® et Temesta®, plutôt Lexomil® alors ça dépend... Lexomil® quand il y a un trouble du sommeil associé sinon pour la journée pour les actifs, je suis beaucoup plus sur du Seresta® ou du Xanax®, pour les gens qui sont actifs

-Est-ce que à long terme, vous avez l'impression qu'il y a des effets secondaires, que vous constatez ou pas ?

-A part la dépendance surtout, les pertes de mémoire également, alors après c'est toujours la question est ce que c'est l'antidépresseur ou la benzo ? Je sais pas trop mais j'ai aussi des pertes de mémoire, oui, et des troubles de l'attention également ; la somnolence pas trop, parce ce que je fais dans les petits dosages, non, ... c'est surtout la dépendance c'est pour ça que j'essaie d'arrêter rapidement dès qu'on arrête l'antidépresseur d'arrêter la benzo avec.

Même des fois, j'arrête la benzo avant l'antidépresseur quand l'anti dépresseur est bien instauré au bout de 3 mois, je diminue les doses de benzo.

-C'est quelque chose que vous faites systématiquement, antidépresseur benzo ?

-Oui, quasiment, c'est très rare que je prescrive qu'un antidépresseur tout seul. En principe, on préconise quand même de les associer, surtout en début de traitement.

-Est-ce que vous avez l'impression que c'est plus une demande des patients ou plus à votre initiative ?

-Non, plus à mon initiative. Quand j'ai repris, moi, l'activité après mon prédécesseur, il y a 7 ans, il avait beaucoup, beaucoup de patients sous benzo et j'ai mis beaucoup de temps à les diminuer et à les arrêter. Maintenant mes patients, ils ont l'habitude, ils sont même des fois assez réticents à avoir une benzo ils disent : « j'ai plus envie de retourner là dedans » donc c'est plutôt moi qui les introduis, ils sont pas trop demandeurs, ils sont plutôt demandeurs d'hypnotiques que de benzos.

-Et donc, ils sont plutôt contents que vous ayez arrêté ?

-Maintenant oui, au départ non, ils n'étaient pas contents. Ils disent, vous aviez raison, il n'y a plus cette dépendance.

Les benzos au long cours n'ont pas rencontré d'efficacité énorme. Je n'ai qu'un patient, très étonnamment qui prend que du Temesta® 1 mg comme traitement, c'est quelqu'un de très actif bon très anxieux, il en est en moyenne à 1/2 Cp par jour, avec une boîte de Temesta®, il fait deux mois, sans problème. Je sais pas pourquoi, je n'ai jamais réussi à lui arrêter, bon si il reste à un demi par jour...ça fait 10 ans qu'il en prend Mais il vit bien. C'est le seul !

-Est-ce que avez l'impression que les français sont des gros consommateurs de benzos ?

-Oh oui, oui oui bien sûr, je l'ai surtout vu quand je me suis installé... il y avait énormément de patients sous benzos, pour eux, c'était de L'Effergal®, en gros j'ai l'impression que c'était ça. Maintenant, je pense qu'on a bien diminué, mais je reste persuadé qu'on en consomme beaucoup plus que dans d'autres pays.

-Vous pensez que les médecins sont beaucoup prescripteurs ?

-Ouais, moi je pense que oui. Peut être pas trop la nouvelle génération, j'ai l'impression que la nouvelle génération frêne beaucoup plus. On a été plus formé là dessus donc on freine plus, mais l'ancienne génération, oui ! Ils ont quand même la plume facile. C'est mon avis, faut pas le dire aux autres.(rire)

-Et vous, vous vous situez dans pas trop de prescription ?

-Oui, j'ai vu les chiffres, je suis largement en dessous de la moyenne. Ça me va bien.

-De quelles manières, vous vous informez sur les médicaments ?

-Je suis abonné au mail Vidal donc j'ai régulièrement des nouvelles ou de temps en temps par des labos ou des FMC quoi qu'on voit plus beaucoup de FMC sur les benzos, comme on voit plus beaucoup de labos sur les benzos

-plus sur les antidépresseurs ?

-ouais sur les antidépresseurs beaucoup plus notamment depuis que toutes les benzos sont en DCI maintenant, donc c'est vrai que les labos, on les voit plus, et les génériques, ils ne viennent jamais !.

-Est-ce que vous avez l'impression qu'ils donnent une information intéressante ?

-Non, pas sur ça, non, sur les benzos non, parce que j'en ai pas beaucoup, sur les antidépresseurs, ça m'énerve un peu parce qu'ils font tout et rien. Bon, déjà, moi, c'est pas vraiment mon truc, la dépression, donc je suis toujours un peu paumé. J'ai l'avantage d'avoir des copains qui sont psy, et avec qui je travaille beaucoup et qui me conseille surtout

sur pas mal de traitement donc je me forme plus par leur intermédiaire que par les labos.

-Vous envoyez régulièrement à des psychologues ou des psychiatres ?

-Oui régulièrement, deux copains psy que j'ai régulièrement au téléphone, et j'ai mon ex femme qui travaille à Jury, donc je connais pas mal de monde là dedans. Elle travaille sur les troubles de la mémoire sur le sujet âgé donc je travaille avec elle là dessus.

-Vous avez l'impression que cette prise en charge aide les patients ?

-Oui, énormément, j'ai souvenir d'une patiente, très très active, directeur d'un hôtel, qui régulièrement faisait des coups de déprime, toujours vers la même période, septembre octobre, pendant des années elle avait été traitée par à-coups d'antidépresseurs pendant six mois puis arrêté, ça allait mieux ça revenait, je l'ai tarabusqué pour qu'elle aille voir absolument un psy et l'année dernière elle a enfin accepté, parce que là elle était encore plus mal que d'habitude elle est allée voir mon collègue et depuis elle m'a dit, vous aviez entièrement raison, pendant des années je me suis enfouie dans les médicaments, et lui a vraiment réglé les problèmes du coup elle ne prend plus d'antidépresseurs, c'est tout de même énorme, surtout que les collègues que j'ai là sont pas trop chimiques, ils sont avant tout dans la psychothérapie, et c'est vrai que faut quand même constater que c'est assez efficace.

Moi j'en prescris aussi beaucoup d'antidépresseurs mais surtout dans le cas de dépression réactionnelle passagère et si je vois qu'au bout de 3 mois, ça n'évolue pas, je passe la main. Si ça va mieux, je continue et j'arrête au bout de 6 mois, si ça ne va pas mieux, je passe la main. Pour l'instant, ça se passe pas trop mal.

-Vous avez l'impression que c'est le rôle du médecin, de prendre en charge cette souffrance psychologique ?

-Ben Oui !, Au départ, oui !, Si on les envoie d'emblée chez le psy, sachant qu'il y a des délais de 3 à 4 mois d'attente, c'est du temps perdu. Moi, je préviens toujours les gens dès le départ, je débute un traitement, si ça ne va pas, je préviens qu'au bout de 3 mois, il ira voir quelqu'un. En principe, ça se passe pas trop mal. Il y a bien 60 % que j'arrive à gérer moi même et 30% que j'envoie pourtant c'est pas trop ma tasse de thé, mais bon, ça se passe pas trop mal.

-Pourquoi vous dites : pas votre tasse de thé ?

-Je ne suis pas trop à discuter, type psychologue, ça me gonfle, c'est pas mon truc voilà. Quand le patient m'en parle, de façon directe c'est bien, mais leur tirer les vers du nez, c'est pas mon truc, ils ne veulent pas ils ne veulent pas : je passe la main.

-Vous vous sentez à l'aise quand même avec ces gens ?

-Oh oui, l'avantage, ça fait pas très longtemps que je suis installé c'est vrai ça fait 7 ans, mais je connais mes patients, donc quand ils ont des soucis, qu'il y a quelque chose qui va pas ils parlent plus facilement, au début quand je me suis installé c'était vachement plus dur, ils me connaissaient pas, il n'y avait pas encore trop de relation, maintenant ça se passe beaucoup mieux, pour tout type de problèmes, bon, ça n'a peut être rien à voir avec ça : des problèmes érectiles, ça c'est incroyable, quand je me suis installé la première année, je n'ai prescrit aucun traitement, les gens ne m'en parlaient pas, mon prédécesseur de l'ancienne génération, il n'en prescrivait jamais, il disait que ça n'existait pas les problèmes d'érection chez l'homme et depuis qu'on a commencé à en parler, j'en prescris 2 x par semaine. On ne se rend pas compte du nombre de personnes qui peuvent avoir ces soucis là. Donc maintenant, en me connaissant, en sachant ma façon de voir les choses, ils m'en parlent plus facilement et c'est parti. C'est la même chose pour la dépression, avant ils osaient pas trop en parler maintenant, ils en parlent plus facilement.

-Vous avez l'impression qu'il y a plus de souffrance psychique, psychologique ?

-Oui, bien sûr, l'environnement, le travail, les médias énormément les médias, moi, je reste persuadé que les médias entraînent ce mal être, ne serait ce que l'exemple de la grippe A, ils nous saoulent avec la grippe A, ça inquiète tout le monde, ça stresse, en plus de la crise économique, plus le travail donc les gens sont déjà dès le départ plus stressés, donc sont plus sujet à des problèmes d'anxiété, de dépression. Je reste persuadé qu'il y en a de plus en plus. Et peut être que les gens en parlent plus aussi. Moi, j'ai l'impression qu'il y en a beaucoup plus. Le problème aussi (c'est pas misogynie ce que je vais dire) il y a 40 ans, les femmes travaillaient moins, maintenant, les femmes travaillent beaucoup plus, mais en voulant continuer à faire les mêmes choses que les femmes il y a 40 ans faisaient, elles s'occupaient de la famille, de la maison, et moi, personnellement, je rencontre plus de femmes qui ont des problèmes d'anxiété, que d'hommes, parce qu'elles veulent faire trop de choses et n'arrivent plus à tout gérer. C'est pas du tout misogynie, je dis bien. Alors que l'homme est resté dans le même, quoi que ça a tendance à changer, il est resté dans le même état d'esprit qu'il y a 40 ans, il va travailler, il rentre, il a pas grand chose à faire, encore heureux, ça change un peu mais ça met du temps à changer, surtout en milieu semi-rural. Les actifs qui habitent ici et qui travaillent sur Metz, là ça a quand même bien évolué, mais alors ceux qui sont encore paysans, ils sont encore dans l'ancienne génération même si on leur explique que ce serait bien qu'ils s'occupent un peu de leurs enfants, ils ont du mal à comprendre. Alors je pense que tout l'environnement là fait que les gens sont plus sujet

à être stressé et angoissé. C'est le mal du siècle, le stress.

-Est-ce que vous êtes influencé par les recommandations HAS ?

-Oui, quand même, je les lis régulièrement.

-Notamment sur les benzos ?

-tout à fait ! D'ailleurs je suis abonné aussi à News letter alors quand il y a des changements, je suis au courant, donc c'est vrai que c'est pas plus mal. Comme ça, on se tient au courant sans avoir à chercher l'information, c'est l'information qui vient à nous, ce qui est plutôt pas mal

-Avez-vous l'impression que les soins organisés en France influent la prescription ?

-Oui, oh oui oui j'ai un exemple tout bête, j'ai vu la semaine dernière des gens qui ont vécu 3 ans en nouvelle Calédonie qui sont revenu, j'ai vu le gamin et j'ai discuté de la pratique en NC, la consultation de base est à 40 euros, remboursé sur la base de la métropole, donc en NC, on y va pour les enfants mais pour les adultes on y va vraiment en dernier recours, parce que ça a un certain coût. Il est vrai du coup que la pratique médicale n'est pas la même que chez nous. Ici ils viennent, ils sont remboursés quasiment complètement, quoi qu'on le voit depuis qu'il y a eu les fameux un euros non remboursés, plus les médicaments ou ils prennent aussi un euros, ils sont moins remboursés, on voit quand même une nette fléchissement des consultations que j'appelle de type « épicerie », ou les gens allaient chercher de L'Effergal® par exemple.. On en voit quand même beaucoup moins maintenant, avant, ils venaient pour tout et rien, un pchit dans le nez, maintenant on le voit moins je trouve, la preuve c'est que ça arrive à évoluer. En France, ça n'évolue qu'avec l'argent si on prend sur le portemonnaie des français, il fait vachement plus attention, alors que si on fait des campagnes de pub, les gens n'en avaient rien à faire les gens, j'en suis persuadé, parce que nous on jouait le rôle, on le joue encore, mais on sait pertinemment que chez certaines personnes on prescrit pas d'antibio, et que 3 jours après, comme ça va pas mieux, ils reviennent. Ça c'est classique et systématiquement comme on est en cabinet de groupe, ils ne vont pas voir le même médecin ! Ils vont voir un autre médecin, en lui mettant la pression pour prescrire un antibiotique, c'est complètement débile. Alors que je reste persuadé, bon c'est peut être pas bien de dire ça que si on prend une part sur les antibiotiques, je sais pas, imaginons on pourrait avoir droit sauf cas exceptionnel à 5 antibiotiques par an, au dessus, il faudrait une vérification ou en payer une partie. A mon avis, ils réfléchiraient beaucoup plus, je pense, c'est peut être pas bien. C'est sûr que si je dis ça aux patients, ils vont me sauter à la gorge, mais bon, je reste persuadé qu'une fois sur deux on en a pas besoin. Dans notre cabinet, on a cette politique là à être soudés et on n'est pas pressé par rapport à l'antibiotique

-Utilisez-vous d'autres moyens que les consultations psy pour gérer les angoisses ?

-Ouais !, Le yoga, je préconise énormément le yoga, ben, le sport en général, chez les actifs j'arrive à leur faire faire et j'ai souvent de bons résultats. Après il y a quand même beaucoup de sédentaires, qui me disent toujours, « j'ai pas le temps », ça m'énerve quand on me dit j'ai pas le temps de faire du sport, c'est une connerie, le temps, on le prend. Quand ils le font ça se passe pas trop mal. Après, on peut toujours dire les choses, après une fois qu'ils sont sortis sortis, on ne sait pas s'ils vont les faire.

-Et l'acupuncture ?

-On en préconise pas trop, les gens y vont facilement d'eux-mêmes, mais très souvent on ne le sait que 7 / 8 mois après, ils aiment pas trop en parler, ils ont peur qu'on refuse, qu'on soit contre, c'est ce que j'ai toujours expliquer à mes patients « vous pouvez faire tout ce que vous voulez à partir du moment où ça vous fait du bien ». On a un grand acupuncteur à Metz qui consulte énormément et ce que les patients ne savent pas c'est qu'il nous envoie systématiquement un compte rendu. Mais l'acupuncture, j'y crois pas trop, mais tant que ça leur fait du bien. Et après surtout en milieu rural on a d'autres choses comme les guérisseurs, il y en a beaucoup ici, les gens y vont facilement aussi, mais bien sur, ça on est pas au courant, on ne les ait qu'après, alors très souvent ça me fait rire, par ce que les patients disent, ça m'a coûté cinquante euros et ça va toujours pas mieux, Je dis rien, je dis bon, ben maintenant vous avez essayé, ça a pas marché donc maintenant terminé. Par contre, j'ai une petite patiente à moi, qui a 97 ans, qui est très reconnue dans la région pour être une guérisseuse, et je dois constater, et je l'ai vu de moi même j'avais un patient que je suivais pour un herpès ophtalmique que j'ai eu un mal fou à faire passer, l'ophtalmo pareil, un mois de traitement, ça n'évoluait pas, il est allé voir cette petite dame en 2 jours c'était parti, et je l'ai vu de moi même, alors là force est de constater, alors est ce que c'est une coïncidence par rapport à la fin du traitement j'en sais rien, mais preuve est que ça a marche, alors on y croit ou on y croit pas, moi Je dis toujours tant que ça fait du bien.

On a aussi ici une sophrologue qui bosse, là pareil..... Ça me fait toujours rire je donne toujours cet exemple là, quand les patient m'en parlent. On y croit ou on y croit pas. Ma façon de penser n'est pas forcément la leur. Cette sophrologue là a suivi pendant toute la saison le FC Metz, regardez les résultats (ont perdu tous les match...)

Après y a les rebouteux.. on en a aussi, y'a de tout quoi, je n'ai rien contre, à partir du moment où ils ne décident pas de traiter un cancer, par acupuncture etc....

Les fameux acouphènes, c'est la bête noire du généraliste, on a tout et rien pour trouver

l'origine... Les gens se mettent à consulter partout et même si ce n'est pas remboursé. Et neuf fois sur dix, ça marche pas. Je comprends que les gens en ont maré qu'il n'y a pas de résultats. On ne peut pas tout guérir, les Français ont du mal à accepter cela. On peut prendre l'exemple de l'arthrose. C'est là, et on peut pas la guérir, ça les gens ils n'arrivent pas à accepter. Vous allez avoir mal moins de temps en temps, mais ça va rester comme ça. On ne peut pas tout guérir. C'est mon avis après 7 ans d'installation.

C'est l'obligation de résultat. Surtout maintenant qu'il y a pas mal de choses qui ne sont plus remboursé. Ils n'acceptent pas de venir chez le médecin et de ne pas être guéris. Docteur, vous vous rendez compte, avec tout ce qu'on paye comme caisses, en plus on n'est pas guéris. Alors je leur dis que je dois être un mauvais médecin allez en voir un autre, et puis c'est tout. Sur tout ça je suis très philosophe. Les gens râlent, ben ils râlent, c'est dans la mentalité française, ça ne m'étonne pas. Je ne suis pas du genre à me casser la tête : content, pas content, c'est tout. Ou peut être parce qu'on a l'avantage d'être un gros cabinet qui tourne beaucoup. Mais je reste persuadé qu'il y a des confrères qui sont installés tout seul en milieu urbain, ils ne réagissent pas de la même façon, s'ils en envoient bouler un ou deux, ça fait partir de leur clientèle, ils risquent de les perdre. Ici, on a roulement, donc, avec mon confrère, on est un peu tous les deux à pas trop se laisser faire. Ils sont pas content, ils sont pas content. De toute façon rien ne va jamais ils iront voir un autre médecin, rien n'ira non plus. Je ne cours pas après la consult, alors voilà.

-Ça fait combien de temps que vous êtes installé ?

-7 ans.

-Et avant ?

-J'étais très urgentiste. J'ai fait tout mon cursus aux urgences et puis après j'ai continué à travailler un peu en réa à Bel Air.

Je me pose encore aujourd'hui la question pourquoi je me suis installé.

Mais je me suis installé ici parce qu'il y avait une antenne SMUR ici avec les pompiers. Je suis ça fera les deux, entre urgence pompier et cabinet.

Maintenant, si j'avais à refaire, je ne suis pas sûr que je me réinstallerais, parce que j'étais pas mal aux urgences. L'avantage de travailler à l'hôpital, c'est qu'on fait ses heures, on a fini nos horaires, on rentre et terminé. Ici, on a l'impression de ne jamais finir. Il y a toujours de la paperasse à faire, y'en a partout, c'est pas mon truc. Le côté relationnel aux urgences est beaucoup moins important qu'ici. C'est pas trop mon truc, je suis pas le genre à raconter ma vie, de parler avec les patients de tout et de rien, ça m'intéresse pas. Mais bon, je regrette pas d'être installé, je m'entend, ça me plaît ce que je fais.

Mais, il y a un autre truc, j'ai un cheval de bataille, je suis coordonnateur de l'HAD, c'est ma passion.

-Combien de consultations par jour ? En moyenne ?

-Une moyenne : 25 à 30 avec 4 – 5 visites par jour comme j'ai encore pas mal de personnes âgées.

On est pas débordé, on travaille bien, c'est l'avantage de cabinet de groupe.

Les gens acceptent aussi plus facilement d'être vus par les confrères du groupe.

-Vous avez commencé par un cabinet de groupe ?

-Oui, c'est un confort, il était hors de question de m'installer tout seul, c'est un confort.

Et en plus on arrive à prendre des vacances, sauf en hiver.

-Dans quelle situation prescrivez-vous des benzos ?

-dans l'angoisse

-Est-ce que vous pourriez me raconter la dernière fois que vous en avez prescrit c'était dans quelle situation ?

-Oh, ben c'était ce matin pour une jeune fille qui a été agressée hier par ses voisins

-Est-ce que c'est des médicaments qui vous semblent efficace quand vous les prescrivez ?

-Heu, oui, ça a une bonne efficacité !

-Vous constatez des effets secondaires ?

-Chez les personnes âgées : chute et désorientation en période de canicule, là ça aggrave c'est évident

-De la dépendance ?

-Elle devient je dirais évidente et préoccupante chez les personnes âgées, on a trop utiliser les benzodiazépines il ya dix quinze ans, on en a prescrit beaucoup et on a créé effectivement une dépendance aux benzos, donc chez les jeunes on les prescrit moins, parce que maintenant on se méfie, mais la personne âgée qui a l'habitude de prendre son lexomil le soir ne serait-ce qu'1/4 de comprimé, alors là c'est peu être l'effet placebo du comprimé de lexomil, mais elle ne peut plus s'en passer c'est évident

-Vous essayez des fois de les arrêter ?

-Oui ! on a déjà, j'ai déjà essayé, non ! quoi qu'on leur donne c'est pas efficace, alors est-ce que c'est vraiment l'efficacité de la benzo, c'est possible, il dorment très bien avec la benzodiazépine, même au long court, je sais pas s'il y a un effet d'épuisement mais on ne le note pas, moi j'ai jamais beaucoup, rares sont ceux qui demandent à changer de médicaments, si on essaye de changer leur médicaments, ils ne dorment plus, on a beau leur dire que soit il faut regarder la télé soit il faut se lever et faire du tricot, de toute façon en quelques jours elles ne sont pas bien, c'est surtout des personnes âgées

-Quelle stratégie adoptez-vous quand vous essayez de les arrêter ?

-En essayant de diminuer, sur un mois en essayant de leur expliquer qu'on va essayer de diminuer d'1/4 de cp par semaine pour arriver tranquillement au bout d'un mois à ne plus en avoir besoin, même en parlant beaucoup en expliquant bien, c'est exceptionnel qu'elles arrêtent, chez la personnes âgées, par contre chez la personne plus jeune, comme les jeunes se méfient beaucoup plus de ce type de médicament donc ceux qui ont eu besoin d'en prendre dans des histoires dépressives ou des gens qui sont suivis par des psychiatres, qui arriveront petit à petit en deux trois mois après leur traitement de la dépression, à se passer de benzodiazépines, le problème c'est la personne âgée, c'est vrai qu'on se fait tuer par les urgentistes, par les gens du SAMU quand il voient arriver une fracture du col du fémur, et qu'ils voient

qu'il y a eu une prescription la veille au soir de benzo, par c'est nous qui sommes coupables, enfin, ils nous rendent coupables, ils disent que c'est nous, mais c'est pas eux qui prennent la personne âgée en charge, le restant de sa vie.

-Est-ce que vous avez l'impression que la prescription est plus une demande de la part des patients ou résulte plutôt d'une décision de votre part ?

-Je dirais que personnellement depuis allez cinq ans, spontanément je n'en prescrit plus en primo prescription, alors qu'avant quelqu'un qui me disait, je dors mal, le voisin prend ça, j'avais tendance à le donner

-C'est quoi qui a fait changer votre pratique ?

-C'est les campagnes faites par l'institut de veille sanitaire, la CPAM, et ainsi de suite, parce que les caisses, les médecins conseils ont poussé à la réduction des benzodiazépines, et c'est vrai que si on regarde, il y a quand même beaucoup de gens qui en prennent sans réellement en avoir besoin, et que ça a été une facilité de prescription à une certaine époque, c'était simple, il faut dire que les hypnotiques qu'on avait dans le temps étaient encore plus dangereux et entraînaient beaucoup plus de problèmes que les benzodiazépines. Maintenant on a l'impression d'avoir gagné au niveau des effets secondaires par rapport aux hypnotiques, il y a moins de soucis avec les benzodiazépines en général. Si on pouvait s'en passer, je pense que d'ici dix ans il y aura nettement moins de prescription de benzodiazépines, dès que cette population de vieux, qu'on a pris vers l'âge de soixante ans qui commençaient à avoir des troubles du sommeil, qui en ont maintenant 75, 80 vont petit à petit disparaître, les prescriptions de benzodiazépines devrai au moins diminuer chez la personne âgée, donc il restera vraiment que des prescriptions qui seront motivées médicalement, non pas une facilité de prescription pour que les gens dorment à leur demande. On a plus expliquer qu'on pouvait très bien dormir quatre par nuit et refaire une sieste dans l'après-midi alors qu'avant il fallait dormir, s'il ne dormait pas c'est qu'il était malade, donc il fallait lui donner un médicament, maintenant bon, il y a beaucoup moins de demande de la population 50, 60 ans que maintenant

-Quand vous prescrivez vous avez tendance à prescrire lequel en premier ?

-Le lexomil®, non substituable, pour une bonne raison c'est le seul qu'on peut sucer qui a encore bon goût, parce que tout ce qui est générique le bromazepam il est pas bon, donc ceux qui ont accepté les génériques sont au bromazepam, sinon les autres sont sous lexomil®

-Est-ce que vous avez l'impression que les Français sont de gros consommateurs de benzo ?

-Ca rejoint ce que je disais tout à l'heure, ça diminue, c'est à dire que la population a été à la fois informée des dangers, on a expliqué qu'on pouvait

très bien là aussi se reposer sans obligatoirement dormir obligatoirement six heures ou sept heures

-De quelle manière vous formez vous ou vous informez-vous sur les médicaments ?

-La meilleure formation et information c'est quand même les EPU, sui sont de vrai EPU, pas les réunions de laboratoire, sur un médicaments, donc FMC, et puis moi, j'ai fait beaucoup de stage pour la gériatrie, pour le poste de médecin coordinateur, donc c'est vrai que c'est quelque chose qui est plus que développé, sur lequel on insiste énormément, mais la formation c'est essentiellement des formations de FMC, sur deux jours

-Et des revues médicales ?

-Oui, celles qui passent là mais bon

-Vous les lisez ?

-Oui régulièrement, alors les titres : le quotidien du médecin ça c'est sur, c'est un journal de base, et puis les autre, les titres... je fais pas très attention, je feuillète le sommaire et puis je voit ce qui m'intéresse

-Est ce que les recommandation de l'HAS par exemple, c'est des choses qui peuvent vous influencer ?

-Ah, oui, l es recommandations de l'HAS ont été quand même bien développé au point de vue pharmacologie, c'est vrai qu'on est quand même attentif et on est aussi attentif au discours un peu intéressé des dames qui viennent de la CPAM, si on reste sur les hypnotique, ils ont fait quand même un gros travail en nous mettant les chiffres sous le nez

-Vous pensez que voir ces chiffres ça influence la prescription ?

-Oui, on voit par rapport aux médecins généralistes de la CPAM de Metz, on se rend compte si on est ou pas dans la moyenne

-Vous vous situez ?

-Ben, moi je suis au dessus, parce que je fais encore partie des gros prescripteurs, j' ai une population âgée, j'ai cette population qui a touché aux benzodiazépines et puis qui continue à être demandeur et dépendant des benzos

-Est-ce que vous avez l'impression que la façon dont sont organisés les soins en France influence la prescription médicale, le paiement à l'acte ce genre de chose ?

-.....Non, je pense pas, je pense que si on est attentif... c'est pas le fait d'être salarié ou d'être payé à l'acte qui va changé ce genre de chose, on pourra changer les choses avec les CAPI, ces fameuse invention de la caisse, ou les médecins seront rétribués auront quelque chose en fin d'année en fonction de leur prescription de l'année, et là ça va être dangereux, parce que la carotte, alors docteur vous nous signer le CAPI pour les benzo pour les antidiabétiques pur les antilipidiques, si vous arrivez à diminuer vos prescriptions en volumes et en prix, à la fin de l'année on vous ferra une petite enveloppe, donc

c'est dangereux, parce que les jeunes confrères dans le cabinet ont déjà été contacté par la caisse, jeudi matin il y a encore un médecin conseil qui vient pour essayer de leur faire signer ça. Alors avec les ordinateur ce qui a été un changement considérable en médecine générale, on voit en bas de l'ordonnance ce que ça coute sur l'autre case on voit avec les génériques tout de suite la différence, les patient sont très retissant aux génériques pendant deux trois ans et puis ensuite en général ils s'y mettent aussi, maintenant, disons la population de moins de 40 ans ça leur est totalement égal, ceux qui ont entre 40 et 60 ans ils discutent sur certaines choses, au dessus de soixante ans c'est difficile, et c'est d'autant plus difficile au dessus de soixante dix ans pour les personnes qui avaient des traitements un peu lourd et qui vivaient pour préparer leur pilulier avec toujours le même médicament, la même boîte. Etant donné que pour, je sais pas le furosémide, il y a dix présentation différentes de la boîte, pour eux c'était du lasilix pas du furosémide, on change de carton, ils sont perdus, et puis on a tous eu des accidents chez les hypertendus et les diabétiques, au début des génériques avec les gens qui prenaient encore l'ancien médicament tel qu'il était et le nouveau médicament, ils mélangeaient les deux, ils y a eu quelques belles hypoglycémies due à ça.

-De manière générale est ce que vous trouvez que c'est difficile de pas prescrire ?

-Non prescrire ? oui ! pour moi oui

-Pourquoi ?

-pParce que je suis encore d'une génération ou on avait l'impression qu'un patient ne pouvait pas sortir d'un cabinet sans avoir d'ordonnance, et plus l'ordonnance était belle et plus le médecin était intelligent, parce qu'il avait réussi à prescrire plein de médicaments, je pense que la nouvelle génération pourra réduire les prescription, et quand on voit avec le recul, on a prescrit pendant des années des choses complètement inutiles, mais qu'on nous a imposé par le baratin des laboratoires, qui faisait qu'un patient âgé de plus de soixante ans qui ne sortait pas avec du vastarel, ou du tanakan, c'est que le médecin n'était pas bon, parce que tout le monde savait bien que le tanakan et le vastarel allait sauver l'humanité ! on est revenu maintenant en arrière

-Vous croyez que c'est du à quoi ?

-D'une part à la formation médicale et d'autre part il y a eu des preuves de l'HAS qui ont montré que c'était des médicaments qui ne servaient à rien

-Et pourquoi vous en prescriviez beaucoup ?

-Par ce qu'on venait tous les matin à 8h, regardez les belles courbes, la petite souris gerbi depuis qu'on la mise sous vastarel elle continue à vivre trois jours de plus que sa petite copine qui la a pas eu de vastarel, sachant que la durée de vie de la gerbi c'était trente jours, on en a déduit qu'on avait gagné 10% de survie. C'est vrai qu'on s'est laissé

un peu embobiné par les labos pendant des années, alors une revue comme prescrire qui est très intéressante, j'aime pas la lire parce qu'il y a pas d'image (rire) mais quelqu'un qui aime bien lire et qui s'intéresse vraiment maintenant, c'est une revue qui est excellente, on revient tout doucement en arrière, on arrive maintenant à supprimer le vastarel et surtout à ne plus l'introduire, parce que du moment où on avait introduit du vastarel, le labo était persuadé que les gens le prendraient pendant dix ans, ce qui est vrai ! donc c'est ce genre de médicament qui ne sont vraiment pas utiles, par contre les médicaments cardiaques c'est quand même bien, alors les benzos, tout ça oui, ça nous a été présenté comme ça facilitait le sommeil, les gens étaient mieux, ils étaient plus détendus ils vivaient mieux, c'était mieux vivre et ce n'était pas soigner, il aurait fallu avoir plus de temps pour parler avec eux, c'est évident, mais on avait pas le temps

-Vous avez l'impression que vous avez plus de temps maintenant ?

-Non, toujours pas, maintenant oui par ce que je vais m'arrêter dans trois mois mais et puis que je prend plus de temps, parce qu'il y a plus de confrère au niveau du cabinet, mais à une époque on était que trois et on bossait douze heures par jour en permanence, vous faisiez combien d'actes par jour à l'époque, ça variait entre 35 et 45 actes ce qui était beaucoup trop, mais on faisait beaucoup de visites, on perdait beaucoup de temps en visite, le fait d'avoir réduit les visites fait qu'on a plus le temps en consultation,

-Je crois savoir que vous avez encore une activité minière ?

-Oui, j'ai encore un petit secteur minier, qui va disparaître avec moi, puisque le régime minier va supprimer au fur et à mesure des départs en retraite les médecins de secteur à temps partiel. Après il choisiront les médecins généralistes comme par exemple les mineurs qui travaillent à Metz, ils choisissent un médecin généraliste. Mais là aussi le régime minier, qui est un régime salarié a été hyper inflationniste au point de vue prescription de médicaments, parce que les médecins miniers n'avaient aucun intérêt à ne pas prescrire et il y avait une pression des affiliés miniers qui eux exigeaient encore plus de leur médecin d'un point de vue prescription. Moi quand j'ai commencé, j'ai commencé j'ai remplacé un médecin qui avait un très gros secteur minier, les gens ils rentraient en consultation ils demandaient la oupsa, le gachilom et de l'alcool et systématiquement, pratiquement tous ils repartaient avec la oupsa, c'était de l'aspirine vitaminée, le gachilom, donc le chatterton et l'alcool mais pas modifié mais à 90° pour pouvoir faire du schnaps, ou faire des fruits au sirop, et je ne sais pas combien de milliers de litres d'alcool à 90° ont pu être prescrits sur le secteur minier et qui ont pu servir à rallonger la mirabelle

quand il y avait pas assez de degré d'alcool des choses comme ça, et de la ouate aussi ! maintenant c'est fini heureusement !

-Il y avait peut-être une souffrance psychique également ?

-C'était des gens très durs quand même les mineurs, moi je suis resté un an interne à l'hôpital de Créhange, c'était un hôpital à côté de la mine de Faulquemont, il y avait un secteur de pneumologie et de cardiologie, et là je suis resté un an, donc il y avait gynéco obstétrique à l'étage, cardio pneumo... , c'est des gars ils ne se plaignaient jamais, ils savaient qu'ils avaient des maladies excessivement graves, en particulier de silicose, ils décompensaient d'un point de vue cardiaque, il y avait des cancers, contrairement à ce qu'on pensait le mineur de charbon qui ne fumait pas au fond il se rattrapait énormément dès qu'il était hors de la mine et il, c'est pas des gens qui se plaignaient, par contre c'était des gens très revendicateurs pour essayer d'avoir une reconnaissance de la silicose, on devait avoir à la pension

-C'était donc pas des gens plus demandeurs de prescription ?

-Non, mais ils demandaient d'être vus vite, parce que pour eux la médecine on payait pas c'était un droit comme les autres droits, comme le droit d'avoir le charbon livré devant chez eux, le droit d'avoir une maison, le droit d'avoir le médecin, tout ça c'était gratuit, ils avaient un salaire quand ils étaient en activité qui était assez important par contre le salaire des mineurs retraités c'est une misère, par rapport à d'autres catégories socio professionnelles, c'était la contrepartie, on leur avait dit si vous bossez pendant votre temps d'activité, vous aurez moins à la retraite, mais vous n'aurez pas de soucis de chauffage de logement pas de soucis de santé, alors ils sont beaucoup demandeurs, ils sont demandeurs de tout et n'importe quoi, ils sont pas, maintenant ils ne remplissent plus leur pharmacie comme il le feraient il y a encore vingt ans, et puis maintenant ça change, par ce qu'il savent très bien qu'en 2015 le régime minier c'est fini, y'aura plus de médecins miniers, y'aura plus de régime minier, tout va passer au régime général, la fin d'une époque

-Vous trouvez que c'est difficile de prendre en charge les troubles psychologiques et est-ce que c'est le rôle du médecin ?

-C'est un rôle de débrouillage, faut vraiment voir s'il y a une souffrance importante, si ça nécessite un avis spécialisé en sachant très bien que l'avis spécialisé on l'aura entre deux et six semaines suivant les cas, sinon ça pose toujours des problèmes, et puis je dois dire que moi j'ai pas une grosse formation ni psychiatrique, comme beaucoup de confrères, je pense que les malades qui ont des troubles psy, on est mal à l'aise avec eux par ce qu'on aimerait leur consacrer du temps et on

a pas le temps, si on pouvait parler...on a recourt trop vite aux médicaments, c'est toujours un manque de temps, c'est évident que quelqu'un qui a causé un ¼ d'heure et que la consultation peine encore, on se dit que de toute façon, il faut qu'on avance eh bien on va faire une prescription et un arrêt de travail, c'est une façon de se défausser en disant revenir me voir alors qu'on va peut-être loupé le moment où on aurait pu comprendre peut-être qu'est-ce qui se passe, et puis les problèmes de couple, je peux dire qu'ici on en a pas énormément par rapport à la population de ville, où là les problèmes de divorce, de fin de mois difficile, de voisinage, en campagne c'est atténué certainement par rapport... donc manque de temps et peut-être de formation

-Vous avez recourt à d'autres techniques relaxation acupuncture, homéopathie... ?

-Relaxation oui, parce qu'on a une sophrologue relaxologue sur place, c'est une jeune femme très bien qui s'occupe aussi des personnes âgées des séances de sophrologie pour les personnes du coin, alors, elle prend en charge... alors oui quand on pense que ça peut marcher, mais parce qu'on a la chance d'avoir quelqu'un sur place, je pense qu'il vaudrait mieux sortir de sa poche quelques séances de sophrologie plutôt que de devenir dépendant à des médicaments

-Est-ce que vous avez l'impression que les troubles psychiques ont changé depuis quelques années, ont augmenté ou pas ?

-Oui, mais lié aux problèmes de société, c'est sûr que la pression du travail, le travail des femmes, je ne suis pas anti femme, bien que je dise qu'en médecine il aurait fallu interdire plus de 33% de fille (rire) le travail féminin, le fait que les enfants soient gardés, le fait que les mères soient obligées de jongler, ça a augmenté de beaucoup les problèmes familiaux psychologiques, plus la crise qui se rajoute là, le chômage partiel, le chômage total, les menaces de licenciement, depuis un an on a une augmentation des troubles de la population en général. Une mère qui est menacée dans son emploi et qui fait garder ces enfants toute la journée, quand elle rentre le soir elle est pas disposée, et en plus qu'il faut qu'elle s'occupe du ménage parce que les hommes n'arriveront jamais à faire ce que font les femmes, ça c'est normal (rire) moi, j'ai découvert l'apparition de ce que j'appelle les papa-maman, les papa-maman ça date d'il y a quatre-cinq ans, à peu près, c'est à dire qu'avant quand un couple venait pour l'examen d'un nourrisson, la mère parlait, le père se taisait, maintenant c'est l'inverse c'est le père qui parle et la mère qui se tait et ça, ça m'interpelle beaucoup parce que la femme perd son rôle de mère à ce moment-là, le père s'investit beaucoup trop, une mère restera une mère, une femme restera une femme, c'est pas au père de remplacer la mère, qu'il l'aide à déshabiller l'enfant oui, mais qu'il

commence à me dire tout ce que l'enfant fait non, c'est le rôle de la mère, la mère doit rester la mère, sinon les gosses on les fait dans des couveuses et on se partage le boulot, la mère elle a quelque chose vis-à-vis de ces enfants, alors les papa-maman je supporte plus, je fais plus beaucoup de pédiatrie

-Vous êtes plus orienté gériatrie ?

-Oui gériatrie, depuis deux ans, petit à petit, au fur et à mesure que les confrères sont arrivés, et ainsi de suite moi j'ai laissé tomber tout ce qui était pédiatrie, on a deux maisons de retraite, une publique et une privée, y'a les cas légers et lourds type Alzheimer, moi je m'occupe plutôt de la coordination

-Est-ce que vous avez l'impression que les comportements des patients a changé ces dernières années ?

-Il y a beaucoup plus d'information, internet c'est la catastrophe, parce qu'obligatoirement quand on va lire quelque chose sur une maladie on va lire le plus grave, donc ils arrivent tous avec tout ce qu'ils ont lu... la maladie de Wegener, vous connaissez la maladie de Wegener ? ben il y a une jeune fille qui a la maladie de Wegener, eh bien elle est arrivée avec son mari ils savaient tout, mais comme moi, j'étais pas au courant du diagnostic je suis resté plutôt blanc sur la maladie de Wegener que je n'avais jamais vu dans ma clientèle depuis 35 ans, bon alors je leur ai dit vous repassez, je vais me renseigner et puis on va attendre la lettre du spécialiste, enfin bon, alors c'est vrai que maintenant il y a une meilleure information, que de par la nature humaine on ira toujours voir la chose la plus grave, et ça nous oblige malheureusement, à entrer dans une hyperprescription d'examen complémentaire. Parce que maintenant, moi j'ai connu l'époque où tous les chirurgiens opéraient une hanche en ayant vu le patient, en l'ayant examiné, en se basant sur la douleur et une simple radio, après ça a été radio plus scanner et maintenant c'est radio plus IRM, alors les IRM dont on aurait vraiment besoin pour les choses vraiment urgentes on ne peut pas avoir de RDV et les listes d'attente pour des IRM et des scanners c'est uniquement pour des choses qui étaient prises en charge sans ces examens complémentaires, alors c'est l'inflation des examens complémentaires. D'autant plus qu'ils arrivent avec j'ai ça donc il faut faire ça, ça et ça et ils viennent même plus en demandant un scanner mais une IRM d'emblée, quelqu'un qui a une migraine va d'emblée demander une IRM cérébrale, par contre il y a un marché énorme pour les radiologues ou les sociétés qui construisent le matériel !

-Vous êtes installé depuis quand ?

-1976, ça fait 33 ans, ici

-Vous étiez déjà en cabinet de groupe dès le départ ?

-non je suis venu ici par ce que j'avais décidé de faire de la médecine de groupe et qu'on ferait un

cabinet de groupe, j'ai initié tout ce qui était médecine de groupe, organisation pompier et ainsi de suite sur le secteur, je suis originaire du coin, et j'avais dit je reviendrai jamais dans mon village, (rire) et puis après quand je suis arrivé à la fin de mes études... surtout qu'avant on avait un prédécesseur qui était un bourreau de travail, qui travaillait allez seize dix huit heures par jour et qui était vraiment sur la mauvaise pente au point de vue santé, donc je lui ai donné de quoi le soulager, mais c'est vrai qu'on a travaillé très durement, mais moi j'ai pensé depuis le départ que la médecine en campagne ne pouvait se faire qu'avec des maisons médicales, ce qu'on est en train de réinventer depuis trois ans, je dis toujours si on avait suivi... il y avait un syndicat qui s'appelait le syndicat des médecins de groupe dans les années 70 80, qui avait sorti un bouquin sur l'avenir de la médecine générale en particulier en médecine rurale, alors on réinventait 25 ans après tout ce qui avait été écrit en 81, simplement on a perdu vingt ans en France pour organiser la médecine en milieu rural, c'était pas dans l'air du temps, et les médecins français sont des individualistes forcenés, c'est pas facile d'entrer dans un groupe mais ça offre tellement de possibilités de s'organiser, d'avoir du personnel d'avoir du matériel, qu'on se dit, pourquoi les gens n'ont pas fait cette démarche là donc 33 ans et deux ans ou j'ai beaucoup remplacé ce confrère avant qu'il s'en aille, j'ai donc trente-cinq ans de boulot

-Vous avez quel âge si ça n'est pas indiscret ?

-J'ai soixante ans, je l'ai fait pas tout le monde me le dit maintenant pour me faire plaisir (rire) je commence à sentir la fatigue, je prends ma retraite le 31 décembre

-Un peu plus tôt

-Oui parce que ma remplaçante qui est d'accord pour me succéder, ce dont je suis très content, je comptais rester jusqu'à l'année prochaine mais comme elle veut venir autant que je laisse la place, et puis ça se rajeunit trop je ferai un peu l'ancêtre dans le cabinet (rire) je vais rester médecin coordinateur de maison de retraite, j'embêterai donc mes collègues sur la iatrogénie notamment par les benzo en maison de retraite. On pourra d'ailleurs très bien s'en passer des benzo en maison de retraite si on avait un peu plus de personnel, c'est toujours la même chose on en revient au problème de comment occuper la personne âgée en maison de retraite, les obliger à manger à 18H30, ou 18 h pour rentrer dans leur chambres à 19H pour leur dire à 20H il faut plus faire de bruit même si vous leur dites vous pouvez faire ce que vous voulez, quoi faire de 20H à 6H30 le lendemain, ça fait pratiquement douze heures, ou on ne peut rien leur faire faire, parce qu'il faut que la plonge soit terminée, la salle à manger soit desservie à 19h, que la vaisselle soit fine à 20H, pour 21H que les transmissions soient faites pour

l'équipe de nuit, qu'après l'équipe de nuit est une équipe réduite qui ne peut pas prendre en charge les gens qui auraient envie peut être ne serais ce que de mettre dans un salon et pouvoir discuter, ne serait ce que pouvoir sortir de leur chambre à partir de 19H la maison de retraite c'est la prison les portes sont fermées, et plus personne ne sort, donnons-nous trois personnes de plus ayons une personne la nuit chargée de penser différemment la prise en charge, et on aura beaucoup moins de prescription de benzodiazépines dans les maisons de retraites

-Dans quelles situations vous prescrivez principalement des benzo ?

-Je vais vous surprendre, j'en prescris moins, voire très peu, non sans blague. Il y a une vingtaine d'années, j'avais quand même participé à l'époque à quelques travaux avec l'UNAFORMEC sur le bon usage des benzodiazépines et puis donc ça remonte, c'est y'a plus de vingt ans et c'est vrai que ça m'avait marqué à l'époque. A l'époque, on bossait sur, on était dans Alcion®, Rohipnol®.. à fond la caisse donc il y avait vraiment une réflexion de fond qui avait été menée au niveau d'un certain nombre de sociétés savantes pour essayer de normaliser l'usage. Donc finalement, là c'est très subjectif, mais y'a plus de 10 ans, ma prescription a considérablement évolué alors bon, on va dire qu'il y avait la demande habituelle, conventionnelle, classique très ancienne où la benzo s'est installée comme médicament du « sommeil », on va l'appeler comme ça, on peut pas dire autrement,, là on avait un contingent de personnes devenant âgées ...très âgées avec un phénomène de dépendance à la molécule de tolérance enfin des problèmes considérables qui étaient liés à un mésusage, qui s'est installé un peu à leur insu finalement, fallait imaginer probablement dans les années 70 ce que ça a pu représenter pour un certain nombre de femmes, vivant mal leur ménopause, etc...., ça été amené comme ça, en plus bon , ça s'est installé sur le socle très certainement des barbituriques, qui ont été d'usage encore.... Moi je suis installé depuis 1987 ,bon j'exerçais déjà un peu avant en remplacement alors, j'ai vu disparaître les barbituriques et puis j'ai vu un très haut niveau de benzodiazépine , aidé en cela par un certain nombre d'actions politiques, on a essayé de réfléchir déjà depuis 10 15 ans et puis il y a un certain nombre de molécules qui ont été supprimées quand même et qui ont amené cette modification. Alors Déjà il y a tous les médicaments du sommeil parce je ne veux pas les appeler somnifères ou hypnotiques, parce quand on regarde même aujourd'hui, il y a un certain nombre de demandes, c'est faramineux, le nombre de personnes qui pensent bien dormir en prenant 2 barrettes de Lexomil® par exemple et qui aujourd'hui sont profondément perturbées, modifiées par la présence du Lexomil® dans leur vie.

-C'est-à-dire ?

-Par la présence du Lexomil® dans leur vie, dans le sens où ça produit plus les effets attendus (Coup de téléphone)

Donc je sais plus où j'en étais... ; les médicaments du sommeil... donc on est encore confronté à ça bon c'est clair on est amené à traiter un certain nombre de troubles anxieux pour lesquels la molécule répond bien, elle répond bien parce que il y a pas de problème, elle s'auto prescrit chez

certaines personnes, alors ça correspond véritablement à une relation qui s'est installée depuis longtemps face à des états anxieux qui n'ont pas été analysés à un moment, pris en compte, on a été rapidement au produit. Donc si vous voulez on a une catégorie de patient qui aujourd'hui est totalement dépendante d'une molécule ou d'un médicament face à une problématique de symptômes qui n'ont pas été du tout travaillés alors ça peut toucher simplement des éléments qui ont une relation au corps, au schéma corporel, au fonctionnement corporel. Il y a des troubles de l'adaptation permanents, à son environnement : Professionnel...et puis il y a d'authentiques pathologies, il y a tout ce qu'on peut être éventuellement amené à traiter comme des éventuels troubles de la personnalité, donc qui correspondent à d'autres pathologies, parce que là on rentre réellement dans la pathologie. Donc j'aurai tendance à dire qu'il y a plusieurs cercles, après comment en médecine générale je pourrais vous présenter ça ? Il faudrait voir ça par rapport aux demandeurs, heu... aujourd'hui, on se rend compte, on a beaucoup moins si vous voulez de primo demandeur, quelqu'un qui a jamais rien pris, quelqu'un de votre génération vous voyez qui se sent pas bien qui se sent mal, aujourd'hui, il a une démarche où il va vouloir très sereinement analyser ce qui lui arrive, donc comprendre, il y aura d'abord un questionnement, il est facile d'établir une démarche de soin de santé qui vise à rassurer, parfois, on est poussé dans certaines limites, on aborde des éléments problématiques qu'il va falloir soulever, analyser, décortiquer, parfois il faudra se faire aider, effectivement, d'un certain nombre de médicaments, mais je pense qu'aujourd'hui les primo demandeurs sont moins axés sur la demande médicamenteuse immédiate, ce qui est pas le cas forcément de la personne de 40 50 ans qui à certains moments de son existence, a éventuellement connu certains produits et qui va avoir besoin de créer autour de lui quelque chose d'isolé, on va pas dire de camisolier mais pratiquement de créer effectivement une sorte de bulle. Alors là il y a une prescription un petit peu comme une sonnette, « j'en ai besoin », « j'en prendrais pas longtemps » et puis on a par rapport à la demande toute une catégorie de patient qui s'est installée dans l'existence avec de nombreuses difficultés qui ont pu..., alors ça peut être des difficultés sur des problèmes d'ordre sociaux, professionnels, familiaux donc des souffrances qui ont pu connaître des traitements, viennent s'associer des troubles du sommeil, des troubles...On revient plus à des phénomènes adaptatifs, vraiment des difficultés importantes et qui de toute façon sont déjà passées où le médicament du sommeil ou le médicament des états anxieux, sans pour autant prendre réellement conscience de notion, de pathologie ou de maladie

ou de percevoir réellement quel est son véritable état. Ce qu'il perçoit, c'est qu'il est pas bien parce qu'il va vous dire, « vous pouvez pas vous mettre à ma place », « vous vous rendez pas compte j'ai perdu mon emploi » ou « je travaille plus depuis dix ans » « j'ai des problèmes à la maison » ou...

-Vous trouvez que c'est plus fréquent cette souffrance ?

-Oui, ça c'est clair, là on va devoir traiter des personnes de la soixantaine de la cinquantaine, on va devoir les accompagner longtemps, je sais pas comment ils évolueront ceux là, souvent se sont installés d'autres formes de dépendance liée à l'alcool, ou à des consommations, le tabac hein. Pour certain, tout d'un coup, la prise de conscience, je parle du tabac parce que j'évoquais ça hier avec un patient, et tout d'un coup le fait de se dire, j'ai 55 ans j'ai peur de tomber malade, il va falloir que j'arrête de fumer, il faut m'aider, et on est pas pour l'instant un sevrage ou une substitution, ou sur la réponse chimique qu'on pourra donner par rapport à sa dépendance nicotinique, on est déjà plutôt en train d'analyser les contours de l'individu, comment il va pouvoir s'intégrer dans quelque chose de difficile, douloureux, pénible, déstabilisant et donc, ils ont déjà connu des tranquillisants des calmants... D'ailleurs, ils disent tous toujours, j'ai besoin d'un calmant, faut analyser le mot faut aller dans le dictionnaire « je voudrais un calmant » ah bon, vous avez mal ? Ça m'intéresse dites moi ou, je vais vous examiner, alors pour certains c'est formidable, « ah ben ouais examinez-moi », on fait un examen clinique, la plupart du temps on peut mentir en rassurant ou on va réellement rassurer, mais déjà il y a une approche, il a été un peu pris au piège « et bien vous me donnez rien » eh bien, non, tout va bien, alors qu'il veut un calmant, bon il y a une petite nuance c'est important.

-Est-ce que vous croyez que la majoration de ces souffrances va de paire avec une augmentation de la prescription ?

-Ca c'est médecin dépendant, je pense que ça doit... pas la favoriser, encore une fois il faut établir un dialogue constructif, c'est des gens qui ont pas de perspective, si vous donnez à quelqu'un aujourd'hui la perspective de dire : je suis pas bien. Donc de toute façon, parce que c'est clair, ça s'inscrit dans la société ça, c'est un fait social, l'usage de médicaments qui modifient la perception douloureuse psychique qu'on a des événements, donc les gens le savent ou ils prennent de l'alcool ou ils prennent autre chose ou voilà, donc il y a une réponse, ils la connaissent, ils savent qu'ils peuvent se la procurer que le médecin peut, peut-être en prescrire, mais cela étant, un certain nombre ne sont pas passés peut être par la démarche clinique ou médicale qui vise à analyser un symptôme un contexte enfin, ce qu'on voudra ce qu'on découvrira en fait, plutôt que le presse bouton, vous êtes pas bien, ben voilà, j'ai le truc magique,

l'ordonnance de xanax® au bout du bureau et tout va bien il a son truc, mais le médecin n'a pas analysé le problème, donc c'est pour ça je vous dis je suis beaucoup moins... je suis plus dans un travail qui va aborder l'individu d'abord global, puis qui va essayer d'identifier un certain nombre de problèmes et puis ensuite de faire en sorte que sur certains aspects des personnes soient capables de se réhabiliter de s'approprier une démarche qui peut être... d'aborder un certain nombre de difficultés avec une gestion différente, on fait effectivement soit de la relation d'aide, soit une mini psychothérapie de soutien, il faut prendre le temps. Moi, je travaille que sur RDV, ça fait cinq ans que j'ai changé mon activité et puis j'ai une patientèle un peu, qui est aussi pour une part issue de pathologies chroniques importantes, c'est une digression mais... je préside un réseau de soin depuis une quinzaine d'années, je suis dans le VIH, je suis président du réseau VIH, je m'occupe d'appartements thérapeutiques aussi, on a créé sur Metz une dizaine d'appartements thérapeutiques, donc on est vraiment dans une démarche qui est pas forcément une démarche de réponse immédiate médicamenteuse, donc voilà ça c'est mon approche personnelle, et puis, peut être pour parler un peu des benzos, on a quand même aujourd'hui un certain nombre de nouvelles indications aujourd'hui sur les douloureux qui nous amènent à gérer ça de manière très différente, on a fait pas mal de palliatif avant même qu'on a inventé tout ce que vous découvrez, quand dans les années 87 88 et bien, je me suis occupé de patients VIH qui mourraient les uns après les autres, avec nos petits moyens, nos petites recettes, on a essayé des choses, alors on va dire que maintenant il y a toute l'approche du traitement de la douleur. La douleur neuropathique est de plus en plus fréquente, alors on est amené à spécifier des usages qui sont plus précis.

-La dernière fois que vous avez prescrit c'était dans quel contexte ?

....Je sais pas, (regarde dans son ordinateur) si on tape Temesta® 14/08/2009 : la mamie de 82 ans qui me dit docteur, alors elle, elle prend son Temesta® depuis trente ans ou quarante ans, c'est une de mes maies Temesta®, et puis vous me donnez du 1 mg, ça tombe bien tiens, « vous me donnez du 1 mg mais docteur ça va pas, alors écoutez donnez moi du 2,5 comme ça j'en prendrai que la moitié », bon elle vient de perdre sa fille, elle vient de perdre sa mère, en plus elle est tutrice de ces deux petits enfants, enfin bon elle est quand même mal, je lui ai prescrit pour la première fois de sa vie du Temesta® 2,5 mg, alors le même jour j'en ai prescrit deux fois du Temesta® vous voyez 14 août, un papy Temesta® pareil, alors lui du Temesta® il en prend depuis, je sais pas depuis quel âge il a ce produit, mais au moins quarante ans, 2,5.

-C'est difficile de ne pas prescrire dans ces cas là ?

-Là vous ne pouvez pas ! Attendez, d'abord il arrive un moment donné vous pouvez plus leur expliquer pourquoi vous adoptez cette attitude et vous êtes en contradiction quasiment... alors vous voyez ça, autrement : 07 aout : Temesta®, c'est une mamie Temesta®, elle c'est quoi 06 juillet, ha, là c'est différent c'est donc, un peu moins âgée Temesta® elle l'a eu en clinique elle vient de se faire opérée d'un canal lombaire étroit à Nancy, ça c'est pas bien passé très douloureux, très mal, là vous voyez le Temesta® j'en ai trois, alors si j'inverse je retourne dans les années 93, il ya du monde : sur un mois là j'en ai trois différents, et il y a 15 ans par exemple sur un mois il y en avait quinze, je parle simplement du Temesta®, alors en quinze ans j'ai réduit ma patientèle Temesta® du cinquième. Qu'est ce qu'on va regarder Xanax®... ça c'est la réalité vous voyez, dans les années 93 j'avais quinze renouvellements de Temesta® Xanax® alors au mois d'aout j'en ai prescrit deux fois, intéressant une jeune hier 24 aout et autrement un renouvellement chez un papy anxiolytique, Xanax®, là c'est un ancien mineur il prend ça depuis son accident au fond de la mine, donc au mois d'aout deux fois du Xanax®. Chez la personne jeune, séparation, donc, heu, pas bien, je suspecte qu'il y a un peu d'alcool aussi, une dame qui avait quitté la région, qui est venue me trouver il y a trois mois

-Dans ce cas là vous proposez plutôt des traitements courts ?

-Oui c'est un traitement court, elle a de toute façon deux boîtes donc à raison de ½ et ½ en milieu de journée, parce qu'elle est femme de ménage tôt le matin de 4h à 9h alors quand elle rentre, elle prend 1/2 et puis je lui ai fait promettre de pas en prendre plus, elle en prendra qu'au coucher, elle est complètement envahie par un état anxieux, des attaques de paniques, c'était vraiment, on a eu une discussions très formelle, là c'est pareil qu'est ce qu'on pourrait regarder d'autre ben, le lexiomil® ça c'est le cador, attention gérez votre temps, le temps passe vite, il y a déjà mon prochain RDV qui est là, non mais c'est vrai là vous me laissez partir, vous gérer pas le temps... lexiomil® : deux fois ce mois ci, une infirmière psy à la retraite et je pense que, elle, elle a tout fait, et puis une femme qui vit mal sa soixantaine.

-Quand vous décidez d'arrêter vous procédez comment ?

-C'est vraiment des stratégies de réduction progressive, mais c'est surtout un investissement personnel, je vous l'ai dit, moi, j'ai modifié complètement mon mode activité sur RDV

-Pourquoi ?

-Parce que c'est ma façon de pratiquer, je fais plus de visites, je suis là de 8h à 21h sur RDV y'a pas de problèmes.

-de quelle manière vous formez ou vous informez vous sur les médicaments ?

-Moi, j'ai fait beaucoup de formations, une formation médicale permanente, à la fois dans le cadre d'activité au sein de la formation médicale continue à l'époque, j'ai fait beaucoup de chose à la fac, j'ai passé mes diplômes de pédagogie médicale, j'ai fait des tas d'animation à l'UNAFORMEC, etc.,... j'ai arrêté, maintenant je suis sur d'autres choses personnelles, d'autres activités, oui mais j'étais un cadre de la formation médicale permanente à la fois à la faculté dans ce que vous avez pas connu au début, les séminaire etc.... et puis la lecture et ma pratique.

-Du point de vu lecture vous lisez quoi ?

-Tout !

-Pas de journaux en particulier ?

-Je vois ou vous voulez en venir : prescrire et compagnie.. Oui, je lit ça, mais c'est tout venant, pas plus, et puis vous verrez quand vous aborder une certaine période de votre pratique, quand il vous reste une dizaine d'années à travailler, vous vous dites, je vais faire autre chose et je vais procéder autrement.

-Faire autrement, comment ?

-Ben, vous vous dites pas les bouquins, les revues, l'apprentissage... vous travaillez plus sur votre expérience sur votre feeling et puis vous fouiller sur des éléments bien précis, mais voilà.

-Est ce que vous avez recours au psychologue, au psychiatres dans certains cas ?

-Très régulièrement, très facilement, j'ai mes correspondants, donc ça va très vite, le coup de téléphone, le petit mot, et puis les gens se sentent pris en charge et c'est indispensable.

-Et les autres techniques de prise en charge, homéopathie, relaxation, acuponcture.. ?

-Je travaille avec une sophrologue effectivement de façon privilégiée pour certains adultes jeunes, ça fonctionne bien, ça se fait, dans d'autres indications faut dire, j'ai une autre pratique professionnelle, je fais de la médecine du sport, je suis médecin de la fédération française handisport donc, je m'occupe de handisportifs de très haut niveau puisque je travaille dans les instances internationales d'handisport, on est amené à beaucoup travailler avec des psychologues, des sophrologues, des TCC, c'est très important.

-Est-ce que vous avez l'impression que c'est le rôle du médecin généraliste de prendre en charge cette souffrance psychique ?

-Complètement, mais à partir du moment où vous vous dites, je vais dégager du temps, je vais faire le travail comme ça, voilà, moi, j'ai pas besoin de cinquante personnes par jour pour vivre...

-Vous avez l'impression d'avoir été formé au départ pour ça ?

-Non, pas du tout....Je vais vous donnez un exemple très personnel, là le traitement de la douleur par exemple, jusque dans les années 99 je savais rien, en 99 j'ai un fils qui est paraplégique à l'âge de treize ans, vous vous dites là il faut tout

apprendre, vous apprenez la médecine, vous apprenez le handicap, vous allez dans les hôpitaux, vous allez voir vos amis internistes, vos amis de la douleur, et vous leur dites : explique-moi comment ça marche, parce que vous avez passé quinze ans de votre activité professionnelle, plus les dix ans à la fac, ou vous savez pas comment ça fonctionne la douleur, vous verrez mes collègues, si vous êtes bien reçu, y'a pas de problème. Moi je peux vous dire que j'ai appris la douleur quand mon fils est devenu paraplégique, et j'apprend de plus en plus la douleur, bon j'étais aux jeux paralympiques l'année dernière en chine, je fais partie des instances médicales...., je savais rien du handicap en tant que médecin généraliste, et je savais rien des traitements de la douleur, de la spasticité des lésés médullaires, et toutes les pathologies qu'on peut rencontrer dans le milieu handisport, que il y a dix ans on vous apprenait pas ça. Quand je discute avec des collègues, la plupart ne savent pas ce que c'est qu'un paraplégique jeune, ah on a déjà vu une mamie en fauteuil roulant. Donc le domaine de la médecine est très vaste, il est très empirique, il se fait à l'expérience et puis il se fait en fonction du temps qu'on voudra bien ensuite donner à ce qu'on va encore acquérir en se disant, je vais aller jusqu'au bout par rapport à ça et je vais encore apprendre ça, là je vous reçois dans un vieux cabinet eh bien demain je signe non c'est après demain je suis en train de construire une maison médicale, donc un immeuble qui va se construire, donc on a prévu vraiment, le cabinet comme je l'ai toujours rêvé, j'espère qui sera bien adapté, tout pour l'handicapé, j'espère que ça va se faire réellement, en tout cas je serai très déçu si c'était pas le cas, avec la possibilité de travailler différemment maintenant espérer trouver le petit troisième qui viendra, parce qu'on est deux mon collègue et moi même....j'ai pas répondu à vos questions je vais pas vous faire avancer, vous allez d'extraire un profil ou un comportement une approche, sinon questions techniques ?

-Technique ? depuis combien de temps vous êtes installé ?

-Janvier 87, ici

-Et avant ?

-Avant, j'ai fait des remplacements pendant deux ans

-Si c'est pas indiscret, quel âge avez vous ?

-53 ans, donc je me fixe encore douze ans d'activité, mais comme, là je suis en train de préparer une certification de médecin au comité international olympique, je sais pas on verra bien ce que l'avenir va donner, et puis bon je suis médecin coordinateur d'un truc qui peut intéresser les jeunes, qui sont des appartements de coordination thérapeutique, c'est tout nouveau, ça fait un an, on a dix appartements, la clé d'entrée c'est les problèmes sociaux, c'est à dire pas de toit et des pathologies chroniques invalidantes, donc on

accueille soit des séropositifs, des coronariens, des cancéreux, au départ la clé d'entrée c'est véritablement des gens qui sont complètement désocialisés, qui n'ont même plus la possibilité d'avoir le toit qui va permettre de se prendre en charge, donc moi, je travaille dans une équipe intéressante avec psychologue travailleurs sociaux, éducateurs infirmiers. C'est géré par l'association FOMAL, vous avez peut être entendu parlé, foyer mosellan d'aide au libéré, bon initialement ils étaient très orientés, ils ont des CHRS, et ça c'est une initiative très très intéressante. Quand j'ai créé le réseau ville hôpital VIH en 92 sur l'agglomération messine, à l'époque notre problème c'était de pouvoir dire comment on va faire pour garder et pour accueillir des gens qui sont en train de mourir du VIH, pour lesquels on a des traitements mais c'était pas évident dans les années 92, alors si on avait pu avoir ces appartements thérapeutiques, qu'est ce qu'on aurait été contents... autrement c'est tout, montrez moi vos questions !

alors, Pensez vous être armé pour prendre en charge des patients présentant une souffrance psychique ?
oui

Comment prenez-vous en charge cette souffrance psychique(écoute, médicaments, autres techniques : TCC, acuponcture, hypnose, relaxation..., recours à un psychologue ou un psychiatre) ?

Ben je vous ai répondu : l'écoute

Avez vous déjà réalisé des formations relatives à la prise en charge des troubles psychiques, notamment médicamenteuse?

J'ai déjà réalisé des formations à l'époque où on travaillait dans des groupes balint, effectivement, mais ça je fais plus.

Qu'en est-il de la formation initiale reçue dans votre cursus médical ?

Ben dites bien zéro, moi, je suis entrée en médecine en 75 : nul

Avez vous l'impression que les problèmes de souffrance psychique ont changé ces dernières années : Sont moins ou plus importants ?

Je vous ai répondu oui c'est évident, ça c'est clair

Avez vous l'impression que vos habitudes de prescription ont changé ?

Je vous l'ai dit oui clairement, depuis quinze ans, je pense que j'ai réduit mes prescriptions du cinquième de ce que je pouvais faire.

Est ce difficile de ne pas prescrire ?

Non, pas difficile, d'ailleurs les gens comprennent de plus en plus.

Pensez-vous que vous avez un rôle à jouer au sein de la société, de part votre métier, face à ces patients qui présentent une souffrance psychologique ?

Ça c'est clair.

Qu'avez vous l'impression d'apporter ?

Beaucoup de choses, mais ce que les gens sont en mesure de vouloir, donc il faut d'abord écouter.

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge des troubles psychiques?

Pas beaucoup, la difficulté je vais vous dire elle est plus liée au contexte général à l'environnement des personnes, et puis l'absence de coordination, il y a des déficiences à tous les niveaux, on a créé des cohortes d'assistantes sociales que je respecte beaucoup, mais qui font leur boulot toutes seules comme des taupes dans leur coin et surtout, la dernière fois, il y a une assistante sociale qui est venue pour régler le problème d'une de mes patiente, j'ai dit, passez moi l'infirmière, quand l'assistante sociale vient chez cette dame, elle vient tout de suite à mon cabinet, je la vois en priorité, on fait le point ensemble et le plan d'action, ah non non non j'ai pas trop le temps, moyennant quoi maintenant on est face à une personne complètement perdue, une assistante sociale qui pense avoir fait sa paperasserie mais qui a rien appris parce qu'elle est pas venue parler au soignant, donc l'absence de coordination c'est terrible vous verrez ... en fait faut identifier où sont les pouvoirs et très rapidement poser des mines.

Avez-vous l'impression que l'information reçue par les patients a changée et qu'elle influence les comportements médicaux: Internet, journaux, campagne de publicité (cf antibio) et est ce que ça vous semble pouvoir être adapté aux benzo?

Oui c'est sur elle influence les comportements médicaux, c'est évident.

Qu'est ce qui pousse selon vous le plus les médecins à prescrire de benzo en particulier et des médicaments en général?

Ben, ça je sais pas répondre à cette question, vous croyez qu'on prescrit plus de benzo?

Concernant votre activité combien d'actes réalisez-vous par jour?

Une vingtaine.

Combien de temps dure, en général, une consultation?

Entre vingt minutes et une demi heure, ça peut aller de cinq minutes à une demi heure, parfois, rarement, j'ai des patients qui viennent de très loin avec le VIH, j'ai des patients qui font mille km pour venir me voir, par sida info service, c'est incroyable, mon patient le plus loin actuellement qui me consulte régulièrement par internet, il est à Abu-Dhabi, c'est pas tout près, c'est une français qui travaille là bas.

Prenez-vous un temps de consultation différent quand il s'agit de problème d'ordre psychique?

Oui, ça c'est clair.

Quel est votre opinion sur l'influence que peut avoir le médecin sur le patient?

Ça c'est un gros problème, ben on pourrait dire une très mauvaise opinion parce qu'on peut être très influent sur les patients, quel usage on va pouvoir

avoir de cette influence, cela étant c'est un gros problème.

-C'est toujours aussi fort?

-Ah oui, d'une certaine manière sur des gens vulnérables oui, incontestablement, là il faut être solide, faut savoir ce qu'on veut et là où on va amené les gens, généralement quand je sens que j'ai des personnes qui risquent d'être captées trop fort, rapidement je casse la consultation, je demande à ce qu'il y ait un tiers, parce qu'il faut à la fois réveiller à la fois le médecin qui va s'enfermer dans la consultation, et le patient, c'est un tiers que désigne le patient, la personne un peu tuteur qu'il a ...

Pensez-vous que les Français sont de gros consommateurs de benzodiazépines?

Ben, ça j'en sais rien, si les français sont de gros consommateurs, il y a peut être des maigres et des gros, y'a des gros qui prennent des benzo et des maigre aussi, non c'est pas comme ça (rire)

Pensez-vous que les médecins généralistes prescrivent trop de benzodiazépines? Pourquoi selon vous?

Est ce que vous auriez pu poser la question, est ce que vous pensez que les médecins généraliste prennent des benzodiazépines?....je veux pas dire mais je crois que dix pour cent de la population médicale est à côté de ses pompes, est en souffrance.

Et vous, avez-vous l'impression de trop prescrire de benzodiazépines?

Et ben, non, je vous ai dit non.

Pensez-vous être influencé par les nouvelles recommandations de l'HAS concernant la prescription des benzodiazépines?

Il ya des nouvelles recommandations de l'HAS? ah, vous, savez il y en aura jusqu'au moment où je partirai à la retraite, c'est extraordinaire, c'est fabuleux, il ya quand même des grand spécialistes des recommandations en France, et des professionnels de la recommandation, il en faut, après ceux là, il faudrait les immerger, faudrait les amener un peu sur le terrain, vous verrez dans votre vie vous allez rencontrer des grands professeurs, pas des professeurs, professeurs, mais des gens qui professent des recommandations, il faut s'en méfier. Est ce que des recommandations de bonne pratique dans ce domaine vous semblent utile et applicable?

Honnêtement j'en sais fichtrement rien, mais faudrait demander au patient, faudrait leur demander ce qu'ils en pensent des recommandations de bonne pratique, sans blague, vous vous êtes jamais posé la question, les médicaments du sommeil, stilnox 2 boîtes, il faut expliquer au patient que c'est pas renouvelable. C'est un traitement de courte durée, la personne qui recommande ça a dit qu'on en prenait pas longtemps donc on a interdit au médecin de faire des prescriptions renouvelables, alors je fais quoi docteur, ben vous revenez dans quatre semaines,

voilà...non, mais faudrait, ou alors c'est pas un insomniaque le type, qui a fait la fiche. Cela étant, on vend beaucoup de somnifère, je peux vous dire que le noyau résiduel de consommateur, celui là vous pouvez pas le réduire sauf à le faire disparaître, pas de problème, le Stilnox® c'est sa vie, ou l'Imovane®.

Respectez-vous les recommandations légales de prescriptions des benzodiazépines ?

Oui parce qu'il y a deux ans, j'ai eu un avertissement, j'ai la caisse qui m'a envoyé un mot en disant « docteur vous avez fait renouveler le Stilnox® », j'avais fait une ordonnance renouvelable, ils me l'ont sorti ! mais c'était par mégarde c'est l'ordinateur, c'est dingue le ciblage, ça devait être une période où ils regardaient mes ordonnances.

Pas de prescription de deux benzo en même temps ?

Oui c'est comme les neuroleptiques, faudrait en parler au psychiatres, vous devriez parce que là les ordonnances, elles sont pas mal celles là.

Vous parlez pas des génériques des benzodiazépines, ça marche pas, vous le savez de source sûre, vous le savez, les études de terrain prouvent que le patient à qui vous prescrivez un générique des benzodiazépines « ça marche pas docteur » faudra faire remonter l'information, pratiquement, c'est peu être probablement actuellement depuis quelques mois la seule ligne dans mes ordonnances où les gens me demandent « docteur, vous pourriez mettre NS non substituable ». Ils veulent pas le générique de leur produit, pour dormir ça marche pas, la couleur de la boîte la forme de la boîte, ça joue.

Pensez-vous que la façon dont sont organisés les soins en France, influence la prescription en générale et celle de benzodiazépine en particulier ?

Il fallait lire la dernière question pour savoir qui vous étiez : vous êtes un envoyé du ministère, un agent double, triple, installez vous et vous viendrez m'en reparler... c'est très dangereux comme question, je pense que celui qui vous l'a inspiré, il va faire une publication dessus, ben oui à partir du moment où on essaye d'évaluer l'organisation des soins en France à travers la problématique de la prescriptions des benzodiazépines.....vous avez compris comment je travaillais, donc effectivement, j'ai l'impression qu'on prescrit moins sûrement, mais là je vais devoir arrêter parce que ça fait dix minutes que mon RDV attend dans la salle d'attente.

-Dans quelle situation prescrivez-vous principalement des benzos ?

-Dans les états d'anxiété (F)

-Oui c'est la seule(M1)

-Bien sur !(M2)

(rires)

-Ou alors quand on est stressé, quand on est de garde, non ? on a pas le droit (rire) (F)

-Bien sur on a pas le droit !(M1)

-Est ce que ce sont des médicaments qui vous semblent efficaces ?

-Oui

-Même sur le long terme ?

-Ca marche moins bien ! (répété par les hommes)

-C'est dans tous les bouquins ça(rire) (M1)

-Et dans la pratique ?

-Pareil ! (M1)

-En phase aiguë c'est très bien (M2)

-On est d'accord! (M1)

-Et on essaye justement de pas les prescrire au long court, on essaye...(F)

-Quel effets secondaires constatez vous ?

-Des troubles de la mémoire (F),oui

-Dépendance (M1)

-Oui, bien sur, dépendance(F)

-Accoutumance (M1)

-Irritabilité(F) (rires)

-Non, ça c'est quand tu arrête de boire(M1) (rire)

-C'est des médicaments qui vous semblent difficile de pas prescrire dans certaines situations ?

-Oui, quand les gens le demande, oui c'est très dur de les faire changer d'avis (F)

-Vous avez l'impression que la prescription résulte plus de la demande des patients ?

....Pour moi non, je trouve que c'est de moins en moins(F)

-Il peut y avoir un transfert de stress, si c'est ça que vous voulez savoir, oui, quand j'ai une personne en face de moi très stressée qui me stresse à mon tour, ça me déstresse de lui prescrire ça (rire des autres) non, je suis très sérieux ! (M1)

-Non, j'avoue que j'essaie d'abord l'homéopathie. L'homéopathie et phytothérapie d'abord et puis contrainte et forcée, je passe aux benzodiazépines après (F).

-Il m'arrive de le faire en première intention, ça dépend de la nature, l'origine de l'anxiété, ça dépend un événement de vie une séparation, un deuil, là si la personne est demandeuse oui, en dehors de ça j'hésite quand même

-Est-ce que vous pourriez me raconter dans quelle situation vous avez prescrit des benzo, c'était pour quoi ?

....A part les renouvellements de traitements ?...si la dernière fois c'était sur une attaque de panique, chez un patient de 65 ans qui était traité pour dépression et qui a fait un malaise à l'introduction du traitement antidépresseur, qui a été hospitalisé

parce qu'il se sentait vraiment pas bien avec la paroxétine pour ne pas la citer et il a fait une attaque de panique une vraie à l'hôpital, ils ont été obligés de le ceinturer, un homme charmant gentil, ils l'ont ceinturé et ils me l'ont renvoyé en écrivant « il faut vraiment que vous lui prescriviez des benzodiazépines à haute dose » donc j'ai prescrit des benzodiazépines à haute dose ! (rires) (F)

-ce matin, crise d'angoisse sur lombalgies rebelles ! j'en dirai pas plus. (M2)

.....Oui, c'est il y a un mois quand j'ai enterré un de mes amis, sa veuve a faillit perdre pied, sa belle famille aussi et j'en ai donné un petit peu à tout le monde (M3)

-Dans ce cas c'était difficile de pas faire quelque chose ?

-Oui (M3)

-Automatiquement (F)

-Vous vous sentez parfois impuissant par rapport à la souffrance psychologique des gens ?

-Oh oui ! (F)

-J'aimerais bien savoir-faire de l'hypnose ! (M1) C'est très sérieux, j'ai faillit essayer mais c'est trop compliqué, c'est ingérable.

-Ben moi je leur conseille quand même pas mal la relaxation, la psychothérapie (F)

-Oui, ça marche bien (M1)

-Et puis et puis...de consulter, mais bon les psychiatres c'est, un RDV en urgence, ben justement pour ce patient là, allez en appelant allez quatorze psychiatres, le quinzième la pris en urgence dans quinze jours, les autres ils ont jamais répondu, alors on a pas de psychiatre facile d'accès, donc faut bien qu'on gère ça dans l'urgence sur place ici

-Et vous trouvez que c'est le rôle du médecin généraliste ou pas ?

-Oui, si c'est notre rôle en premier, mais on a pas des consultations assez longues pour le faire de façon réellement correcte (F)

-Ben, on connaît bien les gens, je veux dire, il y a un tissu relationnel important bien développé, je pense

-On s'en prescrit pas les uns les autres, on devrait peut être... (rires) (F)

-Vous travaillez avec une base de données commune ?

-Oui, on a chacun notre pool de patients réguliers, mais on a quand même un cabinet de groupe ou les gens vont assez facilement de l'un à l'autre, on s'entend bien tous les cinq, ça pose pas trop de problème (F) on fonctionne UNIQUEMENT sur RDV, si possible on ne ferai même que ça !

-Vous faites des visites ?

-Un petit peu les personnes âgées (F)

-Un peu beaucoup (M1)

-Toi, beaucoup, moi je freine des quatre fers

-Vous en faites plus, vous ?

-Ben, toi tu as repris une clientèle de vieux, hein ! (F)

-Ben , oui et en plus je les conserve ! (rire) (M1)
 -Moi ils m'ont trouvée trop jeune,(rires) non , non on voit les personnes âgées ou dépendantes qui ne peuvent pas se déplacer, ben justement le fait de travailler sur RDV. On le voit, les gens attendent très peu, donc, ils sont pas trop demandeurs de visites, les secrétaires sont drôlement bien formées pour les faire venir, quand même, elles sont bien briffées
-Comment vous organisez-vous quand vous avez affaire à des problèmes d'ordre psychologique, vous donnez des RDV plus long ?
 -Ben, on en sait rien, au départ ils disent très rarement.... (F)
 -En général quand ils prennent RDV, ils ne disent pas pourquoi, donc on le découvre au fur et à mesure..(M2)
 -Et on se dit mince, on a encore trente personnes après (F)
 -Mais on prend le temps (M1), on fait tout ce qu'il faut faire ! on prend le temps on reconvoque
 -Ca nous fait râler parce qu'on en a trente qui suivent, mais on prend le temps (F)
 -Et en général, on leur propose de les revoir dans un délai assez bref, en fait quand ils le souhaitent (M2)
-Quand vous dites que vous essayer de ne pas faire trop de traitement sur le long terme, c'est combien de temps ?
 -Maximum trois mois, mais on a du mal, des gens qui sont sous temesta® depuis...(F)
 -Les indécrottables, ça c'est clair (M2)
 -Et là c'est vrai qu'on réfléchit pas, on renouvelle (F)
-Vous essayer de les arrêter quelque fois ?
 -On essaye « et si on essayai de diminuer les doses », ils essayent un soir, « ah, j'ai pas dormi du tout », ils appellent le lendemain en disant « vous me remettez la même dose » (F)
 -Quand je prescris un antidépresseur, j'associe un anxiolytique deux semaines et j'essaye de le sevrer en deux semaines pour éviter l'effet de suicide (M1)
 -Tu sais que le mien il était sous dose classique d'anxiolytique, mais il a fait une attaque de panique
 -Tu lui as donné de l'homéopathie va (M1)
-Et vous c'est des choses que vous utilisez l'homéopathie ?
 -Un tout petit peu (M1)
 -Pas du tout ! (F), tu me les envoies d'ailleurs.
 -Moi, j'estime que l'homéopathie faut être formé pour en faire (M1), toi t'as quand même (vers F), donc toi tu as une base que moi j'ai pas alors ça me paraît trop compliqué.
-C'est quand même quelque chose auxquelles vous croyez ?
 -Pas du tout (M1)..... un petit peu, mais très légèrement (M1)
 -Alors que moi, j'y crois beaucoup, j'ai de bons résultats, c'est peut être à force de pratiquer !

-Et les psychiatres ?
 -Les gens sont de moins en moins réticent pour y aller (F)
 -De moins en moins, oui (M2)
 -Moi j'envoie beaucoup faire de la relaxation ou chez le psychologue, moins psychiatre que psychologue (F)
 -Ca dépend aussi du contexte, ça dépend s'il y a une cause ou pas (M1), s'il n'y en a pas une alors c'est sur qu'on va adresser, si c'est secondaire, réactionnel, on peut y arriver quoi, ça dépend, faut voir, sauf s'il y a des fois une demande du patient, s'il vient et qu'il me demande : « qu'est ce que vous pensez d'un psy ? », ben j'ai compris, pas de problème.
 -Allez y vite !(F) prenez votre temps, ne soyez pas rebuté par leur répondant.
 -Je leur dis, il ou elle sera difficile à joindre, mais persévérez, mettez vous y aujourd'hui.
-Vous avez de bons résultats quand ils reviennent de leur consultation chez le psychiatre ?
 -Oui, c'est pas mal, ils nous les renvoie, mais rarement avec des lettres, vous avez des lettres vous ?
 -Il n'y en a que deux qui font des lettres sur Metz
 -J'ai quelques fois des comptes rendus téléphoniques par la psychologue de temps en temps.
-Vous avez l'impression qu'ils reviennent de chez le psychologue avec plus de médicaments ?
 -Ah non ! absolument pas, je me demande si on est pas plus prescripteurs qu'eux !(F)
 -Non ! celui qui est plus prescripteur que le psychiatre c'est le cardiologue, c'est une catastrophe, en général, mais le psy, non, sauf quand les patients sont vraiment...(M1)
 -Atteint !(F)
 -Quand ils sont chtarbés, ils sont chtarbés, il faut les soigner (rires) c'est pas méchant ce que je dit, j'ai un psychotique, il a trois quatre médicaments pt' être cinq , mais s'il a pas ça, il pette les plombs, on a malheureusement des exemples mémorables...,
-Est-ce que vous avez l'impression que les médecins généralistes sont très prescripteurs de benzo, qu'est ce que vous en pensez ?
 -La caisse nous a quand même tellement bassiné avec ça qu'on a vraiment fait attention (F)
 -J'ai pas eu de souci avec la CPAM de Metz pour les benzos (M1)
 -Pour l'instant j'ai pas eu de remarques non plus (M2)
 on est très surveillé
-Et vous vous situez donc comment sur les chiffres ?
 -Franchement, j'en sais rien, on écoute pas vraiment ce qu'il nous racontent..(F), on lui dit bonjour à la dame parce qu'elle est tout à fait charmante, mais...ça nous fait passer un quart d'heure,.... Oui madame, oui madame, bien madame...

-C'est promis (M1)
 -Non, je pense qu'on est tout de même un tout petit peu en dessous, pour les benzos, je parle, ça m'a pas marqué
-Vous avez quand même l'impression que ces interventions de la caisse ça vous a motivé à moins prescrire ?
 - (non de la tête) (M1)
 - Toi pas ? moi ça m'a quand même interpellé, moi je fais plus de générique.
 -Ben les génériques, oui ! Mais ça c'est un autre problème, c'est pas la même chose.
 -Où ils nous font le plus de battage c'est plutôt les inhibiteurs de la pompe à protons.
 -Moi, la caisse, ça m'irrite pas, moi c'est plutôt le journaliste qui n'y connaît rien qui va te parler de dépression sur Europe 1 ou RTL et qui y connaît que dalle.
-Les médias vous avez l'impression que ça a une grosse influence sur les patients ?
 -Ah ben en ce moment oui.
 -C'est pas pour rien qu'on dit c'est le quatrième ou le cinquième pouvoir, je sais plus.
-Vous avez l'impression que les patients viennent avec plus d'informations ?
 -Avec internet et les journaux télévisés, ils en savent plus que nous, ils pensent qu'ils en savent plus que nous (F)
 -Internet est un générateur d'anxiété, ça c'est clair ! (M1)
 -Quand vous tapez mal à la tête, vous tombez sur métastase cérébrale c'est sur que...ça n'aide pas
-Vous avez l'impression sur les benzos qu'ils sont plus informés ?
 -Non... quand on leur dit, on va vous prescrire ça c'est un anxiolytique...(F)
 -Il y a des gens qui parlent de la dépendance (M1)
 -Essentiellement (F)
 -Moi je leur dis systématiquement quand je leur prescris au bout de huit jours, c'est toujours ce que j'ai en tête comme délai, vous serez dépendant, après ils font ce qu'ils veulent ou qu'ils peuvent, j'essaie quand c'est pour dormir du seresta® c'est le moins nocif de tous, c'est une benzo(M1)
 -On va dire, on est plus seresta® que lexomyl®
-C'est laquelle la benzo que vous prescrivez le plus ?
 -Seresta® (F) stesam® pour les gens qui arrêtent de fumer
 -Générique bromazepam ou alprazolam, j'aime bien tout ce qui est en zam
 -Et toi ça serait plus quoi, tranxène® ? (F pour M2)
 -Clonazepam... rivotril®, non je rigole.
 -Ah moi j'en prescris beaucoup du rivotril®, ha dans les sciaticques il y a que ça qui marche, il m'ont fait caquer la CPAM avec ça mais qu'est ce que tu veux que je te dise ! on va pas les laisser souffrir(M1)
 -Un que j'ai abandonné moi c'est le lexomil®, que je prescris plus (F), ou alors vraiment contrainte et

forcée parce que vraiment docteur il y a que ça qui marche !, je trouve que ça donne vraiment énormément de trouble de mémoire, pourtant à des petites doses.
-Est-ce que vous êtes influencés par les recommandations type HAS ?
 -Si chez les personnes âgées, on fait quand même plus attention, du fait des chutes, mais on le faisait déjà avant.
 -Pour moi, les gens âgés c'est seresta® ou c'est rien, je leur explique.
-Est-ce que vous pensez que c'est facile de faire des recommandations dans le domaine de la souffrance psychique ?
 -On avait dans le temps des petits fascicules où ils expliquaient l'anxiété, la dépression, et tout, on a du en distribuer quelques uns, mais non c'est pas simple, non
 -C'est tellement d'une personne à l'autre (M2), le vécu est tellement différent, c'est vraiment du cas par cas
 -On gère en fonction de la famille, en fonction du contexte qu'on commence à connaître (F)
-Est-ce que vous avez l'impression que la façon dont les soins sont organisés en France influence la prescription ou non ?
 -Non (F)
 -C'est une question tordue ça, vous êtes en train de nous traiter de dealers comme la CPAM le fait, je me suis fait traité de dealer une fois par un médecin de Metz à propos de morphine, espèce de con il a jamais eu mal quelque part celui là, je lui souhaite vraiment jamais d'avoir mal, je n'en dirais pas plus ! (M1)
 -On ne c'est jamais posé la question par contre, même s'ils nous payent pas, ils auront quand même leur ordonnance, pour x raison donc non (F)
 -Non, c'est pas (M1)
 -Je te donne 22 euros tu me donne trois boîtes, non...(F)
 -22 euros c'est déjà pas énorme, c'est pour ça qu'on a une tirelire(M1)
 -On est pas influencé pas par ça (F)
 -C'est une question que je ne comprends pas trop, au contraire je la comprends trop bien, la question est tordue, elle est très ambiguë, c'est une question CPAM, ça ! (M1)
-Est-ce que vous trouvez que les problèmes de souffrance psychologique ont changé ces dernières années ?
 -La taxe carbone ? (rires) (M1)ça entraîne certaines souffrances (rires), vous savez qu'il y a plus de dépressifs en septembre, au paiement du dernier tiers, si si il y a des statistiques.
 -En lorraine, il y a plus de syndromes dépressifs à cause du manque de travail.
 -On en voit pas mal depuis avril mai(M2)
 -Manque de travail ou difficulté dans le travail ? (M1)
 -Les deux (F, M2)

-Ca par contre oui, beaucoup plus de harcèlement, parce qu'il y a moins de gens qui travaillent, et ceux qui travaillent, travaillent pour deux ou trois personnes, ça c'est un facteur de stress, ça c'est clair que nous on connaît ça bien, on a ça comme journée et on doit faire ça dedans, alors ça génère du stress et les gens c'est pareil ! Avec tout ce qui est insomnie..

-L'anxiété et mal de dos

-Vous avez l'impression du coup que ça favorise la prescription de benzo ou pas ?

-ça peut aller jusqu'à l'arrêt de travail pour plusieurs semaines à plusieurs mois avec effectivement, au départ une benzo, voir plus antidépresseurs s'il y a dépression.

-L'arrêt de travail ça peut être une alternative à la benzo ?

-Dans des cas comme ceux là, je pense que oui (M2)

-Des fois, la benzo n'est pas systématique, je veux dire

-Comment procédez-vous quand vous arrêtez une benzo ?

-Un arrêt dégressif avec phyto pour moi en parallèle, et c'est vraiment les gens motivés, pour les 9/10^{ème} c'est eux qui le demandent, « qu'est ce que vous en pensez, je vais mieux » alors pas de problème très progressivement, du magnésium avec euphytose® ou spasmine® et en général ça se passe bien, j'en ai très peu qui en redemandent, non, ça va.

-Moi, j'ai fait six mois de psy, ça m'aide beaucoup, beaucoup dans ma pratique, j'ai vu quand même ce qui se faisait en psy de A à Z (M2)

-Les consultations psy sont bouffeuses de temps et d'énergie, donc, c'est bien d'être cinq de pouvoir discuter de ouf (souffle) de boire une tisane relaxante calmante pour passer le cap (F)

-Vous vous êtes tous installés directement en groupe ?

-Tout au début, ils étaient un, puis deux puis trois et puis maintenant on est cinq, ça fait deux ans et un mois qu'on est cinq (F)

-Toi tu nous a remplacé dix ans (de F vers M2), moi j'ai remplacé sur Metz et la région, cinq ou six ans avant, je suis installée ici depuis douze ans, toi ça fait 13 ans (vers M1) et toi deux ans

-Et si c'est pas indiscret quel âge avez vous ?

-43 ans (F)

-+4 (47) ans (M1)

-Et lui c'est le gamin (F)

-38 ans (M2)

-C'est nous qui allons travailler encore une bonne trentaine ou quarantaine d'années avec le déambulateur et la perfusion de benzodiazépine.

VU

NANCY, le 23 octobre 2009

Le Président de Thèse

Professeur R. SCHWAN

NANCY, le 26 octobre 2009

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 29 octobre 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RESUME DE LA THESE

La France est un des pays européens où la consommation de benzodiazépines reste une des plus fortes. Pourtant, de nombreuses campagnes de sensibilisations sont réalisées aux vues d'effets secondaires notoires constatés. Dans soixante dix neuf pour cent des cas, ces médicaments sont prescrits par le médecin généraliste. Il est alors essentiel de se pencher sur les facteurs déterminants de cette prescription. Pour mieux comprendre ce phénomène des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de seize médecins généralistes.

Les principaux thèmes abordés dans les entrevues mettent en évidence des déterminants pour la plupart modifiables, mais profondément ancrés dans la pratique médicale. Ils sont relatifs au fonctionnement du système de soin et aux difficultés d'accès à des techniques alternatives. Des déterminants plus profonds comme l'idée de la toute puissance du médicament persistent. L'impact des laboratoires, l'histoire même des benzodiazépines et de la conception ontologique de la médecine y participent. Néanmoins on note une profonde évolution dans les comportements médicaux, avec une réflexion sur la prescription. Les mesures mises en place par la CPAM et les recommandations de bonnes pratiques contribuent à ces changements. Selon les médecins généralistes, la gestion de la souffrance psychologique relève totalement de leur rôle. Pourtant ces derniers expriment que parfois ils manquent de soutien ou de formation pour une meilleure prise charge.

Il apparaît donc au vu de l'étude, qu'une modification est en marche et qu'elle suit les mutations de la population en général et des praticiens en particulier. Ce qui pourrait aboutir à un recul de la prescription malgré des déterminants anciens enracinés. Des essais interventionnels complèteraient cette étude et permettraient de mesurer de manière quantitative l'impact de programmes de formation.

TITRE EN ANGLAIS

THE DETERMINERS FOR THE PRESCRIPTION OF BENZODIAZEPINE

A qualitative study with sixteen general practitioners in Moselle.

THESE / MEDECINE GENERALE – ANNEE 2009

LES DETERMINANTS DE LA PRESCRIPTION DES BENZODIAZEPINES

Une étude qualitative réalisée auprès de seize médecins généralistes en Moselle.

MOTS CLEFS:

Benzodiazépines; psychotropes; relation médecin-malade; étude qualitative; prescription ; anxiolytique

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR:

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
