



INTERCOM SANTE 57

Espace d'information, d'éducation, de prévention et de formation
des acteurs de santé du bassin thionvillois

LES FRANÇAIS SOUS PSYCHOTROPES

Il y a quelques semaines un article du journal Le Monde signée par Sandrine Blanchard (Le 10 Novembre 2008 en Page 2) est venu rappeler au grand public et aussi aux médecins-lecteurs que nous sommes le problème de la surconsommation de psychotropes en France.

Ce constat est indéniable et tous les rapports le prouvent. En 1990 le syndicat national de l'industrie pharmaceutique commande au Professeur Marcel Legrain un rapport (1) sur l'usage des benzodiazépines. Ce travail non demandé par les autorités de santé n'amène aucune réflexion de fond et débouche uniquement sur des recommandations de durée de prescription en raison du risque évident de dépendance à ce type de traitement. En 1996 le Professeur Edouard Zarifian est sollicité officiellement par le ministère de la santé. Son rapport (2) constate bien entendu cette surconsommation et dénonce sévèrement le parfait accord entre le discours promotionnel des laboratoires pharmaceutiques et celui de nombreux psychiatres universitaires sous l'œil immobile des pouvoirs publics. Dix ans plus tard, en 2006, le rapport (3) de Maryvonne BRIOT, députée, fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé remarque que rien n'a changé dans cette surconsommation, au contraire, et propose au terme de cette étude de près de 500 pages quelques recommandations de bon sens dont un accès plus facile aux alternatives thérapeutiques (recommandation N°4).

1990, 1996, 2006, 2009 : la situation a-t-elle changé le moins du monde ? Certainement pas comme vient de le montrer une enquête récente publiée par le département universitaire de médecine générale de la faculté de Rouen, présentée le 10 septembre dernier à Paris lors du Congrès International d'Epidémiologie. Le Docteur Alain Mercier y montre que les médecins généralistes sont démunis face à la souffrance psychique et que 95% tentent de la résoudre de façon médicamenteuse (4).

Devant ce problème enkysté faut-il pour autant baisser les bras et admettre que rien ne peut changer comme semblait l'indiquer la conclusion de l'article du Monde ? Peut-être pas.

Il faut tout d'abord reconnaître que certaines explications à cette situation, même si elles semblent séduisantes, ne sont pas pour autant totalement justes, car la réalité est toujours complexe et protéiforme : plutôt que de chercher un coupable, il serait plus juste de reconnaître que chacun de nous porte une part de responsabilité pour chercher ensemble les moyens de sortir de cet état de fait.

Le patient est-il coupable : certainement pas. Sans doute est-il demandeur. Mais demandeur de quoi ? Il souhaite simplement que sa souffrance psychique soit entendue et soulagée. Dans une enquête récente que nous avons réalisée en consultation de cardiologie sur près de mille patients sans sélection particulière, nous avons relevé un niveau de stress psychosocial (stress, anxiété et dépression) majeur : 60% de ces sujets se plaignent de stress (21 % de façon majeure), près de 40 % présentent une anxiété (12 % à un niveau élevé) et 20 % ont des signes de dépression (6,6 % de manière caractérisée). Parmi ces patients plus de 4 sur 10 prennent quotidiennement des psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques ou

somnifères) soit une consommation 2 fois supérieure à la moyenne française et 6 à 8 fois supérieure à celle de nos voisins européens. Cette prise en charge médicamenteuse ne semble cependant manifestement pas répondre à l'attente des patients puisque 1 sur 4 est demandeur d'une psychothérapie alors que ce type de soutien n'avait été proposé qu'à moins de 5% d'entre eux.

Au regard de tels résultats les médecins et en particulier les médecins libéraux payés à l'acte seraient coupables de trop et mal prescrire. Est-ce aussi simple ?

Disons tout d'abord que le malade imaginaire n'existe pas et face à un patient qui exprime une souffrance psychosociale le médecin peut avoir trois attitudes : la première est de négliger cette plainte, la deuxième est de la psychiatriser d'emblée par la mise en place d'un psychotrope, et la troisième de tenter de la prendre en charge de façon adaptée et efficace.

En pratique comment le faire ? Obtenir une consultation spécialisée relève souvent du parcours du combattant, tant les consultations de psychiatrie sont surchargées. Par ailleurs la majorité des patients ne relèvent pas nécessairement en première intention du psychiatre. Dans ces conditions, quelle autre solution proposer au patient ? Le médecin n'en voit aucune sauf à s'imaginer psychothérapeute prêt à passer un long moment avec le malade. Mais a-t-il été formé ne serait-ce qu'au rudiment de la psychothérapie et lui a-t-on enseigné d'autres méthodes que la thérapeutique médicamenteuse ? Le temps de répondre à ces questions, le téléphone a sonné trois fois, la salle d'attente grouille de monde, le temps passe et cet acte de parole n'est pas rémunéré. L'ordonnance est alors rédigée non par conviction, mais par défaut : il n'y a apparemment pas d'autre solution.

Le paiement à l'acte serait donc le coupable. Certes non, car la prise en charge n'est pas meilleure ou plus adaptée en milieu hospitalier. Nous n'évoquons pas ici les services spécialisés qui malgré l'énorme pénurie en hommes et en moyens tentent de faire face à la demande psychiatrique lourde dans des conditions de plus en plus difficiles. Nous parlons de cette souffrance psychique au quotidien, peu voyante, qui fait le lit de la surconsommation de psychotropes. Quand un patient tente d'exprimer son anxiété avant une exploration médicale ou une intervention chirurgicale délicate ou se sent un peu « dépressif » après un pontage coronarien il aura vite fait de se voir prescrire un antidépresseur ou un anxiolytique assaisonné d'un somnifère pour mieux s'endormir. L'hôpital français est un bien souvent un désert pour la prise en charge psychologique quotidienne (la très grande majorité des services n'ont pas de psychologues ou des psychologues qui partagent leur temps entre de multiples services, ce qui leur laisse peu de temps pour un travail de fond avec chacun).

Reste un coupable tout désigné : les laboratoires pharmaceutiques dont l'intérêt est de faire prescrire par les médecins des molécules toujours plus nombreuses et plus coûteuses qui seraient mal utilisées. Une fois de plus, la réponse est trop simpliste : nous sommes certes encore à l'ère du tout médicament, mais les choses changent car cet engouement a montré ses limites en termes d'efficacité de santé et de coûts économiques. En France les dépenses ahurissantes en psychotropes témoignent en réalité plus de nos carences pour la prise en charge de la souffrance psychosociale que de l'efficacité du marketing des laboratoires pharmaceutiques qui utilisent dans tous les pays européens les mêmes arguments de vente.

Ainsi, s'il n'y pas un unique coupable, portons nous tous une part de responsabilité dans la surconsommation de psychotropes :

- l'Université qui se montre très sceptique sur les prises en charge alternatives souvent par manque d'intérêt et d'information et qui ne forme pas les médecins à une prise en charge plus globale,
- le patient qui consulte pour obtenir une réponse immédiate à son mal-être et néglige un comportement de santé mentale au quotidien (activité physique, relaxation, méditation...),
- le médecin qui cède à un réflexe de facilité par manque de temps et de formation à d'autres modes de traitements,

- et, bien entendu, les laboratoires pharmaceutiques qui récupèrent les dividendes du cumul de toutes ces carences.

Que faire alors ? Ne pas se contenter de constater mais agir. Tout d'abord, modifier notre vision de la santé et de la maladie comme beaucoup d'autres pays l'ont fait. En France, nous sommes les enfants de Descartes. La maladie est encore trop souvent envisagée sous l'unique angle de la causalité biologique : la dépression est associée à la baisse de certains neurotransmetteurs cérébraux, il suffirait donc de pallier cette anomalie biologique pour guérir le malade. Il nous apparaît stérile de vouloir opposer la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse, il s'agit seulement de bien déterminer les indications de l'une et de l'autre pour une plus grande efficacité. Certains patients auront absolument besoin de psychotropes, et tout particulièrement ceux qui sont sous diagnostiqués et sous traités à l'heure actuelle car nous traitons mal par défaut dans certains cas et par excès dans de très nombreuses situations. D'autres patients tireront bénéfice d'une approche thérapeutique non médicamenteuse. Et enfin certains d'une prise en charge mixte associant psychotropes et psychothérapie. Nous adapter à une réalité complexe, c'est aborder la maladie sous le triple point de vue bio-psycho-social afin de pouvoir y apporter une réponse thérapeutique qui intègre plusieurs alternatives complémentaires.

Ce changement nécessaire dans notre mode de prise en charge psychique implique que l'Université s'ouvre aux méthodes non médicamenteuses et en reconnaisse l'efficacité lorsque celle-ci elle est prouvée par des études randomisées. Il revient aux médecins généralistes et spécialistes non psychiatres d'apprendre à l'aide de tests simples à mieux différencier la pathologie nécessitant une prise en charge psychiatrique et un traitement médicamenteux de celle pouvant être prise en charge sans avoir recours au psychiatre et aux psychotropes.

Cependant tout cela ne servira à rien si les médecins et les patients ne disposent de la palette de soins adaptée. Rappelons que dans l'enquête précitée, un quart des patients souhaitaient une aide psychologique et que plus les trois quarts étaient prêts à apprendre des méthodes de gestions non médicamenteuses du stress psychosocial (relaxation, autohypnose, méditation,...).

Il est donc nécessaire, si l'on veut diminuer la consommation de psychotropes, de favoriser des modalités thérapeutiques qui certes existent en France, mais de façon confidentielle. Les psychologues, et en particulier les psychologues de la santé, sont à même, grâce à leur formation spécifique et à leur pratique, de contribuer au développement de cette prise en charge et de répondre à la demande des médecins et des patients en recourant à des techniques pour certaines peu connues des médecins en France, mais dont les résultats positifs sont de plus en plus étayés sur le plan scientifique (thérapies cognitivo-comportementales, hypnose, méditation en pleine conscience, EMDR).

Pour enfin sortir de cette surconsommation de psychotropes il semble indispensable d'établir des relations beaucoup plus étroites entre psychologues, omnipraticiens et spécialistes. Ainsi, les unités de psychooncologie font maintenant partie intégrante de l'offre de soins de tout centre anticancéreux et la consommation en psychotropes des patients ainsi pris en charge est inférieure à la moyenne nationale alors que leur situation psychologique est souvent plus délicate.

Cet exemple précis d'une prise en charge efficace et réussie doit nous inciter à développer son champ d'application. La souffrance psychosociale doit être prise en compte et soulagée mais certainement pas systématiquement de façon médicamenteuse. Les psychologues peuvent devenir les acteurs efficaces d'une prise en charge non médicamenteuse courte avec des objectifs précis et une évaluation rigoureuse de son efficacité.

A titre d'exemple : un sujet présentant un syndrome dépressif caractérisé tirera bénéfice de soins spécialisés chimiothérapeutiques ou alliant éventuellement psychotropes et psychothérapie. En revanche un patient qui développe comme 20% des opérés après un geste de chirurgie cardiaque lourde un véritable syndrome de stress post-traumatique (comme les victimes d'attentat) pourra être soulagé par quelques séances d'EMDR réalisées par un psychologue formé à cette technique (taux de succès proche de 80%).

Restera bien entendu à envisager le remboursement de ce type de psychothérapie dans certaines indications précises. Plusieurs études montrent les gains obtenus par cette façon de faire sur les coûts de santé. L'étape préliminaire sera la mise en place en France d'expérimentations sur la prise en charge non médicamenteuse de la souffrance psychosociale pour confirmer leur efficacité et sortir enfin de la surconsommation coûteuse car trop souvent inadaptée de psychotropes.

Docteur HOUPE Jean-Pierre, Cardiologue,
Coordinateur du programme MEDITAS-CARDIO

Bibliographie :

1. Legrain M. Rapport du groupe de réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et tranquillisants en France. Paris : SNIP, 1990.

2. Zarifian E. Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France. Paris : Odile Jacob, 1996

3. www.senat.fr/noticerap/2005/i3187-notice.html

4. www.lemonde.fr - le 9 Septembre 2008

* [Le site MEDITAS-CARDIO](#) (Mesures d'éducation thérapeutique appliquées au stress en cardiologie)