

G.R.A.S.P.

(Groupe de Recherche sur les Aspects
Sociaux de la Santé et de la Prévention)

Université de Montréal

INSERMU357- CNRS ERS 387

Centre de Recherche en Economie de la Santé

Hôpital de Bicêtre F-94

**LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES EFFETS SECONDAIRES
DES ANXIOLYTIQUES**

- UNE ÉTUDE COMPARATIVE QUÉBEC-FRANCE -

Rapport de recherche du programme

"Médicaments et santé mentale"

de la M.I.R.E.

**David COHEN
Serge KARSENTY**

Montréal-Paris, décembre 1997

La recherche intitulée *"les représentations sociales des effets secondaires des
anxiolytiques - une étude comparative Québec-France -"*

a été dirigée par **David COHEN**
Ph.D., Professeur à l'**Université de Montréal**, membre du **G.R.A.S.P.**
(Groupe de Recherche sur les Aspects Sociaux de la Santé et de la Prévention)

avec la collaboration de
Bernadette Dallaire, Ph.D., Université de Montréal,
et Henri Cohen, Ph.D., Université du Québec A Montréal,
et le concours de l'Équipe de recherche en médecine familiale
de la Cité de la Santé de Laval (Québec)

Serge KARSENTY
Centre de recherche en économie de la santé, CNRS-INSERM,
Le Kremlin-Bicêtre, France,
a dirigé et analysé la partie française de l'enquête
avec le concours de
Odile Champenois
Blandine Le Nobin-Hommeril
Catherine Ulm
pour la réalisation des entretiens
en région nantaise

Contacts:

cohen@ere.umontreal.ca
serge.karsenty@wanadoo.fr

SOMMAIRE

CHAPITRE 1: INTRODUCTION

CHAPITRE 2 : LA DÉMARCHE PROBLÉMATIQUE

CHAPITRE 3 : LA MÉTHODE

CHAPITRE 4 : LES MÉDECINS QUÉBÉCOIS

CHAPITRE 5 : LES MÉDECINS FRANÇAIS

CHAPITRE 6 : LES PATIENTS QUÉBÉCOIS

CHAPITRE 7 : LES PATIENTS FRANÇAIS

CHAPITRE 8 : CONCLUSION

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES MÉTHODOLOGIQUES

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1: INTRODUCTION	p. 11
1.1 Exposé des motifs	
1.2 Contexte théorique: la représentation sociale	
1.3 Effets secondaires: éléments de définition	
1.4 Perceptions des effets secondaires et controverse sociale	
1.5 Variations nationales	
1.6 Représentations des effets secondaires par les médecins	
1.7 Représentations des effets secondaires par les patients	
CHAPITRE 2 : LA DÉMARCHE PROBLÉMATIQUE	p.19
2.1 Préambule	
2.2 Historique de l'utilisation des tranquillisants	
2.3 Perspectives sociologiques sur la consommation	
2.3.1 Les femmes et la consommation de tranquillisants	
2.3.2 La signification sociale de l'utilisation de tranquillisants	
2.3.3 Les tranquillisants et le contrôle social	
2.4 Un modèle systémique de la consommation	
CHAPITRE 3 : LA MÉTHODE	p.29
3.1 Principes majeurs	
3.2 Sujets	
3.2.1 Les médecins	
3.2.2 Les patients	
3.3 Protocoles	
3.4 Analyse des données	
3.5 Déroulement de l'étude	
CHAPITRE 4 : LES MÉDECINS QUÉBÉCOIS	p.37
4.1 Aperçu général de l'échantillon	
4.2 La prescription	
4.2.1 Indications pour la prescription d'anxiolytiques	
4.2.1.1 L'indication première: la crise situationnelle	
4.2.1.2 Deuxième indication: Manque d'alternatives et difficultés de sevrage	
4.2.1.3 Troisième indication: les problèmes chroniques	
4.2.2 Les types et styles de prescriptions médicamenteuses	

- 4.2.2.1 Les anxiolytiques prescrits et évités
- 4.2.2.2 La prescription varie selon le lieu de consultation et le type de patient
- 4.2.2.3 L'utilisation conjointe d'antidépresseurs
- 4.3 Les sources d'information sur les anxiolytiques
 - 4.3.1 Les sources principales d'information
 - 4.3.2 Les représentants pharmaceutiques comme source d'information
- 4.4 L'utilité et l'efficacité des anxiolytiques
 - 4.4.1 Utile dans les crises situationnelles
 - 4.4.2 Utile avec une aide psychologique complémentaire
 - 4.4.3 Utile mais attention à l'accoutumance
 - 4.4.4 Peu utile à long terme
- 4.5 Les réussites et les échecs
 - 4.5.1 Les critères d'un traitement réussi
 - 4.5.2 Les critères d'un échec
- 4.6 La définition de l'effet secondaire
 - 4.6.1 Un effet indésirable
 - 4.6.2 Plus qu'un effet indésirable
 - 4.6.3 Ni néfaste ni indésirable?
 - 4.6.4 De toutes façons, la plupart des patients n'en ressentent pas
- 4.7 Les effets secondaires des anxiolytiques
 - 4.7.1 Nature contexte et conséquences des e.s.a.
 - 4.7.2 L'appréciation coût/bénéfice
 - 4.7.3 La détection des effets secondaires
 - 4.7.4 Quelques effets secondaires graves
 - 4.7.5 La notification des effets graves aux autorités de pharmacovigilance
- 4.8 La dépendance
 - 4.8.1 La perception de l'accoutumance et de la dépendance
 - 4.8.2 L'entretien de la dépendance
 - 4.8.3 Le sevrage et ses difficultés
- 4.9 Conclusions
 - 4.9.1 Les indications de la prescription d'anxiolytiques
 - 4.9.2 Les styles et types de prescription
 - 4.9.3 L'impact des nouveaux antidépresseurs
 - 4.9.4 Les sources d'information sur les anxiolytiques
 - 4.9.5 L'utilité et l'efficacité des anxiolytiques
 - 4.9.6 La définition générale de l'effet secondaire
 - 4.9.7 Les e.s.a. observés et les réactions des médecins aux effets graves
 - 4.9.8 La dépendance et les difficultés de sevrage

- 5.1 Les sources d'information sur les anxiolytiques
- 5.2 La prescription des anxiolytiques
 - 5.2.1 La problématique générale des indications
 - 5.2.2 Les sous-catégories diagnostiques de l'anxiété
 - 5.2.2.1 Ceux qui n'y entrent pas
 - 5.2.2.2 Un espace diagnostique bipolaire
 - 5.2.2.3 Troubles somatiques et insomnies
 - 5.2.2.4 L'anxiété liée à la dépression;
 - 5.2.2.5 L'anxiété liée à l'âge;
 - 5.2.3 Les sous-catégories de contextes de prescription
 - 5.2.3.1 Décision médicale et demande du patient
 - 5.2.3.2 Traitement court et traitement long
 - 5.2.3.3 Traitements associés
 - 5.2.4 Discussion
- 5.3 Les avantages des anxiolytiques
 - 5.3.1 L'efficacité
 - 5.3.1.1 Une opinion unanime
 - 5.3.1.2 Une efficacité symptomatique
 - 5.3.1.3 Une efficacité conditionnelle
 - 5.3.1.4 Une efficacité imprédictible
 - 5.3.1.5 De la dépendance comme preuve et revers de l'efficacité
 - 5.3.2 Les indicateurs de succès
 - 5.3.2.1 L'opinion du patient
 - 5.3.2.2 Les autres signes de succès
 - 5.3.2.3 Les appréciations synthétiques
- 5.4 Les inconvénients des anxiolytiques
 - 5.4.1 Le problème des demi-vies
 - 5.4.2 Les effets secondaires classiques
 - 5.4.3 La dépendance
- 5.5 Les représentations des effets secondaires des anxiolytiques
 - 5.5.1 De l'effet secondaire en général
 - 5.5.2 Les sources d'information sur les effets secondaires
 - 5.5.3 Typologie et problématique médicale des e.s.a.
 - 5.5.3.1 La minimisation des effets du premier type
 - 5.5.3.2 Les stratégies de contournement des effets du premier type
 - 5.5.3.3 Les effets du deuxième type
- 5.6 La gestion des situations problématiques
- 5.7 Conclusion

- 6.1 Aperçu général de la consommation
 - 6.1.1 Les médicaments psychotropes dans l'échantillon
 - 6.1.2 Durée du traitement anxiolytique
 - 6.1.3 Portraits des patients québécois
 - 6.1.3.1 Les consommateurs "récents"
 - 6.1.3.2 Les consommateurs de 1 à 10 ans d'expérience
 - 6.1.3.3 Les consommateurs de plus de dix ans d'expérience
- 6.2 Les problèmes qui ont amené les sujets à consulter
 - 6.2.1 Un état de crise handicapant
 - 6.2.2 Les facteurs déclenchants
 - 6.2.3 Des causes plus psychosociales
 - 6.2.4 Des effets physiques et psychologiques incapacitants
- 6.3 Les soulagements apportés par le médicament
 - 6.3.1. La définition des anxiolytiques et de leurs effets principaux à court terme
 - 6.3.2 Ça aide à supporter des situations difficiles
 - 6.3.3 Ça aide à être fonctionnel au travail
 - 6.3.4 Ça aide dans les relations interpersonnelles
- 6.4 Les inconvénients du médicament
 - 6.4.1 Les limites
 - 6.4.1.1 L'importance d'une démarche psychothérapeutique complémentaire
 - 6.4.1.2 Ne pas pouvoir s'en passer
 - 6.4.1.3 Le médicament n'aide pas à long terme
 - 6.4.2 Les effets néfastes
 - 6.4.2.1 L'endormissement et la fatigue
 - 6.4.2.2 L'indifférence psychique
 - 6.4.2.3 Les pertes de mémoire
 - 6.4.2.4 La baisse de libido
 - 6.4.2.5 Le gain de poids
 - 6.4.2.6 Le déséquilibre
 - 6.4.3 Les relations avec l'entourage
 - 6.4.4 L'"effet secondaire" en général et les e.s.a. en particulier
 - 6.4.4.1 Les effets secondaires sont des effets indésirables
 - 6.4.4.2 "Effet secondaire" ou simplement "effet du médicament"?
- 6.5 La question de la dépendance
 - 6.5.1 La crainte omniprésente de la dépendance
 - 6.5.2 Le déni de la dépendance
 - 6.5.3 La gestion défensive de la posologie
 - 6.5.4 Les difficultés du sevrage
 - 6.5.5 On ne se drogue pas !

- 6.6 Les stratégies des patients
 - 6.6.1 La recherche d'informations sur les médicaments
 - 6.6.1.1 Le travail autonome
 - 6.6.1.2 Une confiance aveugle dans son médecin
 - 6.6.1.3 Les médecins ne sont pas tous pareils
 - 6.6.2 Le patient demande le médicament
 - 6.6.3 La négociation
 - 6.6.4 Le magasinage
 - 6.6.5 Les effets à rapporter au médecin
 - 6.6.6 Les patients jugent les généralistes et les psychiatres
 - 6.6.7 Les généralistes et les psychiatres se renvoient la balle
 - 6.7 Résumé et conclusions
 - 6.7.1 Caractéristiques de consommation de l'échantillon
 - 6.7.2 La première consommation d'anxiolytiques
 - 6.7.3 La définition d'un anxiolytique
 - 6.7.4 L'utilité des anxiolytiques
 - 6.7.5 Les limites des anxiolytiques
 - 6.7.6 La définition de l'effet secondaire et les effets rapportés
 - 6.7.7 La crainte et le déni de la dépendance
 - 6.7.8 Les stratégies des patients
- Appendice: Comparaison des molécules prescrites aux patients français et québécois

CHAPITRE 7 : LES PATIENTS FRANÇAIS

p.177

- 7.1 Quels problèmes amènent les gens à consulter ?
 - 7.1.1 Les données déclaratives
 - 7.1.2 Les correspondances entre troubles et produits en cours d'administration
 - 7.1.3 Les carrières de consommateur
 - 7.1.3.1 Aperçu général de l'échantillon
 - 7.1.3.2 Les consommateurs "récents"
 - 7.1.3.2.1 Les " novices "
 - 7.1.3.2.2 Les répétitions
 - 7.1.3.3 Les consommateurs de 1 à 10 ans d'expérience
 - 7.1.3.3.1 La minorité : les chercheurs de sommeil paisible
 - 7.1.3.3.2 La majorité: variations autour d'un problème d'équilibre psychique au long cours
 - 7.1.3.4 Les consommateurs de plus de 10 ans d'expérience
 - 7.1.3.5 Remarque sur l'ensemble des consommateurs de plus d'un an
 - 7.1.4. Les sources d'information sur le ou les troubles dont on souffre
 - 7.1.5 Les symptômes

- 7.1.5.1 La peur
 - 7.1.5.1.1 La peur sans objet
 - 7.1.5.1.2 La peur d'un malheur
 - 7.1.5.1.3 La peur du monde extérieur
- 7.1.5.2 La dramatisation des difficultés
- 7.1.5.3 Le sentiment d'incapacité et le "lâcher-prise" du réel
- 7.1.5.4 L'agressivité
- 7.1.5.5 L'insomnie
- 7.1.5.6 La fatigue, la douleur et les larmes
- 7.1.5.7 Physionomie de l'anxiété
 - 7.1.5.7.1 La sphère respiratoire
 - 7.1.5.7.2 L'oralité perturbée
 - 7.1.5.7.3 Les flux déréglés et les trop-pleins explosifs
 - 7.1.5.7.4 Les membres défaillants
- 7.2 Quels soulagements leur apporte le médicament ?
 - 7.2.1 La définition des anxiolytiques et de leurs effets principaux à court terme
 - 7.2.1.1 Combattre l'anxiété
 - 7.2.1.2 Les sources d'information sur les produits
 - 7.2.2 Les impacts positifs des médicaments sur les patients
 - 7.2.2.1 Ça aide à surmonter les symptômes de l'anxiété
 - 7.2.2.2 Ça aide à surmonter l'inhibition de l'action
 - 7.2.2.3 Ça aide à supporter des situations difficiles
 - 7.2.2.4 Ça aide dans les relations familiales et interpersonnelles
 - 7.2.2.5 Ça aide à continuer à travailler
 - 7.2.2.6 Ça aide à prévenir le pire
- 7.3 Les inconvénients des médicaments anxiolytiques
 - 7.3.1 L'incompréhension de l'entourage
 - 7.3.2 Ça ne guérit pas tout seul
 - 7.3.3 La dépendance et les difficultés du sevrage
 - 7.3.3.1 Divers degrés du conditionnement psychologique
 - 7.3.3.2 Les affres du sevrage
 - 7.3.4 Gestion et contrôle de la posologie
 - 7.3.4.1 Les ajusteurs
 - 7.3.4.2 Les diminueurs
 - 7.3.4.3 Les isobares
- 7.4 Les effets secondaires des anxiolytiques
 - Effets secondaires? Rien à déclarer
 - Les mauvais souvenirs d'autres produits...
 - ... ou d'autres posologies
 - 7.4.1 Définitions : effets indésirables et inattendus

7.4.2	La perte de personnalité et l'indifférence psychique	
7.43	La somnolence	
7.4.4	Les pertes de mémoire et d'attention	
7.4.5	Les nausées pertes d'appétit et autres troubles	
7.5	La relation avec le médecin autour du médicament anxiolytique	
7.5.1	La communication	
7.5.1.1	L'incommunication et son procès	
7.5.1.2	La communication compartimentée	
7.5.2	La négociation et le conflit	
7.5.2.1	Des médecins conciliants et non-directifs	
7.5.2.2	Des médecins indifférents aux enjeux des patients	
7.5.3	La confiance	
7.5.3.1	La confiance dans la stabilité	
7.5.3.2	Des déceptions sans ruptures	
7.5.3.3	Des motifs de divorce	
7.6	Conclusion	

CHAPITRE 8 : CONCLUSION p.251

8.1	Comparaison des discours des patients et des médecins québécois	
8.2	Comparaison des discours des patients et des médecins français	
8.3	Discussion	
8.4	Les différences nationales	
8.4.1	Les médecins généralistes des deux pays	
8.4.2	Les patients consommateurs des deux pays	
8.5	Retour sur le projet	

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES p.265

ANNEXES MÉTHODOLOGIQUES

ANNEXE 1	: Recrutement des médecins au Québec	p.273
ANNEXE 2	: Protocole des médecins au Québec	p.281
ANNEXE 3	: Recrutement des médecins en France	p.287
ANNEXE 4	: Protocole des médecins en France	p.291
ANNEXE 5	: Recrutement des patients au Québec	p.299
ANNEXE 6	: Protocole des patients au Québec	p.305
ANNEXE 7	: Recrutement des patients en France	p.313
ANNEXE 8	: Protocole des patients en France	p.321
Index des tableaux et graphiques		p.329

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

1.1 Exposé des motifs

Une proportion importante des populations des pays développés consomme des anxiolytiques. En France par exemple, 79.6 millions de boîtes de tranquillisants ont été vendues en 1994, auxquelles on peut ajouter, d'un certain point de vue, les 67 millions de boîtes d'hypnotiques vendues cette même année (Zarifian, 1996). Au Québec, 13% des individus de 15 ans et plus ont rapporté consommer des tranquillisants ou des somnifères en 1994. Parmi ces consommateurs, 57% en prenaient depuis plus d'un an. Chez les personnes âgées, 38% ont reçu en 1995 au moins une prescription pour des tranquillisants ou des hypnotiques (Cohen & Collin, 1997).

On peut s'attendre à ce qu'une petite proportion des consommateurs au moins, c'est-à-dire un grand nombre d'entre eux en subissent des effets néfastes. Il apparaît donc important d'étudier comment ces effets sont appréciés, vécus et gérés, à la fois par les consommateurs et par les médecins. Nous tentons de comprendre comment se constitue et se transforme un savoir spécialisé médical dans un savoir commun, et réciproquement.

Le sujet des effets iatrogéniques des médicaments psychotropes a été rarement discuté, surtout à l'intérieur d'approches analytiques sociales. Notre approche se fonde sur 1) les réflexions à l'endroit de la définition d'un effet secondaire, 2) les différences nationales dans la perception des maux physiques et psychiques, 3) l'inquiétude suscitée par la consommation des benzodiazépines, 4) la perception qu'ont les médecins des effets secondaires dans la pratique médicale plus large, et 5) les compromis que font les patients dans l'utilisation de remèdes à la fois souhaités et craints.

La consommation de tranquillisants anxiolytiques benzodiazépines représente la plus grosse partie de la consommation de psychotropes dans tous les pays occidentaux (Garattini & Garattini, 1993; Wisosky & Baum, 1989). En France et en Amérique du Nord, cette consommation est devenue un sujet de préoccupation (Legrain, 1990; Nau, 1991; Zarifian, 1996), menant à l'imposition de divers types de réglementation sur leur prescription. Parmi les raisons invoquées pour justifier l'idée (plus ou moins acceptée) que cette consommation constitue un véritable problème de santé publique figure celle que l'utilisation à long terme des anxiolytiques entraîne des effets néfastes - notamment la dépendance ou la toxicomanie - qui influent sur de nombreuses sphères du fonctionnement de l'individu (Miller & Gold, 1991).

Ces effets sont bien connus (Gudex, 1991). La somnolence, la sédation et la diminution de la vigilance sont probablement les plus fréquents, touchant environ le quart des utilisateurs. Les benzodiazépines peuvent également induire des défaillances de la mémoire, qui ressemblent chez certains individus à un véritable syndrome amnésique. Les anxiolytiques donnent aussi lieu à des troubles psychomoteurs, tels le manque de coordination. Ces atteintes peuvent avoir de graves conséquences, en particulier chez les personnes âgées, en termes de chutes, fractures de hanche et accidents de voiture (Campbell, 1991). Les troubles de sommeil produits par l'utilisation prolongée

des anxiolytiques sont une autre complication majeure (Kales, 1990). Un syndrome de sevrage des benzodiazépines, clairement décrit, qui affecte près de la moitié de personnes qui cessent subitement leur consommation, est caractérisé par l'apparition de divers symptômes psychologiques et physiques et par l'aggravation de symptômes préexistants (effets de rebond). Finalement, le potentiel des benzodiazépines à provoquer une dépendance psychologique et physique - une perte de maîtrise de la consommation du produit --, est bien documenté (Marriott & Tyrer, 1993). Il existe cependant des réticences professionnelles et populaires à concevoir l'utilisation de très longue durée, dans le cadre d'une relation thérapeutique, comme manifestation de dépendance de patients sur les benzodiazépines (cf. Cohen & Collin, 1997).

Les patterns de prescription et de consommation des anxiolytiques ont fait l'objet de très nombreuses études (Rapport Legrain, 1990). L'influence de l'âge, du sexe, de la classe sociale, du niveau de détresse psychologique des patients, et même de l'interaction entre ces facteurs, est maintenant bien documentée (ex., Bush & Osterweis, 1978 ; Guignon et al., 1994). tout comme celles de la fréquence, de la durée et du lieu de la consultation, ainsi que d'autres facteurs liés à la pratique médicale et à l'organisation du système de santé (Karsenty, 1991 ; Dupuy & Karsenty, 1974). Mais, autant les corrélats socio-démographiques et cliniques de cette utilisation sont connus, autant l'impact, la représentation et la gestion des effets secondaires - par les prescripteurs et par les sujets médicamenteux - sont presque entièrement négligés (Dewan & Koss, 1989).

Si l'on considère la proportion élevée de la population générale qui consomme des anxiolytiques et la proportion qui en subit des effets considérés néfastes, il apparaît important d'étudier comment ces effets sont construits, vécus et gérés, à la fois par les consommateurs et par les médecins. Une telle étude nous ferait mieux comprendre la "dynamique" de l'effet secondaire: (1) comment se constitue et se transforme un savoir (la science médicale) dans un autre (le sens commun) et réciproquement et (2) quel est le degré de concordance entre les représentations des effets secondaires entretenues par les médecins et par les patients.

Le but de cette recherche exploratoire a donc consisté à comprendre comment les patients et les médecins se représentent les effets secondaires des anxiolytiques. Il fallait pour cela évidemment élargir notre questionnement à plusieurs questions connexes, comme les motifs de consommation, les représentations des effets généraux, la gestion de la prescription de longue durée, etc. Nous avons, non seulement voulu comparer les représentations des patients à celles de médecins généralistes mais également, afin de mieux comprendre le rôle possible des contextes socioculturels dans ces représentations, nous avons souhaité prendre comme objets d'enquête, les pratiques de prescription et de consommation des médicaments anxiolytiques au Québec et en France.

1.2 Contexte théorique: la représentation sociale

La représentation sociale est vue comme une modalité de connaissance qui correspond à des activités d'appropriation et d'élaboration psychologiques et sociales de la réalité extérieures à la pensée (Jodelet, 1989). Elle est généralement abordée sous le double aspect des contenus et des processus de l'activité mentale. Les idées imaginaires et symboliques dans le discours et les comportements constituent le premier aspect. Le second aspect se rapporte aux mécanismes sociaux et psychologiques qui régissent l'organisation et la transformation des contenus et rendent compte de leur pertinence sociale.

La représentation sociale est avec son objet (les substances psychotropes) dans un rapport de symbolisation et lui confère des significations qui font de la représentation une construction et une expression du sujet. Dans tous les cas, elle est tributaire des relations sociales du sujet. Il s'agit également d'un savoir pratique, qui concerne l'expérience (directe ou indirecte) d'objets socialement pertinents. Ce savoir est dérivé du bagage culturel, d'habitudes, de valeurs, et peut avoir une visée pratique: la maîtrise instrumentale de cet univers d'objets en vue d'orienter les comportements et les rapports qui le concernent. Il a donc des fonctions et une efficacité sociales (Farr & Moscovici, 1984). Ce savoir pratique, quant aux effets des anxiolytiques, est aussi social: il est partagé par un grand ensemble de personnes et par les membres d'un même groupe professionnel. Il est également social par ses fonctions car il sert de guide d'action et de grille de lecture de la réalité.

1.3 Effets secondaires: éléments de définition

Nous trouvons dans la littérature médicale contemporaine une distinction nette entre les effets primaires et les effets secondaires des médicaments. L'effet primaire est l'effet "thérapeutique", l'effet secondaire est l'effet "toxique". Pourtant, dans cette même littérature, on se penche à peine sur la définition d'un effet secondaire. On y retrouve encore moins l'idée que ce qui distingue le primaire du secondaire n'est pas l'action du produit chimique mais *l'intention* du prescripteur. Un effet primaire thérapeutique est un effet relativement fréquent et désiré, alors qu'un effet secondaire, iatrogénique, est un effet relativement fréquent mais non désiré. Cependant, chez un individu à un moment donné, un effet peut être désirable et l'autre sans importance ou désagréable, ou les deux effets peuvent être recherchés. Dans ce sens, la nature des effets primaires et secondaires dépend de la situation: l'action de la molécule est relativement constante, mais celle-ci est catégorisée selon les exigences et attentes de la situation particulière. Dans une ancienne définition (Linn, 1959:97), nous trouvons un énoncé précis de cette idée :

Effets primaires ou désirés. Une drogue donnée peut avoir plusieurs effets, mais elle est étudiée ou administrée pour obtenir un effet particulier... *Effets secondaires.* Les effets secondaires sont tous les effets autres que les effets primaires ou désirés. Il est évident que si

l'utilisation primaire d'une certaine drogue varie, il en sera ainsi pour les effets secondaires. Ce qui est l'effet secondaire à un résultat désiré pourrait être l'effet primaire dans une autre utilisation.

Les psychotropes auraient donc divers effets reconnus et valorisés selon le contexte interpersonnel, social et culturel de la prescription et selon la définition du problème à résoudre par l'utilisation d'une substance donnée. D'où l'importance de savoir comment les effets sont identifiés et catégorisés, c'est-à-dire, "construits" ou "représentés", par les patients et par les cliniciens. L'action du produit chimique ne varie pas habituellement, mais la préférence ou aversion du sujet pour certains effets les transforment en effets "primaires" ou "secondaires", division conceptuelle qui a peut être été réifiée par les cliniciens et les chercheurs. Dans les écrits sur les toxicomanies, l'attribution, par les acteurs impliqués, de propriétés excessivement bénéfiques ou nocives à des "drogues" est une notion courante. Une notion similaire de "construction" des effets est rarement invoquée dans le champ d'étude des "médicaments" prescrits. Une sorte de réalisme naïf animerait donc la recherche sur ce sujet, même si certaines contributions, que nous présentons plus bas, restent utiles et pertinentes.

1.4 Perception des effets secondaires et controverse sociale

Dans les années '80, la remise en question de l'efficacité thérapeutique des benzodiazépines s'inscrit dans un courant plus large de remises en question des interventions thérapeutiques de tout genre (Gabe & Bury, 1991). Cette interrogation est alimentée par les mass-media, la télévision en particulier, qui véhicule pendant assez longtemps le discours général selon lequel les benzodiazépines sont des produits "dangereux", présentant un risque élevé de dépendance. Ce discours pourrait peut-être créer, chez certains usagers, une ambivalence face à leur consommation d'anxiolytiques: ils désirent continuer à profiter des bénéfices qu'apporte la consommation d'un produit légal et prescrit par leur médecin, mais sont conscients du fait qu'elle peut simultanément constituer un comportement pathogène et proscrit.

Du côté des médecins, l'introduction de mécanismes automatiques (raccourcissement légal de la durée de prescription, caractère exceptionnel du renouvellement) ou dissuasifs (dans l'État de New York, par exemple, l'ordonnance en triplicata) peut avoir l'effet de forcer le médecin à réfléchir davantage à certaines conséquences de sa prescription, à être plus attentif à l'apparition d'effets néfastes et peut-être à dissuader son patient de continuer une consommation que ce dernier ne considère pas du tout comme problématique. En somme, la controverse qui entoure l'usage régulier de tranquillisants influe sur le désir de continuer à prescrire ou à consommer un anxiolytique. La perception, la préoccupation avec et la prise en charge de l'effet néfaste sont tributaires de ce désir parfois ambivalent.

1.5 Variations nationales

Il existe d'importantes différences nationales dans la pratique de la médecine et dans la perception et l'identification des maux psychiques et physiques (Payer, 1990). Ces différences constituent des éléments essentiels à prendre en compte dans toute analyse du phénomène de l'utilisation des psychotropes mais, à part des études épidémiologiques comparant les patterns de consommation entre pays, ou quelques études cliniques qui documentent que les membres de certains groupes ethniques sont plus ou moins sensibles à différentes doses de médicaments psychotropes, les recherches comparatives sont rares. Quelques pistes de recherche pertinentes à notre sujet sont évoquées dans l'ouvrage de Payer (1990), quand elle montre, par exemple, que les thérapeutes britanniques utilisent fréquemment des termes tels que *agitation*, *irritabilité* et *incapacité à faire face à ses obligations*, alors que les thérapeutes français, pour leur part, mettent l'accent sur le *retard mental*, le *manque d'énergie*, la *passivité* et la *perte d'intérêt*. L'étude comparée de représentations chez deux populations francophones différentes, les français et les canadiens-français, devait permettre une vue d'ensemble qui rende davantage justice à la complexité du phénomène à l'étude.

1.6 Représentations des effets secondaires par les médecins

A notre connaissance, la perception que les médecins ont des effets secondaires dans le contexte de la pratique clinique n'a pas été étudiée. Il nous est donc permis de considérer les effets secondaires dans le contexte médical plus large, gardant à l'esprit que la majorité des patients sous anxiolytiques les reçoivent de leur médecin généraliste (Linden & Gothe, 1993). Tout d'abord, dans ce contexte médical, les patients souffrent habituellement de douleurs iatrogéniques lors de leurs diagnostics et traitements (prises de sang, examens à l'aide d'instruments de toutes sortes, incisions chirurgicales, etc), Deuxièmement, la détresse psychologique persistante est associée à des risques de morbidité et mortalité plus élevés (accidents, suicides, maladies physiques), sans lien avec le traitement médicamenteux (Murphy et al., 1987). En conséquence, les médecins évaluent le risque d'occurrence des effets secondaires contre les risques qu'entraîne le trouble psychologique lui-même. Troisièmement, il est raisonnable de supposer que les médecins se voient comme prescrivant des remèdes bénéfiques à des personnes qui souffrent. De plus, on présume couramment que tout produit médicamenteux mis sur le marché répond à des critères et une marge de sécurité acceptables. Quatrièmement, les psychotropes ne représentent qu'une petite part de la pharmacopée et les médecins prescrivent, de façon routinière, un large éventail de médicaments courants qui ont parfois des effets toxiques prononcés.

Compte tenu de ce qui précède et du but recherché par le médecin, à savoir l'efficacité du traitement, l'apparition d'un effet secondaire n'aurait en général qu'un impact minime sur la pratique clinique. En d'autres termes, on "gère" l'effet secondaire alors que le traitement se poursuit.

Il est évident que les médecins tentent également de prévenir l'occurrence d'effets secondaires. Ce but serait probablement atteint si tous les médecins observaient fidèlement les recommandations officielles fréquentes de prescrire le moins de médicament pour la période la plus courte possible. Cette prévention peut aussi être augmentée par l'éducation des médecins et des patients, dans la mesure où le médecin se tient à jour sur les derniers écrits, le patient communique effectivement son état, le médecin sait l'écouter et dans la mesure où le contexte de la consultation (temps, lieu, sexe, etc.) le permettent. Dans la pratique, ces conditions idéales sont loin d'être remplies.

1.7 Représentations des effets secondaires par les patients

Les travaux sur les perceptions et représentations qu'entretiennent les patients à propos des effets secondaires sont également très peu nombreux. A première vue, il semblerait que la majorité des patients ne permettent pas à ces effets de les empêcher de suivre le traitement prescrit, bien que pour certaines classes de psychotropes une large proportion des sujets devient inobservant (non-compliant). Quelques travaux pertinents portent sur des classes de psychotropes avec effets fréquents et débilitants prescrits pour des problèmes graves, par exemple les neuroleptiques et certains antidépresseurs (Cohen, 1994; Van Putten & Marder, 1987). Il est difficile de juger, à partir de ces travaux, si les patients acceptent tout simplement l'effet secondaire comme un mal nécessaire, le considèrent acceptable à l'intérieur du paradigme coût-bénéfice, perçoivent l'effet comme signe que "le médicament agit", estiment que le médecin n'est pas intéressé à leurs plaintes, sont d'avis que ces "nouveaux symptômes" font partie de leur maladie, cessent l'observance (Van Putten & May, 1978), ou encore poursuivent une autre option. Il a même été suggéré que les patients établissent rarement un lien entre le médicament et les effets désagréables (Bryant et al., 1987).

Quand on considère le flou qui entoure les définitions des effets secondaires, la complexité des variables reliées au contexte médical, au médecin et au patient, ainsi que la conscience qu'a le grand public de la controverse entourant la consommation de tranquillisants, il est raisonnable de suggérer que des processus actifs de construction sociale sont impliqués dans la perception, l'expérience, et la gestion de l'effet secondaire par le patient et par le médecin.

La construction sociale des effets secondaires dans le cas des anxiolytiques - les médicaments psychotropes les plus connus et controversés, extrêmement populaires et consommés par toutes les classes d'âge, prescrits par la majorité des spécialités médicales, et recherchés par un grand nombre de patients - suit une logique complexe. L'investigation de ces processus de construction représente une approche novatrice des sciences sociales dans le domaine de l'utilisation des médicaments à action psychotrope.

CHAPITRE 2

LA DÉMARCHE PROBLÉMATIQUE

2.1 Préambule

Nous avons débuté notre investigation par une question très générale: "Que savons-nous sur la consommation des médicaments à effet anxiolytique (tranquillisants, sédatifs et hypnotiques)?" En d'autres termes, quelles théories sociologiques ont été proposées pour expliquer cette consommation ? La construction et la représentation sociale des effets secondaires (indésirables) des anxiolytiques s'inscrit évidemment dans le contexte plus large de leur consommation par des patients et de leur prescription par des médecins. Quelles théories tentent de comprendre les motivations des patients à consommer ces substances et celles des médecins à les prescrire?

Comme nous l'avons mentionné en introduction, il n'y a eu, à notre connaissance, aucune étude qualitative qui se soit penchée spécifiquement sur les perceptions des effets secondaires des psychotropes de consommation de masse. Pour débiter notre revue des écrits, nous n'étions donc pas certains qu'il faille explorer en premier les écrits sur la problématique des effets iatrogènes ou celle de la consommation des anxiolytiques. Nous avons opté pour commencer par la seconde, parce que les anxiolytiques se distinguent nettement de la plupart des autres classes de médicaments à cause du nombre de gens qui en consomment et de la controverse sociale qu'ils génèrent depuis presque deux décennies.

Nous avons premièrement décidé de lancer un filet très large et de nous pencher sur les grands déterminants sociologiques de cette consommation. Nous commençons par un bref historique.

2.2 Historique de l'utilisation des tranquillisants

Les premières benzodiazépines furent introduites au début des années 1960. De 1965 à 1970, dans la plupart des pays occidentaux, les ordonnances augmentèrent d'environ 100 %, comparativement à environ 20 % pour les autres classes de psychotropes (Parish, 1971; Silverman & Lee, 1974; Sokolsky, 1987). Les années 70 sont "l'ère des benzodiazépines" (Lader, 1978; Hollister, 1983), puisque le diazépam se hisse au premier rang de tous les médicaments prescrits (psychotropes et autres). Vers le début des années 80, les inquiétudes quant à leur potentiel d'abus et de dépendance semblent avoir eu l'effet de stabiliser et ensuite de faire baisser les taux de prescription (sauf en France, cf. Kovess & Ortun, 1990).

Selon Williams (1987), l'explication principale de cette baisse est une réduction du nombre de *nouvelles* ordonnances, plutôt qu'une cessation en masse de l'usage par les consommateurs de longue durée (définis habituellement comme ceux qui en prennent régulièrement pour six mois ou plus). Il existerait donc toujours une cohorte importante de ces consommateurs. Une étude suédoise récente auprès de 6 000 individus a trouvé que 27 % des gens qui prenaient des benzodiazépines lors d'une première entrevue en prenaient encore six mois plus tard (Blennow & coll., 1994). Il est bien

documenté que les consommateurs réguliers ont plus de chance d'être du sexe féminin, d'être âgés de plus de 40 ans ou de plus de 65 ans, de rapporter un niveau relativement élevé de détresse psychologique, d'être séparé, divorcé ou veuf, et d'être inactifs.

Quelles hypothèses sociologiques ont-elles tenté expliquer les déterminants de la première consommation ainsi que ceux d'une consommation prolongée ?

2.3 Perspectives sociologiques sur la consommation

Nous nous limiterons à trois thèmes : 1) l'utilisation par les femmes, 2) la signification de la consommation pour les patients et pour les médecins; et 3) la prescription comme forme de contrôle social.

2.3.1 Les femmes et la consommation de tranquillisants

La proportion des femmes utilisatrices de psychotropes prescrits dépasse presque toujours celle des hommes, le rapport femmes-hommes se situant généralement entre 1,5 à 2.5:1 (Laurier, Dumas, & Grégoire, 1992). Ce rapport, qui est resté stable depuis vingt ans, est le même pour les anxiolytiques et les sédatifs, dans sept pays d'Europe et aux Etats-Unis (Ashton, 1991).

Cooperstock (1971) a essayé d'expliquer cette différence en se basant sur la théorie des rôles sexuels, en proposant que dans les sociétés occidentales : 1) les femmes reconnaissent plus facilement leurs problèmes émotionnels; 2) elles en discutent plus facilement avec leur médecin ; 3) ceux-ci s'attendent à une telle expressivité de la part des femmes et l'encouragent, leur prescrivant donc davantage de tranquillisants. Ces propositions ont été testées. Mant & coll. (1983) ont appuyé deux hypothèses : qu'il est plus acceptable pour les femmes de consulter un médecin, et que les médecins détectent moins souvent des troubles émotionnels chez les hommes. Cependant, les chercheurs n'ont pas appuyé l'hypothèse qu'il soit plus acceptable pour les femmes de rapporter des symptômes de détresse émotionnelle. Cafferata & coll. (1983) ont élargi le débat en testant non seulement la théorie des rôles sexuels mais aussi celles du stress social et du support social, trouvant évidence pour appuyer les trois. Par exemple, les femmes dans des familles de type "traditionnel" (où l'homme travaillait à l'extérieur du domicile et la femme s'occupait des tâches domestiques) étaient plus à risque de consommer des tranquillisants que leurs maris, suggérant que le rôle féminin traditionnel provoque plus de détresse psychologique. Les femmes chefs de familles monoparentales ou celles qui s'occupaient d'un conjoint en mauvaise santé avaient aussi plus de chance de consommer des tranquillisants.

Par contre, les femmes rapportent des taux de détresse psychologique qui sont le double de ceux rapportés par les hommes. La consommation plus élevée de psychotropes chez elles n'est-elle donc que la conséquence d'un fardeau plus lourd? La réponse est confondue par le fait que pour les

mêmes maladies *physiques*, les femmes ont deux fois plus de chances de recevoir des médicaments que les hommes (Ashton, 1991). De plus, la seule étude qui ait *spécifiquement* étudié l'influence du genre du médecin sur la prescription de psychotropes aux femmes (Morabia & coll., 1992) a trouvé que les femmes médecins prescrivait des tranquillisants plus souvent aux femmes patientes. Trois interprétations possibles : 1) les femmes sont plus déprimées ou plus anxieuses que les hommes et cette réalité est mieux cernée par une femme médecin; 2) les femmes médecins sont encore plus sexistes que les hommes et attribuent plus facilement des causes psychologiques aux symptômes physiques des femmes; et 3) les femmes se sentent plus à l'aise avec une femme-médecin, elles leur expliquent mieux leur détresse, ce qui mène plus facilement à l'ordonnance. Une interaction entre les trois interprétations semble probable, mais il reste à reproduire ces résultats intrigants.

En somme, la question n'est pas entièrement résolue, mais plusieurs études expliquent le rapport femmes / hommes d'ordonnances de tranquillisants selon les différences entre les sexes dans les habitudes de consultation médicale et les stéréotypes sexuels véhiculés par les médecins, hommes autant que femmes. La situation familiale, le support social et le stress social vécus par les consommateurs doivent également être pris en considération.

2.3.2 La signification sociale de l'utilisation de tranquillisants

Des sociologues ont montré que les interprétations des consommateurs de leur consommation interagissaient avec leurs conditions de vie pour perpétuer un usage de longue durée.

Gabe et coll. (1984, 1986) ont interviewé des consommatrices chroniques et occasionnelles et leurs médecins et publié les études classiques sur ce sujet. Gabe & Lipshitz-Phillips (1984) ont observé que la majorité des consommatrices de longue durée semblaient ambivalentes face à leur consommation : celle-ci était décrite à la fois comme le traitement d'une maladie et une faiblesse morale. Deux images des benzodiazépines émergeaient : la "bouée de sauvetage" et le "remède de réserve". Trois-quarts des consommatrices caractérisaient leur consommation d'une seule manière, avec une légère majorité optant pour la "bouée de sauvetage". Ces dernières avaient déjà essayé de cesser leur consommation, mais moins souvent que les autres. En tout, la moitié des sujets avaient essayé d'arrêter, à cause de leur inquiétude de devenir dépendante, des effets secondaires, ou alors parce qu'elles n'en avaient plus besoin. Les consommatrices de longue durée ne sont donc pas les récipiendaires passifs d'une ordonnance, comme il est fréquemment supposé, mais des participantes actives dans un processus complexe, conscientes des dangers et essayant de modifier leur comportement.

Gabe & Thoroughgood (1986) ont cherché à comprendre comment la consommation de longue durée se conjugue avec la disponibilité d'autres ressources. Quand les chercheurs ont analysé les réponses des femmes de classe ouvrière (75% de leur échantillon), ils ont trouvé que les consommatrices de longue durée avaient accès à moins de ressources, mais que les ressources dont elles disposaient n'étaient pas vues de manière à leur permettre d'éviter les tranquillisants. Les

consommatrices chroniques avaient un moindre taux d'emploi, mais celles qui étaient employées n'étaient pas satisfaites de leur emploi. La plupart étaient divorcées ou vivaient seules. mais celles qui vivaient avec leur conjoint ou enfants n'estimaient pas recevoir assez de support de ces derniers. En somme, ces utilisatrices n'avaient pas accès à des ressources utiles pour faire face au quotidien, ou percevaient ces ressources comme de mauvais substituts à l'usage de tranquillisants. Dans ces circonstances, l'habitude de consommation aura tendance à se maintenir.

Cooperstock & Lennard (1979) ont interviewé une soixantaine d'utilisateurs et d'utilisatrices chroniques de tranquillisants, principalement de classe moyenne. En général, les femmes prenaient les tranquillisants pour leur permettre d'assumer leurs rôles traditionnels (épouse, mère, femme au foyer). Elles auraient voulu des rôles différents, mais ne voyaient pas comment y arriver. D'autres consommaient pour surmonter leurs problèmes d'ordre conjugal ou familial. Pour un petit nombre, la prise de médicaments était leur façon habituelle de réagir au stress de l'existence. Pour les hommes, par contre, les tranquillisants étaient décrits uniquement comme un moyen de soulager les maux physiques ou psychiques provoqués par leur travail. Pour la majorité d'entre eux, la possibilité de changer de travail semblait infime et les tranquillisants semblaient une solution réaliste. Cooperstock & Lennard (1979) ont conclu que la consommation de longue durée servait à maintenir les rôles sociaux traditionnels basés sur le genre: les femmes utilisant les tranquillisants pour endurer leur rôle au foyer, les hommes pour surmonter leur travail.

2.3.3 Les tranquillisants et le contrôle social

Les écrits sur la médicalisation sont unanimes à soutenir que le complexe médico-industriel remplit une fonction de contrôle social, tout particulièrement via la prescription de psychotropes par les médecins (Breggin & Breggin 1994 ; Lennard & Cooperstock 1980). Les tranquillisants sont-ils utilisés pour maintenir l'ordre social? Koumjian (1981) a répondu par l'affirmative, pour les raisons suivantes : les tranquillisants médicalisent la vie quotidienne (de plus en plus de gens consultent pour des difficultés conjugales ou de solitude et reçoivent aisément une ordonnance); les médecins encouragent leurs patients à minimiser les déterminants sociaux de leur détresse, ce qui réduit le besoin de changement social ;les benzodiazépines sont prescrites plus fréquemment aux groupes qui auraient davantage de revendications sociales (personnes âgées, femmes, inactifs, chômeurs).

Les tranquillisants renforceraient donc la hiérarchie sociale existante (et encore davantage si les individus reçoivent du médecin / médicament le message que leurs symptômes de détresse sont causés par leur propre incapacité à faire face à la vie). Pour Koumjian, deux facteurs encouragent l'utilisation des tranquillisants comme forme de contrôle social : 1) les activités de promotion de l'industrie pharmaceutique, particulièrement les publicités qui tentent d'élargir les indications des psychotropes pour tous les tracas de l'existence, surtout les tracas des femmes, et 2) les conditions de la pratique médicale moderne, qui n'offrent pas au médecin assez d'incitations à prendre le temps d'explorer pleinement avec son patient le problème qui l'amène à consulter.

La première proposition - que les médecins redéfinissent les problèmes sociaux comme des problèmes médicaux - a reçu un support assez faible, mais les recherches ne sont pas nombreuses. Gabe & Lipshitz-Phillips (1984) ont trouvé qu'une majorité des médecins utilisaient des modèles multi-causaux pour expliquer les symptômes de leurs patients et ne voulaient pas imposer un type d'explication s'ils constataient que des facteurs interpersonnels étaient en jeu dans le problème. Au contraire, ce sont les consommatrices de longue durée qui avaient plus tendance à identifier une cause unique de leur détresse. Par contre, dans une étude artisanale d'une journaliste médicale (Sokolsky, 1987), sur dix médecins consultés pour un problème de divorce, six avaient rapidement prescrit un tranquillisant ou un antidépresseur, même si la patiente se montrait très disposée aux alternatives non-médicamenteuses.

La deuxième proposition - que la prescription légitimise la structure de classe et de genre - a reçu un support moins équivoque des entrevues menées par Gabe & Lipshitz-Phillips (1984). Les médecins et les patientes fonctionnaient selon des stéréotypes de genre courants (ex., les femmes sont psychologiquement ou physiologiquement plus fragiles que les hommes) et les invoquaient pour expliquer pourquoi les femmes recevaient davantage d'ordonnances. Par contre, les médecins n'étaient pas prêts à admettre que c'était pour cette raison qu'*eux mêmes* prescrivaient davantage aux femmes. Leur explication était que plus de femmes que d'hommes se présentaient à leur clinique rapportant des symptômes d'anxiété.

La troisième proposition - que les publicités des psychotropes encouragent la prescription excessive ou inappropriée - a été vivement débattue depuis une vingtaine d'années. Prather (1991) et Cohen (1994) ont recensé les études importantes portant sur ces publicités. Deux types de recherches prédominent : 1) analyses qualitatives et quantitatives des publicités dans les revues médicales, et 2) études cherchant à déterminer l'influence précise des activités de promotion sur les pratiques de prescription. Les études dans la première catégorie, nettement plus fréquentes, font ressortir quelques points principaux:

. des années 60 aux années 80, des problèmes principalement sociaux et environnementaux sont complètement décontextualisés. Les femmes sont souvent dépeintes comme ménagères frustrées, femmes passives ou incompetentes, qui souffrent ou font souffrir les autres. On suggère au médecin que ces problèmes se résoudront facilement en modifiant le fonctionnement chimique cérébral de l'individu (Stimson, 1975; Kleinman & Cohen, 1991);

. ces publicités transmettent des stéréotypes sexuels qui renforcent des biais sexuels déjà existants dans le diagnostic et le traitement. Les messages avec contenu "rationnel" sont présentés par des modèles masculins (particulièrement dans les publicités pour anxiolytiques parues dans les années 70). Il y a eu une baisse de ces stéréotypes lors des années 80, mais simplement parce que de nouveaux marchés sont ciblés (Hohmann, 1989; Smith & Griffin, 1977; Prather, 1991).

. ces publicités sont efficaces dans la mesure où elles captent l'attention du médecin en lui suggérant qu'il deviendra plus compétent ou plus sexuellement séduisant (Chapman, 1979);

. la réglementation de la publicité est faible et ignore les éléments picturaux et graphiques, qui prennent de plus en plus d'importance dans les annonces. Si les publicités sont essentiellement des efforts de persuasion, la préoccupation des agences régulatrices d'assurer un minimum *d'information* est naïve, l'information n'étant qu'une toute petite partie de la persuasion (Herxheimer & coll., 1993).

A part quelques exceptions (ex., Smith, 1977), les résultats d'études et de recensions dans la deuxième catégorie suggèrent fortement que la publicité, les visites de représentants, l'envoi d'échantillons et autres stratégies promotionnelles, peuvent influencer la manière de prescrire un médicament (Lexchin, 1994; Orłowsky & Wateska, 1992; Prather, 1991; Rosner, 1992). Peay & Peay (1988) ont montré que la majorité (68%) des médecins avaient entendu parler d'un nouvel anxiolytique pour la première fois par un représentant du laboratoire pharmaceutique; pour 57%, la publicité était l'élément déterminant de leur décision d'essayer ce médicament. Ceux qui mentionnaient l'industrie comme source principale d'information avaient tendance à prescrire le nouveau médicament plus tôt et à le préférer à des alternatives non pharmacologiques.

Cependant, la plupart des médecins estiment qu'ils ne sont pas influencés par la publicité ou les stratégies de marketing (Orłowsky & Wateska, 1992). Un exemple intéressant de projection professionnelle se trouve dans l'étude de McRee & coll. (1974), où une majorité (55%) de psychiatres estimaient que leurs pratiques ne pouvaient aucunement être influencées par des publicités; par contre, 74% étaient d'avis que les *autres* médecins se laisseraient convaincre par des publicités qui suggèrent que les femmes ont plus besoin de tranquillisants que les hommes. Quand le diazépam (Valium) était annoncé dans davantage de publicités dans les revues médicales que tout autre médicament (1972-1977), il devint le médicament le plus prescrit au monde. Pour Krupka & Vener (1985), cette corrélation confirmerait que ces publicités sont essentielles pour l'industrie pharmaceutique (et seraient encore plus nécessaires pour influencer les ventes des *psychotropes*, les médecins ayant plus d'ambivalence à prescrire ces substances).

La dernière proposition de Koumjian - que le médecin ne passe pas assez de temps avec son patient, ce qui mènerait à une prescription inappropriée - reçoit un appui très solide des recherches récentes. Cormack & Howells (1992) ont trouvé que les grands prescripteurs de benzodiazépines estimaient que ces ordonnances leur sauvaient du temps de consultation et préféraient donner un deuxième rendez-vous plutôt que de prolonger le premier. Davidson & coll. (1994) ont analysé les prescriptions de tous les médecins généralistes qui avaient produit, durant l'année précédente, au moins 200 ordonnances pour les patients âgés bénéficiant d'un programme de médicaments gratuits dans une province canadienne. Les médecins qui prescrivaient au dessus de la moyenne (ex., 52 %

de plus de benzodiazépines) voyaient en moyenne 5.5 patients de plus par jour que les autres médecins.

En somme, trois des quatre propositions de Koumjian reçoivent des appuis solides des recherches empiriques, mais quelques questions importantes, dont 1) le désir, la nature et le degré de la participation des médecins dans la redéfinition de problèmes interpersonnels ou sociaux en problèmes médicaux et 2) l'influence précise, sur les modes de prescription, de différentes formes de promotion, restent presque entièrement à élucider.

2.4 Un modèle systémique de la consommation

Dans le schéma ci-contre (fig. 1) nous incorporons la plupart des facteurs discutés dans cet exposé dans un modèle (qui présume une interaction dynamique des divers éléments du système) de la consommation de longue durée des tranquillisants.

La case Politiques publiques inclut des variables telles que l'organisation du système de soins, le contexte de la pratique médicale, la disponibilité de l'information sur les médicaments, les décisions de coûts-bénéfices, les agences régulatrices, etc.

La case Tendances sociales inclut des phénomènes comme la médicalisation, le développement accéléré de médicaments, l'influence des médias, les médicaments à la mode, etc.

Sur le schéma, l'épaisseur de la flèche tente de rendre compte des facteurs favorisant l'effet d'une variable sur une autre.

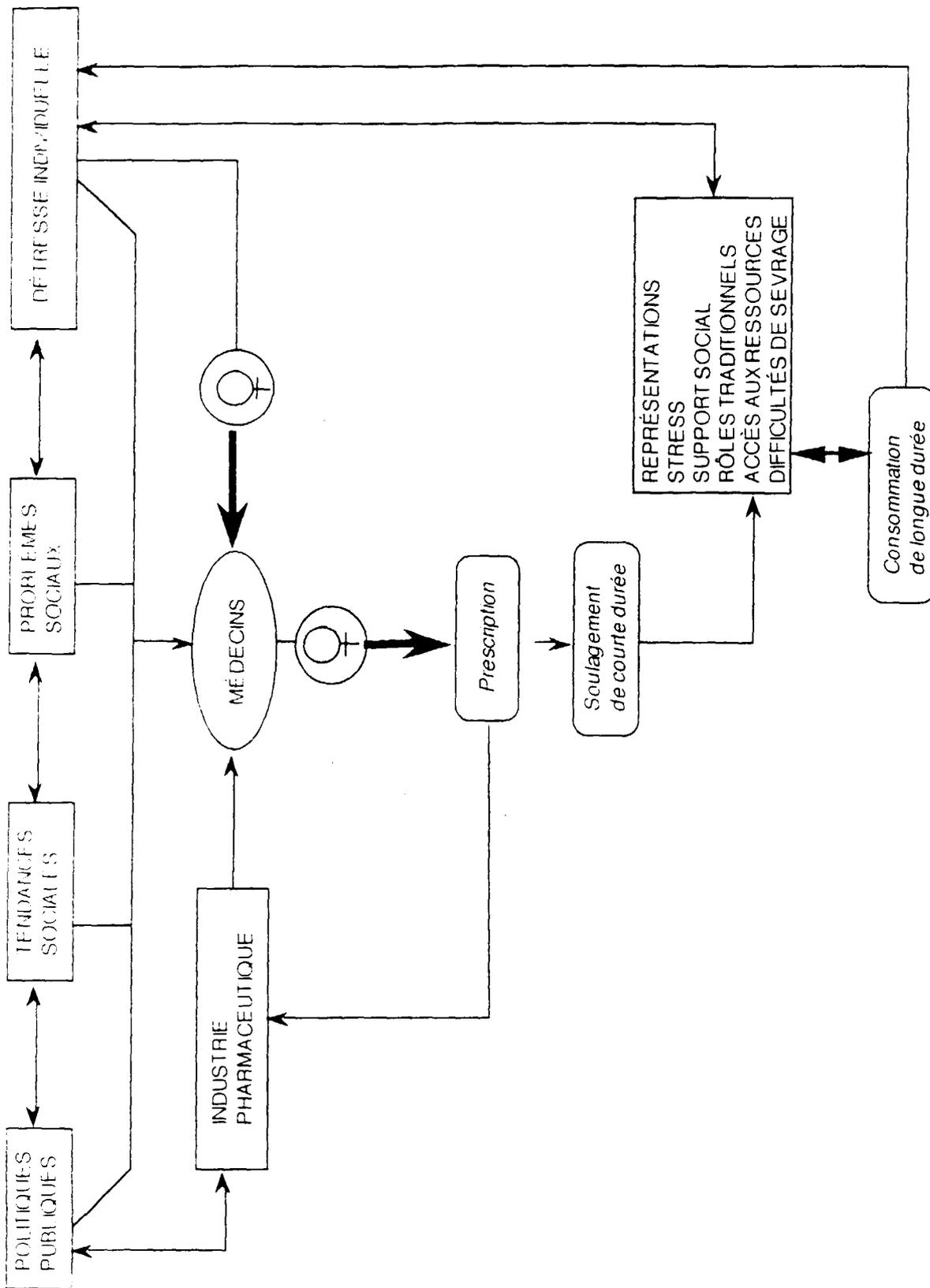


FIGURE 1. MODÈLE SYSTÉMIQUE DES DÉTERMINANTS DE LA CONSOMMATION DES TRANQUILLISANTS

CHAPITRE 3

LA MÉTHODE

3.1.1 Principes majeurs

Le but de cette recherche exploratoire est de comprendre comment les patients et les médecins se représentent (perçoivent, ressentent, gèrent et communiquent) les effets secondaires des anxiolytiques. Il s'agissait de contraster les représentations des patients à celles de médecins généralistes. Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi-dirigés. Afin de mieux comprendre le rôle du contexte socioculturel dans ces représentations, des sujets canadiens français et français ont participé à cette étude.

3.2 Sujets

3.2.1 Les médecins

Quinze médecins généralistes de la région de Montréal et quinze autres de la région de Nantes ont accepté de nous accorder un entretien de longue durée. La sélection de ces médecins a été réalisée selon des méthodes d'échantillonnage dont le détail est fourni dans les annexes méthodologiques du présent rapport, selon une présentation par pays d'enquête. Les différences de pratique et d'insertion dans le système de soins sont commentés ici-même, à la suite du tableau.

L'échantillon obtenu est décrit dans le tableau suivant, des détails supplémentaires figurent dans les annexes:

tableau 3.1

Médecins	QUEBEC	FRANCE	TOTAL
Sexe			
Femmes	6	4	10
Hommes	9	11	20
Age			
25-35	7	1	8
36-45	4	6	10
46-55	1	7	8
56-65	3	1	4
Ancienneté			
Le plus ancien a commencé en	1959	1968	
Le plus jeune a commencé en	1993	1996	
Lieu de pratique			
Aucune pratique hospitalière	2	14	16
pratique hospital. partielle	13	1	14

Une différence importante dans les modes d'exercice de la médecine générale entre le Québec et la France est à souligner ici. De manière générale, le modèle de la médecine libérale purement ambulatoire, qui est majoritaire de façon écrasante en France, n'existe pas ou pratiquement pas au Québec. En effet, une majorité des médecins généralistes au Québec ont deux lieux de pratiques: (1) le bureau privé ou la clinique privée et (2) l'hôpital général. La plupart des médecins voient la majorité de leurs patients en bureau privé mais consultent également à l'hôpital, dans le contexte de cliniques spécialisées ou de la salle d'urgence. C'est précisément le cas de 13 des 15 médecins généralistes recrutés dans le volet québécois de cette étude.

A titre d'exemple, dans une enquête auprès d'un échantillon aléatoire de 1000 médecins généralistes au Québec en 1992-93, Cohen et Bisson (1997) rapportent que 64% des répondants ont indiqué le bureau ou la clinique privée comme lieu principal de pratique, 25% ont indiqué l'hôpital général, 11% le Centre Local de Services Communautaires (CLSC), 5% la clinique externe hospitalière, et 3% l'hôpital psychiatrique - quelques répondants ayant évidemment indiqué plus d'un lieu principal de pratique. À part les médecins qui exercent en CLSC et reçoivent un salaire fixe, tous les médecins sont payés à l'acte par la Régie de l'Assurance maladie du Québec.

3.2.2 Les patients

Quarante patients ambulatoires sous médication anxiolytique ont également participé à cette étude. La moitié d'entre eux proviennent de la région de Montréal, et l'autre moitié de la région de Nantes. Les patients ont été recrutés par voie d'annonces dans les journaux locaux à Montréal, par enquêteurs professionnels à Nantes. Comme celle des médecins, la sélection de ces patients a été réalisée selon des méthodes d'échantillonnage dont le détail est fourni dans les annexes méthodologiques du présent rapport, selon une présentation par pays d'enquête. Tous les sujets devaient néanmoins, au Québec comme en France, répondre aux critères d'inclusion suivants: 1) rapportant un trouble anxieux, trouble dépressif mineur, ou insomnie ;2) âgé entre 25 ans et 65 ans, 3) minimum de 10 ans de scolarité, 4) ne rapportant pas de trouble neurologique ou psychiatrique majeur.

L'échantillon obtenu est décrit dans le tableau suivant, des détails supplémentaires figurent dans les annexes:

tableau 3.2

Patients	QUEBEC	FRANCE	TOTAL
Sexe			
Femmes	11	16	27
Hommes	9	4	13
Age			
25-35	7	7	14
36-45	6	6	12
46-55	6	5	11
56-65	1	2	3
Scolarité			
Pas d'études commencées à l'Université	9	11	20
Études universitaires commencées ou terminées	11	9	20
Statut d'activité			
Au travail	10	14	24
Inactif	10	6	16

3.3 Protocoles

Chaque sujet, patient ou médecin, a été interviewé individuellement, par un psychosociologue professionnel préalablement formé à la connaissance de la recherche, de ses objectifs et de ses procédures. Les entrevues ont toutes été enregistrées sur magnétophone, avec le consentement explicite des sujets, et transcrites verbatim par la suite. Les détails concernant le recrutement des sujets et le cadre des protocoles d'enquête sont disponibles dans les annexes méthodologiques concernant chaque pays et chaque population d'enquête.

L'entrevue avec les médecins a principalement abordé les points suivants:

- . rôle de la formation médicale et de l'expérience clinique sur les connaissances relatives aux effets généraux des anxiolytiques
- . précision des buts recherchés dans le traitement aux anxiolytiques
- . modes d'évaluation de l'atteinte de ces buts
- . définition d'un effet secondaire
- . importance des comptes-rendus subjectifs des patients dans la détection des effets secondaires; importance d'autres facteurs
- . habitudes d'interrogation des patients à propos des effets ressentis
- . crédibilité accordée aux propos des patients quant aux effets secondaires
- . pratiques habituelles d'inclusion des effets dans le dossier médical du patient
- . nature et étendue des informations sur le médicament transmises au patient avant et durant le traitement
- . contraintes sociales et cognitives qui influent sur l'expression des effets secondaires
- . élaborations de la représentation de ces effets chez les patients

L'entrevue avec les patients a principalement porté sur les points suivants:

- . buts recherchés par le traitement aux anxiolytiques
- . modes d'évaluation de l'atteinte de ces buts
- . définition d'un effet secondaire
- . degré de tolérance des effets indésirables et rationalisation de cette tolérance
- . sélection des effets à rapporter ou taire au médecin
- . effet attribué au médicament dans l'interaction sociale (facilitation, inhibition) et la performance d'activités professionnelles
- . rôle du médicament dans la représentation du problème ou de la pathologie sous traitement
- . élaborations de la représentation de ces effets chez les médecins

3.4 L'analyse des données

Ce rapport de recherche rend compte d'une première analyse des entretiens avec les patients et les médecins. Cette analyse a comporté les opérations suivantes:

- . une pré-analyse fondée sur la lecture flottante du corpus
- . l'élaboration d'une grille de catégorisation de thèmes et sous-thèmes propres à l'expérience de consommation d'anxiolytiques, dans le cas des patients, et de la prescription des anxiolytiques, dans le cas des médecins
- . l'élaboration d'une grille de catégorisation de thèmes et sous-thèmes propres aux dimensions de l'identification, l'expérience et de la gestion de l'effet secondaire, par les patients et les médecins.

Plus spécifiquement, quatre questions ont guidé l'analyse des discours des patients:

- 1) Quels problèmes amènent les gens à consulter ?
- 2) Quels soulagement leur apporte le médicament et quels problèmes leur cause le médicament?
- 3) Comment conçoivent-ils "l'effet secondaire" en général et les effets secondaires des anxiolytiques en particulier?
- 4) Quelles stratégies de communication ont les patients avec leur médecin autour de l'obtention/la prescription/la continuation/l'arrêt du médicament ?

Quant aux discours des médecins, les questions suivantes ont structuré l'analyse:

- 1) Quelles sont leur source d'information sur les médicaments anxiolytiques?
- 2) Pourquoi prescrivent-ils des anxiolytiques? (Indications)
- 3) Quels sont les avantages et les inconvénients des anxiolytiques?
- 4) Comment conçoivent-ils "l'effet secondaire" en général et les effets secondaires des anxiolytiques en particulier?
- 5) Comment gèrent-ils les situations problématiques (effet secondaire grave, dépendance, sevrage, etc.) autour de ces médicaments?

. une analyse transversale des extraits de texte regroupés par thèmes et sous-thèmes selon les dimensions extraites et étudiées

. une analyse comparative (entre patients et médecins), entre sujets de différents pays

À cause de la richesse des entrevues et donc du matériel ainsi recueilli, cette analyse doit être vue comme préliminaire. En effet, à cause de la nature des entretiens, nos sujets nous ont livré une foule de commentaires sur de nombreuses dimensions de la consommation ou de la prescription d'anxiolytiques. Certaines de ces dimensions, comme par exemple, chez les patients, le vécu de l'anxiété ou de la dépression, ou chez les médecins, l'ambivalence face à l'entretien de la dépendance, sont décrites dans ce rapport mais des analyses ultérieures plus centrées pourront rendre justice à l'ensemble de ce matériel.

3.5 Dérroulement de l'étude

La recherche s'est déroulée sur une période de deux ans, en quatre étapes principales, dont les trois premières ont été initiées au Québec et ont suivi, en France, avec un certain décalage:

- . la préparation à la cueillette de données
- . les entrevues et la transcription
- . l'analyse de contenu
- . la rédaction du rapport

De fréquents échanges itératifs ont eu lieu entre les deux pays d'enquête.

CHAPITRE 4

LES MEDECINS QUÉBÉCOIS

4.1 Aperçu général de l'échantillon

Tableau 4.1

Sujet	Age	Sexe	Années de pratique	Lieu princ. de prat. ¹	% clientèle sur anxios	Anxios prescrits ²	Anxios non prescrits ²
M01	47	H	21	B	< 5	bromazepam lorazepam alprazolam	chlordiazep. diazepam clorazépaté
M02	35	F	10	B	10-15	clonazepam témazepam oxazepam flurazepam	triazolam lorazepam alprazolam
M03	32	F	6	B	"beaucoup"	lorazepam oxazepam clonazepam	diazepam clorazépaté alprazolam
M04	58	F	23	B	20	lorazepam oxazepam chlordiazép. diazepam	trazodone ³
M05	37	H	11	B: 50% H: 50%	15	lorazepam alprazolam	flurazepam triazolam
M06	44	H	20	B	10-15	bromazepam lorazepam oxazepam	aucun
M07	63	H	37	B: 50% H: 50%	nd	nd	nd
M08	33	H	9	H	10-20	lorazepam alprazolam	diazepam oxazepam triazolam lorazepam
M09	35	F	11	B	>25%	oxazepam lorazepam clonazepam	alprazolam triazolam
M10	41	H	14	B: 50% H: 50%	40-60: 10 60+: 25-30	zopiclone	flurazepam nitrazepam triazolam
M11	31	H	5	B	5	oxazepam clonazepam	alprazolam flurazepam
M12	29	F	3	H	H: 50 B: 20-25 Centre d'accueil: > 50	témazepam oxazepam alprazolam clonazepam	lorazepam flurazepam
M13	41	H	14	B	< 2	alprazolam oxazepam clonazepam	diazepam chlordiazép.
M14	56	H	29	B 50% et m. de retr.	nd	nd	nd
M15	35	F	11	CLSC	nd	nd	nd

1. B= cabinet privé ou polyclinique privée

H= Centre hospitalier

2. Les anxiolytiques (en nom générique, pour faciliter les comparaisons) sont présentés dans l'ordre mentionné par les répondants. Un tableau des principales correspondances nom générique/nom commercial est disponible en fin d'annexe 7 du présent rapport. Cf. également le tableau 4.2. page 44 infra.

3. Le trazodone est considéré comme un antidépresseur.

4.2 La prescription

4.2.1 Indications pour la prescription d'anxiolytiques

4.2.1.1 L'indication première: la crise situationnelle

Comme indication principale pour la prescription d'anxiolytiques, la majorité des médecins québécois suggère presque uniformément en premier lieu une crise situationnelle qui engendre - ou non - de l'anxiété et de l'insomnie. Le deuil est fréquemment mentionné. Les commentaires suivants sont typiques:

. Je dirais que le, la plupart du temps, ça va être initié pour une, une période de crise quelconque... un décès, ça peut être un divorce, une disparition... moins souvent pour un problème... de nervosité chronique. (MQ1)

. crise situationnelle, j'dirais, difficultés d'sommeil suite à une mortalité, problèmes de couple, problèmes financiers avec de l'anxiété générée par ces ... situations-là, à c'moment-là ça peut arriver qu'on décide d'utiliser l'anxiolytique, pour aider l'sommeil, principalement, ou contrôler les... bouffées d'angoisse dans la journée. (MQ2)

. Ben, on sait que les benzodiazépines, ç 'a un effet ... effet sédatif, donc à court terme, c'est ben certain que les gens qui ont un problème d'insomnie, par exemple, à court terme, on pourrait prescrire des benzos... Et puis c'est ben évident, les problèmes d'anxiété, là, sous différentes formes, que ça soit généralisé, que ça soit problèmes plus précis, là, de troubles de panique, par exemple. (MQ3)

. Une situation de crise, ça peut être une situation, j'sais pas, un deuil, ça peut être (MQ4)

.... j'me dis dans notre société actuelle, y a vraiment des tensions de toutes sortes, des pressions d'un bord et de l'autre, qu'un moment donné les gens n'arrivent pas nécessairement à être pleinement en contrôle d'la situation tout l'temps, donc ... d'en avoir de temps en temps pour les aider, ça m'apparaît fort acceptable. Ça, j'ai pas lu ça dans les livres. (MQ5)

. Disons on va préférer des problèmes aigus, là, deuil, perte... perte d'emploi ou des problèmes... problèmes de divorce ou problèmes de... problèmes situationnels, là, pour être capable de rester dans les limites assez courtes. (MQ6)

. Troubles d'anxiété, évidemment; ... troubles de sommeil. (MQ8)

. En premier lieu pour l'insomnie [mais aussi] pour les troubles anxieux, reliés à un stress, une situation, plus anxiogène, là, mettons de... de courte durée, là, comme un... un deuil, une séparation, en tout cas un stress plus ... plus important. (MQ9)

. les seules [indications] pour lesquelles j'peux m'en servir, c'est pour une insomnie transitoire...; c'est pour une période d'anxiété pas prolongée; mais j'dirais quelque chose de situationnel, là, t'sais, un stress quelconque, là, une mortalité, par exemple, Un deuil. (MQ10)

. Bon, numéro 1, c'est souvent pour l'insomnie, les patient qui viennent nous rencontrer c'est parce qu'y ont d'insomnie ou qu'ils ont d'anxiété situationnelle, là, situation familiale, situation d'travail, ... pis qui empêche... qui empêche leur bon sommeil, alors y viennent nous demander des... des anxiolytiques, c'est... c'est le cadre le plus important. (MQ11).

. [Je le prescris] pour des patients qui vivent des personnes d'anxiété très importante, de courte durée. (MQ12)

. Ben des réactions anxieuses aiguës, c'est d'après où c'est le plus utilisé. Par la suite, dans le cadre d'une thérapie visant à modifier le comportement de personnes qui ont un tempérament anxieux. Quelquefois, les benzodiazépines vont être aussi utilisées comme moyens adjuvant pour corriger des troubles de sommeil sur une courte période, mais c'est vraiment sur une courte période, on parle de deux, trois semaines au maximum. (MQ13)

4.2.1.2 Deuxième indication: Manque d'alternatives et difficultés de sevrage

Une seconde catégorie d'indications, plus générales et liées plutôt au manque d'alternatives à la médication (à cause de la situation économique du patient) ou aux difficultés de sevrage, ressort des commentaires des médecins.

. Mais ceux qui rev...qui reviennent régulièrement, ils sont facilement identifiables par les médecins. Des fois c'est pas toujours facile de [leur] arrêter [le médicament] ou de trouver des alternatives...

J'sais pas, c'est beau de dire, bon, on va te faire relaxer avec des psychologues, mais c'est pas tout l'monde qui a le temps ou qui a l'argent... (MQ1)

. ... J'ai aussi des patients qui sont sur l'aide sociale, par exemple, c'est moins évident de pouvoir avoir de l'aide extérieure payée de leur poche ou l'assurance privée. (MQ5)

. ... y a certains patients ça fait longtemps qu'ils prennent des anxiolytiques, des fois on les reçoit comme nouveaux patients pis ... ils nous demandent de prescrire leur médication, ça peut arriver que dans c'contexte-là aussi on continue des anxiolytiques. ... Mais y a certains patients chez qui c'est difficile de sevrer ça complètement, on les continue. (MQ2)

. Pour les anxieux chroniques, ben là c'est sûr c'est souvent des gens qui sont déjà sous benzos, alors j'essaie d'ramener ça à des doses les plus basses possible. J'me fais pas d'idées, souvent les gens restent accrochés là-dessus, y a pas d'doute là-dessus. (MQ10)

4.2.1.3 Troisième indication: les problèmes chroniques

Finalement, les situations de crise évoquées en premier lieu sont encore mentionnées comme indication de la prescription d'anxiolytiques, mais chez les personnes présentant un portrait de souffrance ou de détresse chronique. On constate que cette catégorie d'indications recoupe la précédente de manière appréciable, puisque les difficultés de sevrage sont évoquées de nouveau.

. A part ça, y a peut-être plus spécifiquement les troubles panique ou les anxietés généralisées de gens qui fonctionnent pas, qui ont un p'tit peu d'phobies, qui ont des difficultés à sortir, qui limitent leurs activités à cause d leur anxiété trop importante; j'en ai quelques patients qui ont une minime dose d'anxiolytiques qu'y prennent de façon un p'tit peu chronique mais que ç'a beaucoup amélioré le qualité d'vie pis qui sont capables maintenant de mieux fonctionner, qu'on a... on a convenu de laisser une dose de base d'anxiolytiques. (MQ2)

. C'est souvent des gens qui ont des tempéraments anxieux, qui ont une espèce de trouble anxieux chronique sur lequel se greffent des situations toute nouvelles, ... décès, problème de travail, problème familial, problème d'insomnie, etc. (MQ5)

. Si j'ai une situation de crise de courte durée, ça peut être au centre. Si c'est dans une situation plus long terme, d'un patient psychiatrique qui va prendre d'autres médicaments, mais qui a besoin, qui a des épisodes, d'anxiolytiques, j'sais pas moi, par exemple il est suivi par le psychiatre tous les trois mois ou les six mois ou il est patient chronique, ben c'est sur que là on va être beaucoup plus lenient (indulgent, permissif) on a tendance à pas changer leurs médicaments pour ne pas les déstabiliser. Et j'ai des gens qui prennent du Dalmane depuis des années, qui sont des patients que j'pourrais dire, psychiatriques chroniques. (MQ13)

Il reste à noter les deux autres indications mentionnées par un médecin qui pratique presque exclusivement en salle d'urgence hospitalière : "pour les sevrages d'alcool et cas d'agitation chez les patients psychiatriques ou les intoxiqués", ainsi que comme "sédatifs avant des opérations mineures" (MQ8).

4.2.2 Les types et styles de prescriptions médicamenteuses

4.2.2.1 Les anxiolytiques prescrits et évités

De manière générale, aucun consensus n'émerge des réponses des médecins de cet échantillon à propos des meilleurs anxiolytiques à prescrire. Le consensus que nous pouvons percevoir est plutôt par rapport aux anxiolytiques à éviter.

Certaines des données du tableau 4.1 ont été transposées et réorganisées au tableau 4.2 plus bas. Nous remarquons ainsi que, dans la colonne des anxiolytiques les moins prescrits - selon les dires des médecins - les médicaments à demi-vie courte ou longue prédominent. Ainsi, Halcion (triazolam) est mentionné cinq fois sur six comme un des deux les moins prescrits - tous ces répondants insistant sur le fait qu'ils ne le prescriraient jamais -, suivi de Xanax (alprazolam), trois fois sur six - pointé du doigt pour sa tendance à créer de l'accoutumance et de sérieux effets rebonds lors du sevrage -, de Dalmane (flurazéпам) et d'Ativan (lorazéпам), chacun deux fois sur six.

Quant aux médicaments les plus souvent prescrits, les substances à demi-vie intermédiaire prédominent. Sérax (oxazéпам) est mentionné quatre fois sur six, Ativan (lorazéпам) trois fois sur six et Rivotril (clonazéпам) et Restoril (témozéпам), chacun deux fois sur six.

Les indications particulières pour chaque médicament varient selon les répondants. Par exemple, pour MQ2, le Rivotril est *"tout indiqué"* pour l'anxiété, mais pour MQ9, c'est *"définitivement Sérax"*. Ce dernier produit est nettement préféré pour l'insomnie par MQ2, MQ11 et MQ6, alors que M10 préfère Imovane (zopiclone) et MQ5 Restoril (témozéпам). Ces variations pourraient indiquer, entre autres, une similarité d'action de toute la classe des anxiolytiques ou une meilleure familiarité des répondants avec quelques molécules particulières.

Tableau 4.2

nom générique (nom comm.)	Anxiolytiques les plus prescrits		Anxiolytiques les moins prescrits	
	nombre de mentions	rang	nombre de mentions	rang
oxazépam (Serax)	8 (23.6)	1	1 (3.8)	8
lorazépam (Ativan)	7 (20.7)	2	3 (11.5)	5
clonazépam (Rivotril)	6 (17.6)	3	0	-
alprazolam (Xanax)	5 (14.7)	4	4 (15.4)	2
bromazépam (Lectopam)	2 (5.9)	5	0	-
témazépam (Restoril)	2 (5.9)	5	0	-
chlordiazépoxyde (Librium)	1 (2.9)	7	2 (7.7)	6
diazépam (Valium, Vivol)	1 (2.9)	7	4 (15.4)	2
flurazépam (Dalmane)	1 (2.9)	7	4 (15.4)	2
zopiclone (Imovane)	1 (2.9)	7	0	-
clorazépoxyde (Tranxène)	0	-	2 (7.7)	6
triazolam (Halcion)	0	-	5 (19.3)	1
nitrazépam (Mogadon)	0	-	1 (3.8)	8
total	34 (100)		26 (100)	

4.2.2.2 La prescription varie selon le lieu de consultation et le type de patient

Les anxiolytiques sont prescrits différemment à différents types de patients. Comme on pourrait s'y attendre, le type de client qui consulte va influencer la posologie où la durée du traitement. Le lieu de consultation et le temps disponible pour chaque consultation individuelle semble jouer pour beaucoup. Les patients vus de manière régulière au bureau privé ne sont généralement pas les mêmes que ceux qui consultent de manière plus impersonnelle à l'hôpital. Le premier commentaire qui suit illustre bien ces différents styles de prescription en fonction de contingences et de patients qui varient d'un lieu à l'autre:

. Y a beaucoup de cas des patients qui sont habitués à ces médicaments-là et j'ai comme hérité de ces patients-là ... L'utilisation chronique, j'aime pas ça du tout, et j'essaie de les sevrer à peu près tous. Ça c'est au bureau surtout. Puis en utilisation aiguë, par exemple au bureau, très, très rare que je m'en sers. Je vais plutôt voir le patient régulièrement, mettons en situation de crise, là, je vais le voir plus souvent ou je vais l'envoyer en centre d'accueil, mais je vais éviter le plus possible les anxiolytiques. Pourquoi? Parce que je me suis aperçue, malgré que ça fait pas longtemps que je pratique, que les patients s'habituent très vite à ça. En milieu hospitalier, je vais m'en servir plus au niveau sédatif, parce qu'à l'hôpital y a toujours des problèmes d'insomnie, c'est quasiment inévitable. Sauf que je les re-prescris pas, je vais en donner seulement le temps de l'hospitalisation. (MQ12)

. ... une majorité des prescriptions, ... c'est aux sans rendez-vous, vous voyez 30 patients en quatre heures et demie [à l'urgence], au bureau j'en vois 10, alors j'suis obligé d'aller à peu près trois fois plus vite là quand j'suis à l'urgence, alors nécessairement j'fais un p'tit peu plus de prescriptions des fois pas mal dans c'sens-là... c'pas moi qui les initie, hein, c'est... c'est rarement moi qui dit "il faut ça" (MQ5)

. [Avec des gens en qui j'ai confiance, dont j'ai l'impression qu'ils voudront cesser], j'me sens plus à l'aise de l'prescrire un p'tit peu plus longtemps, parfois, mais c'est... faut qu'ça soit entendu. ... j'ai souvent une demi-heure par patient au moins, alors ils trouvent la place pour pouvoir discuter justement, de comment ils s'sentent puis comment on réajuste les choses avec eux. (MQ2)

. Souvent j'leur donne vraiment pour une courte période de temps, le temps qu'y soient pris en charge par quelqu'un d'autre, ou par ... par leur médecin d'famille ... (MQ5)

. Mettons, quelqu'un va venir, sa mère est en phase terminale à l'hôpital, pis il est ... déboussolé, plus capable de dormir, il passe une nuit sur deux à l'hôpital pis l'autre il est pas capable de dormir, à c'moment-là on va partir avec une demi-dose, on va dire "prends un demi-comprimé au coucher; si jamais tu vois qu'c'est pas assez, prends l'autre demi pis l'endemain tu prendras un ". (MQ6)

. j'suis pas le médecin qui va les utiliser, d'emblée, sans avoir essayé autre chose avant, mais si j'm'aperçois que la personne en a vraiment besoin, à c'moment-là avec des explications ... sur les effets, sur combien d'temps j'vais leur donner ça, j'discute quand même beaucoup avant, les gens savent à quoi s'en tenir, y ont pas une prescription comme ça... (MQ9)

Les deux commentaires suivants expriment des manières particulières d'initier la prescription et de la modifier en fonction des réactions des patients:

. Mettons que j'donne un anxiolytique qui a juste une demi-vie de huit heures pis que l'patient dit "ben, dans l'jour, j'deviens nerveux. ... j'suis étourdi, ça m'engourdit partout", là j'me dis il est anxieux le jour, alors c'pas juste la nuit qu'il pouvait pas dormir, alors là j'vais aller chercher un autre anxiolytique qui va avoir une demi-vie plus longue ... alors là y aura pas ce rebond-là. (MQ4)

. l'idée, c'est de donner le plus faible dosage possible, donc on essaie d'y aller avec des doses... quitte à augmenter la dose. Moi je préfère augmenter que diminuer. (...) Ben si, par exemple, je vous donne des Xanax 0.25 puis que ça fonctionne, je vois pas pourquoi je vous prescrirais des Xanax 1 mg. Bon, commençons par 0,25, si ça fonctionne pas, vous m'appellez. Y me rappellent quelquefois, des fois... la majorité du temps y me rappelleront pas parce que ça fonctionne bien. (MQ13)

4.2.2.3 L'utilisation conjointe d'antidépresseurs

La popularité cette dernière décennie d'antidépresseurs dits inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) a eu pour effet de modifier de manière appréciable les prescriptions des médecins aux patients présentant des symptômes d'anxiété. Les indications des anxiolytiques se rétrécissent alors que s'élargissent celles des ISRS. Quatre médecins parlent de ces nouvelles tendances du traitement médicamenteux des personnes anxieuses. Chez trois d'entre eux, il est parfois approprié de prescrire simultanément un ISRS et un anxiolytique. Le traitement à l'anxiolytique apparaît comme moyen de traiter les symptômes d'insomnie alors que l'ISRS est vu comme traitement pour les symptômes plus profonds, de nature dépressive ou anxieuse.

. les indications des dernières années, en c'qui m'concerne, ont changé, parce que, bon, on connaît tous les... les problèmes de dépendance et de sevrage reliés à ces médicaments-là... Maintenant, pour l'anxiété généralisée, les crises de panique, le toc, troubles obsessionnels compulsifs, et les phobies, j'traite maintenant avec les nouveaux anti... antidépresseurs ISRS et parfois les benzos peuvent être utilisés dans un court laps de... pour une courte période. ... Conjointement. Traiter des fois pendant... bon, disons peut-être les... les six premières semaines, parce que on sait que l'effet des antidépresseurs est très long, c'est souvent six à huit semaines, là, dans... disons dans les phobies, des choses comme ça, et puis peut-être pour ces six premières semaines-là j'utilise ça. (MQ10)

. Deuxième cadre [d'indication], c'est lors d'épisode dépressif, quand y vont... quand les personnes font des dépressions pis leur sommeil est pas assez bien contrôlé avec un antidépresseur, là on prend... on prend un anxiolytique. ... Moi je... j'évite beaucoup, beaucoup ça [les anxiolytiques], pis j'ai... j'ai plus tendance à donner des... des médicaments dans la classe des ISRS, là, plus dans les antidépresseurs, là, qui fonctionnent aussi pour les troubles anxieux chroniques, là... ça j'ai appris à des conférences avec des psychiatres qui nous disaient souvent, là "essayez d'utiliser moins c'médicament-là, utilisez les autres médicaments qui ont une plus longue action, là, les antidépresseurs, les ISRS, là, pour l'agoraphobie pis pour les anxieux chroniques, là, ça fonctionne bien". (MQ11)

Parlant de la durée de la prescription anxiolytique, MQ6 indique:

. ... si tu donnes un anxiolytique aussi, faut pas qu'tu l'déprimes [ton patient]. Faut pas l'ralentir trop, là. (D'accord.) Tu traites son anxiété, tu veux pas y faire une dépression, à c'moment-là si y est en dépression, là tu es mieux d'lui donner un antidépresseur. (O.K.) C'est... Pis des fois, c'pas tout l'temps évident au commencement, parce que c'est-tu une dépression, c'est-tu un... plus de l'anxiété ?...(Comment vous faites la distinction entre...?) Ben, la dépression... c'est de l'anxiété au... superlatif. Ton anxiolytique, y... ça... ça y fera rien, ça va être comme de l'eau, ça y fera rien, ...ça l'aidera pas ni plus ni moins, ...en fin d'compte une dépression, là, c'est les ... sept symptômes, ils sont ... rien leur dit rien, sont complètement amorphes, là... (On dit des fois dans les articles spécialisés qu'y a souvent de... beaucoup de co-morbidité, dans l'sens où y a beaucoup... y a l'anxiété et la ... dépression... chez une même personne.) C'est ça. (Ça s'voit fréquemment aussi?) Oui, oui, oui, oui. Oui, c'est ça. (Dans c'cas-là, on doit jouer à double médicament?) Non. Non,non, non, non. Ben, ça dépend, si y a ben... si c'est... y dort pas, y est suicidaire, ça c'est vraiment d'la dépression, tu y donnes pas d'anxiolytiques à c'moment-là, tu y donnes un antidépresseur, (Simplement.) C'est ça, ça dépend comment son... si c'est juste situationnel, j'sais pas moi, y vient d'perdre sa... sa job, y vient d'perdre sa femme pis y dort plus, pis... Ben là, avant de l'laisser venir en... complètement insomniaque pis en dépression, là t'es mieux de... c'est situationnel, fait que t'es mieux d'donner juste un anxiolytique, peut-être à c'moment-là y va mieux dormir pis là, le lendemain y va être correct. (MQ6)

Quant à MQ13. il exprime une réticence à prescrire conjointement des anxiolytiques et des antidépresseurs.

. J'aime pas commencer à mélanger les deux. Je me méfie beaucoup des cocktails médicamenteux. Règle générale, une personne qui est anxieuse, je veux pas dire qu'elle est pas dépressive, mais si le problème c'est la dépression, on va traiter la dépression; si le problème c'est l'anxiété, on va traiter l'anxiété. Alors si on parle de l'anxiodépresseur, ces patients-là, règle générale, quand on choisit un bon antidépresseur, vont quand même avoir un effet un peu anxiolytique et on va les diriger automatiquement soit vers un psychothérapeute ou vers, encore là, d'autres mécanismes de support ou d'aide à passer à travers des périodes difficiles. (MQ13)

4.3 Les sources d'information sur les anxiolytiques

4.3.1 Les sources principales d'information

Les sources d'information sur les anxiolytiques de nos répondants sont variées. Durant nos entretiens, nous avons demandé aux médecins d'identifier la source principale d'information sur les médicaments anxiolytiques. Certains médecins ont identifié deux sources principales. Les résultats sont présentés au tableau 4.3.

Tableau 4.3

Source principale d'information	Nbre de mentions comme source principale
Echanges avec collègues (surtout psychiatres)	5
Articles de revues	4
Colloques (surtout formation continue)	3
<u>La Lettre Médicale</u>	3
<u>Compendium des Produits et Spécialités Phar.</u>	2
La clientèle	1
L'expérience clinique	1
Les notes de cours universitaire	1
Le représentant pharmaceutique	1

4.3.2 Les représentants pharmaceutiques comme source d'information

MQ1 est le seul médecin qui, lorsqu'on lui demande ses sources d'information les plus importantes sur les anxiolytiques, implique le représentant pharmaceutique.

. Ben j'imagine, pour connaître tes médicaments, c'est surtout ton représentant pharmaceutique qui va t'aider. Rarement, la lettre du gouvernement qui t'arrive, et puis qui est six pages de long, douze pages de long, que t'auras pas l'temps d'lire... [Le représentant], c'est dans l'courant de .. de ta pratique privée où quelqu'un... tu vas avoir de l'information rapide. (MQ1)

Nos répondants ont néanmoins fait plusieurs commentaires sur le rôle des représentants pharmaceutiques. Ces commentaires nous suggèrent en premier lieu que les représentants sont des visiteurs assez fréquents. Deuxièmement, ils indiquent que les anxiolytiques, comme produits

relativement anciens. ne figurent pas parmi les médicaments activement promus par les laboratoires pharmaceutiques auprès des médecins. Troisièmement, les médecins expriment une certaine réticence à accepter intégralement les avis de ces représentants.

. Ben je reçois des représentants, mais dernièrement j'me rappelle pas beaucoup qu'on ait parlé d'anxiolytiques avec eux. ... les représentants maintenant ils travaillent plus sur les nouveaux produits... (MQ2)

. Oui, ça peut arriver, c'est toujours intéressant, là, d'avoir leur son de cloche à eux. Mais pour vraiment la clinique puis tout ça, je trouve ça intéressant d'avoir l'expérience d'un psychiatre qui peut nous dire "cette molécule-là est utilisée", plutôt que le représentant pharmaceutique qui va nous vendre son produit, c'est ben évident, là. (MQ3)

. Oui, oui, c'est valable, puis quelquefois ça nous donne... La plupart du temps, c'est fait par des professionnels, des spécialistes, alors ils nous donnent un peu leur expérience dedans ça, alors nous autres ça nous aide aussi à s'servir du médicament bien avec nos patients. (MQ4)

. ... mais [les compagnies pharmaceutiques] nous abordent très peu maintenant là-dessus, dans mes premières années d' pratique ils nous abordaient beaucoup, maintenant le marché est comme saturé, ils nous en parlent plus... (MQ5)

. Les représentants viennent souvent nous parler des nouveaux produits qui sortent, donc les anciens produits qui sont sur le marché depuis fort longtemps, ils en parlent plus tellement. (MQ10)

. ... disons on en prend pis on en laisse, hein, les compagnies pharmaceutiques, là, c'est pas...
...
Ça peut être utile, mais pas toujours fiable. Mais j' pense que ça dépend. Si on connaît les... les représentants, on peut savoir ceux qui... En tout cas, moi, avec les connaissances que j'ai, j'peux savoir ceux qui m'content des pipes pis ceux qui m'en content pas. (MQ11)

MQ13 est le seul à mentionner explicitement le rôle de l'industrie sur la tenue des colloques portant sur les médicaments, colloque qu'il préfère ne pas fréquenter:

. ... parce que des colloques neutres sur l'utilisation des médicaments, y en a pas beaucoup. Règle générale, c'est souvent des colloques à connotation commerciale, même si le conférencier ne parle pas du tout de la médication de la compagnie qui subventionne le colloque, il n'en demeure pas moins qu'on n'a pas toujours l'heure juste. Je préfère beaucoup plus me guider à des publications comme la Lettre médicale ou des choses qui vraiment viennent peser le pour et le contre, à partir de multiples opinions, et non pas l'opinion d'un seul individu. (MQ13)

4.4 L'utilité et l'efficacité des anxiolytiques

4.4.1 Utile dans les crises situationnelles

Pour l'indication première de la prescription d'anxiolytiques mentionnée par nos répondants, la crise situationnelle, presque tous les répondants estiment que les anxiolytiques sont utiles et efficaces.

. en situation aiguë, ça aide certainement les gens à passer à travers des difficultés personnelles ou sociales, puis j' pense que c'est... c'est utile puis c'est habituellement efficace aussi... (MQ2)

... .. Moi j'les trouve surtout efficaces dans des courtes périodes de temps dans des problèmes particuliers chez les gens. (MQ5)

. En général, les troubles d'anxiété situationnelle ponctuels sont habituellement une bonne réussite. L'insomnie, à moyen terme, oui... (MQ10)

. Pour des périodes bien définies, là, ... les gens qui ont des problèmes vraiment situationnels, quand c'est vraiment relié à... à des... à une situation très particulière, souvent j'trouve que oui, ç'a son utilité pis ça fonctionne, (MQ11)

4.4.2 Utile avec une aide psychologique complémentaire

Cette utilité provient du soulagement temporaire qui permettra au patient d'essayer de régler le problème avec d'autres moyens.

. Si c'est donné, par exemple, pour un problème d'anxiété aiguë, une situation bien précise, je pense que la psychothérapie brève, là, adjointe avec un anxiolytique peut aider. Seul, comme ça, donner une prescription, bonjour, bye bye, je pense pas que ça soit si efficace... (MQ3)

. Une personne qui s'brise une jambe, elle a besoin d'béquilles, pas pour rester sur les béquilles tout l'temps, mais si elle a pas d'béquilles, elle va rester assise dans sa chaise pis elle bougera plus. ... C'est-à-dire que la personne avec... son anxiolytique dans un état d'crise, ça va peut-être lui permettre d'atteindre un niveau de calme plus serein, ou pour voir un psychologue, ou pour essayer de régler son problème. (MQ6)

MQ13 est particulièrement explicite sur l'idée d'une utilité purement symptomatique, qui sous-entend le recours à d'autres formes d'aide :

. Comme je vous disais tantôt, règle générale, dans les effets aigus, on ne fait que masquer les symptômes quant à moi. On aide la personne à s'adapter, donc on ralentit... L'effet que ça a, c'est l'effet calmant, donc t'as le rythme cardiaque qui est ralenti, la respiration est plus lente, les gens

sont plus souples, sont moins tendus. Mais ça, c'est les symptômes. La cause, elle, y a aucun médicament qui va empêcher votre enfant de s'absenter de l'école. Donc y a été efficace dans le sens qu'y a aidé la personne à passer une période difficile. (M Q13)

4.4.3 Utile, mais attention à l'accoutumance

Chez le tiers de nos répondants, par contre, l'évaluation positive de l'efficacité à court-terme est immédiatement nuancée par la mention du danger de l'accoutumance.

. J'dirais le seul problème qui devient pour moi un gros problème, c'est l'accoutumance. Quand la personne ne peut pas s'en passer. (MQ1)

. C'est certainement efficace, mais là le patient comprendra peut-être pas tout l'effet secondaire de ce médicament-là puis y va peut-être avoir tendance à prendre ça de façon chronique là, puis plus... Je pense que là est le danger un moment donné de la dépendance, ce qu'on craint toujours aux benzos. (MQ3)

. Oui, oui, oui, c'est très utile de... de donner ça. Tout c'qu'y a de danger, c'est l'accoutumance. ... (MQ4)

. C'est que si le patient il est bien correct, si on lui en donne pour deux semaines, mais lui il s'sent tellement bien qu'il continue malgré, c'est là qu'on a le trouble, c'est l'accoutumance. (MQ9)

. Certaines personnes, ça les aide en les calmant davantage, ... leur permettre de prendre un peu plus d'recul dans leur situation... [mais] en fin d'compte, il faut toujours dans les... tous les cas d'anxiolytiques, faut toujours avoir en tête que le patient peut avoir de l'accoutumance, alors si il y a de l'accoutumance, il devient... il devient... esclave de ses médicaments, ni plus ni moins, faut tout l'temps qu'il en prenne. C'est sûr que s'il est pas anxieux, il dort une bonne nuit, l'lendemain il va être plus concentré, son travail va aller mieux, mais si on... il est en accoutumance pis ça lui en prend tout l'temps, pis qu'un moment il est en manque, on lui a pas rendu service. (MQ3)

Par contre, un médecin ne perçoit pas ce danger d'accoutumance chez la plupart de ses patients:

. ... puis les gens n'ont pas tendance à rester accrochés avec ces médicaments-là, habituellement moi j'trouve que souvent on va leur dire "prenez-les quatre, cinq jours plus régulièrement pour vous calmer un p'tit peu, plus après ça aux besoin", puis quand on les revoit souvent ils vont même nous dire "bon, j'en ai pris deux, trois, ça m'a aidé", puis ils s'sont sentis en meilleure position pour affronter leurs difficultés. (MQ2)

4.4.4 Peu utile à long terme

Quand ils mentionnent le traitement médicamenteux de plus longue durée, les répondants sont moins optimistes, plus ambivalents. ou nettement pessimistes.

. ... si on pense anxiolytique benzo, t'essaies toujours de t'enligner pour pas être dans des situations où tu vas r'trouver, euh, des dépendances... c't'à-dire, faut pas qu't'aïlles traiter des problèmes qui sont d'évidence... chronique avec des benzos. (MQ1)

. les benzos, pour à court terme, c'est très efficace pour ces problèmes-là, mais à long terme on peut pas les utiliser parce que on est obligé d'aller à des doses très élevées et les gens restent encore plus facilement accrochés. Mais pour régler un problème à court terme, oui c'est bon. ... Mais les problèmes chroniques, ben là c'est sûr que soit qu'on essaie d'utiliser d'autres alternatives, comme des tisanes tranquillisantes, t'as la relaxation, ou la méditation transcendantale ou c'qui convient aux gens, faire du sport, ventiler, psychothérapie, oui. Puis quand on a donné une médication, on essaye... d'utiliser ça le moins longtemps possible, qu'y ait les doses les plus faibles possibles aussi. (MQ10)

. Mais y a des gens... qui ont des problèmes d'anxiété de façon un peu chronique, là, qui durent depuis longtemps, que c'est... c'est leur béquille, si on peut dire, mais l'efficacité est plus ou moins bonne. La plupart du temps, les gens y refusent un peu de... de changer leur mode de vie, changer leur régime de vie, mais y préfèrent prendre la pilule ... (MQ11)

. [pour l'insomnie] à long terme on sait que les benzos ou les anxios... ou... les sédatifs, style Imovane, ne fonctionnent pas, c'est un effet plutôt placebo.(MQ13)

Pour sa part, MQ2 est plus favorable que certains de ses collègues à propos de la prescription à long terme, même s'il doit composer avec les réticences des patients et même offrir un support moral afin de les déculpabiliser:

. Chez les gens qui ont des problèmes plus chroniques, moi j'trouve que dans mon expérience, les gens à qui j'en ai prescrits, souvent ç'a amélioré leur qualité d'vie parce qu'ils ont été capables d'être plus fonctionnels puis d'être moins limités par leur anxiété, en avant la dose minimum... Pis moi dans c'temps-là, j'essaie d'les déculpabiliser, j'dis "vous, vous êtes une personne qui a tendance à être anxieuse plus facilement. si on contrôle ça pis qu'on ... s'permet de fonctionner sans toujours combattre ce niveau d'anxiété-là, ben vous allez pouvoir être utile à la société pis être... avoir une bonne qualité d'vie". (MQ2)

4.5 Les réussites et les échecs

4.5.1 Les critères d'un traitement réussi

Quels sont les critères d'un traitement réussi aux anxiolytiques? Nous observons ici aussi une sorte de consensus autour de deux critères: 1) la réduction des symptômes initiaux dans une période relativement courte et 2) la capacité du patient à se passer du médicament dès cette période terminée.

. Ben c'est si le patient, par exemple, après 15 jours de traitement, là, vient nous voir puis nous dit

"je me sens beaucoup mieux, O.K., je fonctionne mieux dans ma vie de tous les jours, je suis satisfait" et puis que de lui-même, spontanément, avec l'aide qu'y a eu de l'extérieur, avec le soutien, y sent qu'y a pas vraiment besoin de ça puis spontanément y nous dit "ben, je diminue progressivement puis j'ai pas envie de prendre ça toute ma vie", là, puis y s'aide, je pense que c'est un traitement qui a complètement réussi. (MQ3)

. Ben j'pense que le traitement anxiolytique, si c'est situationnel, si... la crise est passée pis ton patient il a passé comme il faut à travers pis il est capable d'éliminer son médicament, ça veut dire qu'il est... ce médicament-là est... correct, ni plus ni moins, parce qu'il a aidé ton patient... (MQ4)

. ... j'suis très, très heureux quand les gens reviennent au bureau pis j leur demande : "Bon, avec votre médication, vos Ativan, vos Xanax, qu'est-ce qui arrive?" "Bon, ben là j'en prends plus, ça fait déjà une couple de semaines parce que j'en ai... j'en ai vraiment plus besoin, ça m'a aidé une période..." ... Et j'trouve que c'est fin critère de succès. (MQ5)

. Oh! Moi j'dirais normalement, si on réussi à régler l problème en dedant de trois mois à peu près, j'veux dire où la personne en a plus besoin, où ça devient vraiment très, très au besoin, là, j'veux dire normalement ça fonctionne... Des fois c'est plus court que ça, là, une semaine ou deux... (MQ6)

. ... quelqu'un qui... qui réussit à contrôler par après son anxiété sans l'besoin d'médicaments. (MQ8)

. c'est quand on peut remédier à court terme à ça [l'anxiété situationnelle] dans un temps donné. (MQ10)

. Ben moi le... le patient qui va m'dire qu'avec le... le médicament que j'lui... que j'lui ai donné, il s'sent moins nerveux, il s'sent pas anxieux, il a un sommeil qui est récupérateur, prend ça pour une courte période, pis il est capable de s'en débarrasser par après, après peut-être deux, trois ou quatre semaines, là j'vais considérer ça, ah oui, c'est réussi. (MQ11)

. *Bon, je pense que si y a eu une efficacité ponctuelle avec pas beaucoup d'effets secondaires puis que le patient a été capable de vivre mettons une période aiguë et qu' y a été aidé par ce médicament-là, je pense que c'est réussi. (MQ12)*

. *Tu utilises un anxiolytique pour traiter un symptôme, pas pour régler une situation. Si tu as des symptômes qui justifient l'utilisation d'un tel médicament, si ton symptôme disparaît, c'est un traitement réussi. ... Que ce soit brève ou à longue échéance, c'est dans la situation. La pilule ne change pas le problème. (MQ13)*

Par contre. d'autres répondants sont plus enclins à considérer même une prise prolongée de médicaments comme un succès:

. *[mes critères de réussite] c'est plus sur ... l'appréciation du patient, son état, sur sa qualité d'vie, sur comment il est capable ... de fonctionner par la suite, puis sur ... la dépendance qu'il crée par rapport à son médicament. Si pour... lui prendre une p'tite dose de façon régulière comme il prendrait un médicament pour le diabète de façon régulière puis qu'il est capable de bien fonctionner, j'pense qu'à c'moment-là, c'est réussi. (MQ2)*

. *Ben, ça dépend c'était pour quel problème initialement. Si c'était pour ... un stress ... de courte durée, à c'moment-là ... j'y vais à court terme, mettons à peut-être trois, quatre semaines, ou même moins, ça peut arriver. Mais si c'est un trouble de panique, j'sais qu'c'est un problème chronique, à c'moment-là ... ça va être plusieurs mois, j'vais réévaluer peut-être au bout de six mois... (MQ9)*

. *Parfois les crise durent plus longtemps, donc il en a besoin plus longtemps. (MQ11)*

4.5.2 Les critères d'un échec

Les critères d'un échec sont moins bien définis. De plus, ils ne sont pas forcément le contraire de ceux d'une réussite. Sept médecins nous ont offerts leur critères pour décider si le traitement a échoué. Dans seulement un cas (MQ1) peut-on déceler clairement la notion que le médicament a été "inefficace" (contrairement aux critères de succès où presque tous les répondants soulignent l'efficacité du médicament à diminuer les symptômes). Dans un autre (MQ9), l'inefficacité est mentionnée, mais n'est qu'une partie des critères. Dans tous les autres cas, les critères sont ceux d'une consommation sans fin. En d'autres termes, un traitement anxiolytique qui n'a pas réussi n'est pas celui qui se termine prématurément ; c'est au contraire un traitement qui persiste.

. *Un traitement où les symptômes persistent malgré l'utilisation du médicament. (MQ1)*

. Mais quand on a beaucoup d'effets secondaires, comme beaucoup de sédation ou un sommeil qui est pas beaucoup amélioré puis qui est pas réparateur, ou quelqu'un qui est obligé de poursuivre le traitement parce qu'y est rendu habitué, c'est un échec. (MQ9)

. Si ça devient... sa préoccupation principale de prendre ses médicaments pis de se demander si y va en avoir assez, pis que là y aurait l'goût d'en prendre plus ... à c'moment-là, il devient comme esclave de sa médication, là j'pense que c'est pas réussi. (MQ2)

.... ce que j'considère un échec, c'est quand les patients sont pas capables d's'en débarrasser... Ben, un deuxième échec, ça peut être, bon, le patient qui prend son médicament pis qui dit "ah! lui y est plus ou moins efficace", j'suis obligé d'changer pour un autre qui va peut-être améliorer un peu plus... (MQ11)

. Par rapport aux patients qui nous disent... ben on a l'impression que ça se "chronicise" puis que ça fonctionne pas, c'est des gens, souvent, bon, que ça fonctionne pas, pis que là y redemandent des prescriptions ou si ça s'éternise puis que les gens veulent pas vraiment consulter des thérapeutes autour, puis que là on réalise que, en réalité, c'est pas un succès, là, je pense. (...) Quand ça devient une béquille puis que le patient, justement, son confort à lui, son problème est pas résolu, il consulte sans fin. (MQ3)

. Chez des gens qui prennent ça de façon régulière, sans s'poser d'questions, et qui ont... qui ont l'impression de devoir absolument les avoir pour fonctionner, ça j'trouve que c'est moins intéressant pis probablement que y aurait autre chose à faire ou peut-être pas. (MQ5)

. Maintenant, chez les gens qui ont une anxiété chronique, je crois que l'efficacité baisse beaucoup avec le temps, d'une part; mais par contre les gens y ont l'impression qu'y ont... y ont l'impression qu'y ont quand même une béquille qui va leur permettre de fonctionner. ... Oui, ça peut être un échec sur l'plan médical, mais ça dépend d'la perception d'la... d'la personne. (MQ10)

4.6 La définition de l'effet secondaire

4.6.1 Un effet indésirable

Lors d'une première question sur la définition d'un effet secondaire en général, les réponses obtenues tournaient autour de l'idée qu'un effet secondaire est principalement un effet 1) indésirable, 2) néfaste, ou 3) non recherché. Voici quelques exemples caractéristiques de ce genre de réponse:

. ... c'est un effet qui est ressenti de façon inconfortable, là, suite à la prise de ce médicament-là, un désagrément que le patient ressent suite à la prise d'un médicament. ... (MQ3)

. Un effet secondaire, c'est un effet qui est pas désirable. Alors, je sais pas moi, si tu traites un mal de tête, par exemple, pis en traitant c'te mal de tête-là, ben, ça t'donne la diarrhée, ben là c'est un effet qui ... qui est pas désirable. (MQ4)

. Ben, un effet secondaire, par définition... Ben, c'est un effet qui est... qui est néfaste, défavorable, qui serait directement imputable à l'usage des médicaments... des effets qu'on... qu'on veut pas avoir. (MQ11)

. C'est un effet indésirable ou un effet qui n'est pas celui recherché. (MQ8)

. Ben la première réponse la plus évidente, c'est, tu utilises un médicament qui est un produit chimique et qui amène des effets indésirables. Ça c'est ce que j'appelle un effet secondaire, incluant l'accoutumance qui est un effet secondaire. Tu n'as pas nécessairement de mauvais effets ressentis par le patient quand il est accoutumé au médicament. Sauf que l'accoutumance est un effet secondaire. (MQ1)

MQ3 offre un commentaire similaire:

. C'est certain qu'y peut y avoir... le patient peut ressentir quelque chose de positif, là, d'euphorisant, à la suite d'un médicament, mais je suis pas sûre que ce soit vraiment positif dans ce sens-là pour lui, à quelque part ça peut devenir aussi quelque chose de négatif, secondaire. (MQ3)

. ... un effet secondaire d'un médicament, c'est un effet, moi, que j'mettrais... il a des effets positifs dans un médicament, des effets thérapeutiques, des effets négatifs, donc des effets qui vont perturber la qualité d'vie d'une personne, malgré qu'il y aurait des avantages théoriques, thérapeutiques de traiter un situation clinique donnée. (MQ6)

4.6.2 Plus qu'un effet indésirable

À mesure que la discussion sur la définition de l'effet secondaire se poursuivait, les réponses s'élargissaient pour intégrer des données comme les jugements subjectifs des patients quant au degré de nocivité, la distinction entre les effets connus et les effets imprévisibles. Les premières définitions - celles d'un effet indésirable et non recherché - se modifient.

. *C'est vraiment quelque chose qu'une personne va finir par voir un peu négativement dans sa qualité de vie, des manifestations qu'ils vont présenter qui peuvent être de différents ordres en tant que tels. (MQ5)*

. *si c'est rapporté par le patient puis qu'il... ça l'incomode ... à c'moment-là, j' considère que c'est un effet secondaire. (MQ6)*

. *Un effet secondaire, c'est c' qui peut être rapporté dans la littérature et qui peut amener une espèce de dysfonctionnement chez l'individu. (MQ10)*

. *Souvent, on pourrait dire qu'c'est pas prévu. (MQ11)*

. *[L'effet secondaire] c'est un effet qui peut être caractéristique d'un certain médicament qui n'est pas voulu, c'est pas un effet thérapeutique, c'est un effet qui est pas désiré d'un médicament. Sauf que souvent qu'y est le propre dit médicament. Donc un antibiotique qui va donner de la diarrhée à une certaine fréquence, c'est un effet secondaire, c'est connu, c'est pas désiré. (MQ12)*

. *Ben, l'effet secondaire d'un médicament, c'est un effet qui est non recherché, c'est une perturbation de l'état de bien-être habituel d'un patient ou, en tout cas, modification de ses fonctions de base de façon imprévisible ou de façon inadéquate. (MQ13)*

Se démarquant du dernier commentaire, les deux médecins suivants estiment que l'effet secondaire peut certainement être prévisible, dans la mesure où il est connu (même si difficile à détecter) ou s'il constitue un degré inacceptable d'un effet primaire du médicament.

. *[La baisse de libido,] c'est pas si imprévisible, si rare que ça. Ton patient va s'en plaindre. On dit toujours que le patient s'en plaint pas quand t'arrives avec un phénomène à caractère sexuel, c'est vrai. Sauf que, si tu donnes un anxiolytique qui lui enlève son libido pendant deux semaines, ça n'a pas d'impact sur la vie du patient. (MQ1)*

. *Supposons qu'une benzo donnerait, par exemple, des étourdissements. C'est sûr que lorsqu'on en donne trop, ça peut en donner. C'est un effet secondaire. La sédation trop marquée, c'est un effet secondaire. Une personne qui dort 12 heures par jour, c'est un effet secondaire. (MQ10)*

4.6.3 Ni néfaste ni indésirable ?

D'autres répondants expriment l'idée que l'effet secondaire n'est pas nécessairement néfaste ni indésirable, que l'efficacité même du médicament découle de son effet "secondaire". Cela dépend des circonstances, ou des buts du traitement. Un des répondants évoque même "l'effet secondaire primaire" ainsi que "l'effet secondaire non primaire".

. Mais je n'connais aucun médicament qui y en a pas [d'effet secondaire]. Y en a peut être qui en on moins qu'dautres, mais aucun n'en a pas. ... Si ... l'effet secondaire primaire de relaxation... va avec médicament, dans ce sens là, oui, c'est un effet secondaire désiré, selon moi c'est le but que tu veux atteindre, j'appelle plus ça un effet secondaire, c'est d'aller vers un effet primaire. (MQ1)

Quand, plus tard, on demande à MQ1 de nommer quelques effets secondaires des anxiolytiques, il précise. "Vous parlez des effets secondaires non primaires, indésirables?" Parlant plus loin du cas difficile du sevrage d'une patiente dépendante, MQ1 va jusqu'à parler d'effets secondaires même quand la patiente ne prend pas son médicament:

. J'm'aperçois qu'elle fonctionne mieux quand elle prend son médicament, qu'elle a pas beaucoup d'effets secondaires notables. Elle en a beaucoup des effets secondaires quand elle prend pas son médicament. (MQ1)

L'idée que l'effet secondaire n'est pas nécessairement néfaste ressort en ce qui a trait à la somnolence, tel que l'indiquent les deux commentaires suivants:

. y a bien des choses qui sont des effets secondaires qui n'sont pas nécessairement néfastes, ça dépend des circonstances. Par exemple, si un médicament cause la somnolence, ben ça on va s'en servir comme hypnotique pour endormir quelqu'un pour aider pour les troubles de sommeil ... c'est un bienfait. Si on s'en sert comme anxiolytique pour quelqu'un qui... [est bien] dans sa vie d'tous les jours, ben là c'est néfaste. Alors pour moi un effet secondaire, c'est pas nécessairement néfaste. (MQ8)

. c'est une conséquence qu'on juge habituellement négative, mais il peut peut-être y avoir des effets secondaires bénéfiques à... par exemple, un antidépresseur qui pourrait amener une amélioration du sommeil parce qu'il donne un effet de somnifère aussi. (MQ2)

Quant aux deux médecins suivants, ils expriment l'idée que les effets secondaires sont garants, en théorie et en pratique, d'une bonne efficacité:

. ... j'me souviens entre autres ... du dernier congrès où j'suis allée, c'était un congrès de psychiatrie pis il y a une psychiatre qui a même dit "Un médicament qui a pas d'effets secondaires, c'est probablement pas un bon médicament..." (MQ9)

. je dirais que la benzo, elle est très efficace, sauf que le problème c'est les gens qui ont l'anxiété chronique; ces gens-là, j'dirais que ... l'efficacité n'est pas reliée nécessairement à la médication elle-même mais à un effet secondaire ; les gens ont toujours l'impression que si ils ont un effet sédatif, c'est efficace contre l'anxiété. ... Oui, si ils se sentent amortis, c'est que pour eux c'est efficace ... J'vous donne un exemple précis ; l'Ativan, c'est ben plus efficace que la buspirone parce que ça les amortit, ils s'sentent, entre guillemets, entre deux nuages. Alors qu'la buspirone, ça fait pas ça. (MQ10)

4.6.4 De toutes façons, la plupart des patients n'en ressentent pas

Plusieurs répondants, en terminant, insistent sur le fait que les effets secondaires, en soi, sont d'une importance mineure, puisqu'il contiennent une composante psychologique appréciable et que même des placebos peuvent en induire régulièrement. Voici quelques commentaires à cet effet:

. Ben je pense que la plupart des médicaments, tous les médicaments ont des effets secondaires, dans les livres, si tu lis le CPS, il peut y en avoir une tonne, mais ça arrive fréquemment que le patient, lui, se sent très bien pis ne ressent aucun des effets secondaires qu'on voit dans la liste de pilules, là, à effets secondaires, que le patient, lui, y ait juste les effets positifs du médicament ; cliniquement, ça arrive très souvent. (MQ3)

. R'marquez qu'il y a des gens qui ont jamais d'effets secondaires, qui tolèrent très bien, pis il y en a d'autres qui en ont même avec les placebos. (MQ5)

. J'veux dire qu'il y a toujours une composante psychologique. Y a des médicaments qui ont franchement des effets secondaires, mais y a des personnes qui les ressentent pas ou peut-être qui s'en occupent pas, ou... (MQ6)

. C'est difficile de dire, un moment donné, si c'est vraiment un effet secondaire ou pas. Quand on regarde les tables de... Prenons les études qui sont faites par les compagnies pharmaceutiques, les études pharmacologiques et là ils listent un paquet de symptômes qui ont été rapportés, quelquefois tu regardes, y a des effets secondaires rapportés avec le médicament qui sont moins grands que les effets secondaires rapportés avec le placebo. À quelque part, là, est-ce que c'est vraiment un effet secondaire ou on met sur le compte du médicament des effets qui auraient été là de toute façon? (MQ13)

4.7 Les effets secondaires des anxiolytiques

4.7.1 Nature, contexte et conséquences des e.s.a.

Interrogés directement sur les effets secondaires particuliers aux anxiolytiques, les médecins ont fourni de nombreux exemples. Plusieurs médecins ont distingué entre les effets généraux et les effets observables particulièrement chez les personnes âgées médicamenteuses. Le commentaire suivant illustre cette distinction et résume assez bien l'ensemble des catégories d'effets rapportés par tous nos répondants:

. Le premier serait, serait de diminuer la vigilance [sic] du patient. On va amortir le patient, si tu veux, pour qu'il soit moins fonctionnel, moins en contact avec sa réalité. Ça serait peut être pour moi un des premiers. Le deuxième, on peut commencer à catégoriser, chez les personnes âgées tu peux avoir de la dépression comme tu peux avoir de l'agitation, de la confusion, oui fréquemment... de l'anxiété de rebond, quand tu viens pour enlever, ça devient plus fort ou plus remarquable, Après ça, des affaires moins fréquentes, la bouche sèche un peu, ... j'ai vu une fois un syndrome anticholinergique, une intoxication, c'est à peu près tout. (MQ1)

. souvent la sédation... Au point de vue gériatrique, ... les troubles cognitifs en sont certainement aussi, un effet ou une altération de la capacité à prendre des décisions puis à fonctionner normalement. ... J'trouve qu'y faut faire attention aussi à... [ne pas] provoquer une dépression ou des symptômes dépressifs chez des gens qui prennent ça de façon plus... à plus long terme, faut... j'trouve qu'il faut surveiller ça... (MQ2)

... c'est surtout tout ce qui peut altérer leur vigilance. ... Y en a qui ont des effets dépressifs au système nerveux central ;ils peuvent donner une certaine sensation de bien-être, c'est certain, mais alors cet effet-là, dépressif, peut se manifester par divers types de choses; problèmes un peu de somnolence puis de diminution de la vigilance dans journée, alors si ils font des choses qui demandent un peu plus de vigilance, ça peut occasionner des problèmes, ça peut être des causes d'accidents, des chutes, chez les personnes âgées, j'pense que c'est bien connu. J'ai l'impression, [même s'il m'est] plus difficile d'évaluer ça, qu certaines personnes doivent avoir des troubles de mémoire un moment donné qui pourraient être engendrés au niveau de la capacité de... de retenir les choses en particulier... Moi c'est surtout dans cette sphère neurologique que j'les vois ces choses-là, alors j'suis certain qu'ça peut même donner des problèmes en perte d'équilibre, au niveau moteur, de ralentissement, elles sont pas aussi vites... (MQ5)

. Un effet secondaire, ça peut être la somnolence, ou des pertes d'équilibre, ou des choses comme ça, là, qui peuvent être plus marquées chez un qu'chez l'autre. (MQ6)

. *Somnolence, l'accoutumance, la dépendance ... Amoindrissement des facultés. Chez les personnes âgées. la confusion, des troubles de... chutes. troubles cognitifs, perte de mémoire. (MQ8)*

. *Pour la personne âgée, y a aussi la confusion (MQ9)*

. *Ça il y en a une panoplie. Il y a la sédation, bien sûr. Et quand les quantités deviennent trop importantes, c'est-à-dire la posologie devient trop... élevée, ben... là y a l'espèce d'effet "le chat et la souris", c'est-à-dire vous essayez d'calmer l'effet secondaire qui est l'anxiété, pis là y faut qu'vous augmentiez la... la posologie pour calmer cette anxiété-là, là vous augmentez les effets secondaires, par exemple les tremblements, les palpitations, les effets qu'on appelle neuropsychiatriques... (MQ10)*

. *Oui, moi j'les mettrais [pharmacodépendance, accoutumance] dans les effets secondaires, c'est quasiment universel avec ces médicaments-là. ... Puis d'autres personnes vont nous rapporter des troubles mnésiques, mal de tête, mal de coeur, des nausées parfois. (MQ11)*

. *Y a la sédation, des étourdissement ... C'est les deux principaux qu'on voit. Je sais pas si on pourrait inclure l'accoutumance là-dedans, quand les patients ne sont pas capables d'arrêter. C'est les principaux. Y a d'autres affaires, comme Imovane qui goûte pas bon, c'est des effets plus bénins. (MQ12)*

Plus loin, lorsqu'elle discute des effets qu'elle mentionne aux patients à titre d'information, MQ12 ajoute:

. *Ben l'habitation, ça j'en parle tout le temps, sans faute. Puis la sédation, des fois les histoires d'amnésie, des fois ça peut perturber le sommeil comme tel, que c'est pas un remplacement au sommeil normal ... puis des fois certaines benzos de courte durée, je vais leur expliquer que des fois ça peut donner de l'agitation dans certains cas, chez les personnes âgées. (...) Surtout à l'hôpital on voit ça, l'Ativan, 0,5, c'est un médicament que je me sers quasiment jamais depuis que j'ai eu quelques cas, surtout les personnes âgées, tous ceux avec des légères démences, y vont faire un delirium avec ce médicament. ...*

. *Bon, ceux qu'on rencontre probablement le plus souvent, la somnolence, quelquefois des difficultés de concentration et des pertes de mémoire. Chez les personnes âgées, des troubles d'équilibre ou même de confusion, à certains égards, notamment je me rappelle le Dalmane, on se rendait compte un moment donné que le fait de donner du Dalmane à des personnes âgées comme hypnotique ou sédatif avait comme effet que le taux de fractures de hanche augmentait, parce qu'ils se levaient la nuit puis ils foutaient le camp par terre, Je dirais une modification des facultés intellectuelles dans ce sens-là. (MQ13)*

Il est intéressant de noter, dans les commentaires suivants, la difficulté de trois médecins à intégrer dans la panoplie d'effets secondaires aux anxiolytiques un effet rapporté par leurs patients - dans chaque cas, des tremblements - compte tenu du fait que les anxiolytiques ont des propriétés myorelaxantes:

. *Quelqu'un qui va prendre des anxiolytiques pis qui va dire "depuis j'les prends, j'tremble tout l'temps", là, on va peut être essayer d'voir si y'aurait pas un problème dépressif en dessous. (MQ6)*

. *Des fois les gens rapportent des hien drôles d'effets, hein, les muscles qui tremblent, ça, ça... ç'a aucun sens, ça, mais ç'a déjà été rapporté par... de ma clientèle. (MQ10)*

. *Après la prise du médicament, parfois il y en a qui vont rapporter des tremblements, mais habituellement c'est assez rare, parce que ces médicaments-là sont supposés enlever les tremblements. (MQ11)*

MQ10 est conscient que les tremblements peuvent être des effets de sevrage:

. *Parce que là souvent lorsqu'on est rendu là [tremblements]... il y a deux raisons possibles : soit qu'ils en prennent trop ou qu'on est en train d'sevrer trop rapidement, il y a des effets du sevrage aussi. (MQ10)*

D'autres types d'effets spontanément rapportés par les médecins de cet échantillon:

. *la dépendance. ... Quelquefois ça peut... ça peut donner un certain bien-être, mais ça peut aussi affecter au point d'vue métabolisme, alors tu peux faire... de l'hypothyroïdie. ... T'as ralenti ton métabolisme (MQ4)*

. *J'pense pas qu'au niveau respiratoire ou cardio-vasculaire, au niveau digestif, gastro-intestinal, il y ait beaucoup d'impacts de cette classe-là. (MQ5)*

4.7.2 L'appréciation coût/bénéfice

Les sujets médecins n'ont pas discuté en détail les questions de l'appréciation des coûts et bénéfices du traitement. Les trois commentaires confirment l'idée que les effets positifs du traitement devraient dépasser ses effets négatifs, mais nous sommes peu avancés sur les mécanismes de calcul et les valeurs attribuées à différents symptômes.

. *Pas nécessairement. Si le symptôme qui t'as amené à utiliser le médicament est pire que l'effet secondaire, des fois tu vas préférer avoir l'effet secondaire. Le cas classique c'est la crise de panique et Rivotril. C'est bien connu. C'est un moindre mal. Ton patient veut quelque chose, il veut*

que tu l'aides. Il veut pas être aidé dans six mois. C'est pour ça qu'tu lui donnes quelque chose. (MQ1)

. Y faut pas qu'les effets secondaires soient... deviennent plus importants que le but visé qui est de calmer l'anxiété ou l'insomnie, parce que là tu crées un autre problème. (MQ10)

. Quelquefois oui, ça dépend. Des fois. les effets... si les effets secondaires sont très présents, très handicapants, ben oui, la médication est efficace, mais elle amène des handicaps tels que là y est pas sûr que quand on fait la balance des coûts et bénéfices, ce soit avantageux. Alors y a peut-être intérêt à ce moment-là à soit modifier la posologie ou soit carrément modifier la médication. (MQ13)

4.7.3 La détection des effets secondaires

Les répondants rapportent diverses manières de détecter des effets secondaires chez leurs patients. Quelques répondants suggèrent que les patients eux-mêmes vont spontanément rapporter ces effets, d'autres que les patients ne sont pas normalement portés à le faire. Pour des raisons reliées au temps de la consultation, à l'ignorance des patients, à leur degré de dépendance au médicament, etc., les médecins sont généralement d'avis qu'il faille interroger les patients. La question de l'interrogation est quand même assez délicate: quelques médecins sont réticents à interroger les patients directement ou trop en détail sur ce sujet, à cause d'effets de suggestion chez des patients chroniquement anxieux. Le thème de la détection des effets secondaires fait ressortir plusieurs sujets liés aux particularités des anxiolytiques, à la relation médecin-patient, aux patients accoutumés.

. Règle générale, moi ce que je fais, c'est que j'essaie de revoir le patient la même semaine, bon, un délai ça veut dire de quatre, cinq jours, pour voir comment y réagit ou, en tout cas, qu'il me lâche un coup de fil pour me dire comment ça va. Si ça fonctionne très bien, si y se sent pas endormi, tout ça, bon, ça va. Si ça fonctionne pas bien, y se sent pas confortable, à ce moment-là, là, j'essaie de soit changer de médication, soit changer le dosage, ou soit changer le moment d'administration. ...

Règle générale, je ne prescrirai pas d'anxiolytique pour plus que deux à trois semaines, donc si je vois le patient le lundi, quand je vais le revoir, même si je le revoyais dans semaine suivante, y est pas sûr que ça va nécessairement changer quelque chose. Alors ce que je leur dis, c'est, bon, vous allez commencer votre médication aujourd'hui, si ça fonctionne pas, si y a des effets secondaires, voici lesquels vous pourriez avoir, puis sachant le genre d'emploi qu'ils ont ou le genre de travail qu'ils font, je vais dire, ben là faites attention à telle, telle chose ; si vous voyez que ça fonctionne pas, appelez-moi tout de suite pour essayer de voir ce qu'on peut faire, voir si on devrait pas changer. (MQ13)

. J'pense c'est plus par le... le questionnaire puis... la visite subséquente à la prescription, quand il nous rapporte comment il s'est senti, comment il a utilisé l'médicament, s'il a suivi nos recommandations puis si... y s'est senti mieux finalement après, là. ... Ben, j'leur suggère pas : bon, avez-vous eu des effets inhabituels, là, en nommant des symptômes pour voir si ils ont eu ces

symptômes-là; j'pense j'laisse plutôt une question ouverte : est-ce que vous avez l'impression qu'votre médicament a changé des... des aspects, là, de... de votre santé, quelque chose comme ça, pis habituellement eux vont m'rapporter comment ils s'sont sentis par la suite. (MQ2)

. Ben souvent, en médecine, on va pas nécessairement suggérer les réponses, souvent... bon, c'est plus, y a des gens qui sont... qui ont des personnalités anxieuses ou des troubles anxieux, c'est qu'ils vont nous répondre oui à peu près à tout. ... On est plus prudent dans nos questions, effectivement, parce que sinon ils vont nous répondre oui à presque tout... ... Parce qu'y a beaucoup... excusez... y a beaucoup de psychosomatique aussi là-dedans, beaucoup d'somatisation, les gens vont avoir un rebond, ils ont [mot incompréhensible], ils ont des étourdissement ... Ah! un effet secondaire, étourdissements aussi, je l'ai pas dit tantôt. (MQ11)

. Ben c'est surtout au niveau du questionnaire, on va rechercher d'habitude les effets secondaires lors des visites subséquentes, la sédation ou des étourdissements, etc. Puis le patient aussi d'habitude, si y a vraiment eu un gros effet qui est désagréable, il va m'en parler. (...) À l'examen, plus ou moins, l'examen, à moins de voir vraiment un patient ralenti, là, je verrais pas comment... [Mais je vais leur demander comment est-ce que vous tolérez le médicament. D'habitude, je pose une question un peu vague, là, mais d'emblée y vont m'informer si jamais y a un problème... (MQ12)

. ... juste son allure, son allure; ça peut être aussi détecté par des prises de sang; mais juste son allure du patient pis son... son état d'alerte ou de somnolence. ... S'il a des tremblements, s'il a mal à tête, y va te l'dire aussi l'patient. Quelquefois y te l'dira pas, mais justement à c'moment-là tu... tu peux demander une radiographie, tu peux demander un bilan biochimique... ça va t'aider à... à bien préciser ton effet secondaire pis l'améliorer. ... L'patient y va te l'dire. ... Ben, on les interroge toujours nos patients parce que, qu'est-ce tu veux, ... dans l'temps de 15 minutes, t'as pas l'temps de tout savoir, ça fait si... si il te l'a pas dit... tu l'questionnes. (MQ4)

. La plupart du temps, ça va être le patient qui va nous... qui va nous l'dire, ... spontanément. ... C'est vraiment l'patient qui va... nous parler de... la plupart des effets secondaires. ... [Ses dires] sont probablement les informations les plus utiles [vu que] la plupart des effets secondaires] ne sont pas mesurables... [Les patients] peuvent venir spontanément, là, de l'extérieur [de l'hôpital] à cause d'effets secondaires, puis y veulent un changement dans leur médicament à l'urgence. Des personnes [âgées] vont s'présenter, par exemple confusion ou problèmes dans l'état général, ... pis ça va être... soupçonné. puis souvent c'qu'on fait. c'est qu'on va couper tous ces médicaments-là, tous ceux qui peuvent affecter pis voir si le patient ... a une amélioration dans ses facultés cognitives, ou dans sa confusion. (MQ8)

Les patients ont tendance à rapporter beaucoup d'effets, mais certains sont plus délicats à soulever avec le médecin. La baisse de libido est ainsi mentionnée par deux médecins.

. *Les effets négatifs, euh, habituellement, ça va être clair. Si c'est un effet négatif qui dérange, il va t'en parler. Il y a des choses moins évidentes, comme la perte de libido, ça peut arriver, mais à cette période de la vie c'est pas un problème, il est tellement préoccupé par son autre problème, il t'en parlera pas. Il avait pas le goût avant, il a pas plus le goût après, c'est pas un effet secondaire, selon le patient. Est-ce que c'en est un? (MQ1)*

. *Faut connaître ton patient comme étant une personne X, faut connaître son fonctionnement. Dépendant de quel niveau de fonctionnement il est... une personne qui travaille comme secrétaire, que je sais être capable de se lever à tous les jours et d'continuer à travailler, ben, j'vas voir qu'elle fonctionne dans sa vie et puis qu'y a pas d'effets secondaires majeurs. Il peut y en avoir des mineurs, dans l'sens, ben p'têtre qu'elle a moins de goût de faire l'amour avec son mari ou son ami, sauf que là c'est uniquement si tu vois une patient que tu lui poses la question que tu vas le savoir. ... Au dosage qu'on utilise, c'est très rare qu'on va avoir des signes physiques. (MQ2)*

Le médecin suivant elle aussi n'est pas d'avis que les patients rapportent les effets si facilement. Cela l'amène à réfléchir sur l'attention qu'elle prête réellement à la détection d'effets secondaires auprès de ses patients et les difficultés de cette tâche, surtout chez les patients "accrochés".

. *On parle souvent d'un agenda du patient pis un agenda du médecin dans les visites médicales, pis dans l'agenda du patient, ça fait rarement problème, alors lui non plus il l'aura pas comme mention très souvent par rapport à sa prise de... benzodiazépines, il va avoir d'autres problèmes à vouloir... me raconter que... que ce genre de chose-là, en général. ... Quand j'ai su que vous viendriez me rencontrer, j'me suis dit je ne cours pas probablement suffisamment après les effets secondaires dus à des benzodiazépines chez mes patients. J'en suis conscient... Nous autres, dans une pratique de clinique ou le roulement est un p'tit peu plus rapide, j'pas sûr qu'on a toujours la... la bonne conscience d'un effet négatif de... de benzodiazépines comme ça chez les personnes. ... Moi j'ai trouvé que c'tait vraiment une faiblesse de c' côté-là chez les personnes qui sont accrochées à leur médication, aller chercher les effets secondaires. ... parfois j'ai l'impression que j'ai des patients tellement lourds, des patients âgés avec plusieurs problèmes, que souvent le benzodiazépine qu'y prennent depuis tant d'années est quelque chose que j'escamote un p'tit peu peut-être un peu de façon j'dirais quasi négligente, y a tellement d'autres affaires à voir. ... je l'identifie parfois à ma liste de problèmes, une dépendance aux benzodiazépines, par exemple, mais en général des fois je... je marque que je l'ai abordé ou qu'ça va être à aborder éventuellement, mais c'est... c'est malheureusement pas toujours une priorité, ça. (MQ5)*

MQ8 estime lui aussi que les effets secondaires ne sont pas si facilement rapportés par les patients:

. *C'qu'ils recherchent, la majorité des gens, c'est... c'est d'être justement moins anxieux puis mieux dormir, alors j'pense que si ce but-là est atteint, ben à c'moment-là ils s'occuperont peut-être*

moins des... des autres effets ou ils penseront pas nécessairement qu'c'est... c'est à cause de ce médicament-là, puis ils l'rapporteront pas. C'est rare qu'les gens qui sont sous cette médication-là vont nous rapporter des effets. Ils vont plutôt dire un moment donné que, bon "j'prends ça pis j'dors pas, j'dors pas plus, est-ce que vous pouvez. m augmenter la dose, est-ce qu'on peut changer d'sorte", un moment donné y s'aperçoivent que ça fonctionne plus. (MQ9)

Un répondant est d'accord que l'information des patients est utile. mais qu'il faut quand même être prudent:

. C'est très utile, mais c'est pas toujours fiable. ... C'est pas toujours fiable. Dans l'sens que les gens peuvent nous conter des pipes, des fois ça arrive. (MQ10)

Deux autres répondants sont d'avis que les proches du patient aident à la détection des effets secondaires.

. Un patient qui est aux anxiolytiques, ce qui m'aide bien gros, moi, c'est quand... le mari ou la femme vient avec ... ils viennent en couple, à c'moment-là quelquefois c'est la... la deuxième personne qui va nous l'dire "il achangé, il dort bien, ou il dort pas bien, ou..."... La plupart du temps, le patient te l'dit ou si il l'dit pas, ceux-là qui l'entourent vont... vont lui dire ou ils vont te l'dire. (MQ4)

4.7.4 Quelques effets secondaires graves

Sept médecins nous ont dit avoir observé un ou plusieurs patients ayant souffert d'effets ou d'accidents "graves" suite à la prise d'anxiolytiques ou au sevrage de ces médicaments. Dans deux cas, les patients en sont morts (incluant un suicide). La nature et l'intensité des effets rapportés varient, mais ceux-ci constituent dans l'essentiel des réactions de delirium et de confusion chez des personnes âgées.

. ... c'est une dame qui était âgée, 80 quelques années pis qui avait... qui souffrait d'problèmes psychiatriques depuis toute sa vie, pis elle a fait un delirium. ... Oui, suite à la prise de médicaments, c'est ça. ... Oui, il a fallu le traiter son delirium, des antipsychotiques pis des mesures non médicales, là, des mesures de support, la visite fréquente du personnel, la réassurance, environnement calme, la mettre dans une chambre privée, tout ça, là. Ça j'm'en rappelle. Finalement, la patiente en est morte, remarquez, mais peut-être pas uniquement de ça, là, mais ç'a été très, très orageux... la patiente était très agitée. ... J'pense c'est le... le cas l'plus grave j'ai vu. (MQ11)

. [Ce patient avait] des apparences d'une anxiété pis là, là ça lui a donné, avec sa pilule anxiolytique, ça lui a donné comme juste le... le bon timing pour aller s'suicider. ... Le patient se sent beaucoup plus sûr de lui avec son anxiolytique pis là y met son suicide à exécution. (MQ4)

. ... quelques patients que j'ai vus qui s'ont fracturé des hanches, ils ont et certaines chutes, si y avait une relation avec ça, ça j'pourrais pas vous l'dire. Ça doit toujours être le cas. (MQ5)

. J'ai eu un cas comme ça, mais c'tait pas juste avec les anxiolytiques, y tolérait absolument rien. ... J'veux dire avec 1/4 de Ativan, y a dormi 48 heures, j'veux dire, il a pas d'problème hépatique rien, j'veux dire, tout le bilan d'santé est normal. Complètement amorphe, là. J'veux dire perte de concentration, j'veux dire perte d'équilibre, tout ça, là, à une dose nettement inférieure à la dose de départ. [Le psychiatre] m'avait dit "Ben essaye un antidépresseur à très faible dose", bon, on avait essayé à peu près tous les antidépresseurs. ça donnait tous la même chose. Lui y m'avait suggéré comme Luvox à 25 mg, moi je l'ai mis à 12,5; à 12,5 au bout d'trois jours il fonctionnait plus du tout. ... Ben là, il est en psychothérapie, il prend rien. (MQ6)

. Oui, des personnes âgées, t'sais, qui arrivent avec souvent multiples prescriptions de benzodiazépines, ça c'est juste une partie du problème, parce qu'ils sont souvent polymédicamentés dans... d'autres domaines, sont en baisse d'état général complet, sont plus capables de s'occuper d'eux-mêmes pis tout ça, sont rendus confus... (MQ8)

. J'ai pas un cas en particulier, non, non, mais on est souvent confronté, en gériatrie, à des deliriums ou des... des troubles, là, confusionnels, puis, bon, souvent... ç'a eu un bon effet de... de cesser ce genre de... de médication-là. (MQ9)

Pour quelques répondants, les effets graves constatés sont régulièrement en lien avec le sevrage des anxiolytiques, et sont plus régulièrement vus en milieu hospitalier qu'en pratique de bureau:

. J'dirais peut-être plus les patients à l'hôpital qui prennent des anxiolytiques depuis un certain temps pis qui arrivent à l'urgence pour un problème X, là, plus aigu, puis on represcrit pas l'anxiolytique. À c'moment-là, sont venus pour des symptômes de sevrage. ... Des fois ça peut mettre presque la vie du patient en jeu, là, quand y font des troubles panique, leur pression peut monter, y peut vraiment y avoir des complications au point d'vue qu'ce soit cardio-vasculaire, des choses comme ça, là. C'est surtout à ce niveau-là, j'dirais, que j'ai vu des effets secondaires plus importants, mais c'tait plus dû au sevrage... qu'à la médication comme telle. (MQ2)

. J'étais d'garde en gériatrie, en fin d'semaine, puis c'est arrivé, une dame, là, qui prenait du Xanax quatre fois par jour depuis longtemps, des 5, j'pense, là, que le dosage a été modifié pour du Serax deux fois par jour, j'pense, là. Au bout d'une semaine, quand elle était à l'hôpital, pis ç'avait été represcrit PRN le soir, elle l'avait pas vu, alors le lendemain, ben elle était en grande angoisse, elle avait une crise quasiment de panique, on lui a redonné... là, à c'moment, un comprimé de Serax pis au bout d'une demi-heure, elle était correcte. Mais moi j'pense c'tait juste une question de manque de médicament pour la sevrer plus tranquillement, là. (MQ2)

... y a ceux qui en abusent... qui en prennent des quantités énormes, y a des jeunes pis tout ça, pis... y en a vraiment qu'y ont l'air de zombies toute la journée. ... Oui, ah! ç'a 20 ans, 18-20 ans ... Pis ça prend 20 fois la dose dite normale tous les jours. ... Un autre problème aussi, ce sont ceux qui font des convulsions ... sur des sevrages, parce qu'y en a qui en prennent assez pour ça. (MQ8)

4.7.5 La notification des effets graves aux autorités de pharmacovigilance

Nous nous sommes intéressés aux réactions des médecins à l'égard des effets graves qu'ils avaient constatés. Ces effets étaient-ils discutés avec des collègues, lors de conférences, décrits dans une communication scientifique ou une lettre à l'éditeur d'une revue médicale ou, en particulier, étaient-ils rapportés à un centre de pharmacovigilance? Des sept médecins nous ayant mentionné avoir observé un effet grave, tous ont indiqué que celui-ci était discuté informellement mais aucun n'a entretenu l'idée de le rapporter à une autorité quelconque.

Les effets sont parfois discutés avec un psychiatre, parfois avec le pharmacien de l'hôpital, parfois entre collègues de la clinique. Par exemple, MQ2, qui a décrit une réaction aiguë de sevrage, offre ces commentaires:

. Ben, informellement, j pense que oui, quand on a des patients comme ça, là, qui ont une difficulté plus aiguë, ça peut arriver, là, que dans des discussions de corridor ou juste là, entre collègues, quand on arrive dans la journée qu'on peut s'en parler. [Une notification aux instances de pharmacovigilance?] Je l'ai pas fait. Est-ce que c'est nécessaire...? Ben... non, j pense que c'est reconnu qu ça peut donner ça, faut juste être alerte puis pas l'oublier. (MQ2)

Le médecin qui a mentionné le suicide de son patient suite à une prescription d'anxiolytiques lui aussi ne voyait pas le besoin de rapporter cet incident:

. Non, parce que c'est pas dû au médicament, c'est dû à... c pas dû à... c pas dû à... au médicament, c'est dû à... c'est dû à la personne. ... C'est sûr que le patient, y aurait peut-être été mieux envoyé tout d suite à l'hôpital en psychiatrie, mais c'est pas dû au médicament, c'est dû au... t'sais, c'est dû à la maladie du patient. C'est pas le médicament qui a cause son suicide, c'est... c'est juste sa personnalité, en fin d compte, qui était suicidaire puis... (MQ4)

MQ5, qui a observé des fractures de hanches chez des personnes âgées sur anxiolytiques, est lui aussi réticent à faire une notification officielle, invoquant, comme MQ4, ses propres doutes sur l'étiologie exacte de l'effet observé mais ajoutant que la procédure de notification est probablement "une démarche lourde":

. *Je crois pas que j'ai moi-même pris l'initiative une fois de signaler une affaire comme ça. ... J'ai pas tendance à l'faire cette chose-là, parce que j'pense toujours que c'est une démarche assez lourde d'une part ; d'autre part, j'suis jamais assez certain est-ce que c'est bien ça ou c'est pas un processus pathologique autre qui était derrière tout ça. Alors à date, j'avouerais que j'ai d'la misère à... à vous dire que je ferais une démarche semblable. (MQ5)*

MQ8 distingue entre le bien-fondé de rapporter des effets inconnus et l'inutilité de rapporter des effets connus:

. *un effet secondaire qui est pas connu, ça devrait tout être rapporté. Si c'est déjà quelque chose qui est connu. ... j'pense pas que... si à chaque fois il fallait rapporter un effet secondaire, ça... on n'arrêterait pas, là. ... Si [une personne âgée] prend de l'Ativan pis... elle devient confuse, j'pense c'est connu, ... j'avertirais pas personne en particulier, là. (MQ8)*

MQ12, qui mentionne le cas d'un sevrage très difficile comme effet secondaire grave qu'elle a observé, invoque aussi le fait que l'effet est connu pour justifier sa réaction:

. *Non, (...) C'était quelque chose de connu puis j'avais pas pensé à ça du tout de le rapporter. (MQ12)*

. *Ben, sachant que c'est des effets secondaires qui sont carrément écrits dans le CPS, O.K., qui sont bien réels, puis qu'en diminuant les doses, tout disparaît, ça m'inquiète pas nécessairement. À moins que ça soit un effet secondaire qui semble dramatique, là, réaction paradoxale, un angio-oedème, quelque chose de catastrophique, là, qui semble pas être en pourcentage si évident dans le CPS, peut-être que là je serais tentée de rapporter ça, mais... (MQ3)*

MQ9, qui a observé des cas de confusion et delirium. ne les rapporte pas non plus:

. *Pas polir un anxiolytique. Non. Pour d'autres sortes de médicaments, comme un antidépresseur, là, mais pas... pas un anxiolytique. (MQ9)*

Finalement, nous avons demandé à MQ11, qui a observé le décès d'une patiente âgée suite à un grave delirium, s'il en parlerait formellement dans un colloque: "*Non. Non, pas vraiment.*" Quant à la possibilité de rapporter l'événement à une unité de pharmacovigilance: "*Mon Dieu! Je sais pas... Ça m'est jamais..... passé par l'esprit*".

En somme, nos répondants ne sont pas enclins à rapporter l'observation d'un effet grave ou incapacitant en dehors du cadre de leurs collègues immédiats. Un médecin estime que la procédure est trop "*lourde,*" d'autres que seuls les effets inconnus devraient être rapportés, d'autres que leur propre évaluation du lien causal entre l'effet et la prise du médicament suffit à décider de la voie à

suivre, d'autres finalement qu'ils n'ont jamais pensé à le faire. La perspective de ces médecins semble être centrée sur leur pratique: en d'autres termes, signaler un effet grave à une autorité quelconque n'aurait d'utilité que dans la mesure où cela pourrait aider ces mêmes médecins à mieux exercer et à mieux prescrire à leurs propres patients. L'idée que certains décideurs ou la société dans son ensemble pourrait avoir besoin de ces informations - auxquelles seuls ces médecins ont accès - pour des évaluations plus globales, que les liens causaux entre médicaments et effets devraient être établis de manière épidémiologique et non cas par cas par chaque médecin, ne semblent pas être prise en compte par ces médecins lors de nos entretiens.

Par contre MQ13, qui ne nous a pas mentionné d'effets graves, a quand même réfléchi à cette question et nous livre ses pensées. Nous en retenons une longue citation:

. Les effets secondaires qu'on ne connaît pas, le patient à qui on prescrit un antibiotique, par exemple, puis qu'y nous rappelle en disant : écoute, ç'a pas d'allure, depuis que je prends ça, j'ai mal à tête. Bon, c'est sûrement un hasard. Alors on cesse la médication, le mal de tête cesse. Trois mois plus tard, on doit lui prescrire cette même médication-là puis la même phénomène réapparaît de mal de tête, y a pas... techniquement, là, y a pas de lien de cause à effet, parce que la nature même du médicament ne devrait pas amener ce genre d'effet-là, par contre sur certains individus ça arrive, donc on va dire : ben, c'est probablement un effet secondaire, cesse la médication si t'es pas bien avec. Souvent même c'est des choses qu'on doit rapporter à des organismes de rapports d'effets secondaires de médications ou d'effets imprévus de médicaments. Et des fois, ben, justement, à force que un, deux, trois, dix, cent médecins rapportent le même effet secondaire, on finit par considérer cet effet secondaire comme réel et non pas une réaction isolée chez un patient. ... Mettons que je prescris, je sais pas moi, du Xanax à un patient puis que rendu chez lui, y sort un couteau puis y veut trancher la gorge à ses enfants, y a quelque chose à quelque part qui fonctionne pas : un, est-ce que c'est la médication ou est-ce que c'est un mauvais diagnostic, mauvaise évaluation du patient? C'est ça qu'y faut questionner aussi. Mais là probablement que j'aurais tendance à dire : je prendrai pas de chance, c'est peut-être la médication, puis ça je le rapporterais. Parce qu'on se rend compte, souvent ces choses-là, même dans des phénomènes de la vie courante, on a l'impression qu'on est seul au monde à avoir rencontré telle ou telle chose. Quand on parle avec des collègues, on en apprend beaucoup plus. Là y dit "oui, c'est vrai, moi aussi j'ai remarqué ça". Et finalement si personne ne rapporte ce genre de choses-là, ça passe inaperçu. ... Fait que tu te dis, ben c'est justement, c'est à force de le rapporter qu'un moment donné... T'sais, quand t'as 1000 docteurs qui disent oui, 10 % de mes patientes ont ça. ben c'est un problème lié à ça. Et ça vous permet, à ce moment-là, de pouvoir mettre les gens en garde. Mais si on garde ça pour soi puis on a l'impression qu'on est unique, y a juste nous peut-être qui a eu ce genre d'effet secondaire-là, ça c'est la même chose avec les médications, ben le problème c'est que personne va pouvoir en bénéficier, et deuxièmement on risque de passer à côté de choses qui, finalement, sont... (MQ13)

4.8 La dépendance

4.8.1 La perception de l'accoutumance et de la dépendance

Nous avons déjà remarqué à plusieurs reprises la préoccupation des médecins à l'égard de l'accoutumance ou la dépendance des patients aux anxiolytiques. Cette préoccupation est au premier rang des inquiétudes des médecins, venant fréquemment et immédiatement nuancer tous leurs jugements sur l'efficacité ou l'utilité de ces médicaments.

... j'en ai eu des gens qui ont eu des problèmes à se défaire des médicaments. Des patients personnels, y en a même que moi j'ai mis la dessus pis qu'un moment donné j'me suis fait prendre.... Et c'est difficile d'les arrêter quand t'es là comme médecin traitant et y faut qu'tu les supportes à travers leurs problèmes... (MQ1)

... en fin d'compte, il faut toujours dans les... tous les cas d'anxiolytiques, faut toujours avoir en tête que le patient peut avoir de l'accoutumance. (MQ4)

... comme tout médecin j'ai l'impression qu'on doit en avoir plusieurs qui sont comme bien accrochés à cette médication-là. ... Ceux que j'identifie avec des dépendances aux benzodiazépines, [j'essaie] d'aborder l'sujet... Ça représente une grosse clientèle. Vous devez l'savoir, les benzodiazépines, c'est prescrit à tour de bras. ... C'en est... c'en est incroyable.... (MQ5)

MQ13, par contre, est plus sceptique:

. La dépendance, là, elle est potentielle, mais je pense qu'y faut pas non plus paniquer avec ça, C'est parce qu'y ont trop l'image du patient qui a été accroché aux Valium pendant 15 ans, 20 ans, et qui est plus capable de s'en débarrasser. Ça c'est des patients pour qui c'était prescrit de façon systématique. Quand c'est bien prescrit, je pense pas qu'on ait de problème avec ça. C'est peut-être des illusions, là, mais... (MQ13)

Néanmoins, MQ13 sait qu'il existe des personnes dépendantes. Il décrit les cas suivants:

. C'est qu'un moment donné, pour une raison X, il leur a été prescrit des médicaments anxiolytiques puis y sont restés... personne leur a dit qu'y fallait qu'y arrêtent pis y en ont compris qu'y fallait qu'y continuent. Et quelqu'un, à quelque part, leur a renouvelé leurs médicaments. (MQ13)

Les médecins distinguent entre différents types de patients qui peuvent être plus enclins à développer ce problème et identifient les différentes stratégies utilisés par ces patients. Il y a les patients qui magasinent, les patients qui soulèvent discrètement la question à la fin de l'entretien, ceux qui inventent des excuses, finalement ceux qui sont jeunes et polytoxicomanes.

. Si t'as un patient qui est nouveau, ben là tu... tu l'connais moins. Si c'est un patient que tu soignes depuis 30 ans, là tu l'connais, tu sais qu'il va revenir: mais un patient nouveau, tu sais pas s'il est... il est pas en train d'te marchander son médicament pis il est allé à d'autres médecins, parce qu'on n'a plus la vérité qu'on avait avec nos patients. Ils ont... J'trouve que notre population a appris à mentir maintenant. [RIRE] (MQ4)

... Des fois, les gens, par contre, on les voit en entrevue pis on parle de certaines affaires, pis un moment donné, bon, ils nous rappellent que leur échéance de renouvellement, ça s'en vient, puis ils escompteraient avoir un renouvellement. C'est surtout des fois by the way, à la fin du traitement. Alors là on a tout à coup encore moins d'temps pour aborder le sujet. Ça m'est arrivé encore hier, "ah oui, les Ativan que j'prends..." (MQ5)

. Si quelqu'un en a besoin d'façon répétée ou l'utilise plus vite que la prescription vient à échéance, qu'il a souvent des... excuses genre il les a échappées ... il les a perdues, il s'est fait voler, ça on peut soupçonner qu'y a un problème d'abus. [Certains arrivent] avec ... des demandes très précises, eux c'est des Ativan, eux c'est des Valium, eux c'est... t'sais, il savent exactement c'qu'ils veulent, c'qu'ils ont d'besoin, pis l'dosage, ça porte à... signal d'alarme qui t'dit qu'ils sont probablement dépendants, sont probablement des accoutumés. (MQ8)

. Si mettons je prévois que ça va être difficile d'arrêter le médicament pour tel patient, là je vais rechercher des [indices] que le patient commence à s'habituer à ce médicament ou s'il commence à s'en servir pas nécessairement dans les indications que j'ai prescrit. (Comment vous décelez ça?) Il l'utilise d'emblée, le patient qui dit "bon, je prends ça pour dormir, je veux pas risquer de pas dormir, fait que j'en prends une dans soirée avant de me coucher", ça c'est un patient qui commence à être habitué à prendre cette médication-là. Ou qui augmente sa dose, ça, ça arrive, les patients qui commencent à être habitués, y veulent augmenter leur dose tout seul. Bon, ça marche pas, je l'ai augmenté à 60. Ça, ça arrive. Ou le patient qui revient plus rapidement pour des prescriptions ou même des fois des pharmaciens qui m'appellent pour me dire qu'y renouvellent des prescriptions trop vite. (MQ12)

. C'qui est très délicat, c'est les gens qui sont des toxicomanes avec des drogues de rue ou alcoolisme... Plus benzo ... Ça c'est une bombe atomique. ... C' est parce que l'un potentialise l'effet de l'autre. ... Moi... pour un certain temps, j'donne toujours le bénéfice du doute à la personne, j'lui dis : "J'accepte de t'donner des benzos, faut qu't'arrêtes de boire." Mais quatre personnes sur cinq n'obtempèrent pas à ça et au bout d'un certain temps ils vont voir un autre médecin. (MQ10)

MQ13 se permet de marquer ironiquement:

. mais en général, ce qui est comique. c'est quand le patient veut avoir cette médication-là, on a tendance à résister à lui donner et quand lui y résiste à la prendre, on a tendance à vouloir la lui donner. (MQ13)

4.8.2 L'entretien de la dépendance

Plusieurs des médecins se retrouvent dans la situation de renouveler les prescriptions de personnes dépendantes, situation qui laisse certains médecins ambivalents sinon perplexes. D'un côté, ils comprennent qu'ils sont fournisseurs attirés de la drogue de dépendance ; d'un autre, ils sont satisfaits que les patients reviennent les voir et qu'ils peuvent ainsi exercer un certain contrôle sur la consommation.

. Ben moi j'vas vous dire une chose, ça peut être... ça pourrait... la question pourrait être vis-à-vis l'médecin pis vis-à-vis l'médicament. C'est-à-dire que... un patient qui est un toxicomane d'la pilule il va aller voir le médecin qui lui permet de vivre cette toxicomanie-là. Ça c'est très clair. ... Autrement dit, si on parle en termes crus, il va aller voir son "pusher" commercial légal. (MQ10)

. C'que j'me dis à c'moment-là, c'est que si ils viennent toujours me voir moi, comme médecin, qui leur prescris leurs médicaments puis qu'ils vont pas voir d'autres médecins aussi, ben au moins on a un peu comme le contrôle d'la prescription, on sait qu'est-ce qu'ils prennent pis il m'semble que c'est plus sécuritaire que si on met des bâtons dans les roues, on dit "bon, j'vous en prescris plus dans deux mois si vous avez pas fini". Finalement dans l'fond ils vont retourner voir un autre médecin pis ça va peut-être être le magasinage avec d'autres molécules qui vont être essayées puis donc une accumulation dans la pharmacie de trois, quatre anxiolytiques, au lieu d'avoir toujours le même avec le même dosage. (MQ2)

. Souvent quand y arrivent ici, y en ont déjà, y en ont déjà eu, j'veux dire, ça fait 20 ans qu'y en prennent. ... J'veux dire, déjà là c'est un point. Ou... ou les autres, que... tu vas leur donner, j'sais pas moi, deux fois par jour au besoin, pis ils reviennent une semaine après pis sont rendus à six pis ça marche pas, ils en veulent plus. Un moment donné, y a une espèce de... comment j'dirais... les gens essaient de trouver la... la solution dans la pilule et non ailleurs, là. Là, à c'moment-là, y faut... y faut essayer de contrôler ça. (MQ6)

. ... j'ai des gens par exemple, des personnes qui depuis 15 ans, 20 ans, prennent 0,5 d'Ativan au coucher tous les soirs depuis 20 ans, là, alors c'est certain que ces gens-là, bon, lors d'une première approche, on a essayé de voir ensemble si y avait moyen de faire le sevrage de ce médicament-là, si y avait moyen de trouver autre chose pour dormir, autre chose que ça, alors qu'on sait que ça agit plus comme somnifère après 20 ans, j'essaie d'expliquer comme y faut au patient. Bon, c'est sûr qu'un moment donné, y en a qui veulent essayer de diminuer, y en a qui veulent absolument pas, là, c'est un demi depuis 20 ans puis y veulent continuer. (MQ3)

Devant ces situations, les médecins réfléchissent et expriment l'idée que la dépendance peut être une situation à éviter à tout prix mais il peut être imprudent pour un médecin d'y toucher par simple purisme. Les trois commentaires qui suivent fournissent trois raisons de ne pas vouloir modifier une consommation manifestement dépendante.

MQ1 évoque les graves réactions systémiques de sevrage qui peuvent survenir chez une personne âgée:

. Mais j'ai des patients qui malheureusement prennent leur demi-Ativan tous les soirs. On peut être puriste et dire c'est pas bon, mais j'suis pas capable de me mettre dans une situation où je vais les amener à arrêter. C'est pas parce que j'veux pas, on pourrait essayer, ouais, mais la distance est là parce que l'énergie, le trouble que ça va demander à la personne - qui n'a pas d'effets secondaires, indésirables, selon elle ...alors qu'elle peut pas fonctionner si elle l'a pas. J'peux pas lui demander ça. Il y a aurait ce qu'on pourrait tolérer comme accoutumance acceptable. Exemple, j'ai un patient qui prend, ça fait pas tellement longtemps, ça fait p't'être cinq ans que j'le suis. Il prend du Halcion. C't'un monsieur âgé, de 75 ans, il rentre à l'hôpital, peut-être six fois dans les dernières années. Le gars qui est aux soins intensifs, "ah mais, on donne pas ça du Halcion". Il lui enlève le Halcion: crise de panique, angine, perte de [mot inaudible], toutes des complications qui peuvent... quand tu déstabilises un patient, si tu sais que ça peut t'emmener une crise de catastrophe, faut qu'tu fasses attention à ces choses-là.(MQ1)

Plus loin. MQ1 évoque le fait que le patient qui est dépendant et prend de fortes doses est habituellement suivi par un psychiatre, qui a entériné la prescription ; pourquoi MQ1 prendrait donc l'initiative de la changer?

. La plupart du temps, j'en ai pas souvent mais de mémoire, y a des gens qui en prennent deux trois fois par jour, de façon chronique, où la prise de médicament est déjà entérinée par le psychiatre, pourquoi moi je vais aller le changer, le forcer, quand je vois qu'il y a des gains spéciaux qu'tu vas aller chercher avec l'utilisation d'ce médicament? En général, j' m'attendrais pas à dire, "Est-ce que ton médicament, est-ce que tu dors assez bien?" Tu peux poser la question, mais habituellement la pharmacothérapie, au niveau psychiatrique, est gérée par le psychiatre, Le patient qui est pas suivi par un psychiatre. c'est une autre affaire, et j'ose espérer qu'à ce moment-là, tu vois ton patient de façon régulière, et tu prescrites jamais du long terme, tu prescrites pas pour un an. Tu peux mettre renouvelable une fois, deux fois. J'vais pas les faire revenir à toutes les mois quand j'sais qu'ça fait deux ans qu'y ont l'utilisation du médicament, ils fonctionnent avec ça, ils ne fonctionnent pas sans ça. ... (MQ1)

Finalement, MQ5 s'interroge sur le bien-fondé d'une baisse de consommation dans les cas où cela serait fait drastiquement et où la personne est tout simplement dépendante.

Mais j'ai plusieurs patients qui prennent des benzodiazépines et même moi j'ai tendance des fois à renouveler chez des gens qui en prennent depuis longtemps, pis la raison est moins claire au fil des années pourquoi ils l'prennent, sauf qu'ils ont l'impression qu'st on leur arrêtaït ça, ça serait l'enfer dans leur vie ou qu'ils ont déjà tenté de l'faire pis s'sont r'trouvés avec des problème... Bon, y a l'Valium que certaines personnes prennent depuis des années, bon, certaines personnes j'les laisse à ça, y a rien à faire, on n'est pas pour négocier d'le baisser ou quoi qu'ce soit, si ils l'font pas, effectivement, il y a comme autre possibilité d'aller ailleurs pour aller voir un autre médecin aussi, alors ça m'laisse croire souvent au moins qu'on a... .. J'pas d'accord avec les gens qui vont couper drastiquement ces ordonnances-là pis leur dire "vous allez arrêter d'prendre ç a si vous voulez continuer d'me voir", ces choses-là, j'suis... j'suis vraiment pas pour parce que ça génère beaucoup d'anxiété... (MQ5)

Dans certains cas où les patients sont dépendants, les médecins jugent utiles d'intervenir pour baisser les doses ou entreprendre un sevrage complet. Dans d'autres, ils préfèrent renouveler la prescription. Il n'est pas toujours évident comment les médecins distinguent entre ces cas, mais quelques pistes émergent. Devant les patients qui refusent d'en discuter, les patients âgés, ceux atteints de maladies physiques graves, certains médecins disent adopter une attitude plus tolérante et des pratiques moins intrusives.

. Si je... j'vois qu'c'est un patient ... qui est conscient de... ces problèmes-là puis ... qui semble d'accord pour arrêter un moment donné, ben à c'moment-là... j'vais insister à chaque visite, c'est évident. Mais si ... j'en parle à un patient puis carrément il m'dit que, bon, il a besoin d'ces médicaments-là puis que je m'aperçois là qu'il... qu'il veut pas en entendre parler, ben j'insisterai peut-être pas à chaque fois, (MQ9)

. J'me sentirais pas mal sur l'plan professionnel à donner ça à des gens [âgés] pendant 10 ans d'temps, 15 ans, mais à des doses raisonnables. J'pas puriste... Parce que j'me dis si même je gèle un mal pour les 10, 15 ou 20 ans qu'il leur reste à vivre, y ont l'droit d'geler leur mal, y ont l'droit d'moins souffrir. J'suis pas sûr qu'la souffrance, au nom du puritanisme, si on peut dire, ça vaut la peine d'agir de cette façon-là. (MQ10)

. Je deviens un p'tit peu plus tolérant chez les gens qui ont des grosses maladies physiques accompagnées d'anxiété, je suis beaucoup plus compatissant et je suis beaucoup plus tolérant sur les doses à respecter.... une personne de 55-60 ans que j'ai vue tout à l'heure. Elle dit : "Vous savez, docteur, elle dit, moi, là, j'ai eu des problèmes de santé, j'ai eu des problèmes d'insomnie toute ma vie, j'ai fait une dépression, vous m'avez traitée, ça va bien, mais j'ai encore des problèmes de sommeil..." Pis là elle dit : "Je l'sais qu'en prenant un Ativan au coucher, j'vais devenir dépendante de ça, elle dit, je m'en fous, elle dit pour moi, dormir, c'est important, le lendemain que j'sois en forme, elle dit, je m'en fous complètement." Sauf que là où est-ce que ça deviendrait un

échec, si la personne au bout de deux est rendue à 4 mg par jour. là c'est un échec, parce que là on crée un autre problème. Parce que la dépendance peut demeurer stable. Mais la dépendance devient problématique lorsque t'es obligé d'augmenter beaucoup les doses, et ça c'est un échec pour moi. ... C'est sûr que si la personne est rendue à 4 ou 5 mg d'Ativan par jour, exemple, j'vais intervenir pour baisser le dosage, mais... sans plus. (MQ10)

L'entretien de la dépendance n'est pas, sur le plan pharmacologique, totalement prévisible. Les médecins disent devoir adopter diverses stratégies quant à la posologie, la dose, la substitution de molécules, etc.

. [Avec des gens en qui j'ai confiance, dont j'ai l'impression qu'ils voudront cesser], j'me sens plus à l'aise de l'prescrire un p'tit peut plus longtemps. parfois, mais c'est.... (MQ2)

. ... mais dans les cas d'anxiété, surtout des cas chroniques, pour changer des courtes actions, mettons les patients qui prennent de l'Ativan quatre fois par jour, qui prennent 10 mg quatre fois par jour, là, je vais changer plus pour un autre type à plus longue action. (MQ12)

. Là j'ai une patiente présentement, quoique c'est une dépression Mais je lui ferai remarquer "vous avez pris 60 comprimés en un mois, là, qu'est-ce qui s'passe?" ... Des fois, ce qu'ils vont nous répondre c'est "ç'am'en prend deux pour que j'aie le bon effet". ... Qu'est-ce qu'on fait dans c'temps-là? On est des fois vraiment mal pris. Des fois on est mal pris. Des fois on... on essaie... des doses minimales. Maix parfois y faut leur changer les médicaments ou ajouter quelque chose, ou d'avoir un... un consultant. (MQ11)

4.8.3 Le sevrage et ses difficultés

Pour tous les médecins interrogés, la question du sevrage se pose automatiquement dans tous les cas de consommation d'anxiolytiques, à court terme ou à long terme. MQ2 discute de ces deux situations:

. j'essaie de souligner toujours, à chaque fois que j'fais une prescription d'anxiolytiques, même si c'est 20 comprimés que j'donne pour une situation d'crise à quelqu'un qui vient au sans rendez-vous, que s'il l'prend de façon plus régulière pendant un deux, trois semaines, que j'veux pas qu'il l'arrête d'un seul coup, parce que y va avoir une insomnie rebond, y va avoir des symptômes de sevrage, qui vont peut-être être moins importants que si ça fait des mois qu'y en prend, là, mais ça fait partie de mes recommandations quand je laisse la prescription... d'avertir qu'il peut y avoir des effets secondaires comme ça en arrêtant trop brusquement, (MQ2)

. ... pour des gens qui en prennent depuis plus longtemps, on discute toujours: est-ce que vous êtes capable, vous pensez, de réduire la dose; est-ce que vous êtes prêt à essayer de diminuer, en espérant éventuellement peut-être par un sevrage, faudrait que j'vois où est-ce qu'ils en sont rendus.

Ces gens-là sont souvent des gens qui, dans leur vie, y ont jamais d'stabilité, il est toujours arrivé quelque chose supplémentaire qui pour eux justifie d'continuer l'médicament.(M Q2)

. quand j'vois que quelqu'un prend un anxiolytique de façon régulière ... c'est plutôt ... de rechercher pourquoi il prend ça puis ... j'essaie toujours... de voir si y a pas une indication ... de sevrage et puis bon... d'essayer ... de cesser ces médicaments-là, parce que je... il y a des indications à long terme, là, mais c'est quand même, limité. ...j'ai toujours dans l'idée ... de faire un sevrage, donc ... j'essaie, là, de... questionner pour les... les amener eux aussi à s'poser des questions ... ont-ils encore besoin d'cette médication-là, bon, si vraiment, l'indication première ... est encore là, si y a pas d'autres façons ... de remédier ... à leur problème, pis si on peut pas essayer ensemble, de diminuer ces médicaments-là pour même les arrêter. (MQ9)

Deux médecins insistent sur la nécessité de ne pas faire de sevrage brusque.

... l'patient il faut qu'il soit avisé de pas... pas lâcher ça d'un coup... Y a des... y a des phénomènes de sevrage importants et puis d'anxiété, de rebond, d'insomnie de rebond, évidemment... C'pour ça que quand je songe à l'arrêter chez des gens qui en prennent de façon prolongée, je songe à l'baissé de façon très progressive. (MQ6)

... [ceux] qui veulent faire le sevrage trop rapidement, ils ont... y a des gens que ça peut aller à de l'anxiété rebond, de l'insomnie rebond, des tremblements, des palpitations, et j'ai déjà vu même des gens qui prenaient six à sept... c'est rapporté disons dans littérature, exemple six à sept Ativan par jour pis qui ont arrêté d'une claque, c'est déjà arrivé qu'y en a... y en a des gens qui ont fait des arrêts ... cardiaques. ... Alors c'est pour ça... quand on fait un sevrage, faut accepter qu'ça prenne du temps. ... Moi c'que j'leur dis "ça fait longtemps qu'vous prenez ça, vous allez continuer à vivre avec c'te problème-là encore quelques mois, parce qu'on fait ça convenablement". (MQ10)

. Un autre problème aus si, ce sont ceux qui font des convulsions ... sur des sevrages, parce qu'y en a qui en prennent assez pour ça. (MQ8)

Il ressort clairement des propos de ces médecins que le sevrage des anxiolytiques est un processus long et difficile, parfois impossible. D'abord, il faut composer avec les désirs des patients.

. J'essaie de voir, bon, ben ça c'est une pilule de trop. Mais souvent leur idée c'est "ben celle-là, je la veux, tu peux peut-être m'en couper d'autres, là, mais pas celle-là, là". C'est assez difficile, là, t'sais, la relation qu'y faut essayer de vraiment établir. (MQ3)

. Faut qu'le patient veuille. Y en a qui veulent absolument pas, y a trop d'années qui sont la dessus. Ils ont c'qu'y veulent, si tu les déstabilises trop ... C'est correct de vouloir le faire mais tu peux le rendre plus malade. Lequel qui est le pire? Un moment donné, tu vas peut-être être plus tolérant.

Mais si t'avais vu... Lui j'en parle parce que ça fait au moins trois fois qu'y rentre à l'hôpital, puis chaque fois, le médecin fait pour bien faire, à l'hôpital, mais ça lui provoque une psychose. Qui est pas juste due à ça. mais c'est de compliquer d'une façon irraisonnable juste pour l'amour de dire, "moi j'vais être puriste, j'vais lui enlever c'médicament-là, parce que techniquement c'est pas bon d'lui donner." Il y a des situations où c'qui faut qu'tu t'erves de ton jugement pour savoir c'qui est le moindre mal. Mais ça veut pas dire qu'c'est bon. (MQ1)

... les gens, quand on essaie d'les sevrer d'ces médicaments-là, on a une grosse, grosse réticence, là, beaucoup qui... qui veulent continuer à les prendre. (MQ11)

Dans la pratique, le sevrage des anxiolytiques s'étend donc parfois sur plusieurs années. Dans l'extrait suivant, une médecin parle du cas d'une femme qui prenaient du Xanax depuis trois ou quatre ans:

. Moi j'ai une patiente qui est... dans l'temps que j'pratiquais à Rimouski, qui était sous Xanax pis j'avais réussi à la passer à une dose qu'elle prenait... elle prenait combien... 4 mg par jour, pis quand j'ai... quand j'ai fini avec elle trois ans plus tard, elle était rendue à 1 mg par jour, ç'a pris trois ans pour baisser ça. (MQ11)

. Une dame qui prenait des doses phénoménale de Halcion puis de Serax, des narcotiques, que j'ai sevrée, mais ç'a pris un an et demi à la sevrer partiellement. ... J'ai changé d'anxiolytique, j'ai changé de médicament, j'ai d'abord diminué le médicament puis après ça je l'ai changé pour Rivotril ... puis là je suis rendue à une dose stable. (MQ12)

. Mais y a certains patients chez qui c'est difficile de sevrer ça complètement, on les continue. (MQ2)

. En centre d'accueil, c'est plus problématique parce que souvent les patients [prennent] des sédatifs ou des anxiolytiques qu'y ont depuis des années. Là c'est quasiment impossible de les sevrer. ... Les patients qui ont déjà utilisé ça de façon chronique, on est obligé de poursuivre ces médicaments-là. (MQ12)

. J'ai offert parfois à certaines personnes de tenter d'les sevrer sur une période de plusieurs semaines en diminuant leur dose progressivement. Par exemple, si vous avez des gens qui prennent... bon, j'avais une dame au Lectopam 6... deux fois par jour, assez âgée, j'ai essayé d'la faire passer à 6 le matin, trois l'après-midi, vraiment essayé d'réduire très, très progressivement sur quelques semaines. Très rarement ça finit par fonctionner. Un moment donné, ils réussissent à baisser leur dose; là il arrive quelque chose dans leur vie qui fait oups! ils ont comme l'impression qu'il faut qu'ils les r'prennent. (MQ5)

. J'me sens inconfortable de renouveler systématiquement ça. parce qu'on s'fait quand même aviser assez régulièrement qu'les médicaments chez les personnes âgées sont chargés, les benzodiazépines sont chargés, mais c'est pas aussi facile que ces écrits-là nous l'disent de pouvoir se débarrasser de ça dans une situation qui est bien précise. ... T'sais, un moment donné, je... moi je l'identifie, je l'identifie parfois à ma liste de problèmes, une dépendance aux benzodiazépines, par exemple, mais en général des fois je... je marque que je l'ai abordé ou qu'ça va être à aborder éventuellement, mais c'est... c'est malheureusement pas toujours une priorité, ça. J'ai pas l'réflexe gériatrique, eux, que certains gériatres ont quand y voient ça, là, c'est d'sortir ça au plus sacrant du profil médicamenteux. Ici on voit ça, souvent, y essaient d'faire le ménage des médicaments pis j'pense c'est fort justifié ; mais en bureau, c'est un peu plus difficile de faire ça. (MQ5)

. ... au début ... j'voulais faire des sevrages plus... comment j'pourrais dire... de façon plus fréquente ou en tout cas sans donner vraiment du temps au patient... peut-être qu'avec le temps, comme j'ai dit, on en discute plus puis, bon, c'est plus quand l'patient est prêt. Mais... j'ai toujours fait attention avec ce genre de médicaments-là, ça confirme juste c que j'savais, là... parce que la pratique pis la théorie, c'est deux. (MQ9)

4.9 Conclusions

4.9.1 Les indications de la prescription d'anxiolytiques

Tous les médecins généralistes de cet échantillon sont d'avis qu'il existe une première indication principale pour la prescription d'anxiolytiques: une crise situationnelle qui engendre - ou non - de l'anxiété et de l'insomnie. Le deuil est fréquemment mentionné. Une seconde indication ressort des commentaires des médecins: lorsque le médecin juge qu'il existe un manque d'alternatives à la médication (particulièrement à cause de la situation économique du patient) ou aux difficultés de sevrage. Une troisième indication, qui comprend encore les difficultés de sevrage, est celle du traitement des patients qui présentent un portrait de souffrance ou de détresse chronique.

4.9.2 Les styles et types de prescription

À l'intérieur de ces grandes indications perçues, les médecins ne s'entendent pas nécessairement sur les indications précises à chaque médicament. Parmi les molécules prescrites, les benzodiazépines à demi-vie intermédiaire prédominent. Peut-être parce qu'il existe seulement quelques benzodiazépines avec très mauvaise réputation, un consensus s'observe plutôt de quelques anxiolytiques à ne pas prescrire.

Les médecins disent prescrire les anxiolytiques différemment à différents types de patients. Les patients qui consultent régulièrement au bureau privé, lors d'entrevues plus longues et fouillées, ne sont généralement pas les mêmes que ceux qui consultent de manière plus impersonnelle à l'hôpital et qui sont vus en quelques minutes. Pourtant, quel que soit le type de patient, il semble que tous les médecins, même ceux qui estiment la psychothérapie indispensable pour régler les problèmes des patients, disent initier une prescription (visant le court terme) si le patient présente les signes d'anxiété ou d'insomnie appropriés.

4.9.3 L'impact des nouveaux antidépresseurs

Bien que nous n'ayons pas fouillé ce thème avec les médecins, les commentaires de plusieurs laissent supposer que l'arrivée relativement récente des antidépresseurs ISRS continuera de modifier substantiellement les prescriptions aux patients présentant des symptômes d'anxiété. Les indications des anxiolytiques se rétrécissent alors que s'élargissent celles des ISRS. Des quatre médecins ayant discuté ce sujet, trois prescrivent simultanément un ISRS et un anxiolytique aux mêmes patients. L'anxiolytique apparaît comme traitement de l'insomnie, l'ISRS étant plutôt vu comme traitement - à court ou à long terme - pour les symptômes plus profonds, qu'ils soit dépressifs ou anxieux.

4.9.4 Les sources d'information sur les anxiolytiques

Les sources d'informations principales sur les anxiolytiques identifiées le plus fréquemment par ces médecins sont les échanges informels avec collègues, surtout les psychiatres. En deuxième lieu, les médecins identifient les articles de revues générales ou professionnelles. Les commentaires des

médecins nous suggèrent que les représentants pharmaceutiques sont des visiteurs assez fréquents mais que les anxiolytiques, produits anciens, ne figurent pas parmi les médicaments activement promus par ces visiteurs. Les opinions sur ces représentants sont variées, allant d'un médecin qui les considère comme sa première source d'information à un médecin qui évite les colloques de formation médicale permanente à cause de l'influence de l'industrie pharmaceutique.

4.9.5 L'utilité et l'efficacité des anxiolytiques

Presque tous les répondants estiment que les anxiolytiques sont utiles et efficaces pour l'indication première de la prescription d'anxiolytiques, la crise situationnelle. Pour certains, cette utilité provient du soulagement temporaire des symptômes d'anxiété ou de l'insomnie, soulagement qui permettra au patient d'essayer de régler le problème avec d'autres moyens.

Chez presque tous les répondants, par contre, la mention du danger de l'accoutumance vient immédiatement nuancer l'évaluation positive de l'efficacité à court-terme. Finalement, lorsqu'ils parlent du traitement de longue durée, les médecins sont moins enthousiastes ou nettement plus pessimistes.

Selon les réponses de nos répondants, les deux critères principaux d'un traitement aux anxiolytiques réussi sont la réduction des symptômes initiaux dans une période courte (quelques semaines au plus) et la capacité du patient à se passer du médicament dès cette période terminée. Les critères d'un échec sont moins liés à l'inefficacité du médicament (à réduire les symptômes) qu'à une consommation du médicament qui se prolonge indéfiniment.

4.9.6 La définition générale de l'effet secondaire

Lors d'une première question sur la définition générale d'un effet secondaire, les réponses exprimaient l'idée que c'est un effet indésirable parce que néfaste ou désagréable, ou non recherché. Les réponses se sont graduellement élargies pour intégrer, dans la définition générale, des données comme les jugements subjectifs des patients quant au degré de nocivité, la distinction entre les effets connus et les effets imprévisibles.

Certains médecins estiment que les effets secondaires sont imprévisibles, d'autres qu'ils sont bien prévisibles et constituent parfois simplement un degré inacceptable d'un effet primaire du médicament. D'autres médecins sont d'avis que l'effet secondaire n'est pas nécessairement néfaste ni indésirable, que l'efficacité même du médicament découle de son effet "secondaire". Cela dépend des circonstances ou des buts du traitement. Un des répondants parle de "l'effet secondaire primaire" et de "l'effet secondaire non primaire".

Plusieurs répondants, en terminant, insistent sur le fait que les effets secondaires, en soi, sont d'une importance mineure, puisqu'ils contiennent une composante psychologique appréciable et que même des placebos peuvent en induire régulièrement.

4.9.7 Les e.s.a. observés et les réactions des médecins aux effets graves

Les médecins ont fourni de nombreux exemples d'effets secondaires des anxiolytiques. plusieurs faisant la distinction entre les effets généraux et les effets observables particulièrement chez les personnes âgées. La somnolence, la perte d'équilibre, la confusion, les pertes de mémoire et le delirium sont parmi les effets les plus fréquemment mentionnés, en plus de la dépendance ou l'accoutumance. Il est intéressant de noter les difficultés de trois médecins à intégrer dans la panoplie d'effets secondaires aux anxiolytiques rapportés par leurs propres patients, les tremblements - compte tenu que ces médicaments ont des propriétés myorelaxantes.

Les médecins utilisent diverses manières pour détecter les effets néfastes des anxiolytiques chez leurs patients. Certains suggèrent que les patients ont tendance à rapporter spontanément ces effets, d'autres que les patients ne sont pas normalement portés à le faire, de manière générale parce qu'ils sont intéressés à continuer la consommation ou lorsqu'il s'agit d'effets délicats comme la baisse de libido. Pour des raisons liées à la durée de la consultation, à l'ignorance des patients, à leur degré de dépendance au médicament, etc., les médecins sont généralement d'avis qu'il faille interroger les patients. Mais certains sont réticents à le faire directement ou en trop de détail, à cause d'effets de suggestion chez des patients chroniquement anxieux. Le thème de la détection des effets secondaires soulève plusieurs questions chez les médecins, à propos des particularités des anxiolytiques, de la relation médecin-patient, des patients accoutumés.

Sept médecins ont observé durant leur carrière un ou plusieurs patients ayant souffert d'effets ou d'accidents "graves" suite à la prise d'anxiolytiques ou à leur sevrage. Dans deux cas, les patients en sont morts (incluant un suicide). La nature et l'intensité des effets rapportés varient, mais ceux-ci constituent dans l'essentiel des réactions de delirium et de confusion chez des personnes âgées. Bien que tous ces médecins aient indiqué que l'effet observé fut discuté informellement entre collègues ou parfois avec le pharmacien de l'hôpital, aucun n'a entretenu l'idée de le rapporter à une autorité de pharmacovigilance ou même d'en publier une description. Les médecins estiment qu'un effet "connu" ne devrait pas être rapporté, que la procédure de notification est probablement trop lourde, que leur propre estimation de la relation causale entre médicament et effet néfaste suffit, ou tout simplement qu'il n'y ont jamais pensé.

4.9.8 La dépendance et les difficultés de sevrage

Les médecins distinguent entre différents types de patients qui peuvent être plus enclins à développer ce problème et identifient les différentes stratégies utilisés par ces patients. Il y a les patients qui magasinent pour un médecin sympathique, ceux qui soulèvent discrètement la question du renouvellement de la prescription à la fin de l'entretien, ceux qui inventent des excuses, finalement les jeunes patients polytoxicomanes.

Tous les médecins de cet échantillon voient régulièrement des patients qu'ils considèrent comme manifestement dépendants aux anxiolytiques. Ils se retrouvent donc tous à renouveler les prescriptions d'anxiolytiques pour ces individus, situation qui laisse certains médecins ambivalents sinon perplexes. D'un côté, ils expriment clairement l'idée qu'ils sont fournisseurs attirés de la

drogue de dépendance: d'un autre. ils se disent satisfaits que les patients reviennent les voir et qu'ils peuvent ainsi exercer un certain contrôle sur la consommation.

Ces situations interpellent les médecins. Ils sont d'accord avec le principe que la dépendance devrait être évitée à tout prix mais ils mettent en garde contre le désir de "toucher" aux patients dépendants par simple purisme. Certains évoquent de graves dangers qui peuvent survenir lors de sevrages mal réfléchis, comme des réactions systémiques alarmantes et d'autres rationalisent leur décision de ne pas intervenir en évoquant le fait qu'un psychiatre a entériné la prescription.

Pour les médecins interrogés, la question du sevrage se pose automatiquement dans tous les cas de consommation d'anxiolytiques, à court terme ou à long terme. Mais ils préfèrent parfois renouveler la prescription. Devant les patients qui refusent d'en discuter, les patients âgés, ceux atteints de maladies physiques graves. certains médecins semblent adopter une attitude plus tolérante et des pratiques moins intrusives. Il ressort clairement des propos de ces médecins que le sevrage des anxiolytiques est un processus très long et très difficile, souvent même impossible. Il faut composer avec les désirs des patients, il faut développer des stratégies de substitution de médicaments et de modification des posologies, il faut s'attendre à ce qu'une baisse de la dose de moitié ou plus puisse parfois prendre plusieurs années.

CHAPITRE 5

LES MÉDECINS FRANÇAIS

5.1 Les sources d'information sur les anxiolytiques

Au cours de l'entretien d'enquête, il fut demandé à chaque médecin de l'échantillon d'identifier, parmi une série de sources d'information courantes sur les médicaments anxiolytiques, les sources les plus importantes pour lui. Dans un deuxième temps, il lui était demandé de classer ces sources par ordre d'importance. Compte tenu de la relative précision de la question, les commentaires adjacents furent peu nombreux et la totalité des médecins enquêtés accepta de procéder au classement. Lorsque certains items étaient abandonnés car considérés comme trop peu importants pour être classés, ce qui a été extrêmement rare (2 médecins sur 15 n'ont pas procédé au classement jusqu'au bout) nous avons affecté uniformément le rang 8 aux items délaissés.

Les résultats du classement se présentent ainsi

tableau 5.1

Libellé des items	Rang moyen	Ecart-type
formation avant la thèse	6,3	2,7
congrès, colloques et sessions de formation continue	3	1,9
visiteurs des laboratoires pharmaceutiques	4,3	1,8
manuels et ouvrages médicaux spécialisés	5,2	1,9
expérience clinique personnelle	1,6	0,9
échanges et consultations auprès de collègues	4,9	1,6
revues scientifiques et professionnelles	3,8	1,2
publicité et/ou matériel informatif et promotionnel fourni par les laboratoires pharmaceutiques	6,5	1,4

Lors de l'exploitation statistique et qualitative de cette question, il est apparu un fort consensus des personnes enquêtées pour mettre en bonne place l'expérience clinique personnelle et la Formation Médicale Continue orale et écrite (lecture des revues). La grille de propositions du guide d'entretien français avait fait une place spéciale au visiteur médical et n'avait pas isolé le "Vidal", équivalent formel du Compendium Canadien (le qualificatif "formel" devant être pris au sens fort car il n'y a pas d'équivalence de qualité et de fiabilité). Ces deux choix ont été validés *a posteriori* par les médecins français, d'une part parce que la place et l'importance du visiteur médical a été reconnue, distinctement des actions promotionnelles des laboratoires pharmaceutiques, d'autre part parce qu'il n'a pas été fait mention du Vidal bien que ceux qui y pensaient aient pu mentionner l'item (d) "manuels et ouvrages médicaux spécialisés".

Un seul profil s'est particulièrement distingué (MF13) par la première place accordée à la formation avant la thèse et la 2ème accordée conjointement aux visiteurs médicaux et à la publicité pharmaceutique. Il s'agit du médecin le plus jeune de l'échantillon, l'effectif de ce dernier ne permettant aucune interprétation plus générale.

5.2 La prescription des anxiolytiques

Il existe une assez forte homogénéité de l'échantillon français sur cette question.

Les anxiolytiques sont prescrits aux anxieux. C'est la réponse la plus courte, mais aussi la plus stéréotypée et la plus défensive. L'étymologie même du nom de cette classe de médicaments aide à afficher cette réponse-réflexe. Si l'anxiété reste le mot-clé essentiel, il est vrai que les "tableaux" de prescription se déclinent différemment.

5.2. La problématique générale des indications

Avant même de répondre dans le détail à la question parfois posée en deux étapes "*Pouvez-vous me dire dans quelles circonstances vous prescrivez un traitement aux anxiolytiques? Selon quelles indications?*", les médecins enquêtés ont adopté une perspective générale, une sorte de "problématique des indications". Ils ont d'emblée adopté un ton mono-thématique, ou bi-thématique ou pluri-thématique, selon qu'ils ont voulu donner avec force le sentiment.

* ou bien, qu'il n'y avait qu'une seule catégorie largement majoritaire d'indications des anxiolytiques, même si, parfois, ils ont admis ultérieurement l'existence de rares prescriptions qui échappaient à l'indication maîtresse ;

* ou bien, qu'il y avait essentiellement deux situations, opposées ou contrastées, de prescription;

* ou enfin, qu'il y avait une multiplicité de raisons ou de situations qui pouvaient mener à la prescription.

Dix médecins relèvent d'une approche monothématique ; 3, d'une approche bi-thématique; 2, d'une approche pluri-thématique. L'importante proportion de médecins qui exposent une problématique unique centrée sur l'anxiété est l'une des manifestations de homogénéité de l'échantillon. Il y en aura d'autres, notamment liées à la notion de "demande du patient".

La première phrase prononcée juste après la question de l'enquêteur révèle bien, à la fois, la nature de la thématique dans laquelle on va entrer et la force explicative accordée, soit à la notion d'anxiété, soit à la demande du patient.

Rappel : "*Pouvez-vous me dire dans quelles circonstances vous prescrivez un traitement aux anxiolytiques?*"

les monothématiques :

. *Quand ils en ont besoin, j'allais dire ! ... (MF2)*

. *Chez l'anxieux! ... C'est tout ce que je réponds!... Chez l'anxieux! (MF4)*

. *Lorsqu'il y a des manifestations d'anxiété... (MF5)*

- . *Il s'agit de gens qui viennent consulter pour anxiété, c'est relativement simple! (MF6)*
- . *C'est quand on se trouve devant un malade qui est perturbé psychologiquement et qu'il demande un traitement pour essayer d'en sortir... (MF7)*
- . *De moins en moins...quand je ne peux pas faire autrement... (MF8)*
- . *- Purement anxiolytique? - Purement anxiolytique! -Eh bien, dans le cadre de l'anxiété!... (MF9)*
- . *Dans le cas de l'anxiété, évidemment !... (MF10)*
- . *Je prescris un anxiolytique quand l'anxiété devient néfaste (...) car je respecte l'anxiété. (MF11)*
- . *Je prescris des anxiolytiques quand j'ai, en face de moi, quelqu'un qui a une anxiété, une anxiété-maladie. (MF14)*

les bi-thématiques :

- . *Alors, il y a le traitement long et il y a le traitement court ... (MF3)*
- . *Alors,...deux indications qui me paraissent évidentes, après interrogatoire, - surtout interrogatoire - et examen clinique, toujours... (MF13) (cf. 2.3.1 infra)*
- . *A priori quand j'ai un patient qui se plaint de phénomènes d'anxiété. (MF15)*

les pluri-thématiques :

- . *Il peut y avoir plusieurs circonstances... (MF1)*
- . *Alors ? Vous posez des questions hyper-floues, comme ça, tout le temps ? (MF12)*

5 Les sous-catégories diagnostiques de l'anxiété

5.2.2.1 Ceux qui n'y entrent pas

Certains médecins résisteront au découpage analytique de la notion d'anxiété.

- . *- Chez l'anxieux ,quand je sens qu'il va en avoir besoin, se bornera à dire MF4.*
- . *(Même en admettant la présence d'un état dépressif associé), ... il faut qu'il y ait anxiété pour prescrire un anxiolytique (MF5).*

. *C'est tout le problème : où commence la perturbation et où elle finit ? C'est en fait selon l'intensité de souffrance psychologique qu'il peut y avoir. (MF7)*

. *... quand (...) leur souffrance est manifeste, souvent due à une anxiété énorme ou à des difficultés de la vie (qui) entraînent une forme particulière de fonctionnement du cerveau (qui) (...) fait qu'on s'inquiète pour un rien et c'est une véritable souffrance....(MF9)*

Mais la plupart considèrent comme évidente la duplicité du phénomène d'anxiété.

5.2.2.2 Un espace diagnostique bipolaire

Les deux sous-catégories les plus actives dans le discours des médecins sont alors, d'une part, l'anxiété fondamentale, endogène, de longue durée, et l'anxiété passagère, réactionnelle, liée au passage d'un "cap difficile".

Ils s'expriment peu sur la première sinon pour évoquer sa gravité, ou la force de la demande du patient.

. *... des indications vraies, des gens qui font une agoraphobie, des choses beaucoup plus manifestes, quoi!...(là) en général, c'est eux qui demandent. (MF6)*

. *(je prescris)...souvent dans les anxiétés réactionnelles(...) car je sais que c'est transitoire. Quand c'est des anxiétés qui sont endogènes ou qui sont dues à des facteurs qui n'ont rien à voir avec la réalité, j'y vais tout doucement, parce qu'on est parti pour des années... (MF8)*

L'anxiété réactionnelle, liée ou non à des signaux dépressifs est mieux décrite:

. *des gens qui ont perdu leur travail(...) qui sont débordés par les événements(...) par exemple, des attaques de panique. (MF3)*

. *résultats d'examen (...) peur de ceci, peur de cela, peur de l'échec, peur de la perte du boulot, des trucs très concrets. (MF8)*

. *les gens qui sont très angoissés, très anxieux, qui ont des difficultés dans la vie sociale, dans la vie de tous les jours, qui ne peuvent pas surmonter leur angoisse seuls, (...) je les revois plusieurs fois avant de mettre un traitement anxiolytique, enfin j'essaye...c'est pas toujours facile...Les patients qui ont des difficultés passagères (...)un examen, une séparation, un divorce, bon...j'essaye d'abord d'en parler. (MF10)*

. *(je prescris) dans des situations de stress. ou dans ses problèmes dépressifs, des circonstances. en général, d'anxiété liée au travail, au chômage, ou à des problèmes familiaux, des décès, des divorces, des... voilà des choses comme ça! ... (MF12)*

Trois médecins de l'échantillon se situent bien dans la problématique de cette opposition, mais ils préfèrent insister sur la distinction entre anxiété pathologique ou normale, et seule compte la première.

. ... *dans le cas de l'angoisse inhibitrice, on a dépassé l'anxiété pure, dit MF11, mais pour lui, l'angoisse pathologique n'est pas forcément de longue durée, ni endogène. La preuve en est, la nature des exemples donnés:*

. *celui qui a brutalement des troubles du sommeil(...) passages d'examens, difficultés relationnelles dans son entreprise ou son administration (...) mère de famille inquiète pour ses enfants ou sa famille ... (MF11).*

. *(Il s'agit de traiter) l'anxiété-maladie, pas la petite angoisse passagère!... (MF14).*

MF15 distingue *l'anxiété forte ou très forte, le truc caractéristique(...) et, à l'autre bout, la petite anxiété passagère, le petit moment d'angoisse, le cap difficile, pour aller, je ne sais pas... passer un examen, même.... (MF15).*

On constatera que l'utilisation du nom "anxiété" renvoie, pour la plupart des médecins, comme pour le dernier cité, à un registre de la pathologie, alors que MF11 utilise le mot "angoisse" pour désigner un degré de gravité à prendre en considération. Voici comment il s'en explique:

. *L'anxiété est un moteur. Je donne souvent cet exemple à mes malades : vous êtes sur le bord du boulevard. Si vous êtes anxieux, vous allez regarder à gauche et à droite pour savoir s'il n'y a pas de voitures qui arrivent, et puis vous traverserez (...) Si vous êtes non anxieux, vous allez vous faire écraser car vous n'aurez pas peur de la voiture. Et si vous êtes angoissé, vous resterez sur le trottoir. Donc l'angoisse est une forme majeur d'anxiété. On a dépassé l'anxiété pure, on passe dans le domaine de l'angoisse inhibitrice. (MF 11)*

5.2.2.3 Troubles somatiques et insomnies

D'autres sous-catégories apparaissent de façon plus aléatoire et plus minoritaire.

Il est intéressant de noter la convergence mais aussi la diversité des exemples de somatisation cités par les médecins:

. *troubles fonctionnels(...) somatisation(...) troubles du sommeil(...) asthénie... (MF1)*

...principalement quand ils sont anxieux et quand ils ont des problèmes somatiques relatifs à leur anxiété (...) céphalées (...) gastralgies(...) maux de ventre(...) perte de connaissances (...) neurotonie, spasmophilie entre guillemets... (MF2)

. ... hypotension labile(...) tachycardie(...) spasmophilie tétanique(...) insomnies(...) colopathies récidivantes(...) sensations d'asthme... (MF6)

. ... signes psychosomatiques(...) asthme(...) douleurs musculaires(...) ulcères(...) gastrites(...) toux rebelles(...) difficultés à avaler(...) boule dans la gorge... (MF7)

. ... problèmes intestinaux (...) diarrhées (...) tachycardie ou plutôt palpitations(...) prurit(...) troubles de l'endormissement... (MF13)

5.2.2.4 L'anxiété liée à la dépression;

Quatre médecins sur quinze mentionnent la dépression et ses liens avec l'anxiété.

. (circonstances de prescription)...soit l'anxiété simple, soit encore le syndrome dépressif (MF5)

. ... les symptômes psychosomatiques qui se...la dépression se manifeste comme cela, peut-être d'ailleurs que c'est aussi bien qu'elle se manifeste comme ça, que de se manifester par une dépression pure et simple.(...) C'est rare qu'il n'y ait pas d'anxiété dans la dépression et puis c'est rare que les anxieux profonds ne soient pas dépressifs, si bien qu'en fin de compte, c'est des termes (...) pas très différents, quoi!, sauf que l'anxiété c'est une forme de dépression et que les dépressions couvrent toutes sortes de pathologies mentales. (MF7)

. ...et puis, évidemment, dans les traitements de la dépression au départ, donc quand c'est des grandes dépressions anxieuses, j'associe un anxiolytique pendant les huit-dix premiers jours (...) (et) pendant plusieurs mois, un traitement antidépresseur seul suffit. (MF13)

. l'anxiété forte ou très forte, le truc caractéristique (...) qui est l'apanage aussi de la dépression. (MF15).

5.2.2.5 L'anxiété liée à l'âge;

L'anxiété liée à l'âge est encore plus rarement mentionnée.

. ... chez les personnes âgées, oui, chez les personnes âgées, par exemple, en début de...de...de...début de démence, par exemple. Donc, les patients sont très angoissés parce qu'ils sentent qu'ils perdent leurs facultés. C'est arrivé aussi d'être obligé donc de calmer un petit peu cette angoisse... (MF13)

5.2.3 Les sous-catégories de contextes de prescription

Comme on l'a vu, le diagnostic d'anxiété ou le diagnostic sur la nature de l'anxiété est désigné comme origine de la prescription ou comme origine des modulations de la prescription. A côté de cette démarche classique subsistent, sans s'y substituer, des réponses qui font d'emblée la distinction des contextes de prescription et relient ensuite ces contextes à la nature des troubles.

Deux oppositions structurent ce champ discursif parallèle: d'une part, la prescription demandée par le patient opposée à celle qui est décidée par le médecin; d'autre part, le traitement court opposé au traitement long (pour ne pas dire: "à vie").

5.2.3.1 Décision médicale et demande du patient

L'opposition entre la demande du patient et la décision médicale est la mieux exprimée par MF13 qui avait mentionné les "*deux indications* dès le début de sa réponse (cf. 2. 1 supra):

. Soit à la demande du patient, c'est-à-dire un patient qui arrive et qui est manifestement très anxieux...pour certaines raisons...on avance toujours des raisons. Ou, une deuxième indication, c'est quand moi, je peux le juger nécessaire, devant un patient qui vient pour autre chose mais qui présente une maladie qui peut être organique et qui est très liée à son état d'anxiété. (MF13)

On prescrira des anxiolytiques au vu des symptômes et des plaintes du patient, que ces éléments d'appréciation soient organiques ou non.

. C'est eux qui viennent avec des symptômes, qui veulent un traitement pour leurs symptômes et on essaie de leur faire prendre conscience qu'il y a peut-être autre chose...que ce qu'ils expriment. Ils ne sont pas forcément d'accord. (MF6)

La demande explicite du patient est acceptée ou détournée.

. D'abord, il peut y avoir une demande du patient, c'est le plus souvent le cas d'ailleurs (...) souvent même (une demande de) quelque chose de bien précis. (MF1)

. Ou alors, quelquefois, quand c'est eux qui me le demandent aussi(...) Ca peut être un renouvellement, ça peut être pour passer un mauvais cap. (MF4)

. Quand je vois quelqu'un de nouveau qui a un tempérament anxieux et qu'il réclame des trucs, je ne lui donnerai surtout pas de benzodiazépines Je ne commencerai pas par là.

- Vous commenceriez par quoi ?

- (...) des trucs à base d'aubépine, de passiflore, de pervenche, des trucs comme cela... (MF8)

La demande indirecte du patient est tout aussi difficile à esquiver.

. Ils viennent rarement me dire qu'ils ont besoin de tel médicament. Ils disent : "J'ai besoin que vous m'aidiez", et, dans ces cas-là, pour eux-mêmes, c'est forcément médicamenteux ou alors, ils vous disent: "Ça m'est arrivé, il y a 5 ans,... 4 ans, et, à l'époque, on m'avait donné ceci". Voilà... (MF13)

5.2.3.2 Traitement court et traitement long

Traitement court et traitement long sont deux catégories très structurantes des problèmes posés par la clientèle. Le traitement court convient pour l'angoisse passagère et, pour certains, possède ses propres formes pharmaceutiques ou dosages. Mais en ce point, les doctrines ne sont pas homogènes.

...moins de six semaines, il s'adresse à des jeunes qui ont un cap difficile à passer. (MF3)

. Ce sont des gens âgés dans des traitements continus et des jeunes gens dans des traitements courts, en général!...(MF4)

. Oui c'est vrai, il faut donner un traitement de choc quand un type est anxieux parce qu'il va passer un examen ou attendre un résultat, là je donne un traitement de cheval, sachant que cela ne va pas durer longtemps. (MF8)

. ... quelquefois on en prescrit pour une circonstance très ponctuelle (...) et à ce moment-là, on utilise une forme très particulière, la forme sublinguale. (MF14).

....la petite anxiété passagère, je prescris souvent Lexomil, un petit quart, comme ça, en ambulatoire, pour passer le cap difficile, pour aller, je ne sais pas...passer un examen, même....(MF15).

Le traitement long n'est jamais mentionné comme ayant été initié par celui qui nous parle. Les médecins de l'échantillon évoquent seulement l'incontournable prescription de renouvellement à des consommateurs au long cours.

. souvent c'est des renouvellements de l'ordonnance. (MF1)

. Le traitement anxiolytique long est surtout un traitement de renouvellement pour, je dirais, les mamies, les personnes plus ou moins âgées qui arrivent à supporter la vie grâce au traitement anxiolytique. (MF3)

. ... autrement, autrement, je renouvelle quand c'est foutu...quand l'habitude est prise, quand le patient est complètement "accro", on est foutu, donc je continue à prescrire.(MF8)

. *Ça arrive aussi que je renouvelle à des gens qui ont des traitements depuis longtemps (...) mais j'insiste toujours pour qu'on envisage de les arrêter un jour... (MF10)*

5.2.3.3 Traitements associés

Les mentions de produits associés sont très rares et le traitement associant plusieurs psychotropes n'est jamais opposé au traitement par anxiolytique seul. Les approches sont ici très pragmatiques.

. *Avec les anciens antidépresseurs, on donne antidépresseur plus anxiolytique pour éviter...des passages à l'acte...(MF7)*

. *quand c'est des grandes dépressions anxieuses, j'associe un anxiolytique pendant les huit-dix premiers jours (...) (et) pendant plusieurs mois, un traitement antidépresseur seul suffit. Quand les gens sont très angoissés, déjà c'est une précaution. Souvent, bon...(les laboratoires) disent quelquefois "pour éviter un passage à l'acte quand les gens sont très anxieux, il faut prescrire des anxiolytiques". Donc déjà c'est une couverture, je dirais... pharmacologique. Sauf, certains antidépresseurs où ils vous disent, "c'est pas utile parce qu'il y a une action anxiolytique par la molécule elle-même". Mais souvent (...) parce que le traitement antidépresseur met du temps à agir, et qu'on sent que c'est quand même très urgent, on les aide un petit peu avant quoi!...(MF13)*

5.2.4 Discussion

Au premier abord, l'espace diagnostique et thérapeutique de l'anxiété paraît cohérent et bien organisé. Mais les capacités d'orientation du médecin prescripteur dans cet espace sont parasitées par des éléments qui lui sont exogènes. Il y a des "bruits" qui perturbent les signaux de la leçon apprise sur les anxiolytiques. Paradoxalement ces bruits se manifesteront parfois par des silences dans le discours du médecin généraliste.

Il y a d'abord une perturbation manifeste créée par la masse des traitements de longue durée. La demande du patient pour un renouvellement d'ordonnance est ici désignée comme un élément déterminant. La décision médicale n'est alors abordée que sous l'angle des désavantages d'une non-prescription : la souffrance du sevrage; et son "non-dit": la perte d'un client. C'est dire qu'elle ne fait pas état d'un diagnostic qui serait cohérent avec le discours de la "leçon", sur la gravité de l'état anxieux et de ses manifestations.

La cohérence entre discours diagnostique et décision thérapeutique voudrait qu'il y ait prescription dans les cas d'anxiété pathologique de longue durée et non-prescription dans les cas d'anxiété passagère réactionnelle. Et d'ailleurs, de rares médecins disent s'y tenir (MF10, MF11). Mais, pour la grande majorité, dans le cas de l'anxiété passagère réactionnelle, outre le parasitage créé par l'éventuelle demande explicite et immédiate du patient, il y aura, au sein même de la sous-catégorie, réinstauration, comme par déplacement, d'une bipolarité entre le normal et le pathologique. Et finalement, toute anxiété passagère réactionnelle pourra se retrouver dans le pôle pathologique grâce au renfort des "manifestations" d'anxiété et de leur transformation en plainte par le sujet-patient.

Cette démarche ressemble donc beaucoup à un consonance construite a posteriori entre d'une part une décision thérapeutique, première chronologiquement, surdéterminée par des éléments extérieurs et, d'autre part, un schéma diagnostique qui, primitivement et théoriquement n'autorisait pas la prescription d'anxiolytiques, mais possède une bonne flexibilité.

L'absence de référence au psychiatre ou à la spécialité psychiatrique dans la catégorie de l'anxiété endogène grave est également significative de l'existence d'une catégorie "creuse", présente dans le discours, mais faite de patients dont on ne parlera pas. Par exemple, un seul médecin (MF10) mentionnera l'existence de renouvellements de prescriptions initiées par des psychiatres, alors que, nous le savons, leur existence est certaine. Ce silence sur l'approche psychiatrique des anxiétés pathologiques trahit la gêne à aborder les problèmes posés au généraliste par la gestion des patients psychiatriques au long cours, itinérant, souvent de leur propre chef, entre psychiatre et généraliste, patients dont l'existence est pourtant bien connue (cf. l'enquête sur les patients ici-même).

Enfin, si la catégorie des troubles somatiques créés par l'anxiété est, comme nous l'avons vu, assez fournie. on est frappé par l'absence de contenu étiologique qui pourrait accompagner ces évocations. La pauvreté des énoncés est ici à mettre en rapport avec le manque d'outils conceptuels en psychologie. Mentionnons, par exemple, qu'aucun des médecins enquêtés n'a prononcé le mot "névrose", ni n'a fait référence à la notion d'hystérie, contrastant avec la bonne volonté de certains à envisager les problèmes de la "*spasmophilie tétanique*", dont nous apprendrons, dans l'enquête auprès des patients qu'ils sont dus à une impossibilité de "*fixer le magnésium*".

5.3 Les avantages des anxiolytiques

5.3.1 L'efficacité

L'efficacité des anxiolytiques est une notion globalement plébiscitée par les médecins de l'échantillon. Les nuances d'appréciation de cette efficacité apparaîtront lorsque les locuteurs insisteront sur le caractère *symptomatique* des succès obtenus, ou lorsqu'ils indiqueront les *conditions* d'efficacité des traitements ou encore lorsqu'ils mentionneront les *variations* de réponses selon les patients. Pour beaucoup, la *dépendance* est l'autre face, la rançon de l'efficacité des produits.

3.1.1 Une opinion unanime

. *Moi, je ne connais généralement que les effets bénéfiques de ce type de produits. Ou ça marche ou ça marche pas. Mais si ça marche pas, il n'y a pas d'effets secondaires, le plus souvent. (...) C'est vraiment des produits qui sont hyper-faciles à manier, d'où leur succès d'ailleurs. (MF1)*

. *C'est utile, incontestablement, c'est parfois indispensable. (MF2)*

. *Ils sont très efficaces et très utiles. (MF3)*

. *Ils sont sûrement très efficaces. Ils sont très efficaces sur l'angoisse, ça, il n'y a pas de problème!...(MF4)*

. *... efficacité, ça, ils en ont une, puisqu'ils arrivent quand même à régler pas mal de problèmes!...(MF6)*

. *Je dirais qu'ils sont tous efficaces, plus ou moins. (MF8)*

. *Ils sont très utiles et ils sont très efficaces. (MF9)*

. *...utiles aussi, oui! puisqu'ils sont efficaces.(...) Si j'y mets toute ma bonne volonté, chez certains patients, même un placebo pourrait marcher. Mais chez certains autres, bon, ça ne marche pas. Ils reviennent avec leurs angoisses et là, bon, je sais qu'en mettant un anxiolytique, ils seront calmés. (MF10)*

. *Le gros problème des médicaments anxiolytiques, c'est qu'ils sont très efficaces, donc les gens à qui on en donne se sentent rapidement mieux. (...) Il y a une méfiance d'un certain public vis-à-vis de ce genre de médicaments et on a encore des refus catégoriques de gens qui ne veulent pas en prendre. Mais l'efficacité, elle, est indéniable. On ne peut pas ne pas être d'accord. Et ça rend souvent pas mal de services aux gens qui en ont vraiment besoin. (MF14)*

3.1.2 Une efficacité symptomatique

. ... une dose suffisante pour leur enlever leur anxiété et souvent leurs inhibitions et enlever leurs symptômes fonctionnels, tout en ayant une vie à peu près active. (MF2)

. Les anxiolytiques sont quand même, en général, assez efficaces, sauf pour des trucs profonds, grave (...) S'il y a vraiment une anxiété ou une dépression réactionnelle à un deuil, à un accident ou le chômage, quelque chose comme cela, ça permet de passer le cap sans tomber trop dans la dépression. (...) Alors, l'utilité, ça, c'est le gros problème, c'est que, en fait, ces produits-là, ils servent plutôt à masquer les signes dépressifs ou les signes anxieux graves, qui, dès qu'on arrête de les prendre, réapparaissent souvent. (MF7)

. L'efficacité thérapeutique, ça veut dire quoi ? Est-ce que ça va entraîner une guérison ou ça va entraîner une sédation de la souffrance ? Si c'est une sédation de la souffrance, les médicaments sont parfaitement efficaces; si c'est une guérison..., la vie est merveilleuse, elle guérit beaucoup de choses. (MF9)

*. Ils sont quand même assez satisfaits du traitement, enfin... du point de vue de l'anxiété...(MF10)
Cela a un rôle certain pendant les périodes les plus stressantes, chez les patients, pour les aider à passer le cap, pour pouvoir se décontracter, mieux dormir, etc.(...) C'est vrai qu'au départ, lors d'un décès, pendant quelques semaines, ça aide quand même la personne à un peu mieux vivre, quoi ... à se désangoisser. (...) Le problème c'est qu'il ne faudrait pas que ça serve de canne trop longtemps. (MF12)*

. L'anxiété-maladie, au sens psychiatrique du terme, en fait, c'est une maladie qui réagit assez peu aux anxiolytiques. Mais le petit anxieux courant, qui est mal dans sa peau parce qu'il a peur de l'échec, ça réagit très, très, très bien!... (MF14)

3.1.3 Une efficacité conditionnelle

Les conditions de l'efficacité sont au nombre de quatre:

. la qualité du diagnostic,

. Ils sont efficaces à condition de bien cibler les patients à qui on les donne. (...) (il faut) s'ingénier à dépister le malade qui est dépressif, parce qu'a priori, c'est plutôt une contre-indication.(MF1)

MF10 rapporte l'anecdote de ce patient qui dit avoir besoin de son anxiolytique pour éviter d'avoir peur pendant les orages, ce qu'elle trouve manifestement excessif. Puis elle ajoute: *l'indication doit quand même être réfléchi et bien posée avant de commencer ce genre de traitement.*

- la suggestion d'efficacité dans la relation thérapeutique,

. (un traitement réussi) ...ça dépend de la façon dont ils sont prescrits, ça dépend de la réassurance qu'on donne aux gens par rapport à leurs problèmes. Leur dire que cela va agir vite peut soulager, indépendamment du médicament. (MF6)

. c'est utile quand ils n'en ont pas peur. (MF13)

- la pertinence de la posologie -quoiqu'il ne se dégage pas de règle générale,- et, en lien avec elle, la durée de traitement qui doit être courte, faute de pouvoir parler d'efficacité,

. Eviter de le donner en traitement prolongé (...) la bonne posologie, c'est là qu'est le problème souvent...(un traitement réussi) ce sera un traitement court, qui ne dépassera pas dix-quinze jours, qui permettra au patient de reprendre sa vie autonome. Mais, dit le même médecin un peu plus loin, il ne faut pas attendre une réponse en 24 heures, comme on croit souvent, faut pas avoir peur de prolonger trois-quatre jours le traitement. (MF1)

. On essaie d'en mettre de moins en moins sur des périodes très courtes et on essaie de mettre des produits non benzos (MF2)

. J'essaie de faire une période courte, parce qu'en général, derrière l'anxiété, il y a la dépression et que, quelqu'un qui ne serait toujours que sous anxiolytique, ça ne serait pas suffisant ou mal adapté en tout cas. (MF6)

- l'absence d'effets indésirables,

. (un traitement réussi) ... C'est que les gens ne soient plus anxieux mais qu'ils ne soient pas abrutis. (MF2)

. (un traitement réussi) ne pas créer d'accoutumance, ne pas créer de somnolence. (MF4)

. (un traitement réussi) c'est un traitement en fait, d'abord qui a une durée finie, qui supprime les symptômes anxieux et qu'on peut arrêter, c'est à peu près cela la réussite. (MF7)

... l'efficacité ?... si elle est temporaire ou définitive...Il faut surtout penser, à mon avis, à la dépendance. (...) Je trouve qu'il faut savoir ne pas donner les plus forts tout de suite. (...) (un traitement réussi) ce sont des molécules qui sont efficaces avec une posologie pas très faible et qui n'entraînent pas d'accoutumance, ni de somnolence évidemment, ni d'effets secondaires trop énormes. Je préfère être efficace lentement mais sûrement, qu'à toute allure, et finalement, très vite,

...la somnolence ou l'assuétude. (...) On peut soulager l'anxiété très vite. mais si c'est pour le faire dormir toute la journée et le mettre en arrêt de travail, ce n'est pas la peine non plus. (MF8)

. (un traitement réussi)...obtenir une certaine décontraction sans effets secondaires en général : somnolences dans la journée, troubles de la mémoire. Et pas trop d'accoutumance, si possible, qu'on puisse l'arrêter assez rapidement, (MF12)

. Il ne faut pas que ce soit trop sédatif, qu'on lui supprime son angoisse, mais pour le transformer en zombie qui se pose dans un fauteuil et qui pionce toute la journée. (MF15)

5.3.1.4 Une efficacité imprédictible

Quelques rares médecins estiment que l'efficacité des anxiolytiques dépend de la réponse des patients et que celle-ci est relativement imprédictible.

. (La question de l'efficacité est) difficile, parce qu'elle est adaptée à chaque cas (MF11)

. C'est un flou artistique dans les laboratoires, ils vous disent qu'il est pas sédatif, etc., etc., mais il semble quand même qu'il y ait des variations individuelles au niveau de ces médicaments-là.(MF13)

. Il y a trop de variations individuelles (MF15)

5.3.1.5 De la dépendance comme preuve et revers de l'efficacité

. Le seul problème c'est d'éviter une dépendance. (MF4)

. Qu'on puisse arriver à l'arrêter aussi, je crois que ça fait partie du succès du traitement. (MF6)

. (c'est) le retour de la baguette, parce qu'ils sont tellement efficaces que les gens deviennent un peu dépendants, d'abord physiquement, puis psychologiquement ensuite. (MF10)

. Il y a une accoutumance chimique du produit, une accoutumance psychologique aussi. Il y a des gens qui ont leur comprimé et qui y tiennent quoi! Même si c'était un morceau de sucre, parfois, ça ferait peut-être le même effet. (MF12)

. On a des problèmes plus pour les arrêter que pour les donner. (MF14)

5.3.2 Les indicateurs de succès

Pour tous les médecins interrogés, il n'y a qu'un seul indicateur de succès d'un traitement aux anxiolytiques, c'est l'état du patient que l'on revoit un certain laps de temps après la première prescription. Cet état est, dans la plupart des cas, une donnée déclarative. Ce qu'il dit de son état est

considéré comme ce à quoi il faudra s'arrêter pour juger du succès du traitement. De rares médecins y ajoutent ce qu'ils en voient directement eux-mêmes et, en particulier, l'absence d'effets secondaires invalidants.

5.3.2.1 L'opinion du patient

. *Si! si! je les trouve efficaces. Enfin, bon, d'après le retour que j'en ai des patients qui en prennent, ils sont bien efficaces puisqu'ils diminuent pas mal leur anxiété, leur angoisse. (MF10)*

. - *Comment évaluez-vous....?*

- *Bah! Quand on revoit les patients !...(MF13)*

. - *Par la pratique, enfin par mon expérience (...) Si on le voit revenir et qu'il dit que tout est rentré dans l'ordre, que tout va bien, qu'il dort bien, que...il reprend ses activités comme si de rien n'était, CQFD, ça veut dire que ça marche...(MF15)*

. - *Quelles sont les caractéristiques d'un traitement aux anxiolytiques réussi ?*

- *La personne qui revient et qui dit qu'elle va mieux, que le symptôme disparaît. (MF3)*

. - *C'est que les enfants (rires)...c'est que les patients ne souffrent plus. (MF9)*

. - *C'est un traitement que le patient va bien accepter, qui ne va pas lui donner d'effets indésirables et que je vais voir (aller) mieux au bout de 8 jours. (MF13)*

. - *(Quand le patient vous dit) "je me sens beaucoup mieux, je suis plus détendu..."(MF14)*

3.2.2 Les autres signes de succès

. *(il faut) qu'ils retrouvent un état d'être qu'ils avaient antérieurement, c'est-à-dire un état de sérénité (...) ils ne ressentent plus, ni la souffrance physique, puisque l'anxiété se traduit physiquement, ni la souffrance morale, sans avoir d'effets indésirables, c'est-à-dire sans être dans le "pâti", pour parler vulgairement, sans avoir de troubles, ni de la mémoire, ni de la réflexion. Bon, vraiment, ils retrouvent leur état antérieur à cet état d'anxiété qu'ils ont ressenti. (MF9)*

. *L'anxiolyse doit être rapide, ça doit être un confort. S'il n'a pas cette impression, c'est donc que son ennui, sa douleur, sa peine, n'étaient pas suffisants pour mériter le traitement. De la même façon que, pour une douleur, on donne un produit antalgique et que le patient trouve que la piqûre fait mal, ça veut dire qu'il n'avait pas besoin de la piqûre. (MF11)*

. *En face de vous, vous leur trouvez les traits moins tirés, l'habillement..., le repli sur soi, améliorés, l'envie de parler beaucoup (MF13)*

. *Quand ça va mieux, on oublie de le prendre. On a envie de se débarrasser de sa canne. (MF14)*

5.3.2.3 Les appréciations synthétiques

. - *Quelles sont les caractéristiques d'un traitement aux anxiolytiques réussi ?*

- *Il faut d'abord que le traitement soit suivi correctement, que la personne en trouve un bénéfice et qu'il n'y ait pas d'effets secondaires.(MF5)*

. - *Logiquement, c'est ce qui enlève l'anxiété invalidante (MF6)*

. *Un succès, à mon avis, c'est l'efficacité rapide et définitive, sans être obligé de continuer, continuer, continuer...(MF8)*

. - *La disparition... enfin la disparition, pas totalement, la diminution de l'angoisse et de l'anxiété des patients qui sont traités.(MF10)*

. - *Lorsqu'il ramène l'angoisse du malade à son anxiété ordinaire. (MF11)*

. *Si le patient va mieux au bout de 8 jours, vous le voyez!... (MF13)*

. *Réussi, c'est quand on a fait disparaître les symptômes de l'anxiété et puis, pas réussi, c'est quand on ne les a pas fait disparaître. (MF15)*

5.4 Les inconvénients des anxiolytiques

5.4.1 Le problème des demi-vies

Rares sont les médecins qui ne font pas la différence entre les produits à demi-vie courte et les produits à demi-vie longue. Les demi-vies courtes ont laissé de très mauvais souvenirs dans la pratique médicale et il semble que l'information ait été bien relayée par les médias médicaux et les laboratoires vantant les mérites des demi-vies longues ou intermédiaires.

En revanche, tous les médecins ne savent plus exactement donner l'explication des inconvénients des demi-vies courtes (apparition d'un phénomène de sevrage en cours de traitement, chaque jour éventuellement si l'on ne surveille pas bien la posologie et l'observance). Ceux qui ont oublié les bonnes raisons de se méfier des demi-vies courtes ont néanmoins bien retenu les noms des produits dont il convient de se méfier.

5.4.2 Les effets secondaires classiques

... la somnolence, les troubles de mémoire et puis le risque d'aggravation d'un état dépressif, oui, ça, c'est l'effet secondaire n°1. (MF1)

. Il y a eu le problème du Rohypnol, des problèmes d'amnésiques qui se promenaient la nuit, qui allaient traverser la France et qui, le lendemain, ne s'en souvenaient plus, hein!...cet espèce d'ictus amnésique, ça j'en ai vu dans ma clientèle, mais enfin, ça ne se voit plus depuis que les posologies ont été réduites et depuis qu'on a attiré l'attention des médecins là-dessus. (MF1)

Amené à parler d'un cas précis dans sa clientèle, ce médecin imputera de nouveau un cas d'amnésie au Rohypnol puis rectifiera, au cours de son récit, le nom du médicament responsable ; dans ce dernier cas, il s'agissait d'Halcion. D'ailleurs, il prescrit lui-même du Rohypnol comme hypnotique.

...une personne à moitié endormie, qui se casse la figure, qui perd la mémoire, etc. tous les inconvénients des anxiolytiques, ou qui est inefficace, puisque quelquefois, c'est inefficace. (MF4)

. Il y a surtout les effets de somnolence, pour les anciens anxiolytiques, il y a quelques effets cholérétiques, aussi des problèmes de glaucome, et pour certains médicaments, de prostate, dont il faut se méfier, puis, il a des problèmes d'allergie pure, bon, c'est pas fréquent... et autrement, il y a des problèmes d'hypotension orthostatique, il peut se produire des vertiges, des nausées,... de la constipation, des troubles du transit intestinal. (MF7)

. S'il y a une baisse de la mémoire ou une baisse de la force physique, c'est un effet secondaire qui est désagréable... (...) Il est fréquent que le patient nous dise "Mais je perds la mémoire à cause de votre traitement", cela arrive fréquemment. (MF9)

. *Le premier effet secondaire le plus souvent décrit par les patients, c'est la somnolence, un ralentissement global des fonctions cognitives. (MF14)*

. *Somnolence, constipation, quelques troubles digestifs, maux de tête, le plus fréquent, le plus tangible c'est certainement la somnolence(...) mais il y a des clichés sur la mémoire et la vigilance. (MF15)*

5.4.3 La dépendance

. *S'il y a dépendance, c'est un échec, et c'est un traitement qui ne l'empêchera pas de basculer vers la dépression. (MF1)*

. *(les caractéristiques d'un traitement qui n'a pas été un succès), c'est un traitement où la personne ne peut plus s'en passer (MF4)*

. *les patients ont toujours tendance au bout d'un moment à diminuer la dose, même si on leur a bien expliqué qu'il ne fallait pas diminuer la dose parce qu'il y avait dépendance, et que, lorsqu'on diminue la dose, on va avoir un syndrome de sevrage et ça, c'est toujours très dur, parce que spontanément, on a toujours envie de diminuer ou d'arrêter et que, là, le sevrage va apparaître et que c'est vraiment un sevrage douloureux. (...) D'eux-mêmes, ils reprennent leurs benzodiazépines et puis, à la consultation, ils disent, bon voilà, j'ai essayé d'arrêter les... et puis j'ai pas pu. (Ils décrivent) alors tous les symptômes du syndrome de sevrage qui sont énormes. Il y en a beaucoup, quoi! autant sur le plan musculaire, puisque tous les muscles ont été habitués à fonctionner d'une certaine manière sous benzodiazépine, et alors là, tous les muscles!...que ce soient les muscles du coeur ou les muscles du squelette, les muscles de l'abdomen. Bon, il y a des céphalées, des nausées, il y a vraiment énormément de..., c'est vraiment un sevrage, quoi!... des douleurs, une insomnie, une anxiété réactionnelle..., c'est vraiment pas simple!... (MF9)*

5.5 Les représentations des effets secondaires des anxiolytiques

5.5.1 De l'effet secondaire en général

. un effet secondaire c'est un effet néfaste (...) qui n'est pas recherché... (MF4)

c'est un effet différent de celui qu'on attend et, en général, pas toujours d'ailleurs, il est désagréable, pénible...(MF7)

. C'est un effet qui va perturber la vie du patient, qui va créer des symptômes plus ou moins invalidants, quand même. Un médicament, normalement, il a toujours des effets secondaires, particulièrement si c'est efficace, la preuve c'est qu'il y a une accoutumance aux benzodiazépines... si au bout de trois semaines, il ne peut plus s'en passer, hein, on tombe dans l'effet secondaire.(MF1)

Mais pour ce médecin. comme pour la grande majorité des médecins de l'échantillon, la détection d'un effet secondaire comme la somnolence ou le trouble de mémoire ne signifie absolument pas que le traitement n'ait pas été efficace.

. (C'est) un effet qui n'est pas recherché en premier, c'est une lapalissade, la plupart du temps considéré comme nocif, mais en fait, après tout, il y a des effets secondaires dont on se sert positivement. (MF14)

. C'est un effet qui est, en général, négatif, qui vient se rajouter aux autres(...)le genre d'effet sur lequel on ne compte pas pour traiter le malade. (...) Il y a souvent des gens (des malades) qui se les approprient, rien que le fait de savoir que c'est un médicament. (MF15)

5.5.2 Les sources d'information sur les effets secondaires

La question n° 9 permettait de savoir grâce à quelles sources d'information le médecin détectait les effets secondaires d'un anxiolytique prescrit (cf. guide d'entretien en annexe).

Comme on peut le voir sur le tableau suivant, la quasi-totalité des médecins ont réfuté qu'il puisse y avoir des signes observables des effets secondaires et ils ont été tout aussi catégoriques concernant la possibilité de test ou examens sur ce même problème. Presque tous ont déclaré que le patient rapportait lui-même spontanément ces effets, certains ont présenté l'information des patients comme conséquence à l'interrogatoire. Un seul médecin s'en est tenu à la réponse selon laquelle la détection des effets secondaires était "*difficile, très difficile*" (MF5) car les patients, tenant à voir leurs prescriptions renouvelées, pouvaient fort bien cacher intentionnellement ces effets, le médecin n'avant guère d'autres solutions à sa portée.

tableau 5.2

Les sources d'information	les reponses
a. des signes observables?	0
b. des résultats d'examens et de tests ?	0
c. des informations fournies par le patient ?	14
d. autres ?	0
Il est très difficile de détecter les e.s.	1

En général, les médecins de l'échantillon n'aiment guère interroger leurs patients sur l'existence d'effets secondaires pendant le traitement.

. Ecoutez...c'est déjà des gens qui sont à l'écoute de leurs petits problèmes, alors, si on leur dit qu'ils risquent effectivement telle ou telle réaction, on est pratiquement sûr qu'elle va arriver, même s'il ne s'est rien passé. (...) Il y en a qui sont vraiment très particuliers, si on leur dit quelque chose, ils prennent plus le médicament et puis ils vous disent qu'ils le prennent, c'est un problème...(MF7)

. Je ne veux pas les influencer sur un éventuel effet secondaire (...) La somnolence, ça m'arrive (d'en parler), c'est le seul cas précis auquel je fais allusion.(...) J'en parle à ceux dont je sais qu'ils sont amenés à conduire une voiture, parce que là, ma responsabilité est engagée, quand même, (MF14)

. Cela peut limiter l'observance, et puis si on en a trop parlé... (ils vont effectivement avoir tous ces effets)(...) (Il vaut mieux) les laisser découvrir eux-mêmes, parce qu'ils ne sont pas obligés de les avoir.(MF15)

5.5.3 Typologie et problématique médicale des e.s.a.

Il y a essentiellement deux types d'effets indésirables des anxiolytiques, effets indésirables que les médecins de l'échantillon veulent bien mettre sous la dénomination générale d'"effets secondaires" car c'est ainsi que les questions leur ont été posées.

Les effets recensés de la façon la plus homogène par l'échantillon des médecins sont sans surprise et ne génèrent pas beaucoup d'"états d'âme". Il s'agit de ceux qui tiennent à la molécule elle-même et à la mauvaise réponse d'un patient particulier: essentiellement les somnolences, les pertes de vigilance et les troubles de mémoire. D'une certaine façon, ces effets ne sont ni graves, ni problématiques. Ils ne sont pas un signe d'inefficacité du traitement et sont relativement faciles à gérer. En effet, il faut simplement que la somme de leurs inconvénients ne soit pas supérieure à la somme des avantages du traitement, cet équilibre étant mesuré à l'aune de la vie sociale du patient et de son état psychique antérieur à la plainte anxieuse.

Le deuxième type d'effet indésirable est, de façon indistincte, la chute du patient dans la dépendance et/ou dans la chronicisation du traitement. Cet effet secondaire renvoie à des représentations divergentes, voire encore confuses, chez les médecins de l'échantillon.

Pour les uns, c'est bien parce que ces molécules ont un effet d'anxiolyse puissant qu'elles vont entraîner de la dépendance. Le schéma est ici celui de la toxicomanie : la psycho-activité des anxiolytiques laisse une si bonne "trace", qu'elle est ensuite recherchée pour elle-même, indépendamment d'un objectif thérapeutique, c'est-à-dire de la solution à un déficit d'adaptabilité psychique à l'environnement. Sachant néanmoins qu'il ne doit pas être pris en défaut de prétextes, le patient en trouve, mais personne n'est dupe (exemple de la peur de l'orage cf. MF10 supra). La responsabilité du patient et celle des laboratoires ont donc ici les rôles les plus importants. Les patients devraient avoir la sagesse d'arrêter. On se résignera éventuellement à accepter la dépendance des plus obsessionnels comme un événement incontournable, qu'il s'agisse de ces médicaments-là ou d'autres. Les laboratoires devraient travailler à éviter de donner à leurs molécules les propriétés générant la dépendance chimique, cheval de Troie de la dépendance psychologique.

Pour les autres, c'est parce que le traitement n'a pas été efficace, parce que les doses n'étaient pas adéquates ou que l'indication était mal posée (l'anxiété ne faisait que masquer la dépression, par exemple) qu'on est acculé à prolonger les prescriptions et que l'on aboutit finalement à une dépendance/chronicisation induite par l'échec du traitement de première intention et l'absence d'alternative ou la crainte des effets de sevrage. Dans ce schéma, la responsabilité du prescripteur est première. Une entrée en dépendance/chronicisation est considérée par ce groupe de médecins comme une erreur de prescription au départ, et non un effet indésirable survenu sur une route relativement inconnue.

5.5.3.1 La minimisation des effets du premier type

La minimisation des effets du premier type (sommolence, ralentissement des fonctions cognitives, pertes de mémoire) est l'un des outils de gestion des difficultés qu'elles peuvent soulever. Cette minimisation prend plusieurs figures: espérance d'une dynamique d'habituation (même si le terme d'accoutumance est parfois employé dans cet usage), insistance sur la variabilité individuelle des réponses, imputation des effets rapportés comme secondaires à l'anxiolytique à l'anxiété elle-même, ou à des phénomènes d'induction artificielle des sensations (par la lecture des notices contenues à l'intérieur des boîtes de médicaments, par exemple).

. Les gens ont l'impression de dormir, mais c'est parce qu'ils sont retrouvés un certain calme, une certaine paix, et c'est souvent une somnolence qui n'est même pas objectivée par l'entourage... (MF1)

. Si d'emblée, il a décidé que c'étaient des médicaments dangereux, dans ces cas-là, les patients vont vous décrire des quantités d'effets secondaires tout-à-fait subjectifs, qui n'ont aucune réalité... (MF3)

. En général. là où ils sont objectifs, c'est quand ils vous disent "je suis très bien avec". Mais quand ils ont des effets secondaires,- c'est évident qu'il y en a qui sont vrais -, mais c'est évident que c'est quand même très subjectif, puisque ça s'adresse à des patients fragilisés. (...) Ce sont des gens qui sont mal dans leur peau, alors qui...il faut bien qu'ils trouvent quelque chose. Ils auraient décrit la même chose avec un placebo, c'est cela que je veux dire. (...) Ils vont accuser de troubles digestifs, de maux de tête, d'être abrutis. Donc, il y a des effets qui sont effectivement liés à l'anxiolytique, mais il y en a d'autres qui n'y sont pas liés. Quand quelqu'un vous dit "J'ai la diarrhée avec votre anxiolytique, vous l'écoutez pas. Parceque vous savez que c'est pas vrai. Il a la diarrhée parce qu'il est anxieux. (MF4)

. La somnolence la somnolence...bon! on pourrait en parler longuement de la somnolence. Tout produit qui entraîne une certaine sédation de l'esprit, mais pas seulement un produit, le fait de partir en vacances entraîne une forme de somnolence, donc, est-ce un effet secondaire du traitement, ou est-ce simplement que l'esprit retrouve un certain calme ? (...) Est-ce que vraiment leur souffrance est soulagée ou pas ? Si quelques effets un peu bénins apparaissent, c'est accessoire par rapport à la souffrance exprimée. (MF9)

. les effets secondaires, ils nous en rapportent surtout au début, après ils se sont un peu habitués... (MF14)

. Et puis, il y aussi un phénomène d'accoutumance de la part du patient. Au début, ça donne un coup de massue et puis, au fil des semaines, des mois de prescription, les effets secondaires s'estompent. (MF15)

. ... d'une part, il y a un effet-dose, mais surtout une tolérance personnelle qui est très, très variable en fonction de chacun. (MF14)

. Alors, les troubles de la mémoire, ça se produit assez souvent, mais moi, j'ai beaucoup plus l'impression qu'il s'agit de leur mode de fonctionnement cérébral qui fait que le cerveau est un peu en fonctionnement anarchique ou excessif et cela entraîne des pertes de mémoire. (MF9)

. Les gens disent que ça leur fait perdre la mémoire, des choses comme cela. Mais je ne suis pas persuadé que ce soit toujours le médicament qui soit en cause (...) Si c'est quelqu'un d'anxieux, il sera aussi anxieux vis-à-vis de son médicament. (MF14)

. Leur méfiance, pour beaucoup vient de ce que les médias ont pu en dire, ça, c'est absolument flagrant. Et puis, il y aussi l'entourage "Comment? Tu prends ça ? Qui est-ce qui t'a donné ça ? Ça va pas ? Tu vas pas commencer à prendre de ça!!...etc. etc.". (MF14)

5.3.2 Les stratégies de contournement des effets du premier type

- Vers une autogestion des effets secondaires

Plusieurs médecins mentionnent les deux "astuces" de Lexomil, la sécabilité en deux ou en 4, et la possibilité d'administration sublinguale (rapidité d'action et fort effet suggestif).

. Je distingue toujours les antidépresseurs des anxiolytiques et je dis toujours aux gens que les anxiolytiques, ils ont le droit de les manier comme ils veulent, c'est-à-dire de diminuer, voire d'en prendre un de plus dans la journée, un jour, s'ils ont une crise d'angoisse, mais que sur les antidépresseurs par contre, ça se soigne avec le médecin et qu'ils n'ont pas le droit d'y toucher.

Quelques uns restent néanmoins opposés à la flexibilité des formes de traitement et considèrent que si l'on se rapproche de l'effet placebo, il ne faut pas s'étonner des échecs.

- L'alternative: diminuer, arrêter, changer de produit

. En général, quand les effets sont négatifs, j'arrête le médicament, ou je change...(MF4)

. Si le malade ne supporte pas l'effet secondaire, c'est pas la peine, il vaut mieux tout retirer, c'est ce qu'on fait maintenant. (MF7)

. Si les effets secondaires sont quand même trop sensibles ou trop importants, il faut arr...il faut modifier le traitement...si c'est des signes très faibles, on peut les faire disparaître, par exemple, en diminuant la posologie, ou en les mettant le soir, par exemple... (MF7)

. On est bien obligé d'en tenir compte, d'abord parce que certains ont arrêté le médicament en disant "Il y trop d'effets secondaires" enfin "c'est trop sédatif", il faut bien faire autre chose, envisager, soit une autre prescription, soit une autre thérapeutique. (MF14)

...accepter qu'on ait un petit peu l'impression dans une certaine mesure de perdre le contrôle de ses réactions, bien qu'on puisse le perdre aussi si on est trop anxieux, parce qu'on est...ce n'est pas toujours facile à accepter par les patients qui sentent bien que le médicament change quelque chose et c'est probablement pour cela que certains disent que ça les endort, parce que cela endort sûrement quelque chose en eux. Ça endort, j'espère, l'anxiété, la partie gênante de l'anxiété...(...)Je crois que le patient a trop tendance à juger du médicament en fonction des effets secondaires, alors que nous, on est plus sensibles au côté anxiolytique du médicament. (MF14)

. Si le patient dit "Effectivement, je suis très décontracté, je suis tellement décontracté que je dors toute la journée", c'est quand même un échec, enfin ce n'est pas une réussite totale. Donc il faut quand même adapter le traitement diminuer la posologie (MF15)

. Sur le phénomène de somnolence, moi je leur dis par exemple "on peut commencer le traitement le week-end pour voir si vous n'avez pas une somnolence qui est trop marquée". (MF15)

5.5.3.3 Les effets du deuxième type

La dépendance n'est pas un effet secondaire

. - La dépendance, c'est un effet secondaire ?

- Non! Parce que dans mon esprit, quand j'en donne...je ne parlerais de dépendance que s'ils reviennent m'en demander régulièrement.. Dans mon esprit, quand j'en prescris, c'est momentané. Donc, je ne vais pas leur parler de dépendance, ce ne serait pas très fin de ma part
La dépendance ? Non, Non, c'est une conséquence de l'effet du produit. (MF7)

. C'est pas un effet secondaire, la dépendance, je n'en ai pas parlé dans les effets secondaires, ça, c'est réel, par contre, la dépendance. (MF9)

La dépendance est un problème insoluble

. De toutes façons, quand ce sont des patients qui sont habitués à leur médicament depuis des années, bien que le gouvernement actuellement nous oblige à essayer de les sevrer, et à chaque fois qu'on essaye, le plus souvent, on va à l'échec. Donc, je crois qu'il vaut mieux les laisser tranquilles avec leurs remèdes auxquels ils se sont habitués et puis, oui, en rester là, finalement. C'est peut-être une médecine de "baisser-les-bras", mais enfin, d'un autre côté, soit quand on essaye de les sevrer, on voit apparaître des ennuis...Un patient qui prend un anxiolytique pour dormir par exemple, depuis des années, et qui s'en trouve bien, qui ne se plaint de rien, qui prend des doses très faibles, à plus forte raison si c'est des personnes âgées, il faut plutôt la laisser tranquille et lui laisser son truc. Faut pas essayer de les sevrer parce qu'autrement, on va à la catastrophe, on va vers des ennuis, hein. On voit réapparaître des plaintes multiples, le sevrage risque d'être difficile, faut vraiment qu'il y ait une motivation forte du patient pour essayer de le sevrer. (MF1)

. Sur les traitements longs, il n'y a plus de somnolence, parce qu'ils sont complètement intoxiqués. Ils n'ont plus d'effets secondaires maintenant. Oui.... enfin,...ils ne les voient plus. C'est surtout la mémoire, à ce moment-là. (MF4)

. On n'a pas de solution, il va falloir que les gens souffrent un moment pour s'arrêter. (MF9)

. Le problème, c'est ceux qui deviennent dépendants, accros de leurs médicaments et qui ont du mal à s'en passer. C'est autant valable, sinon plus valable pour les somnifères que les anxiolytiques mais enfin cela existe aussi pour les anxiolytiques, d'autant plus qu'ils s'en servent souvent comme

somnifères, comme inducteurs de sommeil en tout cas.(...) Il y a de gens qui prennent des anxiolytiques depuis très, très longtemps, simplement une prise le soir comme inducteur de sommeil. Donc, souvent, on ne réévalue pas du tout (...) ce sont des cas de figure où la réévaluation se fait toute seule, je crois. Quand on les voit pour renouveler ce traitement, on leur demande si ça va toujours bien, s'ils ont toujours besoin d'autant de médicaments en exprimant, nous, le fait qu'on pourrait peut-être baisser un petit peu. On le fait plus ou moins à chaque visite, parce que quelquefois, il y a les gens dont on sait très bien qu'on ne pourra jamais arriver à les sevrer. Enfin je peux me tromper...on n'a plus trop envie de se battre... (MF14)

5.6 Les situations problématiques

Les situations problématiques, les situations de forte dissonance entre les effets attendus d'un traitement et l'évolution des troubles du patient renvoient essentiellement à deux secteurs de doutes et d'incertitudes: le problème des doses et des posologies, d'une part, le problème du diagnostic de la dépression d'autre part.

. Et je me demande souvent si on ne prescrit pas à des posologies trop faibles. Le problème de la posologie pour moi n'est pas un problème réglé. En général je respecte...(soupir) c'est difficile, parce qu'en plus, c'est difficile de comparer les produits entre eux, parce que c'est tous des benzodiazépines, mais, bon, c'est pas exactement les mêmes molécules. Il y a des petites modifications, les uns sont dosés à 1 ou 2 mg, les autres sont à 40 mg, les autres ont à 50 mg, donc c'est difficile de savoir comment ils se positionnent les uns par rapport aux autres. On a de la peine à les comparer. Est-ce qu'un Temesta à 2,5 ça équivaut à un Lysanxia 40? ... hein ? On ne sait pas...(MF1)

. Je me souviens d'une dame âgée qui avait des gros troubles de mémoire. On a réussi à se débarrasser progressivement des anxiolytiques dont elle était dépendante (...) mais cela a été dur et long (...) très long et très douloureux. (Depuis cet événement) je suis plus réticent, en particulier sur les traitements au long cours. J'essaie toujours d'obtenir la dose la plus petite possible. (MF4)

. Si, à l'issue d'un traitement court, le patient n'est pas amélioré, je pense qu'il s'agit d'une dépression. (MF1)

Ces deux problèmes (doses/posologies et traitement de la dépression) font partie des différends bien connus entre généralistes et psychiatres. Il est pourtant très remarquable qu'aucun des médecins généralistes de l'échantillon n'ait fait état de différences de doctrine ou de culture thérapeutique par rapport aux psychiatres.

Signalons enfin que les médecins ayant envisagé des alternatives non médicamenteuses aux anxiolytiques sont très rares. Ce silence ne signifie pas qu'ils ne croient pas en l'efficacité de ces alternatives, mais plutôt qu'elles ne sont pas adaptées au type des patients qui viennent les voir. L'un des répondants exprime ainsi tout haut ce que pensent beaucoup d'entre eux:

*. - Vous leur conseillez quoi ? Quand vous ne donnez pas d'anxiolytique à quelqu'un d'anxieux ?
- De faire du sport, de faire l'amour, de...des choses plus saines que les anxiolytiques (rires), de changer sa façon de vivre, de supporter son patron qui l'emmerde, de pas écouter le petit chef, etc. On n'est pas obligé de donner un anxiolytique. Il y a des gens quelquefois qui viennent, qui sont tout-à-fait d'accord, qui viennent, qui discutent un moment de leur vie sociale, des emmerdements qu'ils ont etc. et qui sortent sans médicaments. (...) Et puis, il y en a, sans médicaments, ils sont foutus... (MF4)*

5.7 Conclusion

L'échantillon des médecins généralistes français se caractérise par une grande homogénéité des représentations de la place et du rôle des médicaments anxiolytiques dans la pratique médicale.

Le discours construit sur la prescription de ces produits ne manifeste pas de dissonance notable entre les représentations et les pratiques. L'objectif symptomatique de ces prescriptions étant assumé, les médecins n'évoquent pas de positions conflictuelles, qu'il s'agisse de débats intérieurs ou de relations conflictuelles avec d'autres médecins. Ils assument également une relative position d'extériorité à l'égard du phénomène de dépendance.

L'anxiété, exclusive indication des anxiolytiques, apparaît comme une catégorie clinique forte, stable, identifiable. Seules les sous-catégories de l'anxiété, et le traitement ou l'attention différentielles, qu'elles suscitent peuvent, pour certaines d'entre elles, correspondre à des profils de prescripteurs légèrement contrastés.

Le tronc commun des indications légitimes est l'anxiété passagère, réactionnelle ou situationnelle, liée à des événements ayant dépassé les capacités de réponse autonome des patients: passage d'exams, confrontations au chômage, décès, divorces. Ces situations légitiment également la demande d'un produit par les patients. Cette demande n'est pas critiquée, ni discutée. Elle paraît comme incluse à la manifestation de la plainte. Le modèle le plus proche en serait la plainte relative à la douleur et sa traduction par le médecin en demande de produit antalgique.

L'anxiolytique accompagnant le traitement de troubles somatiques est cité moins fréquemment mais s'introduit également dans la prescription avec une solide légitimité.

Les autres sous-catégories cliniques sont moins fréquemment évoquées. L'anxiété endogène de longue durée fait partie des circonstances de prescription mais dans une construction plus fragile. La prise en compte particulière de l'anxiété liée à la dépression renforce l'utilité du produit anxiolytique en doublant son efficacité sur le symptôme anxieux d'une prévention des effets désinhibiteurs des antidépresseurs au cours de la première décade de traitement. A moins que les symptômes dépressifs ne soit combattus par le retour du sommeil, ce qui restaure d'une autre façon le rôle central de l'anxiolytique. La distinction entre anxiété normale et pathologique n'intervient que pour une très faible minonté de l'échantillon.

La demande des patients pour un traitement initial lors d'événements perturbateurs est bien acceptée. La demande de renouvellement de consommateurs au long cours est généralement reçue avec fatalisme et sentiment d'impuissance. Mais elle est également bien acceptée. Dans un cas sur quinze, elle est même légitimée s'il s'agit de personnes âgées.

L'efficacité des médicaments anxiolytiques est une proposition plébiscitée par les médecins généralistes français. Cette unanimité ne les empêche pas de discerner et d'admettre le caractère symptomatique de cette efficacité. De même, l'efficacité est soumise à des conditions. Mais la nature de ces dernières révèle l'hétérogénéité de l'échantillon: la qualité du diagnostic (un médecin sur quinze affirme que la dépression est une contre-indication des anxiolytiques); la suggestion

d'efficacité dans la relation thérapeutique; la pertinence de la posologie et surtout de la durée totale du traitement; l'absence d'effets indésirables.

Les inconvénients des anxiolytiques qui sont évoqués sont de trois types: la difficulté de choisir une bonne demi-vie, les effets indésirables classiques, l'induction d'une dépendance.

Les déclarations de patients sont, selon tous les médecins, la source unique de connaissance des effets indésirables, matières à de grandes variations individuelles. Mais, paradoxalement, elles ne peuvent être que spontanées, car l'interrogatoire sur ce thème est porteur d'artefacts et rend caduque la suggestion d'efficacité.

La gestion des effets indésirables classiques. au premier rang desquels vient la somnolence et en second les effets sur la mémoire, mobilise deux stratégies.

D'une part, on minimisera la portée des déclarations des patients (le symptôme rapporté est protopathique et non secondaire à la prise du produit) ou on les traduira en indicateurs d'efficacité (le patient ne supporte pas la sédation. pourtant souhaitable, que lui procure la molécule). D'autre part, on contournera ces effets soit par une tentative d'autogestion des effets indésirables par les patients, soit par une décision, dénuée d'états d'âme, d'alternative pharmacologique, en variant la posologie ou la substance elle-même.

La dépendance qui entraîne la chronicisation des traitements est décrite comme un phénomène insoluble, qui pour une majorité de médecins généralistes est liée à la trop grande efficacité des molécules et à l'inattention des laboratoires plutôt qu'à la responsabilité des prescripteurs.

CHAPITRE 6

LES PATIENTS QUÉBÉCOIS

6.1 Aperçu général de la consommation

6.1.1 Les médicaments psychotropes dans l'échantillon

Les informations socio-démographiques sur les patients interviewés au Québec apparaissent en annexe. En premier lieu, nous nous penchons ici sur divers aspects de leur consommation de médicaments psychotropes, en commençant, au tableau 6.1, par les produits consommés actuellement et auparavant, la durée de la consommation actuelle et la spécialité du médecin prescripteur.

Tableau 6.1

Sujet	Sexe et Âge	Médecin *	Ancienneté consom. (en mois)	Anxiolytique & posol (mg/j)	Autres psychs actuellement prescrits	Autres psychs. pris l'année écoulée	Autres psychs avant l'année écoulée
PQ1	H 42	G	3	Valium 5			Ativan Serax
PQ2	H 35	G	24	Rivotril 6		Ativan	
PQ3	F 32	P	72	Rivotril 4			Ativan
PQ4	F 51	R	60	Ativan			
PQ5	F 35	P	30	Restoril 30 Lectopam 2	Zoloft 100		
PQ6	H 33	G	4	Rivotril 1.5	Luvox 100		
PQ7	H 39	P	13	Rivotril 0.5	Lithium 900		[anxiol.]
PQ8	F 40	?	24	Xanax	Desyrel 200		?
PQ9	F 51	G	144	Rivotril 4	Prozac 20		Xanax
PQ10	H 49	G	264	Lectopam 9			Tranxène
PQ11	F 55	P	144	Rivotril			Lectopam
PQ12	H 46	G	72	Xanax 1.5			
PQ13	F 42	G	1	Rivotril 1.5			Rivotril
PQ14	H 57	P	12	Dalmane 30 Phénergan	Serzone		Dalmane Luvox Paxil Phénergan Xanax
PQ15	F 54	P	36	Rivotril 5	Paxil 20		
PQ16	F 32	G	12	Rivotril 1	Prozac		[anxiol.]
PQ17	F 39	P	12	Rivotril 2.5	Paxil 20	Ativan Xanax Prozac	
PQ18	H 34	P	4	Ativan 2			[antidép.]
PQ19	H 34	G	21	Rivotril 1	Luvox 100		Ativan Imovane Lectopam
PQ20	F 55	G	0.25	Ativan 0.5			Ativan

*G=généraliste. P=psychiatre. R=rhumatologue

Seulement 4 sujets sur 20 sont, au moment de l'étude, à leur premier épisode ininterrompu de consommation de médicaments psychotropes, même si, dans 3 cas, l'épisode dure depuis au moins 3 ans. Tous les autres sujets ont déjà consommé des psychotropes prescrits et ont interrompu cette

consommation. à une ou plusieurs reprises. pour des périodes variant de quelques semaines à quelques années.

Plus de la moitié de nos sujets (11/20) reçoivent leur prescription d'un médecin généraliste, huit d'un psychiatre et une (PQ4) d'un rhumatologue qui la traite pour des problèmes d'arthrite. Presque tous les sujets (17/20) ont d'abord consulté un généraliste pour leur problème particulier et ont obtenu leur première prescription d'anxiolytique de ce type de médecin. La persistance ou l'exacerbation des symptômes, les crises récurrentes menant parfois à l'hospitalisation, ou les difficultés de sevrage, ont fait aboutir certains chez des psychiatres, qui ont continué le suivi médical.

Plusieurs sujets prennent plus d'un psychotrope à la fois : huit sujets en prennent deux et deux sujets en consomment trois simultanément. Les médicaments les plus fréquemment associés sont des antidépresseurs, de type ISRS dans sept cas, néfazodone (Serzone) dans un et un tricyclique (Desyrel) dans un autre. Un sujet prend également du lithium. Le tableau 6.2 résume ces données :

Tableau 6.2

Anxiolytique seul	10
Anxiolytique + antidépresseur	7
2 anxiolytiques + antidépresseur	2
Anxiolytique + lithium	1

Dans cet échantillon, la polypharmacie est davantage associée aux prescriptions de psychiatres. Chez les 9 sujets qui prennent plus d'un médicament (et qui ont identifié la spécialité du prescripteur), 5 des prescripteurs sont psychiatres. Les deux sujets de l'échantillon qui prennent 3 médicaments sont suivis par des psychiatres. Inversement, chez les 10 sujets qui ne prennent qu'un seul médicament, seulement 3 sont suivis par des psychiatres.

6.1.2 Durée du traitement anxiolytique

Dans cet échantillon québécois, la durée moyenne de traitement anxiolytique est de quatre ans (47.6 mois), avec une médiane de 22.5 mois. Trois sujets se situent nettement hors de cette moyenne: un d'entre eux consomme des anxiolytiques depuis 22 ans, les deux autres depuis 12 ans chacun. Sans ces 3 sujets, la durée moyenne de consommation de l'échantillon québécois tombe à 24.9 mois, ce qui reste néanmoins considéré dans les écrits comme une consommation de longue durée.

Tableau 6.3

Médicament anxiolytique	Durée du traitement actuel					Nombre de sujets
	≤ 6 mois	7-11 mois	1-5 ans	6-10 ans	> 10 ans	
Rivotril (clonazépam)	2		6	1	2	11
Ativan (lorazépam)	2		1			3
Lectopam (bromazépam)			1		1	2
Xanax (alprazolam)			1	1		2
Dalmane (flurazépam)			1			1
Restoril (témazépam)			1			1
Valium (diazépam)	1					1
Phénergan (prométhazine)			1			1
Nombre de sujets	5	0	12	2	3	22*

* Un sujet prenait à la fois Restoril et Lectopam, un autre Dalmane et Phénergan (un sédatif-hypnotique antihistaminique)

6.1.3 Portraits des patients québécois

6.1.3.1 Les consommateurs "récents"

Cinq sujets prennent un anxiolytique depuis moins de six mois. Parmi ce premier groupe, deux consomment depuis un mois ou moins.

PQ20 est une femme de 55 ans, célibataire, auxiliaire familiale de profession mais sans emploi depuis plus d'un an. Elle reçoit actuellement des prestations d'aide sociale. Elle prend 0.5 mg d'Ativan par jour depuis seulement une semaine, pour un problème d'insomnie, mais en avait déjà pris pour "un mois, il y a quelques années". PQ20 décrit les manifestations d'un trouble du sommeil chronique, qui fait qu'elle se réveille presque régulièrement toutes les 90 minutes. Son

médecin lui aurait apparemment prescrit un autre médicament. dont le nom échappe à PQ20. Cet autre produit n'étant pas sur la liste des médicaments remboursables, *"ils [ont appelé mon médecin] pour voir c'est quoi qu'y pouvaient me donner pour remplacer... ils m'ont donné du Ativan [à la pharmacie], c'était payé par l'assurance."* Son insomnie se serait exacerbée tout récemment car PQ20 est particulièrement inquiète de sa situation financière précaire. Il y a quelques années, PQ20 a vécu des expériences désagréables (vertiges, perte de mémoire) en prenant des anti-inflammatoires. Ces expériences semblent colorer presque tous ses propos - généralement négatifs - sur les anxiolytiques. A quelques occasions, lorsqu'elle discute des effets indésirables de l'Ativan, elle semble assimiler ces deux expériences de consommation. Malgré son attitude négative envers la prise de psychotropes, elle justifie sa consommation du moment car elle s'estime *"en panne"*: *"Ça va être la cinquième roue du carrosse, je dirais, là, tu peux te fier dessus pour un certain temps, [mais] je ne vois pas comment est-ce que ça pourrait régler quelque chose."* Plusieurs connaissances de PQ20 prennent régulièrement des anxiolytiques; PQ20 est très consciente du risque de dépendance et affirme qu'elle arrêtera dans quelque jours au plus.

PQ13 est une documentaliste de 42 ans, séparée, présentement sans emploi. Elle consomme 0,5 mg de Rivotril, au besoin, jusqu'à trois fois par jour, depuis un mois. Elle indique vers le début de l'entrevue qu'il y a trois ans, *"j'en avais déjà pris auparavant"*, prescrit par une psychiatre. C'est à la suite d'une série de pertes majeures qu'elle aurait subi une dépression nerveuse, avec hospitalisation. Elle consomme aujourd'hui à cause de *"crises d'angoisse"* avec *"un effet physique totalement insupportable"*. À mesure que l'entrevue progresse, PQ13 mentionnera avoir consommé *"auparavant plusieurs sortes différentes [d'anxiolytiques]"* ainsi que des antidépresseurs. Les anxiolytiques la soulagent mais l'épuisent, elle a déjà essayé d'autres moyens, incluant ce qu'elle décrit comme une psychanalyse, mais elle conclut que c'est Rivotril qui lui permet de passer à travers ses grosses crises. Comme PQ20, PQ13 est très consciente du risque de dépendance.

PQ1 est un homme de 42 ans, célibataire, consultant en pédagogie et astrologue professionnel qui travaille à son compte. Il prend 2.5 mg de Valium par jour depuis environ trois mois, mais admet plus tard qu'il en prend souvent une dose additionnelle au besoin le soir avant de s'endormir. Il a déjà pris du Sérax et de l'Ativan par le passé. Il consomme à cause *"d'une espèce de difficulté d's'endormir qui est... qui est pas nécessairement anxieuse, elle n'a pas de composante anxieuse."* Il ajoutera presque immédiatement, *"c'est assez bizarre, mais c'est comme une sorte d'habitude que j'ai à court terme, plus ou moins, de m'endormir comme ça, avec cette sédation."* Il pense avoir demandé, ou "suggéré," à chaque épisode de consommation d'anxiolytique, aux deux médecins qui l'ont suivi, de lui prescrire un tel médicament, lorsqu'il était *"stressé"*. PQ1 apparaît comme relativement sophistiqué quant à ses connaissances sur les anxiolytiques: par exemple, il est capable de discuter des effets paradoxaux des tranquillisants. Par contre, PQ1 semble manifester une certaine ambivalence quant à la question de la dépendance. Celle-ci est mentionnée en premier lorsqu'il énumère les effets secondaires, mais elle n'est pas jugée comme trop inquiétante.

PQ6, un célibataire de 33 ans, sans emploi mais avec un diplôme universitaire en communications, est d'une certaine manière le plus "novice" des sujets de l'échantillon: il prend du Rivotril combiné avec du Luvox, un antidépresseur, depuis moins de six mois et en est actuellement à son premier

épisode de consommation de psychotropes prescrits. Il a commencé ce traitement à cause d'une dépression, suite au départ de sa conjointe avec un autre homme. Il était à ce moment en "psychanalyse", mais n'arrivait plus à s'endormir. Il pense avoir vécu avec une perception assez négative des médicaments en général, à cause de son père, qui était atteint d'une maladie dégénérative du cerveau et qui consommait une "quantité industrielle" de médicaments pendant dix ans avant son décès. PQ6 estime cependant que les résultats obtenus avec ses psychotropes sont positifs : *"Si j'avais pas utilisé ce moyen-là je pense que j'en serais pas rendu là, parce que si jregarde d'anciennes séparations où ç'avait été beaucoup plus long avant d'atteindre ce genre de résultat, j'me dis que c'est peut-être la meilleure chose à faire."*

PQ18 est un homme de 34 ans, célibataire, avec un diplôme universitaire et à la recherche d'emploi. Il prend de l'Ativan depuis 4 mois parce qu'il éprouve des difficultés à s'endormir : *"Moi, on me l'a prescrit pour un problème d'insomnie et en même temps c'est pour m'aider à régulariser les heures de sommeil. J'ai tendance à m'endormir de plus en plus tard. En en prenant, c'est bon, ça m'aide à rééquilibrer le sommeil."* Il y a "longtemps", il avait déjà consommé des antidépresseurs, mais "plus pour l'instant". La raison de sa consommation est exprimée purement en termes de ses difficultés à s'endormir, elles-mêmes résultant de son activité cérébrale incessante : *"C'est une difficulté à sortir, si on peut dire comme ça ; de l'état de veille pour sombrer dans le sommeil, c'est une continuité des activités cérébrales[...]. Je vais me coucher puis j'arrive pas à me calmer, je continue à penser, à penser."* De tous les sujets de l'échantillon, PQ18 est le plus enthousiaste envers sa prise de médicaments. Il estime que son traitement est très efficace et l'aide à mieux dormir. Il n'y voit aucun désavantage et ne ressent aucun effet désagréable. Il estime quand même que son problème d'insomnie pourrait être résolu sans médicament : *"Si je travaillais, avoir des bonnes journées, ça m'aurait aidé grandement à rétablir naturellement mon rythme de sommeil."*

6.1.3.2 Les consommateurs de 1 à 10 ans d'expérience

Plus de la moitié de l'échantillon québécois (13/20) prend un ou plusieurs anxiolytiques depuis un à dix ans, sans interruption prolongée. Presque tous ces sujets, comme nous le verrons plus bas, sont très conscients ou préoccupés par la question de la dépendance et, même si plusieurs donnent verbalement différentes indications de ne pouvoir absolument pas se passer de leurs médicaments ou de ne vouloir encore recommencer un sevrage pénible, aucun sujet ne s'estime franchement "dépendant".

PQ17 est une femme célibataire de 32 ans, avec une formation collégiale en arts plastiques et en décoration intérieure, présentement sans emploi et recevant des prestations d'aide sociale. Il y a exactement 12 mois, elle a débuté sur du Xanax et du Prozac. Après 2 mois, elle dû arrêter le Xanax à cause de réactions indésirables. Le Prozac fut arrêté 4 mois plus tard pour les mêmes raisons. Son médecin lui prescrivit ensuite de l'Ativan pendant 2 semaines. Elle ne prit aucun médicament pendant 5 mois, pour ensuite commencer, il y a 2 semaines, un régime d'anxiolytique (Rivotril et d'antidépresseur (Paxil). Elle dit souffrir de *"dépressions récurrentes, donc automatiquement quand je tombe en dépression, je souffre d'anxiété, alors c'est la raison pour laquelle je prends le Rivotril."* Elle ajoute cependant, immédiatement après, qu'elle vient, le jour

précédent, d'arrêter son Rivotril. *"Le temps que les antidépresseurs fassent effet, j'prenais ça pour contrer l' trouble d'anxiété"*. A la suite d'une série de *"petites dépressions"*, PQ17 en a vécu une *"grosse"* et ses amis l'ont encouragé à consulter un psychiatre. Celui-ci aurait voulu diagnostiquer PQ17 de maniaque-dépression et lui donner du lithium, mais PQ17 n'aimait pas l'idée. Elle a alors changé de médecin, qui a préféré prescrire du Paxil. PQ17 pense que c'est à cause de la courte demi-vie de ce produit et donc de la possibilité de pouvoir rapidement le changer au besoin. Elle a déjà senti, lorsqu'elle prenait de l'Ativan, *"que c'est très facile de développer une dépendance parce qu'on est bien, on est sur un p'tit nuage, y a plus rien qui nous touche, ou qui nous angoisse"*.

PQ16 est une femme mariée, âgée de 39 ans, avec une maîtrise en sciences sociales mais sans emploi. Elle est sous médication anxiolytique (Rivotril) combiné avec du Prozac depuis un an. Elle dit prendre le Rivotril *"pour des problèmes d'anxiété et d'insomnie"*, alors que *"Le Prozac, c'est pour ce qu'on appelle les troubles de l'humeur."* Elle est membre d'une association de maniaque-dépressifs et se décrit comme *"une grande lectrice de périodiques et de journaux de médecine"*. Elle distingue l'effet du Rivotril d'autres anxiolytiques qu'elle a déjà pris auparavant : *"Celui-là, ça abaisse mon niveau de stress, de tension."* Elle précise que *"Ça me calme, ça m'endort pas. Je le prends pas pour m'endormir."* Pourtant, elle ajoute immédiatement après, *"Le soir, si j'ai vraiment de la difficulté à m'endormir, je vais en prendre deux."* Elle a commencé sa consommation de psychotropes il y a *"longtemps"*, quand *"mon médecin qui me suivait depuis longtemps avait décelé que j'avais vraiment des chutes de moral [...], puis j'ai perdu trois personnes [...] j'avais des attaques de panique"*. Depuis un an, elle aurait développé de *"très fortes allergies alimentaires"* qui la tiennent *"très stressée"*.

PQ15 est une femme de 54 ans, avec une formation de technicienne en informatique, qui travaillait comme gardienne d'enfants mais qui ne travaille pas depuis 6 mois. Durant l'entretien, PQ15 présente une attitude générale de résignation. Depuis 3 ans, elle consomme 20 mg de Paxil (un antidépresseur) ainsi que 5 mg de clonazepam (Rivotril). PQ15 date le début de ses difficultés *"à ma ménopause, j'tais très fatiguée...J'ai seulement été traitée par l'homéopathe, pis j'ai eu beaucoup de ... sessions d'acupuncture, pis un moment donné j'tais pus capable parce que c'tait pas suffisant."* Son médecin pensait qu'elle faisait de l'anémie, mais après une série de tests physiques négatifs, elle fut référée à un psychiatre, qui diagnostiqua un problème d'anxiété. Elle estime aujourd'hui que son problème est d'origine génétique, à cause de difficultés similaires chez ses parents. À quelques reprises, elle précise qu'elle n'arrive pas réellement à distinguer entre les effets du Paxil et ceux du Rivotril. Par contre, elle résume les effets positifs attribués spécifiquement au Rivotril ainsi: *"Ça m'a donné plus confiance en moi, ça m'a aidée"*. En particulier, elle est arrivée à dormir des nuits entières. Elle se plaint d'un gain de poids notable, de fortes nausées, de pertes de mémoire et de perte totale de désir sexuel, mais estime que le bilan reste positif. Elle prend ses médicaments depuis 3 ans mais insiste qu'elle ne veut pas être dessus *"plus qu'un an"* et qu'elle a souvent demandé au médecin d'arrêter. D'autre part, elle précise n'avoir pas pris son Rivotril au coucher seulement *"trois, quatre fois"* en 3 ans. Elle rapporte que son médecin estime préférable que PQ15 reste sur ses médicaments. Quand on lui demande si elle est d'accord, PQ15 répond *"J'ai pas l'choix d'être d'accord."*

PQ14 est un homme de 57 ans, marié et père de 3 enfants, diplômé de sciences humaines et directeur adjoint d'une association professionnelle. Il prend un antidépresseur (Serzone), un anxiolytique (Dalmane) et Phénergan, un antihistaminique prescrit comme sédatif-hypnotique. Sa première consommation a duré 9 mois, pendant la maladie et après le décès de son père. Un an après, PQ14 a recommencé sur d'autres anxiolytiques et antidépresseur, suite au retour des symptômes suivants: *"maux d'estomac, maux d'intestin, tachycardie, l'anxiété, puis surtout j'ai commencé à avoir les idées noires."* Il dit n'avoir jamais pris d'anxiolytiques sans antidépresseur: *"Les effets, je ne saurai pas moi si ils sont dus soit à un, soit à l'autre."* Il se décrit comme un individu *"qui fait beaucoup de psychosomatique ... Depuis l'âge de 20 ans, à toutes les nuits, j'ai des troubles d'intestin... Ça doit être le résultat d'une anxiété latente qui s'est transformé dans mon corps. Ça devient toujours très corporel. Très corporel."* PQ14 énumère une série de malaises physiques et psychologiques actuels, se demande parfois s'ils ne seraient pas produits par ses médicaments. Il ne se questionne pas quant au fait de prendre trois psychotropes différents, incluant deux avec propriétés sédatives. Le Phénergan lui a été ajouté parce qu'il n'arrivait pas à dormir avec le Dalmane. Il indique que le Serzone lui a été prescrit à cause d'un effet tranquillisant, pour qu'il puisse plus facilement abandonner les anxiolytiques. Lors de ses crises aiguës successives, PQ14 a consulté plusieurs médecins et chacun a modifié la prescription: il nomme lors de l'entretien six différents psychotropes prescrits depuis deux ans, incluant quatre anxiolytiques et deux antidépresseurs. PQ14 indique cependant qu'il a *"très confiance"* en ses médecins. Dans l'ensemble, PQ14 exprime un malaise général, un découragement, un manque d'énergie qui lui fait craindre les moindres activités, une sorte de *"vieillesse avancée"*. *"Quand je retombe dans mon quotidien, dans ma vie, je sens que je ne suis pas à 100% de mes forces, mes capacités... Même en prenant les médicaments"*.

PQ19 est un homme de 34 ans, avec un diplôme d'ingénieur et à la recherche d'emploi. Il consomme du Rivotril et du Luvox (antidépresseur) depuis 21 mois, pour un problème d'anxiété, de panique et d'agoraphobie qui a commencé après *"trois gros chocs émotionnels"*, le décès de son père, la perte de son emploi et une séparation après 7 ans de vie commune. Il croit que le Luvox lui a été prescrit pour faciliter le sevrage d'un autre anxiolytique, Lectopam, immédiatement avant l'épisode de consommation actuel. Il a déjà consommé de l'Ativan il y a huit ans. PQ 19 entreprit, avec l'aide d'un psychiatre, une thérapie psychologique assez intensive pour son agoraphobie, qui semble avoir donné de bons résultats. Pendant les 12 mois écoulés, il a graduellement baissé de moitié le dosage de son Rivotril. Il ne s'estime pas dépendant mais mentionne à plusieurs reprises comment l'anxiolytique a *"tellement un bon effet que ça devient un piège."* Il décrit plusieurs difficultés - surtout psychologiques - du sevrage. Il estime néanmoins avoir obtenu de bons résultats de ce médicament, qui l'a aidé à gérer sa crise et passer à travers des moments difficiles. Il pense également qu'il n'aurait jamais pu s'en sortir sans thérapie psychologique. Il regrette un peu que le médicament lui ait été présenté, lors de ses premières crises, comme *"pilule magique, sans effet secondaire"*, ce qui a retardé la réalisation qu'il devait chercher activement la cause profonde de son malaise.

PQ2, un homme de 35 ans, sans profession et sans emploi, prend une à trois pilules de 2mg de Rivotril quotidiennement et sans interruption depuis 2 ans. Il dit avoir pris "des Ativan et des

Rivotril" continuellement depuis la maladie et le décès de son père. PQ2 précise qu'il ne prenait "absolument pas ça avant"; c'est sa mère qui l'aurait introduit à la consommation d'anxiolytiques: *"Quand j'avais mon père souffrir sur le lit, ça m'prenait un calmant pour me calmer... Ma mère m'a donné des... des Ativan, ça m'aidait à contrôler mon anxiété"*. Sa mère est décédée trois mois après. Depuis ce temps, PQ2 vit assez régulièrement des crises d'angoisse : il s'est présenté à six reprises à la salle d'urgence avec divers symptômes physiques, des vomissements en particulier. Après de nombreux examens pour exclure des causes physiques, il a reçu le diagnostic de trouble panique. Aujourd'hui, ses crises de panique sont presque quotidiennes, mais il est quand même d'avis que le médicament l'aide à se calmer et à dormir. PQ2 discute abondamment du risque de dépendance lors de l'entretien, mais ne pense pas que ça s'applique dans son cas particulier, même s'il ne peut imaginer fonctionner sans sa pilule de Rivotril : *"J'vais vous dire, quand j'commence à suer et tout, ça m'prend mon Rivotril. J'suis pas accroché dessus, mais ça me l'prend."*

PQ4 est une femme de 51 ans, secondaire terminée, qui a immigré d'Europe au Canada et travaille actuellement comme gouvernante. Elle prend de l'Ativan depuis 5 ans, sans interruption, bien qu'elle *"essaie des fois [d'arrêter] les fins de semaine."* (Durant l'entrevue, elle mentionne sa dose quotidienne comme étant 50 mg, ce qui semble une erreur, les doses recommandées d'Ativan variant généralement de 1 à 6 mg.) Son Ativan lui est prescrit par un rhumatologue, qu'elle consulte pour une rhumatoïde arthritique. Elle a commencé sa consommation seule, sans prescription, ayant accès à de l'Ativan dans un foyer pour personnes âgées, où elle travaillait la nuit. Mais elle mentionne aussi une influence familiale: *"Quand j'étais jeune, ma mère prenait ça toujours pour dormir, je disais ben ça doit être normal qu'on prend... et ça m'est resté, voyez-vous..."* Aussi, à l'âge de 15 ans, elle souffrait de *"nervosité"* et son médecin de famille lui avait prescrit un *"calmant"* pour quelques années. Actuellement, elle prend de l'Ativan pour son anxiété, qui l'empêche de dormir. Elle s'inquiète de manquer de médicament et, avant même qu'une prescription soit terminée, *"j'en ai déjà une autre."* Elle connaît quelques personnes qui en prennent régulièrement, et ajoute, *"si c'était dangereux, on n'le prescrirait pas aussi facilement."* PQ4 est ambivalente envers sa consommation. Elle estime que cela ne lui apporte que des bienfaits et ne ressent aucun effet désagréable, mais se considère *"fautive"* d'en prendre et d'en redemander, et fait plusieurs rapprochements entre sa consommation et celle de *"drogués"*.

PQ5 est une femme de 35 ans, possédant un certificat d'invalidité à cause de dépression, en congé de maladie et ne recherchant pas d'emploi. Elle prend deux anxiolytiques différents (Lectopam et Restoril) et un antidépresseur (Zoloft) depuis 2 ans et demi. Elle était étudiante à temps plein à l'université et a commencé à avoir de grosses difficultés à s'endormir. Son généraliste l'a référée à un psychiatre, qui diagnostiqua une dépression. PQ5 pense qu'il s'agit plutôt d'un "burn out", un épuisement. PQ5 fait une distinction nette entre un "anxiolytique" et un "somnifère" et leurs effets respectifs, notamment en ce qui a trait à la dépendance : *"Le Lectopam est un anxiolytique de courte durée, parce que je disais [au psychiatre] que j'avais des réveils pendant la nuit, alors il m'a dit on l'agencait avec le Restoril qui a un effet à plus long terme. Les somnifères j'en voulais pas ... parce que je savais qu'on pouvait développer de la dépendance."* Plus loin, elle ajoute, *"Avec les*

anxiolytiques, je ne développerai pas de dépendance, quand je vais vouloir l'arrêter, y aurais de problème."

PQ8 est une femme de 40 ans, sans emploi, officiellement considérée inapte au travail et donc recevant des prestations de bien-être social. Elle a terminé son secondaire et a travaillé comme commis comptable. Elle prend du Désyrel (antidépresseur) et du Xanax depuis un peu plus de 3 ans, suite à la nouvelle qu'elle avait un cancer probablement fatal (mais aujourd'hui en rémission) et suite à diverses pertes (emploi, ami). Elle ressent à l'occasion des crises de panique et les médicaments la calment. Récemment, elle se sent moins stable et a davantage besoin des ses médicaments: *"avant j'avais été une semaine sans en prendre, mais la maintenant j'en prends à tous les jours..."*

PQ12 est un homme de 46 ans, célibataire, qui travaille en aménagement intérieur. Il a terminé trois ans d'études au secondaire. Il prend un demi milligramme de Xanax, *"une ou deux fois par jour"*, depuis 6 ans. Il en prend *"strictement pour une question d'angoisse, d'anxiété"*. Il a déjà pris du Luvox, un antidépresseur et en contraste avec ce dernier, il dit que l'effet du Xanax se fait sentir immédiatement, ne dure pas, l'engourdit et provoque une accoutumance. PQ12 mentionne le danger de la dépendance dès le tout début de l'entretien. Il prend le médicament depuis 6 ans mais estime que le meilleur traitement est *"le plus court possible"*. PQ12 semble se contredire à quelques reprises : il mentionne ne jamais prendre son médicament tous les jours, mais aussi de le prendre tous les jours, etc. Il dit ne jamais en prendre pour dormir, mais précise plus tard que c'est le soir avant le coucher. Il mentionne un *"manque"* comme l'un des principaux effets secondaires mais affirme explicitement: *"j'me considère pas comme dépendant"*.

PQ7 est un homme de 39 ans, agent de développement dans un organisme communautaire, avec un diplôme collégial en communication, divorcé depuis 5 ans. Se dit maniaco-dépressif et consomme du lithium et du Rivotril depuis un an et deux semaines. Le Rivotril lui a été prescrit pour améliorer son sommeil, mais PQ7 est conscient que la combinaison lithium-Rivotril se prescrit souvent pour les cas de maniaco-dépression. Il en prend un demi milligramme par jour de Rivotril et apprécie l'effet sur l'anxiété et l'insomnie, bien qu'il se plaigne de *"blancs de mémoire"* fréquents. À cause de différents essais de réduction de son Rivotril et du lithium, PQ7 estime être capable de discerner quels effets indésirables sont causés par quel médicament. PQ7 est très conscient du risque de dépendance et fait des efforts pour réduire sa consommation : *"Y a un an, je prenais 2 mg par jour. J'ai diminué, diminué, diminué. Parce que j'essaie de l'éliminer, mais c'est pas facile"*.

PQ3 est une femme de 32 ans, à la recherche d'un emploi. Elle possède une scolarité de niveau maîtrise. Elle prend des tranquillisants depuis *"au moins six, sept ans"*, dernièrement du Rivotril prescrit par un psychiatre: *"j'suis obligée de passer par lui pour qu'y m'renouvelle ..."* PQ3 dit avoir suivi une formation (non spécifiée) sur les médicaments, incluant des cours en pharmacologie et semble en savoir assez long sur les propriétés des anxiolytiques. Elle a déjà utilisé plusieurs substances illicites et se considérait auparavant comme *"toxicomane"*. Au début, PQ3 a commencé à en prendre à cause de *"crises d'angoisse"*. PQ3 attribue la cause de sa première crise à une ingestion de cannabis, mais les crises ont continué même si elle a cessé sa consommation de substances illicites. Elle précise qu'elle prenait des tranquillisants pour atténuer les effets de la

cocaïne. De la description de sa première crise, elle enchaîne immédiatement pour dire que *"maintenant j'ai l'impression d'être pas vraiment dépendante, mais quand même si... au bout d quelques jours j'en prends pas, j'avais m'sentir mal à l'aise, t'sais, vraiment bizarre, quoi". "De toutes façons".* PQ3 réfléchit à un autre moment de l'entretien, *"je finis toujours par les consommer".*

6.1.3.3 Les consommateurs de plus de dix ans d'expérience

Trois sujets de notre échantillon prennent des anxiolytiques pour des périodes dépassant dix ans: deux femmes depuis 12 ans chacune et un homme depuis 22 ans. Ce dernier est le seul sujet de notre échantillon qui s'avoue dépendant sur son médicament.

PQ9 est une femme de 41 ans, séparée, avec un diplôme collégial. Elle est mère d'un garçon de 12 ans, mais n'en a plus la garde. Son expérience de travail est en relations publiques: elle travaille parfois comme secrétaire temporaire mais vit essentiellement de ses prestations d'aide sociale. Elle consomme du Rivotril, 4mg au coucher, et du Prozac, 20 mg le matin. Elle prend l'anxiolytique depuis 12 ans. Elle situe l'origine de ses difficultés à une rupture de couple pendant sa grossesse, suivie d'une longue dépression post-partum. Elle raconte avoir vécu, depuis ce temps, plusieurs dépressions majeures et crises de panique. PQ9 s'exprime avec aisance et décrit bien sa situation, mais son équilibre psychique actuel semble précaire: une semaine avant l'entretien, elle a reçu son congé après quelques jours d'hospitalisation, apparemment pour cause de dépression. PQ9 estime que son Rivotril l'aide à *"fonctionner plus normalement"*. Elle n'a pas beaucoup d'espoir que les choses s'arrangent vraiment dans sa vie: elle est plus préoccupée à bien structurer celle-ci pour ne pas sombrer dans l'indifférence et la torpeur. Les médicaments font maintenant partie intégrante de sa vie et elle ne discute à aucun moment durant l'entretien de la possibilité de les arrêter un jour. Elle pense être affligée d'une *"pathologie au niveau biologique"* et que *"la médication elle a le but de pourvoir aux séquelles que la nature, ou chimique ou pathologique, fait... C'est comme quelqu'un qui prend des hormones durant la ménopause..."*

PQ11 est une femme de 55 ans, coordonnatrice de programme, avec un diplôme de maîtrise. Elle n'arrive pas immédiatement à se rappeler du nom de son médicament actuel, Rivotril (*"C'est drôle, j'me rappelle jamais de mon médicament"*) même si elle le consomme depuis 3 ans. Immédiatement avant Rivotril, elle prenait du Lectopam continuellement depuis 1984. Elle a longtemps souffert d'anxiété, qui se manifestait par une série de sensations physiques, notamment dans la poitrine. Elle vivait avec son mari, malade physiquement et qui souffrait d'anxiété chronique. PQ11 est d'avis que c'est comme ça qu'elle est devenue anxieuse: elle s'est surmené, travaillant à temps plein tout en s'occupant de son mari, Elle estime que le Rivotril la rend *"fonctionnelle"*, lui assure *"six heures de sommeil minimum"*. Elle ne mentionne aucun effet désagréable et décrit même le Rivotril à plusieurs reprises comme *"parfait"*. PQ11 a déjà essayé des alternatives aux médicaments, tel le yoga, la relaxation, etc.. mais elle n'a pas pu les supporter: *"Alors à chaque fois qu'étais consciente de ma respiration, c'était presque le souffle d la mort, j'avais peur qu'ça soit mes dernières respirations."* PQ11 a aussi suivi une thérapie psychologique qui l'a beaucoup aidée, mais elle n'a pas cessé de prendre son anxiolytique pendant ce temps. Elle combine sa médication avec des activités

structurées (marche. exercice) qui lui sont très utiles. Le médicament est néanmoins sa "*béquille*". qu'elle pense pouvoir cesser un jour, quand elle sera moins stressée. Elle ne dit pas à ses amies qu'elle en prend, car elle pense que les gens ne comprennent pas ces "*maladies de psy*".

PQ10, qui prend un anxiolytique (d'abord le Tranxène puis le Lectopam presque continuellement depuis 22 ans, est un chauffeur professionnel. La seule raison de sa consommation n'est pas qu'il en a "*besoin psychologiquement*", mais qu'il lui est "*impossible de lâcher ça*". L'entretien avec ce répondant révèle qu'il a essayé des sevrages à plusieurs moments et de différentes manières : seul, avec l'aide de son médecin, même en centre de désintoxication - mais sans aucun succès. Ses symptômes de sevrage sont extrêmement désagréables et il n'est jamais arrivé à les supporter. Son médecin actuel le suit depuis plus de 10 ans et, selon PQ10, serait convaincu que ce dernier ne pourra jamais se passer de son anxiolytique. PQ10 décrit son problème actuel comme "*complètement physique*", une véritable dépendance physiologique qui le tient "*emprisonné*". PQ10 est certain que cette dépendance l'accompagnera jusqu'à la fin de sa vie et il craint d'être privé éventuellement du support de son médecin vieillissant, à la mort de celui-ci. Affligé d'une surdité partielle, PQ10 s'épouvante presque à l'idée de se retrouver, lorsqu'il sera très âgé, seul et sourd dans une maison de retraite, entouré de soignants qui ne le connaissent pas et qui ne comprendront pas qu'il a un besoin physique de ses tranquillisants.

6.2 Les problèmes qui ont amené les sujets à consulter

6.2.1. Un état de crise handicapant

Deux types de discours prédominent parmi les explications de la demande d'aide médicale originale. Chez la plupart des sujets (14/20), une crise précise les a amené à demander de l'aide. Des drames personnels et des événements très stressants semblent être à l'origine de ces crises. La maladie et le décès des parents, un accident de voiture, la perte d'un conjoint, d'un enfant, d'un emploi sont les événements les plus souvent mentionnés. Chez le reste des sujets, un événement déclencheur n'est pas rapporté : la demande d'aide semble plutôt justifiée en termes de malaises et d'inconforts ressentis depuis longtemps ou depuis peu, sans qu'il ne prennent nécessairement la proportion de "crise". Par ailleurs, pour certains, la vulnérabilité à la crise perdure depuis des années, même si les crises elles-mêmes sont passagères.

Les crises sont constituées d'un malaise ou d'un ensemble de malaises, principalement l'anxiété ou l'angoisse, la panique, l'insomnie, la fatigue et la dépression. Même si plusieurs symptômes psychologiques sont identifiés, dont la peur et l'inquiétude, la description des symptômes physiques des crises aiguës d'anxiété prédomine: les sujets se plaignent principalement de palpitations, d'étouffement, de sueurs, de nausées, etc. Le sommeil est presque toujours perturbé et son rétablissement transitoire ou permanent par le médicament est vu comme une bénédiction, comme l'unique façon de pouvoir continuer à fonctionner.

Chez seulement deux sujets, les crises initiales étaient liées de près à une maladie physique : PQ4, qui a souffert d'un cancer grave et PQ8, qui se fait soigner pour de l'arthrite rhumatoïde. Dans le cas de PQ11, la prise de médicament serait consécutive à une "fatigue chronique".

6.2.2 Les facteurs déclenchants

Plusieurs répondants lient leur première consommation d'aide médicale à un événement stressant précis:

. C'est à la suite d'une séparation...j'étais en train de perdre la carte en voyant ma conjointe qui s'en allait avec un autre, puis elle avait déjà commencé une nouvelle relation, et que je voyais ça en pleine face, ça m'a comme déstabilisé, [... j'ai] demandé conseil [à mon thérapeute] car je pensais que j'aurais besoin de béquilles pour passer au travers de ça, car j'me sentais vraiment tout à fait en train de capoter sur place. (PQ6)

. ... j'les ai pris [les médicaments] parce que disons qu'au début, là, on m'a appris que j'avais une maladie... fatale, là, fait que, bon, en même temps j'avais perdu mon ami, j'avais perdu mon

emploi, j'perdais le... le revenu d'travail puis en plus j'me disais "j'en ai peut-être pour cinq ans à vivre", t'sais? Tout ça... ça m'a fait... ça m'a jetée à terre... (PQ8)

. C'est suite à... bon, [...] y a eu une rupture de couple pendant ma grossesse, alors en fin de grossesse moi j'étais déjà dépressive un peu. Après l'accouchement, j'ai fait une dépression post-partum, pis là ç'a déclenché tout un autre mécanisme de background dépressif, ç'a tout sorti en même temps... (PQ9)

. Au départ, c'était de la nervosité à la suite d'un accident d'automobile. Ma femme était enceinte à l'époque, elle devait accoucher, et puis ç'a débuté d'même: un enfant qui est sorti entre les voitures. il courait après un ballon [...]. Ç'a commencé là les problèmes digestifs et de nervosité [...] Oui, d'entendre [l'enfant] passer en dessous d'la voiture pis tu penses à ta femme qui va accoucher dans deux, trois semaines. Ç'a commencé d'même. (PQ10)

. Y'a eu un feu [...] suivi quelques années après ... en l'espace de trois mois j'ai perdu mon père, j'ai perdu un enfant, et j'ai perdu mon emploi et mon conjoint. Et c'est toutes... toutes mes bases qui s'sont défaites au grand complet pis, là, ça été beaucoup, beaucoup trop, j'ai fait une dépression nerveuse. (PQ13)

. Des pertes, des pertes, moi j'avais perdu mon père puis j'avais perdu un emploi puis je m'étais séparé, après sept ans, ce qui fait que y avait trop de chocs dans ma vie en même temps. (PQ19)

Un répondant lie sa première crise à l'ingestion de cannabis :

. Ben, c'est au début, c'est venu comme ça, du jour au lendemain, ben c'est vrai qu'c'est en fumant du pot, la première fois, mais quand même j'ai eu une crise de panique, j'étais vraiment... compression d'la poitrine, enfin, j'sais pas, tout allait... on a l'impression qu'on va... qu'on va mourir, qu'on peut plus respirer, que ça fait... t'as une peur qui s'mêle à ça, ça moi j'ai tout d'suite appelé ça... j'appelais ça des crises d'angoisse. Et pis après c'est revenu tous les jours, même sans que j'fume de pot. Pis là, bon, j'avais un [problème] d'la glande thyroïde aussi, même léger, mais quand même ça pouvait jouer. Fait qu'après j'ai quand même été soignée pour la thyroïde, ça fait que là j'ai arrêté les calmants. Plus tard, j'ai pris d'la cocaïne, là j'ai r'commencé les calmants... (PQ3)

Un homme de 34 ans, sans emploi, qui prend de l'Ativan depuis 4 mois et rapporte avoir pris des antidépresseurs dans le passé, indique qu'il prend ce médicament uniquement à cause de son problème de sommeil, sans le lier à une anxiété ou autre difficulté associée ou sous-jacente:

. C'est une difficulté à sortir, si on peut dire comme ça, de l'état de veille pour sombrer dans le sommeil, c'est une continuité des activités cérébrales [...]. Je vais me coucher puis j'arrive pas à me

calmer, je continue à penser, à penser. Je vais me relever puis me recoucher. [...] [Ça apporte] un relâchement musculaire puis ça dirige vers la route du sommeil. [...] Je me demande si ça pourrait pas être utilisé seulement comme calmant, comme quelqu'un qui fait beaucoup d'anxiété. Moi on me l'a prescrit pour un problème d'insomnie et en même temps c'est pour m'aider à régulariser les heures de sommeil. [...] (PQ18)

6.2.3 Des causes plus psychosociales

D'autres répondants lient leur consommation d'anxiolytiques à des stressors environnementaux de longue durée. Par exemple, PQ12, décrit son anxiété et l'attribue à la solitude et au manque d'emploi:

. Ah! est dans la tête, on pense tout l'temps, j'pense tout l'temps. Y a comme un conflit qui s'installe, là, t'sais ... J'pense c'est de... la tension nerveuse. Des fois c'est la recherche d'emploi, ça peut causer ça. [...] Oui, oui, la vie en général, t'sais, on pense à plein d'choses, [...] Pis manque de dialogue, manque de... communication, t'sais, des fois tu vis tout seul tout l'temps, ça entraîne... ça entraîne du stress. Parce que de... de chercher de l'emploi pis de pas travailler pendant un bout d'temps, ça cause du stress. (PQ12)

Pour une répondante âgée de 55 ans qui prend des anxiolytiques depuis 12 ans, les problèmes ont débuté à la maison:

. Non, à l'époque je n'travaillais pas, j'étais à la maison. [...] Mon mari souffre d'anxiété chronique avec état de panique [...] ce qui a fait que moi j'ai développé, j'imagine, cette maladie, le médecin me l'a... l'a confirmé, c'était que je vive avec quelqu'un qui avait cette maladie-là, communication. J'étais une espèce d'infirmière de garde 24 heures sur 24, et j'ai fait ça pendant des années, [...] Être de garde la plupart du temps, alors moi aussi j'ai développé l'anxiété. [...] Bon, après... j'ai eu en plus de ce surmenage de travail [hors de la maison], mon mari [...] a fait une crise du coeur. Alors imaginez-vous, il est devenu plus malade qu'avant encore. Alors j'étais au bureau, à la maison, j'étais de garde plus que 24 heures par jour... (PQ11)

Une autre répondante aussi âgée de 55 ans, qui prend de l'Ativan seulement depuis 1 semaine, mais qui en avait déjà pris "pour un mois il y a quelques années", fait un lien entre son trouble du sommeil et sa situation financière:

. Ah! Pourquoi je prends ça! Oui, le trouble, c'est quoi. [...] C'est ça, je m'endors pas. Ou bien [...] lorsque je suis endormie, je me réveille aux 90 minutes. Pas deux heures, 90 minutes! [...] Ça fait assez longtemps que ça m'arrive, une heure et demie, comme un cadran! [...] Mais depuis un certain temps, moi je dirais que c'est un cauchemar qui va me réveiller. Mais c'est vrai que ma situation financière, là, est assez critique puis ça me rend anxieuse, ça me rend beaucoup anxieuse,

découragée, là. Autrement dit, j'étais, il y a deux semaines. découragée. [...] Ben là je me dis, là. si je suis pas en forme, je pourrai pas aller travailler, puis si je vais pas travailler, j'aurai pas d'argent. je pourrai pas manger, je vais redevenir pauvre encore. Pis là c'est encore le cercle vicieux qui recommence. (PQ20)

Une répondante mentionne, outre l'anxiété et l'insomnie qui l'ont poussé à prendre des anxiolytiques, que le comportement a été appris en famille:

. Parce que je... Quand j'étais jeune, ma mère prenait ça toujours pour dormir, je disais ben ça doit être normal qu'on prend... et ça m'est resté, voyez-vous, comme quoi y a des... on pourrait prendre des choses plus naturelles ou des choses comme ça. (PQ3)

Pour PQ6, le problème actuel est lié à une "sensation de vide" au fond de lui-même et dans la société:

. Principalement une sensation de vide, une sensation que la vie est étrange, mais principalement le vide. Surtout le vide au fond d'moi, le vide dans la société en général, le vide que la civilisation nous propose aujourd'hui, c'est surtout ça, un sentiment de vide littéral. (PQ6)

Un homme de 39 ans, diagnostiqué de maniaco-dépression et prenant également du lithium, explique aussi sa consommation de Rivotril en faisant référence à la société:

. Ben, les gens qui sont extrêmement tendus et nerveux, la société va très vite, on dirait qu'ils ont besoin absolument de mettre un frein. Puis lorsqu'on se couche, on a tellement, maintenant, par rapport à notre travail, notre vie quotidienne, on a beaucoup de soucis continuellement, on dirait qu'on est toujours en course. Alors comme dans mon cas, souvent, c'est ce qui arrive... (PQ7)

Une autre répondante met ses problèmes sur le compte de son héritage génétique:

. Ben c'est génétique aussi [...] ma mère était comme moi puis j'ai... mon père est alcoolique, mon grand-père pis mon fils sont alcooliques, c'était aussi par les souffrances... (PQ15)

Une femme de 32 ans, sans emploi et prenant différents psychotropes depuis un an, explique sa prise de tranquillisants ainsi:

. Ben, parce qu'en fait ... j'ai... c'qu'on appelle, j'ai des dépressions récurrentes, donc automatiquement quand je tombe en dépression, je fais un trouble... je souffre de troubles d'anxiété, alors c'est la raison pour laquelle je prends le Rivotril. Maintenant, je sais pas si votre étude j'suis toujours éligible, c'est qu'j'ai cessé de prendre mon Rivotril hier. [...] J'en ai pris pendant deux semaines pis même avant ces deux semaines-là, j'ai pris des Ativan aussi pendant une semaine.

Mais là, c'est ça, j'étais en dépression, fait qu'le temps qu'les antidépresseurs fassen effet, j'prenais ça pour contrer l'trouble d'anxiété. (PQ17)

Une femme de 35 ans, en congé médical officiel pour cause de dépression et sous médication depuis deux ans et demi, décrit ainsi son problème et sa prise de Restoril et Lectopam, qu'elle pense être uniquement des "anxiolytiques" et plus sûrs que des "somnifères" qui induisent des dépendances:

. Les réveils durant la nuit. Le fait que j'ai beaucoup de difficulté à me rendormir, je dors très peu d'heures, c'est vraiment un gros problème d'insomnie. Bon, y a aussi la consommation de nourriture, soit que je mange des cochonneries ou là dernièrement, j'ai de la difficulté à juste manger un bol de céréales. [...] J'étais étudiante à temps plein à l'université. Je travaillais à temps partiel [...] Au début, j'arrivais pas à dormir. [Mon médecin de famille] m'a référé à un psychiatre [...], j'arrivais pas à aller à mes cours, je dormais pas. Je souffrais vraiment d'insomnie, alors c'est pour ça que je suis allée le voir. [...] Je pense que sur le certificat y a marqué, je crois, comme dépression [...] J'ai commencé avec Zoloft, le Lectopam et Restoril. [...] Le Lectopam est un anxiolytique de courte durée, parce que je lui disais que j'avais des réveils pendant la nuit, alors il m'a dit on l'agençait avec le Restoril qui a un effet à plus long terme. [...] Les somnifères, j'en voulais pas [...] parce que je savais qu'on pouvait développer de la dépendance. C'est pour ça, moi je l'avais pris juste dans le domaine des anxiolytiques. (PQ5)

6.2.4 Des effets physiques et psychologiques incapacitants

Les crises d'anxiété provoquent des effets qui peuvent handicaper complètement les sujets dans leur quotidien.

. Parce qu'au début, c'était vraiment grave, j'me suis ramassé six fois à l'urgence... Ben, j'pogne des crises d'angoisse, des crises d'anxiété, je sue. Bon, ça m'aide à dormir ces médicaments-là que j'prends, des Ativan, y a Rivotril, j'ai d'la misère. (PQ2)

Presque tous les répondants signalent la prise d'anxiolytiques à cause de difficultés à dormir, comme PQ4, PQ5, et PQ11:

. oui, c'est l'anxiété, alors j'ai du mal à m'endormir, c'est pour m'aider à m'endormir. C'est l'anxiété qui m'cause le... (PQ4)

. Les réveils durant la nuit. Le fait que j'ai beaucoup de difficulté à me rendormir, je dors très peu d'heures, c'est vraiment un gros problème d'insomnie. (PQ5)

. D'abord, y a une perte de sommeil, une perte de sommeil, j'avais peut-être cinq heures, quatre, cinq heures de sommeil, ça c'est... c'est le plus gros bobo, et le fait... le fait... (TOUX) Excusez-

moi. Le fait que je n'puisse pas dormir entraînait des... un manque de fonctionner, j'étais pas fonctionnelle pendant le jour, peu importe le jour ou l'soir, j'n'avais pas l'esprit lucide, je... j'étais état de fatigue. Plus ça allait, plus j'enfonçais dans cet état. Alors là les médicaments ont permis de dormir une période raisonnable de sommeil, de récupérer et puis d'être capable d'être ... d'être fonctionnelle, de pouvoir faire des tâches, de penser, d'être alerte... (PQ11)

Plusieurs insistent sur le fait qu'ils ont demandé la prescription de ce médicament pour des raisons d'ordre "physique" avant tout, même s'ils estiment souvent que la racine du problème serait "psychologique". Par exemple, pour ce répondant, la fatigue consécutive au manque de sommeil était le problème principal, même si l'insomnie provient d'une cause "psychique":

. C'est un p'tit peu la difficulté d'endormissement. Je... j'me sens parfaitement bien, en général. Donc c'est pas... oui, c'est pas nouveau, là, c'est pas nouveau. J'peux vous dire... j'peux ajouter aussi, si ça représente un intérêt, que j'en ai déjà pris à d'autres époques pour l'anxiété, de jour. Le problème... Bon, c'est ça, c'est qu'à des périodes, j'ai comme... peut-être comme une difficulté comme physique de m'endormir, parce que j'comme en activité un peu... mentalement j'ai une activité, là, J'me sens pas forcément mal, mais j'ai une activité. Même si j'suis fatigué, même si j'suis fatigué, des fois j'vas avoir d'la difficulté à m'endormir, même fatigué. C'est un... Moi j'attribue ça à [...] une tension psychique.

Pour plusieurs autres répondants, des effets physiques intenses sont rapportés avec clarté:

. Un moment donné, là, je faisais de la tachycardie pis des palpitations pis une palpitation qui était aussi arythmique, c'est-à-dire qui fait de l'arythmie en plus, donc le coeur boum-boum-boum-boum! Boum! Boum-boum-boum-boum! Ça, ça me réveillait la nuit, je dormais pas la nuit. Puis une journée, là, j'en ai eu tellement que c'était comme Si j'étais en état de choc... deux, trois heures comme ça, là. ... Mais là j'étais convaincu que je faisais une crise cardiaque, alors je suis parti puis je suis allé à l'hôpital. Le médecin a diagnostiqué : non, tu fais de l'anxiété aiguë. Alors il m'a donné une dose un peu plus forte. (PQ14)

. Je sais que... si on réfère dans mon cas à moi, les crises d'angoisse, ça a un effet physique qui est totalement insupportable [...] un moment donné, par exemple, j'ai eu l'impression d'avoir... plus pouvoir bouger, plus pouvoir rien faire. L'anxiolytique va m'aider à... à physiquement me... me déstresser.

. Je ne respire plus pis les reins qui deviennent très faibles. Oui, Au tout début, là, quand c'était les premiers temps, là, ben c'était comme si j'allais en auto, là, les autos venaient sur moi, j'avais très peur. ... Oui, au moindre stress, là, j'étais tout d'suite... j'étais essoufflée au moindre stress. Le stress, j'pouvais plus y faire face. Oui. Ah ! Pis faut qu'j'vous dise, avant ça, là, à tous les neuf

mois, j'avais des problèmes de... d'estomac... intestinal... d'intestin, là, j'avais comme un accouchement pis j'étais très malade. (PQ15)

. Ah oui, oui, j'avais vraiment des grosses crises de panique, tous les effets... c'était physique. c'était pas psychologique, là, enfin si, ça fait une peur, mais c'était pas psychologique, qu'on peut dire. (PQ3)

. ... c'est sûr qu'le médicament, je l'ai pris pour des périodes de tension physique, absolument, ça oui, ça j'l'ai déjà fait: mais actuellement, au niveau de l'endormissement, le sommeil, c'est comme une espèce de difficulté d's'endormir qui est... qui est pas nécessairement anxieuse, là, non, non, elle a pas de composante anxieuse. (PQ10)

Pour un répondant, les origines psychologiques sont probablement présentes:

. Ben parce que c'est... les problèmes... les problèmes psychologiques agissent sur l'corps, un moment donné, t'sais, fait que... [mots inaudibles]. Pis ça, ben c'est toujours... c'est toujours relié à d'autres... d'autres affaires qui sont peut-être inconscientes. C'est relatif. (PQ12)

Pour sa part, PQ11 raconte comment son médecin l'a encouragée à concevoir son problème en termes physiques:

. Alors moi on m'a dit, comme une béquille, vous avez besoin de ça; j'ai dit "j'me trouve pas très belle avec une béquille"; on m'a dit "oui, mais si vous [...] étiez affligée de... du diabète, vous devriez prendre votre insuline tous les jours et éviter certains aliments, ben dans votre cas, vous avez un état comme ça".

6.3 Les soulagements apportés par le médicament

6.3.1. La définition des anxiolytiques et de leurs effets principaux à court terme

La majorité des réponses se recoupent en matière de définition d'un "anxiolytique" : c'est une substance qui fait diminuer l'anxiété et aussi qui aide à s'endormir. Les réponses diffèrent cependant sur la manière d'agir des anxiolytiques, favorisant directement le sommeil pour certains alors qu'ils ne font que relaxer pour d'autres. Certains patients les voient simplement comme des "calmants", d'autres comme plus que des calmants. Certains les distinguent des antidépresseurs. D'autres encore voient les anxiolytiques comme de la "drogue".

Voici quelques réponses à la question: "*Pouvez-vous me dire ce qu'est un anxiolytique?*":

. *Un médicament qui vise à...à calmer ou a diminuer les symptômes d'anxiété, d'anxiété ou de... d'angoisse, peut-être ou... de stress. C'est un médicament aussi qui... peut favoriser l'endormissement lorsqu'il y a des problèmes de ... de sommeil. (PQ1)*

PQ2 n'est pas sûr de bien comprendre la question : "*Un calmant, tu veux dire ?*"

. *C'est un médicament qui agit contre... contre l'anxiété, contre... contre la dépression aussi, contre les crises de panique, contre tout c'qui est anxiogène, toutes les situations anxiogènes. À réduire les symptômes de l'anxiété d'une part, pis aussi peut-être à r'prendre un contrôle, parce que peut-être qu'y a des personnes qui s'laissent tellement manger par l'anxiété qu'y a un rapport au contrôle de sa vie, p'tit à p'tit. Mais l'idée, j'imagine, c'est pas de continuer à long terme comme moi j'ai fait, ça c'est certain. (PQ3)*

PQ4 n'a d'abord aucune idée ce que pourrait signifier un anxiolytique. La question élicite, à deux reprises, un "non" comme réponse. suivi de: "*Ben, qui arrête l'anxiété.*" PQ4 précise ensuite, à la question "*A quel type de médicaments ça réfère?*", qu'il distingue entre, d'une part, les médicaments qu'il prend et. d'autre part. les "*psychotropes*".

. *Les psychotropes, mais j'vois pas tellement la différence. [...] Non. À part que... j'ai l'impression qu'un psychotrope c'est plus c'qu'on donne aux gens qui font des ... des dépressions, pour changer les idées, parce qu'y a dedans, donc ... (PQ4)*

. *Parce qu'il va travailler sur l'anxiété. [...] Oui, Pour moi, je le vois comme ça, comme me détendre un peu, m'aider à relaxer, m'enlever un petit peu le stress avant de me coucher. (PQ5)*

. Ça c'est tout simplement pour calmer la tension. diminuer le stress, l'angoisse, l'angoisse souvent. (PQ7)

. C'est un médicament qui détend, mais c'est pas un médicament qui endort, c'est juste un médicament qui enlève l'effet de tension psychologique, là. (...) Moi je dis que ça agit comme sur l'état plutôt de panique. Une personne qui est anxieuse, elle grossit, puis elle grossit, puis elle amplifie, ça ramène les choses dans leur juste proportion. (PQ9)

. Ben, d'après ma connaissance, c'est que c'est... c'est... c'est... ça vise le domaine de l'anxiété. C'est à peu près ça... (PQ12)

. Je pense beaucoup pour ça, anxiété, insomnie, pour aider aussi probablement jusqu'à un certain point les gens à fonctionner normalement. (PQ16)

. D'après moi, en fait, c'est essentiellement que ça permet de neutraliser le... l'anxiété, l'angoisse. (PQ17)

. Je sais pas si ça à voir avec l'anxiété [...] finalement, c'est un somnifère des fois, apaiser ou de restreindre les activités. (PQ18)

. O.K. Bon, les anxiolytiques, d'après moi, c'est, pour moi, c'était une séparation, c'est des stress, c'est des chocs émotifs subits. [...] Pour moi, y agissent comme un calmant, comme je te disais, au niveau psychologique puis physique, ç'a calmé mes palpitations. (PQ19)

. Anxiolytique, c'est pour me calmer puis m'endormir, je comprends ça. Moi, à ma façon, je me dis c'est comme un calmant à quelque part. (PQ20)

"L'anxiolytique" ne fait pas que détendre les nerfs, il est plus qu'un simple calmant et il est différent d'un "antidépresseur":

. C'est fait pour enlever l'anxiété. Ça vient de là. [...] Si vous donnez une Valium, j'ai l'impression qu'il n'est pas aussi fort que... j'sais même pas si l'Valium c'est dans les anxiolytiques, j'penserais pas, c'est plutôt pour détendre les nerfs. L'anxiolytique, c'est une personne qui a un problème d'anxiété profond, plus que la majorité des personnes, contrairement à un antidépresseur qui est pas le même... le même [mot inaudible] du tout. [...] j'suis pas médecin, donc j'peux pas vous définir exactement le terme. Mais je l'sais qu'un anxiolytique, si vous m'donnez juste un p'tit calmant, on a déjà essayé au départ pis on disait. (PQ10)

. J'sais pas, j'imagine que les effets... les effets sur des parties d'nous-mêmes qu'on peut pas contrôler un moment donné, fait qu'un moment donné quand on peut pas contrôler... [...] Je n'sais

pas si j'ai répondu à votre question, comment le définir, je dirais qu'c'est... bon, je sais pas si c'est dans mon organisme ou dans ma tête, y a quelque chose qui... qui fait en sorte que je n'peux pas contrôler une situation d'anxiété. (PQ11)

. C'était un gros deuil, un grand deuil, je me suis dit, bon, quand y a un creux, là, quand y faut traverser une rivière, on prend une chaloupe. Mais là, à ma deuxième chute, là, je me suis dit, je traverse pas une rivière, là, je suis en plein océan, là, pis je vais peut-être rester dedans. (PQ14)

C'est un médicament qui agit non seulement sur le psychologique mais aussi sur le physique, notamment en état de crise, car il agit rapidement, mais qui produit un effet différent à long terme :

. la caractéristique, la première caractéristique selon moi de ce médicament-là, là, c'est l'immé... l'immédiat. ... C'est immédiat. C'est... Ben comme on dit, c'est une béquille, c'est tout d'suite, mais ç'a pas d'effet prolongé, ça change rien, c'est juste que tu peux t'accrocher. (PQ12)

. J'pense que pris en état de crise, moi ça me... moi, ça... ça aide à fonctionner, mais quand ça devient une habitude, là, comme j'pourrais appeler l'effet euphorisant, ça finit par nous couper la réalité complètement. (PQ13)

. Bon, un anxiolytique, c'est sûr, c'est un médicament qui... qui est là pour... pour diminuer la sensation d'angoisse que l'on peut ressentir, une sensation d'anxiété. Mais je pense qu'au bout d'un certain temps l'organisme s'habitue: même en prenant ça, on peut s'sentir angossé. (PQ6)

. C'est un médicament qui va provoquer une j'dirais une relaxation, une relaxation mentale ou psychique, psychologique, notamment. C'est un médicament qui provoque aussi une relaxation physique assez nette. (PQ1)

. Ben c'est... j'sais qu'c'est... c'est antispasmodique, c'est calmant, c'est...c'est sédatif, ça... bon, c'est contre l'anxiété, ça pour toute une gamme d'effets... Pis y en a qui sont plus spécialisés. Comme le Rivotril, il est surtout... anti... comment dire... pour les crises. (PQ3)

Pour PQ2, c'est la rapidité qui est importante, car il le mentionne très souvent au cours de l'entrevue :

. Qui atténue l'angoisse au bout de 25 minutes, 30 minutes.

Presque tous les patients les qualifient de "béquilles", indiquant ainsi une médication qui doit être prise à court terme seulement. Presque tous les répondants font aussi un lien entre "court terme" et "bénéfique", alors qu'ils associent le "long terme" avec les effets non souhaitables, particulièrement la dépendance.

Deux sujets précisent que le médicament agit sur le cerveau:

. *Ça peut agir sur le système nerveux ou neurologique. (PQ12)*

PQ14 distingue entre les effets cérébraux des anxiolytiques, vus comme de la "drogue", des effets cérébraux des antidépresseurs, qui fonctionnent sur les "éléments détraqués" :

. *Ben, moi je les prends pour des somnifères, là, je pense c'est des somnifères, ça agit sur le système nerveux, ça vient doper ou droguer mon système nerveux. Moi j'ai toujours été assez allergique aux médicaments, je vois toujours ça comme des drogues. Ça vient comme inhiber quelque chose qui m'empêche de dormir, ça me drogue. [...] Ben le psychiatre a essayé de m'expliquer, là, que l'antidépresseur spécialement, là, c'est un médicament qui jouait donc sur le système... pas neurologique, mais en tout cas le système électrique dans notre cerveau. Il réussissait ou hien à calmer, là, ces éléments détraqués, puis même éventuellement il pouvait, là, en certains cas, les faire disparaître.*

. *Parce que j'ai l'impression qu'on peut développer une dépendance assez facilement à ces médicaments-là premièrement; et deuxièmement, ça gèle les émotions, c'est une drogue dans l'fond.(PQ17)*

. *L'effet qu'il a, il peut même... il peut stimuler le cerveau et nous rendre fonctionnels. C'est pas quelque chose qui endort, c'est pas quelque ch... c'est quelque chose qui, je dirais, neutralise... par exemple, je n'sens pas la douleur dans ma poitrine.(PQ11)*

6.3.2 Ça aide à supporter des situations difficiles

Nous avons vu que plusieurs sujets ont signalé des événements tragiques comme déclencheurs de la demande de médicaments. Les médicaments les ont aidé à supporter ce qui aurait été insupportable autrement:

. *Quand mon père est décédé, ma mère m'a donné des... des Ativan, ça... ça m'aidait à contrôler ma... mon anxiété, mon anxiété, parce que j'capotais vu qu'mon père est décédé, t'sais. (PQ2)*

. *Ben, ça a été surtout moi, c'est moi a décidé, c'est qui a décidé que j'aurais besoin d'quelque chose, parce que la situation qui m'arrivait, je la trouvais inconcevable et j'étais dans un état où je n'savais pas comment réagir et aussi le fait que je dormais environ deux heures par nuit... c'était devenu intolérable.(PQ6)*

C'est un moyen d'anesthésier efficacement le mal pendant un certain temps, d'enlever les sentiments:

. Ben, en fait, l'impression de rien sentir de... de particulier, de sentir tout simplement... Par moment, c'est comme si tout était d'une normalité aberrante, c'est d'sentir rien d'particulier. Oui. Oui, c'est comme mettons... Ben aussi le fait... aussi le fait de moins penser à ma situation. Un moment donné, j'étais sur la rue, je marchais, je regardais les vitrines des magasins, je m'rendais compte c'est drôle, j'ai l'impression que je n'réfléchis plus, que je n'réfléchis pas en c'moment, et j'me suis dit tiens, c'est mer... c'est merveilleux. (PQ6)

. Mais ça pourrait être que... un stade d'oublier certaines choses en moi, ç'a comme... ça fait conscientiser les choses que je devais pas faire, j'étais pas obligée de faire. (PQ15)

En conclusion, pour PQ4:

. Peut-être que c'est une solution d'facilité... des choses [médicaments] comme ça, mais c'est plus vite fait. [...] Voilà. C'est meilleur qu'des lobotomies, hein!"

PQ1 est plus ambivalent dans sa réponse. D'un côté il dit que ce n'est pas un outil efficace: "Non !!! Non, ma réponse c'est non !", mais de l'autre il rajoute pourtant :

. C'est sûr que oui, oui, ça règle un peu, ça aide.[...] Mais là ç'a un impact, oui, Bon, quel impact? Ben ça me... dans l'fond ça m'déstressait, là, ça... ça... ça m'aidait." PQ1

6.3.3 Ça aide à être fonctionnel au travail

Les sujets font appel à ce type de médicament car leur problème les affecte dans leur quotidien. en particulier, dans leur capacité de travailler.

. C'est pour me calmer pis mes calmants aussi, c'est pour m'donner du courage et tout pour... parce qu'y a des jours j'reste chez nous, là, pis j'fais rien, j'fous rien, je suis vraiment en angoisse, j'ai pas l'goût de rien faire, j'fais pas mon ménage, entre parenthèses, là, t'sais, c'est propre chez nous, mais ça m'donne... ça m'prend du courage [...] J'ai moins d'énergie pour trouver... recherche d'emploi, tout ; t'sais, j'me fous carrément d'tout, autrement dit. (PQ2)

En particulier, le médicament offre parfois un sommeil réparateur qui permet aux sujets de pouvoir travailler le lendemain.

. Pis là ça faisait des nuits que j'dormais pas, presque 10 nuits, et ... [...] Oui, pour être fonctionnel... À c'moment-là je travaillais, j'étais sur un contrat d'travail dans un bureau qui s'est terminé à la fin d'l'année et le... l'autre, là, le Rivotril, c'était pour... pour m'aider à dormir. (PQ6)

PQ1 dit aussi ne pas en être à sa première expérience de consommation, pour des raisons du même ordre:

... j'ai déjà utilisé une benzodiazépan (sic) dans l'cadre... dans la journée, pour mon travail spécifiquement, pour réduire le stress.

PQ14 note un effet sur ses capacités de travailler, mais il n'est pas certain dans quel mesure l'effet est totalement positif :

. Moi je pense que les médicaments me ralentissent dans mes réflexes, mais j'ai besoin de ça parce que si y me ralentissaient pas, le soir, la nuit, je dormirais pas.

6.3.4 Ça aide dans les relations interpersonnelles

Les anxiolytiques, en réduisant les symptômes désagréables, en permettant aux sujets de dormir et de travailler, leur permettent également d'avoir des contacts plus satisfaisant avec leur entourage, que ce soit la famille proche ou les collègues de travail.

. Si ça nous permet d'être... de bien fonctionner la journée, c'est évident qu'il y a quelque chose. (...) Oui, ça facilite ma... ma vie sociale, dans le sens que j'aurai bien, bien, j'serai moins agressive, moins... Si on dort bien, j'pense on fonctionne bien l'endemain. Pour moi c'est pas une perte de temps d'être. C'est une nécessité. (PQ4)

. Parce que j'ai pu travailler et j'me sentais très fonctionnel, mais en même temps, ce qui m'a beaucoup aidé dans ce milieu de travail-là, c'est que j'étais en contact avec des gens et des gens... comment j'dirais... des collègues de même niveau et avec qui je pouvais discuter, et ce fut très... très bon pour moi, car je suis une personne qui a besoin de contacts, qui a besoin... Et à ce niveau-là, la plupart des gens à qui je parlais de ma situation trouvaient que je n'avais pas l'air d'être dans cette situation. (PQ6)

Pour d'autres cela permet de prendre sa place, de s'affirmer :

. Moi je sais pas comment... c'est pas... J'm'affirme beaucoup plus. [...] J'ai... j'ai tellement eu de souffrances, là, que... j'veux tellement m'en sortir que, oui, ça m'a donné plus confiance en moi, ça m'a aidée... C'est que à travers les trois ans, je m'affirme beaucoup plus, vu qu'étais hypersensible, là... (PQ15)

6.4 Les inconvénients du médicament

6.4.1 Les limites

La prise d'anxiolytiques est perçue comme bénéfique à plusieurs niveaux pour une majorité des sujets. Cependant, même s'il y a des attentes élevées par rapport à ce type de médication, elle ne constitue pas, selon la majorité, le "remède miracle". Il faut parfois d'autres éléments, une psychothérapie ou une "démarche" sur soi, qui interagissent favorablement pour que l'efficacité du médicament soit plus marquée. La psychothérapie n'est cependant pas perçue comme solution exclusive pour la plupart des sujets. Plusieurs disent avoir essayé, mais seulement quelques uns ont persisté.

6.4.1.1 L'importance d'une démarche psychothérapeutique complémentaire

. J'espère que si on prend juste le médicament, comme ça, d'même, mais qu'on n'a pas une idée de c'qu'on veut atteindre, c'est peut-être dangereux ; mais moi j'avais un but, c'est-à-dire ben j'avais... j'ai un but, j'avais un but, c'tait celui de ne pas revivre des deuils interminables, c'était mon but de retrouver un goût à la vie, de m'dire que après une séparation la vie continue et de retrouver de nouvelles façons d'être. (PQ6)

. Une pilule c'est très anonyme, une pilule ça dit pas grand-chose. Donc la personne prend ses pilules pis est seule avec ça. Je pense que la prise de médicaments nécessite un suivi comme une psychothérapie, c'est essentiel. En tout cas, pour ma part, je ne vois pas... je n'me vois pas prendre des médicaments sans avoir un suivi thérapeutique. [...] C'est supposé être un outil pour aider à traverser une crise, mais ça la résoudra par la damnée crise. (PQ13)

6.4.1.2 Ne pas pouvoir s'en passer

De même, la simple présence rassurante du médicament agit avec sa prise, ce qui est caractéristique chez PQ4. Alors que cette personne prend des "calmants" depuis 5 ans, elle parle d'un "effet temporaire":

. Voilà, ça me tranquillise, oui, parce que j'me suis posée la question, parce que y a des fois vraiment où... où j'm'endors avant... j'en prends pis une demi-heure après j'me dis "c'pas possible", alors que des fois, deux heures et demie après je n'dors pas.

Le fait de savoir qu'on en a chez soi ou de le prendre est déjà thérapeutique en soi, pour plusieurs d'entre eux, PQ3 et PQ4 illustrant cette tendance dont elles sont parfaitement conscientes :

. *C'est pas quelque chose qui m'aide à fonctionner tout l'temps. mais j'en prends quand même au cas où, quoi, c'est ça. [...] t'sais, j'aime ça en avoir toujours sous la main, quoi, même si j'en prends pas automatiquement tout l'temps.*(PQ3)

. *Pis y m'arrive, lorsque j'ai besoin d'aller pour une bronchite comme ça de ... redemander [au médecin] comme ça j'en ai d'avance. Parce que sans... (PQ4)*

6.4.1.3 Le médicament n'aide pas à long terme

. *... c'est pas un médicament à long terme, un anxiolytique, je crois pas en tout cas. Si ça devient un médicament à long terme, c'est parce que le problème aussi est jamais réglé et se réglera pas. [...] Oui, [il faut l'] associer à un autre traitement, parce qu'y réglera rien tout seul, y va juste... y va juste traiter le symptôme. ... Oui. Un peu comme on prend des antihistaminiques, les Contact-C, là, bon on n'a plus l'impression d'avoir le rhume, mais on l'a pareil.[...] Oui. C'est la même chose un anxiolytique. (PQ13)*

. *C'est sûr qu'y a une certaine... à court terme, les avantages sont tout à fait réels, y a aucun doute, Maintenant, j'veux dire, on n'est pas obligé d'prendre ça non plus, mais... même parce qu'on a une situation très dure, on peut... ça dépend des personnes [...]. Par contre, à long terme, ben là c'est autre chose. (PQ1)*

. *Ben oui, c'est efficace, définitivement, à court terme, c'est sûr que, bon le long terme, ben là mettons qu'ça peut être différent. [...] Parce que c'est une habitude. [...] J'veux dire, on peut... y en a qui disent "ça soigne", y en a qui vont vous dire "ça soigne", y en a qui vont vous dire "ça soigne pas". Moi... moi... moi, j'ai ... j'peux dire que c'est... ça fait juste... en... en bref c'est... c'est... faut pas... faut pas... faut pas être là-dessus tout l'temps [deux mots inaudibles]. (PQ12)*

Le médicament ne résout pas les problèmes. mais les atténue momentanément:

. *Le médicament m'a pas empêché d'sentir la tristesse ou de sentir les douleurs, les souffrances, sauf que les souffrances que j'estime normales parce que il est normal de ressentir des émotions, de l'vivre, d'les accepter pour se libérer de quelque chose.*

Les notions de court terme et de long terme sont intimement liées à celle de dépendance. Prendre ces médicaments sur une période courte ne risque pas, selon les sujets, de les mettre dans un état de dépendance. Tous offrent cet avis, même ceux qui en prennent depuis plusieurs années. La dépendance est associée à la prise de médicaments à long terme. Le long terme et le court terme sont deux notions qui sont centrales dans la manière d'appréhender les effets secondaires car elle détermine si les patients se définissent comme dépendant ou pas ou simplement s'interrogent, durant

l'entretien. sur la possibilité d'être dépendant. Ces points sont développés davantage dans la section sur la dépendance.

6.4.2 Les effets néfastes

En règle général, les sujets n'ont pas insisté sur les effets néfastes des anxiolytiques. Ces effets sont mentionnés davantage comme des inconvénients mineurs de la prise d'anxiolytiques, même si, dans des cas particuliers, les effets semblent "graves".

6.4.2.1 L'endormissement et la fatigue

L'endormissement ou la somnolence et la fatigue sont les effets les plus souvent mentionnés parmi l'éventail des effets négatifs des anxiolytiques. Ces effets sont encadrés dans deux types de discours. D'une part, ils sont mentionnés et décrits, sans être évalués comme trop gênants, surtout par ceux qui ne travaillent pas actuellement. D'autre part, ces mêmes personnes ont conscience des dangers qui peuvent découler de ces mêmes effets dans un contexte différent, et trouvent important de signaler la différence et d'en informer les personnes concernées.

. quand je me réveille le matin, j'ai beaucoup de travail à faire pour être en forme, faut que je fasse des étirements, parce que là j'ai des douleurs partout, je suis comme engourdi. (PQ14)

. Parce que j'ai déjà dormi là-dessus, ces choses-là, pis... pis j'ai... tu t'éveilles le lendemain, là, j'me réveillais l'endemain, là, [trois mots inaudibles], t'sais, ton corps est... t'sais, t'as d'la misère, quoi, à t'élever pis ton... ton cerveau, y est... y est encore dans la brume. (PQ12)

. Des fois au bureau, dans l'après-midi, ah! là j'ai de la misère, là je m'endors, là j'ai besoin d'activités plus fortes, là. Quand c'est de remplir un rapport ou de lire un texte... j'ai de la difficulté avec ma concentration. Ça, c'en est un effet secondaire. (PQ14)

. j'arrivais à neutraliser [mon anxiété], mais d'autre part j'étais dans un état comme apathique, de plante verte, donc c'est sûr qu'on peut pas fonctionner à 100 % en prenant des anxiolytiques, pas vraiment. (PQ17)

PQ2 ne pense pas ressentir d'effets néfastes, bien qu'il mentionne la fatigue et l'endormissement :

. J'ai pas d'effets secondaire, moi, sur Rivotril. [...] Ça m'fatigue un peu, t'sais veux dire, ça m'fatigue un peu. [...] T'sais, j'vas être devant la T.V., j'vas écouter Première Ligne, là j'ai pris mon médicament, là j'peux tomber endormi. [...] Pis j'peux pognier une sieste d'une heure, deux heures.

. Non... enfin, des effets négatifs... non. Si, des fois ça pouvait faire un peu d'somnolence si par... si par hasard j'en abusais [...] Des fois le lendemain tu continues d'être mou, quoi. C'est sûr que t'es pas... complètement alerte autant que tu le serais sans mais bon... (PQ3)

Selon PQ6, l'effet amortissant du médicament varie selon le niveau d'activité :

. Oui, c'est sûr que le Rivotril entraîne un certain amortissement. Et souvent je dois, parce que je... si je tiens plus d'bout, j'suis obligé d'aller me coucher. [...] Oui, y a des moments où je m'sens amorti. [...] Mais quand je travaille, c'est drôle, on dirait que le médicament ne fait pas d'effet somnolent, mais si je suis à rien faire, le médicament a un effet somnolent. [...] Ça dépend de mon niveau d'activité. (PQ6)

Tel que mentionné, plusieurs sujets sont d'avis que les médecins devraient insister sur les dangers que la prise d'anxiolytiques peut comporter quand on conduit ou quand on travaille, à cause de l'état de somnolence qui peut en découler.

. Ben, surtout sur perte de conduite, là, c'est assez pertinent... la plupart des gens ont une voiture... (PQ1)

"Oui, vu qu'j'travaille pas, j'suis chez moi, dans mon canapé", dit PQ2, qui voit pourtant les dangers s'il prenait ce médicament en travaillant :

. Mais si j'serais sur la job, pis travailler sur une machine à pression, ça pourrait p't'être me désavantager à m'mettre dans les mains un marteau pis là m'couper les quatre doigts. T'sais, ça me... j'peux faire des erreurs. Ou avoir un accident d'travail ou un accident d'auto. T'sais, si... si... si j'serais en voiture, ça m'fait l'effet comme... là j'suis un peu amorti, un peu, oui, j'sais pas si ça paraît, là, mais... ben, j'peux manquer un stop, un stop, un moment d'inattention, vu que je suis amorti, à cause du Rivotril. Moins vigilant, moins alerte. (PQ2)

6.4.2.2 L'indifférence psychique

Il semblerait que le corollaire du soulagement et de l'effet anesthésiant soit une certaine perte du contrôle sur sa vie, que d'autres ont d'ailleurs vu comme désirable.

. [Ça]fait que ces affaires-là, tu vois toujours un peu la... [je] les sens, comme on... on dirait qu'y d'la ouate par-dessus les sens, un peu d'ouate par-dessus tous les sens. (PQ12)

. J'pense que pris en état de crise, moi ça me... moi... ça... ça aide à fonctionner, mais quand ça devient une habitude, là, comme j'pourrais appeler l'effet euphorisant, ça finit par nous couper la réalité complètement. (...) C'est ça... c'est c'que je disais tantôt, notre personnalité nous échappe,

on... on n'a plus d'énergie, plus... la volonté... de supporter... On laisse les événements alier. (PQ13)

. Un moment donné, j'étais sur la rue, je marchais, je regardais les vitrines des magasins, je m'rendais compte c'est drôle, j'ai l'impression que je n'réfléchis plus, que je n'réfiéchis pas en c'moment, et j'me suis dit tiens, c'est mer... c'est merveilleux. (PQ6)

PQ17, 32 ans, décrit un sentiment "d'indifférence" produit par son Rivotril:

. Ça apaise... [...] Oui. En fait, même, ça provoque même, moi en tout cas, dans mon cas, là, ça provoquait même une espèce d'état de... peut-être que je... le dosage était trop fort pour moi, mais ça... ça m'provoque comme un état d'indifférence, on dirait qu'on devient comme... on est déconnecté d'nos émotions, là on est... on ressent plus de stress, mais on ressent plus de... de sensations extrêmes non plus, on est comme dans un état stationnaire si on veut, alors... [...] on... on ressent une certaine indifférence, c'est-à-dire que les événements qui peuvent causer un stress, qui peuvent nous causer un stress normalement ne le causent plus... (PQ17)

Dans l'extrait suivant, PQ1 essaie de trouver les mots pour décrire une sorte de "nonchalance" qui vient avec le médicament:

. Somnolence, peut-être engourdissement, mais ça c'est pas loin, c'est voisin; peut-être un p'tit repli sur... non, j'dirais pas un repli sur soi, mais peut-être une espèce de... de... comment on pourrait dire donc... pas de passivité, mais... quelque chose comme ça, t'sais, nonchalance peut-être, comme ça, un effet secondaire qu'on pourrait appeler comme ça, avec l'endormissement, somnolence, peut-être là... non, peut-être pas l'engourdissement, mais somnolence, ça peut être une espèce de peut-être de léthargie, mais à un niveau peut-être... peut-être bas, léger... (PQ1)

PQ17 distingue entre différents anxiolytiques, un lui permettant de mieux fonctionner que l'autre:

. Bon, ben la différence c'est que l'Ativan, on a une sensation d bien-être, mais par contre on [...] a... on a une impression aussi d'avoir une perception d la réalité en même temps; alors que pour moi, le Rivotril, ça m'a... ça m'assommait littéralement... j'tais trop... j'me sentais gelée, comme on dit, j'me sentais trop gelée, alors j'ai... j'aimais pas l'effet... sur le Rivotril, t'as pas envie d'faire grand-chose, on est comme apathique, alors que sur les Ativan on peut... on fonctionne quand même puis on a une espèce de sensation de... de calme intérieur, c'est ça, un grand calme. (PQ17)

6.4.2.3 Les pertes de mémoire

Les pertes de mémoire sont mentionnées spontanément par au moins 6 sujets.

. *La concentration est vraiment pas forte, vraiment pas très élevée. En ce qui concerne la mémoire aussi. Avant j'avais quand même une bonne mémoire, j'avais beau écrire les choses dans mon agenda, j'avais même pas à le consulter, je m'en souvenais par coeur, alors qu'aujourd'hui faut que je l'inscrive et puis je le consulte plusieurs fois. Alors j'ai beaucoup de difficultés à m'en souvenir et à me situer, dans le sens quelle journée on est, quel mois, quelle date ... (PQ5)*

PQ7 mentionne qu'il a régulièrement des pertes de mémoire, par exemple, qu'il oublie ses clés constamment. qu'il a même une fois oublié son nom alors qu'il devait signer un chèque devant la caissière. Parce qu'il prend également du lithium, lui et son médecin se sont demandés quelle substance pourrait causer ces effets. Après plusieurs essais de réduction et de sevrage du lithium et du Rivotril, PQ7 en est venu à attribuer ces pertes au Rivotril.

PQ14 évoque des *"Pertes de mémoires ou difficultés avec ma mémoire"* à quelques reprises, qu'il classifie, après la *"perte d'énergie"*, comme l'effet le plus fâcheux. Il précise:

. *Un des inconvénients que j'ai par ma médication, c'est que je perds souvent des mots, je cherche mes mots ou bien je vais dire des mots tout à l'envers ... Mais [j'ai dit aux enfants], j'ai dit, je prends des médicaments, là, mais t'sais ça m'arrive... c'est surtout ça qu'y voient. Y disent...*

PQ20 aussi sent que le médicament lui fait oublier ses mots:

. *Là je le sais que ma mémoire elle en prend une shot encore, je veux pas, là, devenir comme j'ai déjà été... comment on dit donc... des blancs de mémoire épouvantables. [...] Ç'a l'air à m'aider à quelque part, mais tu vois, là, je m'aperçois que ma concentration faiblit, là, pis je commence à chercher mes mots, là, je commence à dire quelque chose, pis oup! je perds le fil. Ça, ça me choque. (PQ20)*

PQ15 semble confuse à propos de l'impact de cet effet. qu'elle décrit d'abord comme l'effet secondaire *"le plus facile"*, mais plus tard dans l'entretien, *"le plus difficile"*, à tolérer.

PQ19 rapporte que *"La mémoire est moins vive, là. Ça c'est un effet secondaire. Moi je suis en ingénierie, là, fait que la mémoire est importante"*.

6.4.2.4 La baisse de libido

Trois sujets (PQ13 et PQ15, deux femmes, et PQ19, un homme) ont porté à notre attention qu'ils n'avaient plus d'appétit sexuel. (PQ15 prenait également un antidépresseur, mais ne savait pas lequel des deux médicaments était responsable).

. *Ah oui ! Pis c'est ça, c'est sur ta vie sexuelle, là, que t'es pas capable, t'as aucun goût, hein. (PQ13)*

. *Ils ont aussi la... la... le mauvais effet de... de diminuer énormément la... la libido sexuelle comme effet secondaire. (PQ15)*

. *La libido, une baisse de la libido. (PQ19)*

6.4.2.5 Le gain de poids

PQ15 semble être affectée par la prise de poids qu'elle considère excessive, puisqu'elle la mentionne:

. *Clonazepam, je l'connais pas, mais c'que j'ai lu de lui, j'ai lu les effets secondaires qu'y faisait, parce que j'ai trouvé qu'j'ai beaucoup engraisé. Moi je... je pesais 98, j'ai jamais fait de... mon poids a toujours été le même depuis j'suis née. [...] Oui, dans la revue, je sais que c'que le... ça fait... j's ais qu'ça détruit la riboflavine de ton corps, c'est pour ça qu'on mange beaucoup.*

6.4.2.6 Le déséquilibre

. *Le déséquilibre. Ça m'arrive moins de façon... On dirait que je me suis habitué à tout ça. Quand j'ai commencé à prendre ça toutes ces poignées de pilules-là, mais ma femme a dit : Mais là c'était vrai aussi, j'étais en déséquilibre souvent, je conduisais l'auto le moins possible, j'étais distrait, je passais... des arrêts que je faisais pas. (PQ14)*

6.4.3 Les relations avec l'entourage

En discutant de ses pertes de mémoires, PQ14 vient à réfléchir sur l'impact que cela a sur sa relation avec ses deux enfants:

. *Mais ma femme me dit que je suis moins attentif à eux, parce que l'autre fois y a un de mes gars à table, mon deuxième qui a jamais ouvert un livre..., là [ma femme] dit : "Il t'a fait une demande, là, y étudie un cours de français, il t'a demandé des livres pis tout ça, pis tu lui as dit que c'était à telle période, y en avait même un dans bibliothèque, t'es pas allé le chercher". Elle dit: " je suis convaincue qu'y a deux ans, tu serais parti en courant!..." Ça ralentit... (PQ14)*

6.4.4 L'"effet secondaire" en général et les e.s.a. en particulier

6.4.4.1 Les effets secondaires sont des effets indésirables

Pour la plupart des patients, les effets secondaires sont surtout des effets indésirables ou inattendus, qui peuvent être handicapants dans la vie quotidienne mais qui ne le sont pas nécessairement. Quelques sujets offrent des définitions humoristiques :

. *La première chose que je dirais, c'est quelque chose qu'on veut pas avoir. (RIRE) Ça c'est la chose qu'on dit: c'est très beau ce médicament-là, ça fait beaucoup de bien, mais que je souffre pour avoir du bien! (PQ7)*

. *Secondaire, ce n'est pas l'effet qu'on... qu'on veut. (RIRE) (PQ11)*

. *Ben en principe c'est quelque chose qui nous plaît moins! (RIRE) (PQ13)*

. *[Il y avait un docteur] qui disait, les effets secondaires, ce sont tous les effets des médicaments, sauf l'efficacité. (RIRE) ...Moi je dis que les effets secondaires, c'est les effets non voulus, ... c'est des effets qui sont pas voulus par le médicament, mais qui sont pas enlevables encore, y ont pas trouvé encore le moyen d'enlever les effets secondaires. (PQ14)*

. *Habituellement, c'est non désirable, c'est pas ce qu'on visait. Y en a que les effets secondaires sont plus graves, la bouche sèche. Y en a que ça peut aller plus loin. C'est négatif, là. (PQ5)*

. *Ben, ça crée ce qu'on veut pas que ça nous crée. Ça crée l'effet contraire de ce qu'on veut. (PQ20)*

. *C'est un effet produit par un médicament, c'est un peu un effet non désiré, c'est un effet non demandé, c'est ça, non désiré du médicament. [...] Oui, je crois que généralement c'est négatif au sens ou idéalement je crois que si on utilisait un médicament pour tel objectif on aimerait que ça remplisse seulement le but pour lequel il est employé. Et l'effet secondaire, c'est comme un autre effet non désiré, mais qui peut pas être enlevé, soustrait à l'objectif premier [...] c'est comme un défaut du médicament. (PQ18)*

PQ17 montre comment diverses notions sont liées à la question d'effets secondaires: l'effet indésirable physique ou psychologique, la dépendance, le sevrage.

. *Ben, c'est un effet indésirable qui peut être d'ordre physique puis qui peut être d'ordre psychologique. J'veis vous donner un exemple d'ordre psychologique, alors j'crois moi qu'avec les Ativan, on développe facilement des tendances, pour moi c'est un effet secondaire, là, parce que quand j'en ai pris, j'en ai déjà pris quelque temps puis... ouh! j'avais d'la difficulté à arrêter d'en prendre, alors j'étais comme rendue dépendante. Maintenant, les effets... physiques, oui, c'est sûr qu'ça peut... Premièrement, lors du sevrage y peut y avoir des effets secondaires: des tremblements, la bouche sèche, des choses comme ça. (PQ) 7)*

6.4.4.2 "Effet secondaire" ou simplement "effet du médicament"?

Les commentaires des sujets autour de la notion abstraite de l'effet secondaire nous suggèrent que celui-ci est généralement considéré comme un effet indésirable et désagréable - mais pas toujours.

Certains sujets ont certaines difficultés à décider si un effet particulier, plus ou moins indésirable, devrait être classifié dans leur esprit comme effet "secondaire". D'autres montrent qu'ils n'utilisent pas ordinairement la catégorie conceptuelle d'effets secondaires, se demandant ce que le terme peut bien vouloir dire ou si ce type de médicament en possède. Une partie de l'ambiguïté des sujets semble provenir du fait qu'ils parlent de l'effet secondaire comme "faisant partie" des effets du médicaments, "dans" le médicament, tout en reconnaissant qu'il peut être ressenti ou peut toucher différentes personnes de manières différentes. Mais en résumé, ce qui est considéré comme effet secondaire, est un symptôme qui n'est pas attendu pour soigner directement le problème et qui, bien souvent, est associé à une notion de désagrément et donc, indésirable.

Par exemple, PQ17 rapporte qu'elle ne ressentait pas d'effet secondaire, mais:

. Ben c'est-à-dire... oui... non, c'est pas un effet secondaire, j'me sentais abrutie, mais ça c'était l'effet du médicament, c'est normal, on peut pas considérer ça comme un effet secondaire, c'est l'effet... (PQ17)

PQ4 mentionne qu'il a parfois la bouche sèche, mais précise:

. Mais tous les calmants, je pense, assèchent un p'tit peu... (PQ4)

. Ben, j'veux dire, un effet secondaire, c'est un... c'est un effet qui n'est pas visé, mais qui se produit chez... peut-être pas chez tout le monde, mais chez un certain nombre de personnes. [...] puis j pense que c'est subjectif à la personne. (PQ1)

. Un effet secondaire, c'est... c'est un effet qui se produit lorsque l'on prend un médicament et auquel on n'est pas habitué. (PQ6)

. Un effet secondaire d'un médicament, c'est un état d'être que tu ne contrôles pas, que tu n'es pas bien. ... C'est ce qui cause un malaise[...] Pour moi, un effet secondaire, c'est un effet désagréable et qui est comme contre-indiqué à l'effet de base qui est supposé d'aller avec le médicament. (PQ9)

L'effet secondaire n'est pas forcément désagréable:

. Un effet secondaire, y est pas forcément désagréable ou mauvais, mais il est... il l'est souvent, il est souvent désagréable, mais pas forcément. (PQ1)

. Effet primaire, c'est la baisse de la tension au niveau du coeur puis la baisse de l'anxiété au niveau psychologique. [...] Bon, les effets primaires, recherchés, ont été atteints. Mais les effets secondaires, est-ce que c'est négatif ça? (PQ19)

Pour PQ2. "un effet secondaire. c'est comme un rejet..." puis il enchaîne. "L'effet secondaire. qu'est-ce tu veux dire par là ?"

. Un effet secondaire, c'est un effet qui est pas spécialement un effet qu'on attend, mais qui est un effet quand même qui découle de l'action d'un médicament. (PQ3)

Pour un répondant, l'effet secondaire est littéralement l'effet qui vient en second. Ce répondant n'estime pas que les anxiolytiques en provoquent, sauf peut-être si la dépendance est incluse:

. ... un effet secondaire... c'est c'que le... le... un effet que le... le médicament va produire sur... sur... sur la personne après, après l'effet, après son effet. [...] Mais des effets secondaires, je... je sais pas si les anxiolytiques font des effets secondaires. [...] Ouais, ben la dépendance c'est-tu un effet secondaire? (PQ12)

PQ4 et PQ15 n'arrivent à cerner la notion d'effet secondaire qu'à l'aide d'exemples concrets:

. ... je prenais des... des anti-inflammatoires. Bon, un moment donné, là, 250 mg par jour, ah mon Dieu! j'ai été toute la peau toute sèche, j'ai... ça c'est un effet secondaire, (PQ4)

. ... c'est dans ton corps ça peut... Bon, comme moi j'ai découvert que ça détruit la riboflavine, pis c'est vrai. Ça peut te donner des nausées pis... comme effet secondaire, ça peut te faire oublier un p'tit peu des fois parce que j'avais une mémoire correcte. (PQ15)

6.5 La question de la dépendance

Autour de l'inquiétude du sujet de devenir complètement dépendant de son médicament s'articulent diverses stratégies du sujet quant à la prise du médicament. Tous les sujets sans exception mentionnent, en plus ou moins de détail, leur préoccupation par rapport à la dépendance et montrent comment ils essaient soit de ne pas y tomber du tout, soit de ne pas trop s'y enfoncer, soit - paradoxalement - de ne pas avoir à la confronter à travers l'arrêt du médicament et donc de continuer à le prendre. L'information qu'ils recherchent sur les médicaments ainsi que les stratégies de communication avec le médecin se révèlent aussi imbriquées dans leur inquiétude de la dépendance. En somme, passée la crise initiale, la dépendance apparaît comme le centre de tous les enjeux et de toutes les stratégies liées à l'utilisation d'anxiolytiques.

6.5.1 La crainte omniprésente de la dépendance

Tous les sujets ont conscience qu'à long terme, il est possible de devenir dépendant des anxiolytiques. Presque tous expriment une crainte, une peur de la dépendance ou de la possibilité de prendre le médicament indéfiniment.

. [Le médicament]... c'est comme un... une arme à double tranchant un p'tit peu, là, [...] oui, oui c'est efficace, mais ça peut créer une forme de situation qui est pas comme handicapante mais... [...] disons qu'c'est comme peut-être un début de dépendance, si infime soit-elle. (PQ1)

. J'essaie de diminuer ma... ma prescription... pas ma prescription, ma... posologie, t'sais, régulière. Parce que j'veux pas être habitué à ça. Quand j'vois un médecin généraliste, y dit ; j'ai dit . [...] Ça peut pas continuer d'même, tout l'temps renouveler des Rivotril. C'est pour ça qu'à fin du mois qui s'en vient, je vais voir un... un psychiatre parce que j'veux pas continuer à prendre des Rivotril, là, tout le restant d'mes jours moi là, là. (PQ2)

. Et j'avais très, très peur de la dépendance. (PQ5)

. Je connais une femme qui est médecin qui en prend, elle m'a dit : " Tu fais attention un peu à ce médicament-là, on s'y habitue vite. Y a une grande dépendance psychologique (PQ7)

. Ben, l'inconvénient que je verrais à long terme [...] consisterait à l'habitude [...] ... ça s'appelle tout simplement, à c'moment là, on peut appeler ça "dépendance".[...] (PQ11)

. Les anxiolytiques créent une dépendance, le Valium, toutes ces affaires-là, là, ça crée une dépendance, c'est un des dangers. [...] Oui, c'est un vrai danger, oui, oui, ça... faut pas... (PQ12)

. ...on développe une accoutumance, ça en prend toujours plus. C'est... c'est un médicament très... extrêmement difficile à... à contrôler. Surtout si on vit seul... [...]... on a essayé plusieurs produits et justement chaque fois, une des mes premières questions a toujours été, pour essayer d'trouver les produits où le niveau de l'accoutumance était le moins élevé... (PQ13)

. le médicament fait la dépendance, la nécessité de toujours augmenter, pis un moment donné c'est rendu que tu te piques. Moi je vois ça un peu dans même famille, là, t'sais, même famille que les petites drogues, là, tu y touches, t'as l'air bien équilibré, puis un moment donné t'en as besoin un petit peu plus, tu t'habitues un petit peu plus. Pis ça je veux pas. (PQ14)

. ... mais ma prochaine visite, mon intention c'était de commencer à diminuer la dose parce que j'veux pas être là-dessus plus qu'un an. (PQ15)

. mais j'crois qu'un moment donné faut savoir ... prendre ton recul face à cette médication-là pis t'en détacher tranquillement, parce que c'est très facile de développer une dépendance, d'après moi, peut-être pas avec les Rivotril, mais moi je l'ai ressenti beaucoup avec les Ativan... (PQ17)

. [Avec mon médecin] on a parlé de la force aussi, parce que j'avais peur de ça, je ne voulais pas être dépendant. (PQ19)

. ... j'ai fait des lectures au cours de mes études qui ont fait que j'ai peur de rester dépendante de ça. J'ai fait des études en toxicomanie puis ça me fait très peur de rester accrochée à ça, être dépendante de ça... (PQ20)

6.5.2 Le déni de la dépendance

Malgré une conscience de la possibilité de la dépendance et une inquiétude à ce sujet maintes fois exprimées, la plupart des sujets minimisent leur propre risque individuel de devenir dépendants. Certains reconnaissent qu'ils ont pu être dépendants autrefois, mais ils décrivent leur situation, leur médicament ou leur posologie actuels en termes qui leur permettent d'éloigner - au moins partiellement - l'idée qu'ils pourraient aujourd'hui être dépendants ou qui leur permettent de souligner leur capacité ou leur force à résister, à surmonter la dépendance. Plus les gens en prennent depuis longtemps, plus ils en semblent dépendants, même s'ils disent tout faire pour éviter cet état. Déni, ambivalence et culpabilité sont des sentiments qui semblent gérer leur discours et leur façon de se définir pour pouvoir s'accepter et accepter leur comportement.

Certains parlent volontiers d'habitude, mais surtout pas de dépendance. Par exemple, PQ1, qui prend un anxiolytique depuis 3 mois, s'étonne de se trouver "habitué" à s'endormir grâce au médicament:

. *Même j'dirais, c'est assez bizarre, mais c'est peut-être comme une sorte d'habitude que j'ai à court-terme, plus ou moins, là, de... de m'endormir comme ça, avec cette sédation. (PQ1)*

Son raisonnement se poursuit jusqu'à ce que PQ1 arrive à bien nommer le phénomène:

. *Ben le problème consisterait à l'habitude, c'est pas... Là, ben là... là... Quelles seraient les conséquences de l'habitude? Bon, ben c'est peut-être... on peut peut-être parler d'une légère dépendance, oui, on pourrait parler de ça. On pourrait peut-être... la diffi... bon, finalement, la difficulté d'avoir un rythme de vie ou un mode de vie qui... qui est exempt. Donc ben là, c'est ça, ça s'appelle tout simplement, à c'moment-là. on peut appeler ça. (PQ1)*

PQ2 ne se considère pas comme dépendant malgré ses symptômes:

. *J'vais vous dire, quand tu commences à suer et tout, pis ça m'prend ma Rivotril. là, j'pas accroché dessus, mais ça me l'prend. [...] pour... pour... pour mon problème en c'moment, oui, c'est... c'est essentiel d'les avoir. [...] Parce que j'peux pas m'en passer, là, t'sais veux dire. Qu'est-ce... Si j'arrêteraient mon traitement, j'serais tout l'temps à l'hôpital ou j'serais tout l'temps sur l'bol de toilette. Mais c'est essentiel...*

Pour ce répondant, son problème n'est pourtant probablement qu'une "petite dépression", circonscrite dans le temps:

. *J'peux pas fonctionner sans... sans ces Rivotril-là en c'moment, jusqu'à temps qu'j'oublie des choses, peut-être j'suis en p'tite dépression. (PQ2)*

Tout en s'inquiétant de son besoin physique de médicament, PQ3, qui consomme des tranquillisants depuis 6 à 7 ans, s'estime capable de surmonter ce besoin, à l'avenir:

. ... *c'est manque de... t'sais, c'est comme mon corps réclame sa dose de... de dope, là, enfin de... de calmants quoi, alors un effet d'dépendance, mais en même temps j'me dis pas tant qu'ça, je sais ... je sais que j'pourrais l'surmonter ... (PQ3)*

Elle continue dans la même veine:

. *Et pismaintenant c'est... maintenant j'ai l'impression d'être pas vraiment dépendante, mais quand même si j'en... au bout d'quelques jour j'en prends pas, j'vais m'sentir mal à l'aise, t'sais, vraiment bizarre, quoi. (PQ2)*

Mais plus loin, elle se contredit:

. j'me suis toujours rendu compte [...] qu'y fallait arrêter quoi. mais mon idée c'est... c'est de r'prendre vraiment en main sa vie pis d'arrêter la médication. (PQ3)

PQ6 parle de "traitement", afin de le circonscrire dans le temps et d'indiquer que la dépendance n'existe pas si ça s'inscrit dans un traitement bien défini et négocié avec le médecin:

. ... d'un traitement, autrement dit, c'est pas un... [...]une nécessité, c'est un traitement. (PQ6)

Pour ce même sujet, qui prend un anxiolytique depuis 4 mois, la question de la dépendance se pose ainsi:

. je sais que c'est quelque chose dont... il y a une fin à ce traitement-là parce qu'y faut... faut savoir... faut savoir vivre sans ça. Mais moi, c'qu'on m'a dit, c'est qu'y vait pas de dépendance à ce genre... à ces médicaments-là qui se créait et... Quoique je ressens quand même une certaine crainte de les arrêter, mais j'verrai à... à c'moment-là, quand le moment se présentera. (PQ6)

PQ7, qui prend un anxiolytique depuis plus d'un an, se rassure en évoquant la quantité de médicament qu'il consomme:

. Mais si on calcule la quantité, ben c'est comme si je prenais l'équivalent de 15 mg par mois, je sais pas, là, c'est pas énorme. Pis j'en fais pas vraiment une dépendance, parce que c'est seulement quand j'en ai besoin. (PQ7)

Après avoir exprimé sa peur de devenir dépendante, PQ20, qui ne consomme que depuis 1 semaine, se rassure en évoquant la faible puissance de son médicament:

. Mais de toute façon, ça me fait pas, ça me va pas, fait que... Je me dis, bon, c'est comme rien, je tomberai jamais dépendante de ça, là, parce que ce que je prends, elle est pas forte aussi. (PQ20)

Si certains acceptent qu'ils dépendent un peu de leurs médicaments, ils se défendent de prendre ceux qui sont "réputés" mauvais. Le Valium est en tête de la liste noire des médicaments qui causent automatiquement la dépendance. PQ2, qui a été sous Ativan d'abord, puis Rivotril ensuite, montre sa méfiance absolue à l'égard du Valium: "Valium, j'ai jamais touché à ça, Valium, non." PQ1 dit la même chose: "Ben, notamment pour le Valium, je crois savoir que c'est un médicament qui a mauvaise réputation." Ils ne mettent pas leur propre médication dans la même catégorie.

Par exemple, comme pour se rassurer de l'innocuité de son anxiolytique, PQ4, répondant se demande si ce type de médicament est un "psychotrope":

. À part que... j'ai l'impression qu'un psychotrope c'est plus c'qu'on donne aux gens qui font des... des dépressions, pour changer les idées, parce qu'y a "psy" dedans, donc... (PQ4)

Poussant plus loin son raisonnement, PQ4, qui prend de l'Ativan, estime que ce médicament a la particularité de ne pas créer l'euphorie qui peut occasionner la dépendance:

. Parce que c'est là qu'ça crée l'accoutumance, l'effet euphorique et on est bien dans l'fond dans c'genre de situation quand on n'a pas à fonctionner... L'Ativan n'créé pas ce... ce phénomène. [...] Non, non, c'est pas un euphorisant, c'est pas un... Mais y a des médicaments, oui. (PQ4)

PQ5 nomme une benzodiazépine, Lectopam, qu'elle considère un "somnifère" et donc apte à produire la dépendance, contrairement au Restoril, une autre benzodiazépine qu'elle considère un "anxiolytique" et donc libre de ce danger. Elle dit s'être bien renseignée chez son médecin.

. Les somnifères, j'en voulais pas [...] parce que je savais qu'on pouvait développer de la dépendance. C'est pour ça, moi je l'avais pris juste dans le domaine des anxiolytiques. [...] Avec les anxiolytiques, je développerai pas de dépendance, quand je vais vouloir l'arrêter, y aura pas de problème. (PQ5)

Quant à PQ11, elle croit savoir que seuls certains médecins qualifiés peuvent prescrire l'anxiolytique qui lui est prescrit :

. Mais Rivotril est un... un médicament assez récent, c'est pas tout l'monde qui peut l'prescrire. Un médecin d'médecine générale ne peut pas l'prescrire. [...] Maintenant, mon médecin de médecine générale peut le faire parce qu'il... il a reçu une lettre de mon médecin qui a quitté sa pratique et il a... il a envoyé une lettre à mon médecin d'famille qui me le prescrit. (PQ11)

De tous les sujets de l'échantillon, PQ10 est le seul répondant qui admet carrément et sans ambiguïté sa dépendance et qui l'invoque comme l'unique raison de poursuivre sa consommation.

6.5.3 La gestion défensive de la posologie

L'inquiétude ou la conscience de la dépendance semble jouer dans les stratégies d'ingestion du médicament. La gestion de la posologie peut s'analyser comme un rituel de protection contre l'inquiétude de la dépendance. Plusieurs répondants signalent qu'ils prennent moins que la dose prescrite, ou ont déjà essayé de diminuer la dose ou de s'arrêter. Certaines des stratégies, dans leur détail minutieux, rappellent des rituels presque compulsifs.

Dans l'extrait suivant, PQ2 exprime l'idée que sa prise de Rivotril est un traitement qu'il doit observer très fidèlement, autant qu'il décrit sa stratégie de réduction de dose:

. C'est un à trois Rivotril par jour. Pis c'est un traitement, faut pas l'manquer, faut pas je l'manque, faut je l'prenne. Mais là, j'suis rendu au point que là à place d'en prendre trois, j'en prends deux. J'veux essayer d'diminuer ça, pis comme j'te dis, j'en prends la moitié d'un. [...] C'est pour ça, mais on m'a dit que y faut pas trop s'habituer aussi à ça. Ça veut dire j'essaie de m'contrôler, d'en prendre moins, t'sais, à long, c'est toujours en prendre moins. Comme... comme j'te dis, y m'disent un à trois, mais j'peux prendre une demie. (PQ2)

. Mais j'essaie des fois les fins d'semaine... j'essaie d'éviter... Oui, et quand...quand j'peux, j'essaie de prendre une demie, mais des fois si avec la demie j'dors pas encore, j'en prends une autre demie, ça c'est mieux parce que l'matin je... C'est ça, mais j'évite aussi... j'en prends pas à tous les soirs, j'essaie de m'ralentir, ça c'est mon... mon truc à moi, quoi, puis c'est... (PQ3)

. J'en prends deux par jour, j'ai droit à trois, mais j'en prends deux. [...] Parce que je diminue la dose, j'en ai déjà pris quatre, je suis rendue à deux, c'est arrivé que j'en ai pris un. (PQ11)

... j'en prenais 2 mg quand j'ai commencé, là, quand j'ai remplacé l'Imovane par le Rivotril, j'ai pris 2 mg, là je suis rendu à 1 mg. (PQ19)

. Y a un an, je prenais 2 mg par jour. J'ai diminué, diminué, diminué. Parce que j'essaie de l'éliminer, mais c'est pas facile. (PQ7)

Quant à PQ18. qui exprime durant l'entretien une attitude enthousiaste envers la prise de son anxiolytique. il signale qu'il a essayé d'augmenter la dose.

. Oui. Ce dont j'ai discuté, c'était justement pour augmenter la dose des Ativan, parce qu'au début j'en prenais seulement 0,5, j'ai réalisé que ça donnait pas assez d'effets, fait que j'en prenais plus, comme deux ou trois comprimés. Finalement, il a fini par me prescrire des 2 mg que je peux, à la rigueur ou au besoin, soit couper en deux, séparer, prendre juste un puis prendre la deuxième moitié plus tard. (PQ18)

6.5.4. Les difficultés du sevrage

Comme nous l'avons vu, la question du sevrage (c'est-à-dire, l'arrêt du médicament ou la diminution de la dose) revient régulièrement dans le discours des sujets et indique aussi leur préoccupation de devenir dépendants. Certains sujets décrivent le processus du sevrage en plus de détail.

. La première fois, le médecin avait été même plus vite, là, il me les avait enlevés après deux mois, ensuite il me les a remis. La première nuit qu'il les avait enlevés, je prenais pas d'antidépresseurs à ce moment-là, la première nuit qu'il me les a enlevés, j'ai fait une bonne nuit, extraordinaire, mon

Dieu! je suis correct. Le lendemain, j'ai pas dormi de la nuit. Tous les symptômes ont ressortis. Fait que là elle a dit, bon ben on se remet sur ça pis le temps viendra où ça sera enlevable. Pis de fait, quand est venu le temps de me les enlever, elle me les a enlevés très, très progressivement, tellement que comme les Dalmane, ça c'est dans une capsule, c'est difficile à diminuer, alors elle m'avait donné un autre calmant qui était, lui, sous forme solide, là, qu'on pouvait casser par petits morceaux... Pis là j'ai un de mes amis qui m'a dit, il dit. (PQ14)

PQ17 distingue entre les effets physiques et psychologiques de sevrage:

. Ben en fait, oui. Moi les effets ont duré... comme dans l'cas du Xanax, ç'a duré environ deux, trois jours où j'avais des tremblements, j'tais tout à l'envers, là, toute débalancée, j'avais des crises de larmes pour rien, là. c'tait pas facile, là, on peut pas dire que c'tait facile, au début, là... Dans le cas du Ativan, ben, c'tait un peu moins ... Ben, disons qu'j'ai trouvé ça difficile le sevrage dans le cas du... des Xanax, parce que c'tait vraiment physique, j'avais l'impression que les... l'effet qu'ça m'faisait, c'tait tout d'suite, alors que l'Ativan, c'était plus une dépendance psychologique, j'avais envie d'en r'prendre, j'sentais pas que c'tait physique comme le... les Xanax, (PQ17)

PQ 19 identifie une difficulté particulière, celle d'avoir à restructurer sa vie:

. Quand on diminue, quand on fait le sevrage, le sevrage se fait assez bien au niveau du chimique, je trouve, ça se fait assez bien, je sens pas comme si on m'enlevait, t'sais, la nicotine, quelque chose de gros, t'sais, mais l'effort pour restructurer ma vie est aussi important que si c'était... [...] quand on l'enlève, de rééquilibrer sa vie, là, c'est ben important. C'est illusoire de penser qu'on peut sevrer sans tout rééquilibrer sa vie. Je sais pas si tu comprends. (...) À la fois que moi, comparé aussi à l'Ativan qui avait pour moi beaucoup de difficultés au niveau chimique, on dirait que je le sentais que c'était le sevrage, là, le Rivotril... [...] le Rivotril, je sens que c'est moins dur au niveau chimique de sevrer, O.K. (PQ19)

PQ10, sous médication depuis 22 ans, est le seul sujet qui se voit clairement et sans ambiguïté comme "dépendant". Cette dépendance est entretenue sympathiquement par son médecin. PQ10 explique pourquoi il prend actuellement un anxiolytique et ce qui arrive quand il essaie d'arrêter:

. Dans mon cas présentement, c'est, si j'suis honnête, c'est que j'en aurais pas besoin là actuellement, si j'en ai... j'en prends présentement, c'est que y a des effets de sevrage [...] je suis dépendant... du Lectorpam actuellement, de l'anxiolytique, j'suis dépendant de ça. Y a pas de... ça m'empêchera pas de rire davantage si j'en prends, c'pas ça, c'est si j'en prends pas, après un certain temps, là ça va arriver, j'vas être maux d'tête affreux, j'vas être perdu, surtout perdu, j'deviens insouciant, je... c'est ça actuellement que j'prends, le Lectorpam. Au départ, j'peux vous dire que la première année, ça m'enlevait ma nervosité, maintenant non, c'est pas... j'vas... j'peux arrêter, mais ça va être un sevrage que j'ne peux pas passer à travers ; j'ai tenté

à plusieurs reprises, c'est ça pour moi pourquoi j'prends le Lectopam présentement [...] dans l'cas de Lectopam, au bout de six heures, j'commence à savoir qu'ça baisse. [...]

La première fois qu'on m'a donné un anxiolytique, c'était du Tranxène pis c'tait du 6 mg, c'tait pas fort, mais le... le... à l'époque, le Tranxène agissait plus rapidement, c'tait le plus rapide pour décontracter, mais ça t'laissait une accoutumance. [...] ah! j'venais tout croche, j'me sentais mal, les jambes c'était en guenille, c'est le sevrage, mais je l'savais pas. [...]

Ça m'les prends, y a rien à faire, malade, plus malade que ça on vient proche de mourir. [...] Ben quand on est rendu après une couple de s'maines, là, le coeur y veut sortir par les oreilles, tout... tout vient, les... l'anxiété que... t'as peur de tout, c'est... c'est... c'est... c'est pas un... c'est pas démontrable, faut l'vivre, j'pense. [...] Arrêter d'prendre d'la boisson, c'est d'la p'tite bière à côté d'arrêter d'prendre de l'anxiolytique. /...]

Mais j'me répète encore, l'anxiolytique c'est le pire déchet à donner à un être humain. J'ai connu des Dalmane, j'ai connu... pas parce que je l'voulais l'connaître, on me l'a imposé à Roy-Rousseau, en rentrant; j'ai connu les chocs électriques, ça c'est pas si pire que ça, j'en ai eu... y ont arrêté au bout de quatre pour que... [...] j'ai connu des antidépresseurs, ç'a été une facilité d'arrêter d'prendre ça. Mais un anxiolytique [...] c'est toujours la même chose pour ceux qui en consomment. Y a ben des gens qui en consomment par besoin physique pis y savent même pas. comme moi je l'ai consommé par besoin physique pendant des années croyant... j'continuais à les prendre croyant qu'c'était dans psychologique, c'était faux. Aujourd'hui j'm'en rends compte. (PQ10)

6.5.5 On ne se drogue pas!

Pour PQ2 et beaucoup d'autres, un "médicament" n'est pas une "drogue", ne le stigmatise donc pas, selon lui, comme un drogué :

. T'sais, j'fume pas d'pot, j'fume pas de hasch, moé, ça m'prend pas ça pour c't'affaire-là, ça fait 10 ans qu'j'ai arrêté d'fumer de l'herbe, t'sais ; y en a qui vont prendre ça pour s'calmer, pour ça, mais moi, j'prends aucune drogue, t'sais, mais ça, ça m'aide pour les crises d'angoisse, en général.

Et il conclut :

. c'est positif, ça, ce médicament-là avec moi. [...] Oui, pour l'instant, c'est ma pilule miracle. (PQ2)

Pourtant, ce même patient a conscience du problème de la dépendance avec ce médicament:

. Mais va falloir que j'arrête aussi de... de m'habituer à Rivotril. C'est pour ça j'veux voir un... un psychiatre. (PQ2)

PQ3 ne se sent pas. non plus au niveau d'un drogué. car il est "malade": ce non-dit établit clairement la hiérarchisation implicite qu'ils font entre eux, qui sont "malades" et les autres qui prennent des drogues interdites.

. Je sais pas, j' considère pas ça comme une drogue que... que... qu'on peut avoir besoin comme la coke, où c'est évident qu'les avantages pas, par exemple. [Le médicament], c'est... c'est autre chose, ça.

PQ4 est le seul sujet qui identifie clairement son anxiolytique prescrit comme une drogue comme une "drogue". peut-être parce que sa prise initiale n'a pas découlé d'un véritable choix, mais qu'elle se voit comme la victime du choix du médecin:

. Donc j'ai été droguée pendant un anpis... Mais au début j'trouvais ça trop fort, alors j'ai demandé au médecin de baisser la dose, j'savais pas qu'il me droguait quoi. [...] Parce que c'est là qu'ça crée l'accoutumance, l'effet euphorique et on est bien dans l'fond dans c'genre de situation quand on n'a pas à fonctionner...

Cette honte ou réticence d'admettre leur dépendance, d'une part, et leur dépendance d'autre part, est exprimée de façon plus directe par PQ4 :

. ... mais je..., j'suis un peu gênée de demander ce genre de médicament.[...] J'me sens fautive un peu de prendre ça.[...] mais en même temps, j'me sens quand même un peu fautive, j'veux dire, parce que... j'étais tellement contre toutes ces affaires-là pendant très, très longtemps que...

6.6 Les stratégies des patients

6.6.1 La recherche d'informations sur les médicaments

Selon leur niveau de formation ou de compréhension des médicaments, les uns se contentent de prendre les informations auprès des médecins, alors que d'autres ne demandent rien, faisant une confiance aveugle, et d'autres enfin, vont chercher par eux-mêmes dans les livres, revues et émissions télévisées.

6.6.1.1 Le travail autonome

. j'm'informe par moi-même [...] mettons par... beaucoup par mon expérience personnelle. [...] Beaucoup. Mais aussi par des lectures. [...] Revues de santé, aussi des... [...] genre compendium, là, y a beaucoup d'livres dans l'commerce écrits par des médecins, là, sur l'effet des médicaments, j'en ai lu quelques-uns. Ben, j'ai pas tout lu ça, là, mais j'veux dire j'lis c'qui m'intéresse. Mais j'peux lire, mettons, sur l'Valium parce que, oui, effectivement, c'est un médicament que j'connais. (PQ1)

. Ben, j'vas pas chercher d'information, moi, c'est... c'est... j'prends selon moi, moi, mon jugement à moi.

- Vous n'interrogez pas votre médecin ou? ...

- Non. Mais y m'a donné une feuille comme quoi qu'est-ce que c'est des Rivotril.

- Il vous a donné...

- Y m'a donné une feuille, j'lui ai demandé moi-même. (PQ2)

PQ3, qui est sous "calmants" depuis 6 à 7 ans, mais qui a fait une demi maîtrise, a même suivi une formation.

. Ah ! Ben moi j'ai pris des cours... j'ai comme suivi une formation, je m'suis toujours intéressée aux drogues et j'ai fait une formation là-dedans, intéressée plus ou moins en profondeur, puis quand j'prends quelque chose, j'essaie de savoir c'est quoi qu'je prends.

. ... sur les médicaments par exemple que je prenais... [...] là j'avais pris un livre de médicaments. [...] Pour savoir lequel parmi tous les trucs, lequel pouvait aider à dormir. [...] C'était... c'est le genre d'information que... Bon ma mère en prenait pour... pour dormir très jeune, pis j'ai fait ça aussi. Bon, j'ai vu qu'ça l'aidait. (PQ4)

. Oui, dans les revues... (...) Des informations dans le style comment combattre [la maladie], aller voir des revues. Puis j'ai acheté un livre aussi, c'est le guide de médicaments. [...] puis y a

tellement de choses à connaître à propos des médicaments que je me sens très peu informée. très, très peu. (PQ5)

Il y a de l'information accessible dans les pharmacies et dans des cercles spécialisés, pour ceux qui veulent aller assez loin dans cette recherche personnelle.

. Dans les pharmacies, y a souvent des dépliants qui expliquent les différentes maladies et tout ça, et y avait plusieurs pamphlets qui parlaient d'la dépression nerveuse et j'les ai tous ramassés. J'ai même participé à un colloque, l'année dernière, sur la maladie mentale où y avait ... y avait beaucoup de dépliants qui expliquaient la maladie nerveuse. Et aussi la maladie nerveuse au niveau du travail qui est aussi l'un des problèmes auxquels j'ai eu à faire face de par le passé. Aussi, mais, bon, ça plus ou moins rapport, mais j'ai beaucoup lu des auteurs... (PQ6)

La plupart essaient de lire des journaux ou quelques livres. s'ils sont plus éduqués ; toujours est-il qu'ils ne se résignent pas, passifs. et essaient de comprendre. donc de reprendre le contrôle sur leur vie à leur manière.

. Puis... Jamais beaucoup d'information là-dessus. Non j'ai eu des informations aussi à travers ... bon là, peut-être plus à travers des relations amicales, familiales, à ce... à c'moment-là, oui, ça, ça aurait une incidence.

Un peu, aussi, toujours, parce que, bon, j'veux dire, on parle dans les revues, les journaux, les émissions médic... à caractère scientifique, souvent on parle du problème de l'insomnie, c'est... c'est... c'est très commun, là, de nos jours. (PQ1)

PQ2 ne cherche pas à se renseigner ; il se base seulement sur son vécu, ses sensations:

. Ben, j'vas pas chercher d'information, moi, c'est... c'est... j'prends selon moi, moi, mon jugement à moi.

PQ14 aussi craint de se renseigner sur les médicaments qu'il prend:

. J'ai toujours craint que si je me mets à jouer là-dedans, que je vais développer... On va toujours dire que c'est pas le bon pis que ça m'en prendrait un autre. ... Alors je me suis refusé... C'est comme au début, quand j'ai commencé à être malade, un moment donné, y a un psychologue qui me suivait, puis j'y demandais : Y m'a dit pas trop. ... De toute façon, depuis que je prends ces médicaments-là, j'ai perdu aussi un peu le goût de la lecture ... Mais donc j'ai pas, pour répondre à votre question précisément, non, j'ai pas fait de... J'ai des amis, une amie qui est infirmière, elle, elle me disait. Mais je suis pas allé fouiller. (PQ14)

Par contre, PQ6 avait des préjugés clairement négatifs à cause de son vécu antérieur, à travers l'expérience de son père, ce qui l'a motivé à se renseigner, Se basant sur l'expérience avec son père, il avait un a priori négatif :

. Pendant presque 10 ans, il a été on pourrait dire dans une espèce de dépression majeure et il y avait une quantité industrielle de médicaments dans l'armoire et il a même failli y laisser sa peau ; il est tombé dans un coma profond un moment donné. Donc j'étais déjà... déjà j'avais une certaine perception des médicaments et une perception je dirais plutôt négative. [...] j'étais anti-médicaments, mais cette fois-ci j'voyais la nécessité de prendre quelque chose parce que j'pouvais pas continuer comme ça.

Selon PQ2 et PQ3, ils prennent les médicaments que la Sécurité du Revenu accepte de rembourser, et d'autres, qui seraient meilleurs pour eux, ne leur sont pas prescrit à cause de leur prix (selon les règles administratives au Québec qui contraignent les pharmaciens à substituer un produit générique s'il est disponible, dans les cas où l'État rembourse le prix de l'ordonnance). De même, PQ6 s'est vu donner un médicament générique car le Rivotril était trop cher et qu'il était prestataire de l'aide sociale. Mais ce n'était plus le même effet.

. Et qui n'avait pas les mêmes effets. Et le médecin, lorsque je l'ai revu, parce que je vois mon médecin régulièrement car elle fait aussi de la psychothérapie, lorsque je l'ai revu, je lui ai dit que j'arrivais pas à dormir avec ça, que j'avais de la difficulté à m'endormir. Elle a refait une nouvelle prescription en insistant pour que le pharmacien me donne absolument Rivotril, ce que j'ai obtenu sans problème.

6.6.1.2 Une confiance aveugle dans son médecin

Pour PQ4, les médecins ne prescrivent pas à la légère, aussi n'a-t-elle jamais rien demandé à son médecin et a une confiance aveugle en son jugement.

. Non, si c'était dangereux, dangereux, on... on n'le prescrira pas aussi facilement. [...] Jamais, jamais, jamais. J'ai jamais parlé avec un médecin... J'en ai jamais demandé. Je pense que y... y voient des propriétés chacun dans leur spécialité. J'pense que généraliste, ce serait peut-être meilleur pour donner de l'information, en fin de compte.

Un autre répondant, déjà en analyse, fait également confiance au médecin:

. En fait, pour moi, j'ai une totale confiance au médecin, peut-être à cause du contact assez personnel et intime de la psychothérapie.

En règle générale, les patients parlent des possibilités de dépendance avec leur médecin. dialogue qui sera d'autant plus constructif qu'il y aura une relation de confiance entre eux. PQ6 a fait appel à son médecin à cause de son appréhension de la dépendance:

. [...] mais lorsque j'ai décidé d'en prendre, je... j'étais très conscient de c'que je faisais et la principale source d'information à c'moment-là, pour m'aider à comprendre la nouveauté des choses qui m'étaient présentées, c'était le médecin. Ainsi que ma psychanalyste. Mais auparavant, je n'avais jamais pris d'médicaments.

6.6.1.3 Les médecins ne sont pas tous pareils

La plupart des patients estiment que les médecins leur donnent des informations trop limitées sur les anxiolytiques.

. Mais quoique les médecins, moi j'connais plusieurs médecins, en réalité, ben, c'est parce que j'suis quand même à 42 ans puis, bon, j'en ai rencontré plusieurs, et j'peux vous dire que y a des médecins, je pense, qui m'ont donné une bonne information; d'autres qui vont pas vous infor... qui vous donnent zéro information, mettons, qui vous informent pas, non, y peuvent vous donner un médicament, mais y vous diront rien. (PQ1)

*. Mais j'crois que c'est surtout par moi-même que j'ai acquis et j'trouve qu'les médecins, non, pas vraiment, c'est surtout par moi-même que j'ai pris des connaissances sur les... [...]
Ouais, oui, c'est ça. Par l'expérience que j'en ai faite puis en allant chercher de moi-même les renseignements sur les médicaments, parce que sinon y t'donnent juste une description très, très brève, très rapide. (PQ3)*

. Habituellement, c'est assez bref par exemple. [...] Lui en dit pas beaucoup. Alors y faut que j'y fasse comme confiance. Y a toujours été comme ça. (PQ5)

6.6.2 Le patient demande le médicament

Dans la plupart des cas, ce sont les patients qui demandent le médicament en vue d'un soulagement rapide, les exceptions étant ceux qui ont été hospitalisés d'urgence et n'ont pas eu leur mot à dire sur le traitement reçu puis, plus tard, prescrit. En règle générale, le premier médecin auquel ils font cette demande est un généraliste.

. ... c'est moi que le lui ai demandé. [...] j'ai exposé un peu le problème que j'ressentais, j'lui ai suggé... un anxiolytique ; lui... j'pense que c'est lui qui a déterminé lequel. (PQ1)

Dans la majorité des cas, ce sont les généralistes qui prescrivent les anxiolytiques ou les antidépresseurs, les premiers temps, puis ils envoient leurs patients en psychiatrie:

. Comme le... la dernière prescription que j'ai eue, j'en avais plus, j'ai été voir le Dr. S., à côté d'chez moi, y m'a prescrit encore pour 90 jours, le temps qu'j'aille voir à l'Hôtel-Dieu en psychiatrie pour ma... ma p'tite dépression, y m'a prescrit ça. (PQ2)

PQ2 essaie de diminuer et voudrait arrêter, mais envoie un message double au médecin:

. Parce que j'veux pas être habitué à ça. Quand j'vois un médecin généraliste, y dit "ah! C'est pas supposé, prends pas ça!"; j'ai dit "oui, mais j'ai des crises d'angoisse".

Parallèlement, il parle du Prozac, quand il verra le psychiatre, il a donc une nouvelle demande claire:

. Là j'veux savoir si ça m'prend des Prozac, la pilule miracle qu'y disent, t'sais.[...] T'sais, mes crises d'angoisse, c'est quoi? Pour m'donner du pep, pour... ça m'prend-tu des Prozac, t'sais, la pilule miracle, qu'y disent, t'sais, si ça peut m'enlever mes calmants, parce que si y m'prescrit des Prozac, y va m'donner des calmants, y va continuer mon traitement au Rivotril, mais y va peut-être me donner des 0,5, là j'ai 2 mg, parce que 0,5 ça m'faisait absolument rien, ça m'prenait une plus forte dose.

PQ4, comme les précédents a demandé de l'Ativan à son médecin, après une longue automédication. car elle a toujours vu sa mère en prendre et considérait que ça l'aidait à dormir. Mais elle ne l'a pas demandé à son généraliste, qui ne lui en prescrit que 30 pilules à la fois.

. Mais je... bon, deux, trois fois pas an il me l'prescrivait, mais seulement 30. Puis un jour j'ai essayé de demander... j'ai... j'fais de l'arthrite rhumatoïde, alors à mon rhumatologue, j'ai dit; (RIRE)... Le généraliste, j'peux pas lui demander tout d'suite renouvelable... Rhumatologue, c'est... trois fois d'suite renouvelables, c'est pas d'problème.

6.6.3 La négociation

Parfois, les patients se sont vu attribuer les médicaments, mais il semble qu'il y ait une relation entre l'attitude du patient et celle du médecin ; en effet, le patient qui se documente et fait moult recherches pour connaître les effets des médicaments sont aussi ceux qui négocient le plus avec leur médecin et leur demandent des comptes et des explications détaillées.

Mais cette négociation n'est pas toujours aussi claire, à plus forte raison quand les personnes ont des problèmes de mémoire ou que les premières prises remontent à de nombreuses années:

. Mais c'est un peu entre les deux, c'pas clair, là, si j'lui ai demandé tel médicament, ou suggéré, ou simplement suggéré un anxiolytique. (PQ1)

D'après PQ2, son médecin n'aurait pas parlé d'effets secondaires en tant que tels ; par contre, il lui aurait conseillé de les arrêter.

. Y m'a dit que tu peux t'attacher beaucoup aux Rivotril, y m'a dit "faudrait que tu 'slaque' ce médicament", en voulant dire que... que j'arrête d'en prendre, C'est ça qu'y m'a dit. Là j'y ai dit "écoute, j'peux pas arrêter comme ça", y dit "habituellement j'donne pas ça des Rivotril, y dit, sont très, très, très..."

D'autres pensent qu'en changeant de médicament, ils sont à l'abri de la dépendance et la négociation avec le médecin tourne autour de cette requête:

. Moi j'préfèrais l'Ativan, j'aurais voulu l'Ativan, mais y a pas voulu m'le changer la dernière fois, parce que j'aime bien changer d'marque de temps en temps, j'ai l'impression que ça m'fait plus d'effets plus vite. Je sais pas, y a un truc d'accoutumance aussi, c'est qu'un moment donné ça en prend beaucoup plus pour... (PQ3)

Ils choisissent leurs médicaments en fonction de certaines informations qu'ils possèdent sur leurs effets ou durée d'action:

*. Ben par exemple moi je voulais... je sais plus... j'avais le Valium, moi j'disais que le Valium ça avait un temps d'action plus long puis l'médecin m'dit que... par rapport à l'Ativan, et pis lui disait que c'était l'contraire. En tout cas, moi j'pensais qu'j'avais raison, fait que là... Pis alors là, par rapport à ça, j'demandais des Valium plutôt que de l'Ativan. Et pis comme... enfin d'compte c'est vrai, j'ai raison, parce que les Valium c'est comme les Rivotril, c'es un (...), c'est... c'est... ça dure plus longtemps que l'Ativan, même en même temps aussi fort en agissant pareil, quoi (...)
Ben oui, moi je disais... j'disais... j'disais j'comprends bien que c'que vous m'dites, c'est... tu risques d'être dépendante, alors pendant un temps j'considérais que j'étais pas, pis même maintenant j'considère pas qu'je l'suis, puisque je continue d'avoir des objectifs pour le prendre, mais... On parlait beaucoup... on parlait d'la dépendance pis justement c'est pour ça j'ai essayé de voir aussi... d'changer d'médicament, j'essayais d'faire valoir mes arguments à moi, quoi. Bon, c'était plus par int... intérêt personnel que par logique, remarquez bien, mais... (PQ3)*

6.6.4 Le magasinage

Quand ils n'obtiennent pas ce qu'ils veulent, les sujets commencent la ronde des médecins, jusqu'à ce qu'ils aient gain de cause. Les patients qui ont des médecins récalcitrants vont en voir d'autres jusqu'à ce qu'ils obtiennent ce qu'ils veulent.

. Comme la dernière que j'ai vue, c'était le Dr. L., elle voulait pus me renouveler mon... mon médicament, elle me l'a renouvelé pour quatre mois, quatre renouvellements. Là j'ai été voir le Dr.

S, j'y ai conté mon problème, j'y ai montré ma boîte comme Dr. L a fait le renouvellement quatre fois, trois Rivotril par jour, à cause que dans mon dossier de l'Hôtel-Dieu, y ont vu que j'ai rentré là pour crise d'angoisse. (PQ2)

Soit les patients magasinent par choix personnel, soit parce que leur généraliste ne veut plus prendre la responsabilité de renouveler leur prescription:

. J'vas y conter mon cas, depuis un an et demi, deux ans, là, ça m'prend, j'pogne des crises de panique, des crises d'angoisse, c'est rendu c'est quotidien, t'sais ? [Les psychiatres] y vont peut-être me... me prescrire quelque chose d'autre. (PQ2)

Il s'établit parfois une sorte de chantage de la part du patient. C'est ce que nous relate PQ2 :

. ... situ veux pas m'en donner, j'vas aller voir un autre médecin, y va m'en donner.

. Ah! C'est eux... moi... c'est eux... moi je l'savais, mais c'est eux qu'en ont parlé. Des fois, y voulaient pas m'en prescrire à cause des risques de dépendance pis moi j'disais non, non... Parce que j'voulais vraiment m'faire prescrire, j'avais peur qu'y me l'prescrivent pas.

- O.K.

- Alors quitte à mentir sur ce que je prenais ou...

- Vous préféreriez...

- J'ai changé d'médecin... j'ai changé d'médecin souvent. (PQ3)

Souvent, les patients savent exactement ce qu'ils veulent et quoi faire pour l'avoir:

. [...] mais c'est... c'est... dans l'fond, c'était toujours moi qui disais "moi j'ai ça, je prends ça et j'veux ça", j'ai toujours été assez... Et pis bon, ben là, si l'médecin me r'fusait mon médicament, j'allais en voir un autre. [...] J'ai changé d'médecin... j'ai changé d'médecin souvent. (PQ3)

6.6.5 Les effets à rapporter au médecin

La plupart des patients sont d'avis qu'il faut rapporter tous les effets désagréables au médecin, surtout si on a confiance en lui. Mais une minorité est d'avis contraire: ils ne rapportent pas tous les effets causés par les médicaments qu'ils prennent, soit parce qu'ils pensent que ces effets sont ordinaires, soit parce qu'ils croient que le médecin utiliserait cette information pour diminuer la dose et que cela serait trop difficile à supporter. Cette question peut donc jouer dans les stratégies de négociation avec les médecins.

. Le médecin va me r'garder, y va dire "écoute, c'est des Rivotril, c'est normal que ça t'ferme un oeil pis tout". Mais si j'arrive, j'vas l'voir pis j'dis "ça m'fait mal au foie, y a quelque chose", ben ça c't'un effet secondaire, j'vais y dire, ça, sûr et certain. Ou ça m'bloque une oreille quand j'prends Rivotril, je vais lui dire à mon médecin. (PQ6)

. [...] mais j'dirais pas à mon médecin "ce médicament-là m'endort", parce que, first, d'abord, y va m'couper ma... ma dose, mon 2 mg, peut-être, mais pourquoi j'irais y dire que ce médicament-là m'endort quand c'est... c't'effet-là, c'est pour me calmer. Ça va de pair. (PQ2)

Pour PQ3, c'est dire "tous les symptômes qui peuvent... qui peuvent paraître dangereux, quoi, "

6.6.5 Les patients jugent les généralistes et les psychiatres

Les patients se représentent fréquemment l'attitude des médecins vis-à-vis les médicaments anxiolytiques par rapport à leur propre niveau d'information et de compréhension des règles de prescription et de la répartition des tâches entre généralistes et psychiatres. Plusieurs patients sont d'avis que les généralistes ne prescrivent pas aussi facilement qu'ils le souhaiteraient les médicaments qu'ils veulent. Ils utilisent les termes de "craintifs", de "réticents." Certains ne comprennent pas cette attitude des généralistes.

. Ben, eux y voient ça comme des aides à court terme; y vont être un peu réticents à l'prescrire, et avec raison, quoique des médecins vont l'prescrire peut-être d'une manière plus... plus libérale, là, si vous m'pardonnez l'expression, oui, ça c'est un fait, ça va varier selon les médecins; mais en général c'est perçu, là... bon, les médecins, j'veux dire, y a peut-être des médecins qui sont plus libéraux, mais c'est pas des idiots pour autant, là, c'est... ça dépend de l'attitude du patient, c'est complexe tout ça la relation entre le patient et le médecin, voilà. Et les médecins (...) à court terme, mais en précisant que c'est des choses qui sont... qui peuvent être utiles à court terme, mais qui sont pas... qui, à long terme, peuvent être indésirables, là. Oui, c'est souvent perçu comme ça puis communiqué. (PQ1)

L'âge serait déterminant selon certains patients dans la facilité qu'auraient certains médecins pour prescrire ou non ce type de médicaments:

. Oui. Oui, ben lui y m'disait finalement... c'est ça, mais lui y voulait dire aussi lui, comme médecin, y aurait plus tendance à prescrire ça plus aux gens, là, du troisième âge. mettons, t'sais ? [...] C'que ça m'a apporté... Ben lui y m'apportait son point d'vue qui était très juste, que, bon, à savoir que à mon âge, il était pas très favorable... (PQ1)

Beaucoup de patients jugent les généralistes comme peu enthousiastes à leur prescrire des anxiolytiques :

. Sont très, très craintifs. Comme moi, là, 2 mg, trois par jour, y disent "ouïs, t'en prends beaucoup", mais j'en ai besoin. Ça fait un an et demi, l'accoutumance, y m'ont pas parlé d'la somnolence... oui, y a des... y a des médecins, des pharmaciens qui m'avaient dit. (PQ2)

. On dirait qu'y ont peur de prescrire ça, les médecins, je sais pas pourquoi. Mon médecin, actuellement, y veut pas j'aille le voir pour renouveler ça, y m'a dit "va... va voir le psychiatre", le psychiatre, c'est ça.

Même s'il dit qu'il ne sait pas pourquoi, il comprend quand même le mobile de ce refus : "À cause de l'accoutumance."

. Les généralistes, voilà, y sont souvent assez réticents, surtout maintenant. Mais j'crois qu'c'est plus parce qu'ils ont peur du gouvernement qu'autre chose (...) y t'écoutent pas tellement, eux leur intérêt c'est que ça aille vite (...), à moins que... qu'y a qui ont vraiment une question d'éthique dans la tête, ça arrive aussi, mais là vraiment c'est "non, j'en prescris pas", quoi. Bon, pis ceux-là aussi sont souvent... y exagèrent quand même. (...) Ben les psychiatres, j'pense c'est différent, parce qu'eux autres c'est leur manière de traiter, eux autres c'est pas tellement la thérapie, bon ben... donc pour eux, c'est... y veulent... ils ont pas d problème, y peuvent en prescrire autant qu'ils veulent, ils ont pas d problème d'éthique parce que leur éthique est avec ça, j'imagine." (PQ3)

. Non, mais ils n'exagèrent jamais le généralistes, y donnent 30 et puis... Je pourrais pas lui demander une prescription... je pourrais pas lui demander renouvelable la prescription. (PQ4)

6.6.7 Les généralistes et les psychiatres se renvoient la balle

Les patients perçoivent que les généralistes ne sont pas d'accord pour prescrire des médicaments sur une longue période, et qu'ils ont une propension à référer ces cas aux psychiatres. Quand ils vont consulter le psychiatre, c'est parce qu'ils n'ont pas d'autre alternative pour se procurer les médicaments voulus, et nullement par choix :

. Ben, c'est-à-dire que pendant longtemps, oui, pis un moment donné c'était rendu plus difficile d'avoir les calmants, alors j'ai... j'ai... il a fallu que j'aille par un psychiatre, ce que je fais actuellement. (PQ3)

La relation avec le psychiatre n'est pas vue comme une relation d'aide, mais un passage obligatoire; aussi, leur attitude à leur égard est-elle particulière, car elle n'est pas forcément basée sur une relation de confiance:

. Mais j'les connais pas beaucoup, c'est rare, c'est la première fois que je... je vois un psychiatre pis je... je... enfin chaque fois je parle pas tellement avec lui, j'parle pas, j'y raconte pas mes problèmes non plus. [...] Ben j'sais pas pourquoi parce que finalement ça sert pas à grand-chose d'aller voir un toubib tous les mois, parce que souvent je saute les rendez-vous, là y m'en prescrit par téléphone, je sais pas, c'est comme... y veut avoir un contrôle sur moi, quoi, peut-être... c'est ça, y cherche à avoir un contrôle, mais en fin d compte y te l'prescrit quand même. (PQ3)

Malgré le discours dominant chez les nos sujets à l'effet que la dépendance est à éviter à tout prix, la majorité des patients continue de réclamer des médicaments et vont chez ceux qui les prescriraient plus facilement: les psychiatres.

. *Pour prescrire ce médicament-là, [les généralistes] veulent pas quasiment. L'accoutumance, oui, c'est ça qu'y disent, l'accoutumance. Mais j'ai... j'ai... j'y retourne, y m'a dit "j't'en donne pour un mois, y dit, l'mois prochain viens pas m'voir pour des Rivotril, va à l'Hôtel-Dieu, va en psychiatrie. Y dit "là, y vont t'voir" (PQ2)*

. *Mais là j'suis tanné de... Là, dernièrement, avec L., y m'en a renouvelé quatre fois ; avant ça, c'était le Dr. M., y m'avait renouvelé quatre fois. Pourquoi qu'y m'avait renouvelé quatre fois, 90, trois fois par jour ? Là j'ai appelé le Dr. L., y dit "non, va voir M. ". Là, là... à l'Hôtel-Dieu. Là j'ai été voir un médecin à côté d'chez nous, un... médecine générale, y m'en a prescrit pour 60 jours, jusqu'à temps qu'j'aille voir en psychiatrie. T'sais, si y va m'donner un renouvellement automatique à tous les mois, ou Prozac, ou m'faire suivre, ou... J'vais être sui... plus étroite, plus... t'sais veux dire... Par quelqu'un qui connaît un peu mieux ça qu'un médecin général. Parce que y ont peur médecine générale de prescrire des Rivotril à cause de l'accoutumance. Tandis qu'un psychiatre, eux autres, y... y en connaissent peut-être un peu plus qu'un médecin général. A propos de c'médicament-là, parce qu'eux autres prescrivent... [...] C'est des spécialistes de cette branche-là. Peut-être qu'y vont m'prescrire des Prozac, un traitement aux Prozac, ça va peut-être m'éviter d'pogner des Ativan, T'sais, c'est ça j'vas savoir le mois prochain. {...] Parce qu'on dirait qu'y sont craintifs à prescrire ce médicament. Dr. L. "ben va voir M.". y se renvoient la balle, autrement dit, t'sais, pour une prescription de ça. (PQ2)*

Quand ce ne sont pas eux qui font cette démarche, les sujets ressentent que les médecins se renvoient la balle et surtout la responsabilité de la décision de prescrire.

6.7 Résumé et conclusions

6.7.1 Caractéristiques de consommation de l'échantillon

La plupart des sujets de cet échantillon sont, au moment de l'étude, des consommateurs assez réguliers d'anxiolytiques. Seulement 4 sujets sur 20 en sont à leur premier épisode ininterrompu de consommation de médicaments psychotropes, même si, dans 3 cas, l'épisode dure depuis au moins 3 ans. Tous les autres sujets ont déjà consommé des psychotropes prescrits (anxiolytiques et autres) et ont interrompu cette consommation, à une ou plusieurs reprises, pour des périodes variant de quelques semaines à quelques années.

La durée moyenne de traitement anxiolytique est de 48 mois, avec une médiane de 22.5 mois. Trois sujets se situent nettement hors de cette moyenne: un d'entre eux consomme des anxiolytiques depuis 22 ans, les deux autres depuis 12 ans chacun. Sans ces 3 sujets, la durée moyenne de consommation de l'échantillon québécois est de 25 mois.

Plus de la moitié de nos sujets (11/20) reçoivent leur prescription d'un médecin généraliste, huit d'un psychiatre et une d'un rhumatologue. Presque tous les sujets (17/20) ont d'abord consulté un généraliste pour leur problème particulier et ont obtenu leur première prescription d'anxiolytique de ce type de médecin. La persistance ou l'exacerbation des symptômes, les crises récurrentes menant parfois à l'hospitalisation, ou les difficultés de sevrage, ont fait aboutir certains chez des psychiatres, qui ont continué le suivi médical. Huit sujets prennent deux différents psychotropes et deux sujets en prennent trois simultanément. Les antidépresseurs ISRS accompagnent le plus souvent les anxiolytiques.

6.7.2 La première consommation d'anxiolytiques

Presque tous les consommateurs d'anxiolytiques dans cet échantillon ont débuté leur consommation à partir d'une prescription médicale. Le médecin était consulté à cause d'un état de "crise", notamment des crises d'angoisses qui s'accompagnaient de dérèglements du sommeil. Ces crises sont presque toujours rapportées comme les conséquences de chocs émotionnels graves - pertes, deuils, divorces, maladies, séparations, accidents. Pour plusieurs patients, même après des années de consommation, divers symptômes d'anxiété, de dépression et plusieurs malaises généraux persistent.

Les crises sont constituées d'un malaise ou d'un ensemble de malaises, principalement l'anxiété ou l'angoisse, la panique, l'insomnie, la fatigue et la dépression. Même si plusieurs symptômes psychologiques sont identifiés, dont la peur et l'inquiétude, la description des symptômes physiques des crises aiguës d'anxiété prédomine: les sujets se plaignent principalement de palpitations, d'étouffement, de sueurs, de nausées, etc. Le sommeil est presque toujours perturbé et son rétablissement transitoire ou permanent par le médicament est vu comme l'unique façon de pouvoir continuer à fonctionner.

Certains répondants lient leur consommation d'anxiolytiques à des stressseurs environnementaux de longue durée: manque d'argent, difficulté à trouver de l'emploi, solitude, prendre soin d'une personne dépendante pendant des années.

6.7.3 La définition d'un anxiolytique

La majorité des réponses se recourent en matière de définition d'un "anxiolytique" : c'est une substance qui fait diminuer l'anxiété et aussi qui aide à s'endormir. Les réponses diffèrent cependant sur la manière d'agir des anxiolytiques, favorisant directement le sommeil pour certains alors qu'ils ne font que relaxer pour d'autres. Certains patients les voient simplement comme des "calmants", d'autres comme plus que des calmants. Certains les distinguent des antidépresseurs, substances davantage assimilées au "troubles psychiatriques". D'autres encore voient les anxiolytiques comme de la "drogue".

6.7.4 L'utilité des anxiolytiques

Presque tous les patients, même ceux qui prennent le médicament depuis plusieurs années, parlent de la prise idéale d'anxiolytiques comme celle d'une consommation à court terme, passagère. Cependant, plus de la moitié de l'échantillon en consomme depuis au moins un an.

Ces patients reconnaissent l'utilité des anxiolytiques, mais seulement à court terme et plus particulièrement pour améliorer le sommeil ou induire un état de relaxation physique qui diminue la tension induite par les crises. Certains mentionnent cependant une aide du médicament pour être plus fonctionnel au travail ou avec ses proches, au niveau de l'affirmation de soi ou utilisent l'expression de "béquille" temporaire. À plus long terme, par contre, tous les sujets décrivent la prise d'anxiolytiques comme semée d'embûches. Les concepts de court terme et long terme reviennent sans cesse dans le discours des patients car c'est par rapport à leur conception de ce qu'est le court terme (souvent, un "traitement") que les patients se définissent ou pas comme étant dépendants. La dépendance, pour sa part, est au centre de leurs préoccupations.

6.7.5 Les limites des anxiolytiques

Même s'il y a des attentes élevées par rapport à ce type de médication, elle ne constitue pas, selon la majorité des patients interrogés, le "remède miracle". Il faut parfois d'autres éléments, une psychothérapie ou une "démarche" sur soi, qui interagissent favorablement pour que l'efficacité du médicament soit plus marquée. La psychothérapie n'est cependant pas perçue comme solution exclusive pour la plupart des sujets. Plusieurs disent avoir essayé, mais seulement quelques uns ont persisté.

La plupart des répondants semblent manifestement dépendants, dans la mesure où ils prennent des anxiolytiques depuis des années, disent ne pouvoir s'en passer. mais un seul ose le reconnaître de façon ouverte. D'autres signes de dépendance se déduisent de leurs difficultés pour s'en dispenser. des nombreuses tentatives de sevrage non réussies, ou de leur inquiétude quant à pouvoir s'en passer, même s'ils n'en prennent que depuis quelques mois. Les difficultés de sevrage deviennent autant le motif de l'arrêt que l'incitatif à continuer sa consommation.

6.7.6 La définition de l'effet secondaire et les effets rapportés

L'effet "secondaire" du médicament, dans son sens générique, est plus souvent décrit comme un effet indésirable et physique. Les sujets ne semblent pas facilement utiliser la catégorie d'effet secondaire dans leur raisonnement. Les commentaires des sujets autour de la notion abstraite de l'effet secondaire nous suggèrent que celui-ci est généralement considéré comme un effet indésirable et désagréable - mais pas toujours. Certains sujets ont certaines difficultés à décider si un effet particulier, plus ou moins indésirable, devrait être classifié dans leur esprit comme effet "secondaire". D'autres montrent qu'ils n'utilisent pas ordinairement la catégorie conceptuelle d'effets secondaires, se demandant ce que le terme peut bien vouloir dire ou si ce type de médicament en possède. Une partie de l'ambiguïté des sujets semble provenir du fait qu'ils parlent de l'effet secondaire comme "faisant partie" des effets du médicaments, "dans" le médicament, tout en reconnaissant qu'il peut être ressenti ou peut toucher différentes personnes de manières différentes. Mais en résumé, ce qui est considéré comme effet secondaire, est un symptôme qui n'est pas attendu pour soigner directement le problème et qui, bien souvent, est associé à une notion de désagrément et donc, indésirable.

L'effet indésirable le plus fréquemment rapporté est l'endormissement, quoique la dépendance soit presque toujours mentionnée. Une panoplie d'autres effets sont rapportés par quelques patients, même si la plupart d'entre eux insistent quand même ne pas ressentir d'effets secondaires des anxiolytiques. Les effets les plus souvent rapportés, en ordre de fréquence: l'endormissement et la fatigue, l'indifférence psychique, les pertes de mémoire, la baisse de libido, le déséquilibre.

6.7.7 La crainte et le déni de la dépendance

Il ressort de ces entretiens que les patients ont une attitude franchement ambivalente envers les médicaments anxiolytiques. Ils les réclament et emploient toutes sortes de stratégies pour en avoir, y compris le "magasinage" des médecins. Simultanément, ils les redoutent, car ils ont conscience des dangers que leur consommation comporte, le plus craint étant la dépendance. Tous les sujets ont conscience qu'à long terme, il est possible de devenir dépendant des anxiolytiques. Presque tous expriment une crainte, une peur de la dépendance ou de la possibilité de prendre le médicament indéfiniment.

Autour de l'inquiétude du sujet de devenir complètement dépendant de son médicament s'articulent diverses stratégies du sujet quant à la prise du médicament. Tous les sujets sans exception mentionnent, en plus ou moins de détail, leur préoccupation par rapport à la dépendance et montrent comment ils essaient soit de ne pas y tomber du tout, soit de ne pas trop s'y enfoncer, soit - paradoxalement - de ne pas avoir à la confronter à travers l'arrêt du médicament et donc de continuer à le prendre. L'information qu'ils recherchent sur les médicaments ainsi que les stratégies de communication avec le médecin se révèlent aussi imbriquées dans leur inquiétude de la dépendance. En somme, passée la crise initiale, la dépendance apparaît comme le centre de tous les enjeux et de toutes les stratégies liées à l'utilisation d'anxiolytiques.

Ainsi, la plupart des sujets minimisent leur propre risque individuel de devenir dépendants. Certains reconnaissent qu'ils ont pu être dépendants autrefois, mais ils décrivent leur situation, leur médicament ou leur posologie actuels, leur médecin du moment, en termes qui leur permettent d'éloigner - au moins partiellement - l'idée qu'ils pourraient aujourd'hui être dépendants ou qui leur permettent de souligner leur capacité ou leur force à résister, à surmonter la dépendance. Plus les gens en prennent depuis longtemps, plus ils s'évertuent à dire tout faire pour éviter une consommation prolongée automatique. Dénier, ambivalence et culpabilité sont des sentiments qui semblent gérer leur discours et leur façon de se définir pour pouvoir s'accepter et accepter leur comportement.

L'inquiétude de la dépendance semble également jouer dans les stratégies de gestion quotidienne du médicament. Plusieurs répondants signalent qu'ils prennent moins que la dose prescrite, ou ont déjà essayé de diminuer la dose ou de s'arrêter, qu'ils reprennent et qu'ils sautent, etc. Certaines des stratégies, dans les détails minutieux que les patients rapportent, rappellent des rituels presque compulsifs.

6.7.8 Les stratégies des patients

La différence que peut induire le niveau de scolarisation chez les personnes ne semble pas avoir d'impact direct sur la prise du médicament vue comme nécessité, mais beaucoup plus sur la manière dont les personnes vont chercher l'information qu'elles estiment nécessaire, et leur volonté de comprendre, donc de mieux contrôler leur vie à travers les décisions qu'elles prennent par rapport à la posologie.

Selon leur niveau de formation ou de compréhension des médicaments, les uns se contentent de prendre les informations auprès des médecins, alors que d'autres ne demandent rien, faisant une confiance aveugle, et d'autres enfin, vont chercher par eux-mêmes dans les livres, revues et émissions télévisées. À travers les propos portant sur la recherche d'informations, les patients révèlent leurs attitudes vis-à-vis leur médecins: la plupart estiment que les médecins leur donnent des informations trop limitées sur les anxiolytiques; certains (surtout ceux qui ne se préoccupent pas d'obtenir des informations) ont une confiance aveugle dans leurs médecins; d'autres finalement pensent que les médecins ne sont pas tous pareils: il y en a des ordinaires, des bons et des meilleurs.

Dans la plupart des cas, les patients nous ont dit avoir initié la demande de médicament en vue d'un soulagement rapide, les exceptions étant ceux qui ont été hospitalisés d'urgence et n'ont pas eu leur mot à dire sur le traitement reçu puis, plus tard, prescrit. Parfois, les patients se sont vu attribuer les médicaments sans n'avoir rien demandé. Il semble qu'il y ait une relation entre l'attitude du patient et le comportement du médecin; en effet, les patients qui se documentent et font moult recherches pour connaître les effets des médicaments sont aussi ceux qui négocient le plus avec leur médecin et leur demandent des comptes et des explications détaillées.

Pour obtenir les médicaments, on aperçoit dans les propos des patients diverses stratégies différentes. Il y a le magasinage des médecins, la décision de ne pas rapporter au médecin certains

effets ressentis. des discussions avec les médecins autour de la prescription d'un anxiolytique plutôt qu'un autre, etc.

Les patients expriment qu'ils ressentent une ambivalence semblable de la part des médecins généralistes qui les avertissent plus ou moins des effets secondaires, dont le risque de dépendance, et qui montrent régulièrement des réticences à renouveler les prescriptions. Même quand les patients expriment une confiance aveugle dans leur généraliste, la relation thérapeutique reste marquée par l'ambivalence des patients vis-à-vis la consommation des médicaments. Certains disent ne pas comprendre l'attitude "tiède" des généralistes.

Les psychiatres sont vus de manière encore plus ambivalente. Ils apparaissent dans le discours des patients comme les incontournables dispensateurs d'anxiolytiques - donc la bouée de sauvetage - quand les généralistes se montrent résistants. Les patients disent consulter les psychiatres parce qu'ils n'ont pas d'autre alternative pour se procurer les médicaments voulus, et nullement par choix. Simultanément, dans leurs discours les patients se représentent ces professionnels comme excessivement centrés sur la prescription de médicaments et moins intéressés à écouter la détresse plus profonde des patients.

APPENDICE

**tableau 6.4: Comparaison des molécules prescrites
aux patients français et québécois**

Nom générique de la molécule	Échantillon FR		Échantillon QC	
	Rang	%	Rang	%
bromazépam	1	40	3	10
alprazolam	2	25	3	10
prazépam	3	15	-	
lorazépam	4	10	2	15
bupirone	5	5	-	
nordazépam	5	5	-	
clonazépam	-		1	60
diazépam	-		4	5
flurazépam	-		4	5
témazépam	-		4	5

Un tableau des principales correspondances entre nom générique et nom commercial est disponible en fin d'annexe 7 du présent rapport.

CHAPITRE 7

LES PATIENTS FRANÇAIS

7.1 Quels problèmes amènent les gens à consulter ?

7.1.1 Les données déclaratives

Le guide d'entretien français avait pour particularité de répliquer, à la fin de l'entretien, lors du remplissage de la fiche signalétique, les questions qui avaient été posées au tout début de l'entretien.

"Quel produit prenez-vous ? Et depuis combien de temps en prenez-vous? Pour quel problème:

- a. anxiété
- b. trouble du sommeil
- c. trouble dépressif mineur
- d. autre (spécifier)"

La différence de mode d'administration par l'enquêteur de ces questions identiques allait de soi.

Au début d'un entretien dont les partenaires savaient qu'il allait durer au moins une heure, le ton était nécessairement ouvert et non-directif. Les questions se prêtaient à de larges développements et l'enquêteur ne notait rien, se bornant à écouter et intervenir en soutien.

A la fin de l'entretien, l'enquêteur avait déjà signalé que l'entretien était terminé lorsqu'il se saisissait d'un formulaire et notait ostensiblement les réponses à des questions sinon fermées du moins à réponses courtes. Il est intéressant de noter que les réponses données à la fin à la question " Pour quel problème?" sont souvent différentes (11 fois sur 20) de celles données au début.

Il apparaît, à l'examen, que les différences ne tiennent pas au mode d'administration de la question. Les réponses de la fin d'entretien paraissent plus proches de la réalité des troubles décrits au cours de l'entretien. Tout se passe comme si le vocabulaire proposé par l'enquêteur au début de l'entretien n'avait pas été réellement écouté, comme si les mots proposés ne correspondaient pas à un diagnostic ou auto-diagnostic dont on aurait eu une mémoire fidèle. En fin d'entretien, les sujets de l'échantillon ont fait référence de façon plus naturelle à l'ensemble de leurs troubles et problèmes à cause de la prégnance de l'auto-investigation réalisée. Ainsi lorsque 7 répondants sur 20 mettent exclusivement en avant l'anxiété en début d'entretien, il n'en reste que deux à le faire en fin d'entretien. D'une façon générale, l'entretien a confirmé l'importance des interactions entre les catégories d'indications. Les associations de troubles sont davantage choisies en fin d'entretien. Il faut également noter que parfois, en début d'entretien, c'est l'origine lointaine de la prescription qui est rappelée (une dépression non "mineure" signalent plusieurs sujets de l'échantillon) alors que le produit est pris depuis plus de 10 ans pour "*aider*" quand "*ça ne va pas*", et qu'on ne se situe plus dans la dépression au présent.

Voici (tableau 7.1) la répartition des troubles déclarés par l'échantillon, ainsi que des différences observées selon la place de la question dans l'entretien:

tableau 7.1

Libellés	question posée au début de l'entretien	sens de l'évolution	question posée à la fin de l'entretien
(1) anxiété	7	diminution	2
(2) trouble du sommeil	2	stabilité	2
(1) et (2)	1	accroissmnt	5
(3) trouble dépressif mineur	4	diminution	2
(1) et (3)	4	accroissmnt	5
(2) et (3)	0		0
(1) , (2) et (3)	1	accroissmnt	3
autres	0		0
autres + 1 ou 2 ou 3	1	stabilité	1
total échantillon	20		20

Rappel des résultats concernant les patients québécois (cf. annexe 5)

Libellés	question posée au début de l'entretien
(1) anxiété	6
(2) trouble du sommeil	3
(1) et (2)	2
(3) trouble dépressif mineur	0
(1) et (3)	2
(2) et (3)	1
(1) et (2) et (3)	2
autres	0
autres + 1 ou 2 ou 3	4
total échantillon	20

Dans l'échantillon français, les troubles du sommeil interviennent donc, exclusivement ou associés, dans 10 cas sur 20, contre 8 sur 20 dans l'échantillon québécois. Mais on ne les cite que 4 fois sur 20 en début d'entretien. Si l'on considère les troubles du sommeil comme un simple indicateur associé à l'anxiété (aucun sujet n'associe dépression et trouble du sommeil sans anxiété en France, 1/20 seulement le fait au Québec) et qu'on recherche l'influence respective de la notion d'anxiété par rapport à celle de dépression, on constate qu'environ un tiers de l'échantillon (beaucoup moins encore au Québec (3/20) mêle les deux notions, et que le reste de l'échantillon affirme une nette

prédominance de la notion d'anxiété sur celle de dépression (8 contre 3 si l'on retient des effectifs moyens lorsque les réponses ont varié au cours de l'entretien). Cette dissymétrie est encore plus accentuée au Québec (8 contre 1).

7.1.2 Les correspondances entre troubles et produits en cours d'administration

La nature des médicaments en cours d'administration au moment de l'enquête permet d'affiner l'appréciation des "indications" des anxiolytiques telles qu'elles sont déclarées par les patients.

Voici la répartition des médicaments psychotropes déclarées comme étant en cours d'administration au moment de l'enquête :

tableau 7.2

Anxiolytique seul	10
Anxiolytique + antidépresseur	2
Anxiolytique + hypnotique	2
Anxiolytique + antidépresseur + hypnotique	4
Anxiolytique + neuroleptique ou normothymique	2
Total échantillon	20

Rappel des résultats regroupés (la distinction anxiolytique/hypnotique est beaucoup moins marquée au Québec) concernant les patients québécois: (cf. **Tableau 6.2**)

Anxiolytique seul	10
Anxiolytique + antidépresseur	7
2 anxiolytiques + antidépresseur	2
Anxiolytique + lithium	1

On peut dire que la connaissance des médicaments prescrits ne dément pas globalement l'appréciation par les patients du trouble principal pour lequel ils prennent un anxiolytique.

En effet, parmi les 10 sujets ne prenant qu'un anxiolytique, 7 mentionnent l'anxiété. en début ou en fin d'entretien, seule ou en association avec un autre trouble: 2, les troubles du sommeil; 1, un trouble dépressif mineur.

Parmi les 6 sujets prenant également un antidépresseur, 1 mentionne, en début d'entretien, l'anxiété seule; 2 un trouble dépressif mineur; 2 les deux problèmes; 1 les trois troubles. Parmi les mêmes sujets, en fin d'entretien, 1 mentionne l'anxiété avec trouble du sommeil, 3 l'anxiété avec trouble dépressif, et 2 les trois troubles. Au total, quelles que soient les variations de déclaration au cours de l'entretien, 5 sujets sur les six qui prennent également un antidépresseur mentionnent la dépression. Néanmoins, qu'on lise le premier tableau ci-dessous (déclarations de début d'entretien) ou le second (déclarations de fin d'entretien), on est frappé par l'absence de correspondance case par case entre les produits pris et les notions pathologiques auxquelles ils renvoient. Cela pose, certes, un problème de logique de prescription, problème abordé au cours de l'enquête auprès des médecins, mais cela révèle aussi que la représentation du trouble majeur pour le sujet lui-même a fait l'objet d'une construction, souvent défensive, autour des mots de la maladie. La correspondance entre ce qu'il ressent et les produits qu'il prend est susceptible d'une large flexibilité. Pour exemple, dans les deux tableaux ci-dessous on a tramé en gris deux cases caractéristiques. Les deux sujets ne mentionnant *que* l'anxiété prennent tous deux anxiolytique et hypnotique. Les deux sujets ne mentionnant *que* des troubles du sommeil, ne prennent qu'un anxiolytique. Ces configurations s'expliquent lorsqu'on connaît la carrière des patients. Ceux dont l'anxiété n'est pas réglée par la prise des médicaments ne voient dans leurs mauvaises nuits qu'un effet de l'anxiété. Ceux dont le mauvais endormissement est bien combattu par l'anxiolytique ne voient en lui qu'une sorte de bon somnifère, même s'ils repoussent ce terme et sa signification.

Remarque: Dans les citations extraites des entretiens, le nom de marque des produits a été conservé tel qu'il a été prononcé. C'est également le cas du tableau du § 7.3.1 ou de certaines synthèses concernant les patients. Un tableau général des correspondances entre noms génériques et noms commerciaux est fourni, à la fin de l'annexe 7, pour permettre d'établir les comparaisons entre le Québec et la France.

Tableaux des correspondances troubles/médicaments selon les deux modes de déclaration des troubles

tableau 7.3

Libellés	Anxiolytique seul	+ Anti depres- seur	+Hyp- noti- que	+Anti- depres. + Hyp- notiq	+neuro leptiq ou nor- mothy	TOT début d'entre- tien
(1) anxiété	3		2	1	1	7
(2) trouble du sommeil	2					2
(1) et (2)	1					1
(3) trouble dépressif mineur	1	1		1	1	4
(1) et (3)	2	1		1		4
(2) et (3)						0
(1) , (2) et (3)				1		1
autres						0
autres + 1	1					1
total échantillon	10	2	2	4	2	20

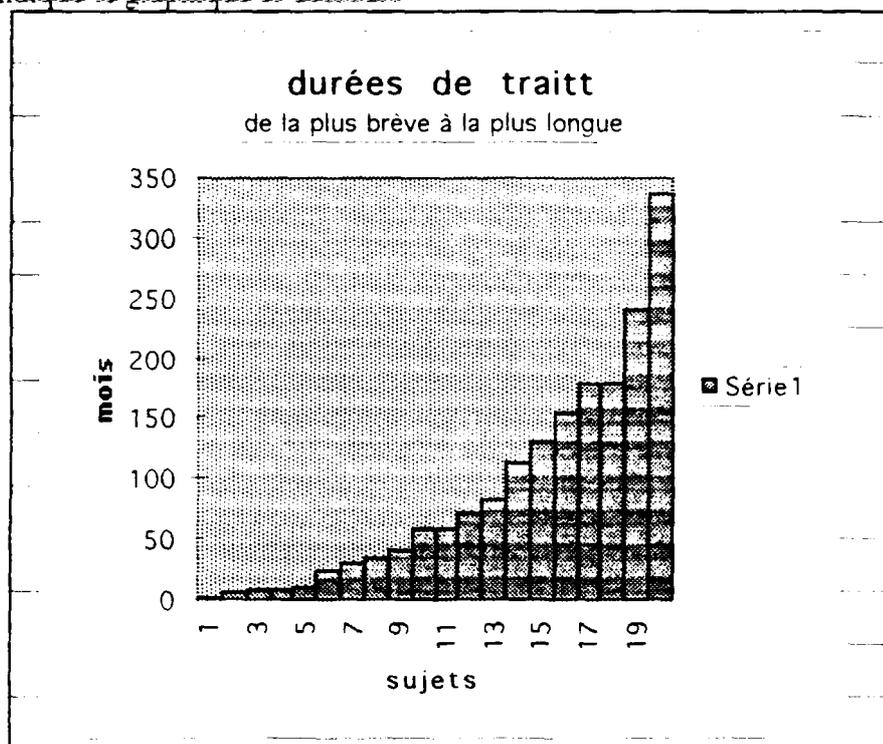
tableau 7.4

Libellés	Anxiolytique seul	+ Anti depres- seur	+Hyp- noti- que	+Anti- depres. + Hyp- notiq	+neuro leptiq ou nor- mothy	TOT fin d'entre- tien
(1) anxiété			2			2
(2) trouble du sommeil	2					2
(1) et (2)	4	1				5
(3) trouble dépressif mineur	1				1	2
(1) et (3)	1			3	1	5
(2) et (3)						0
(1) , (2) et (3)	1	1		1		3
autres						0
autres + 1	1					1
total échantillon	10	2	2	4	2	20

7.1.3 Les carrières de consommateur

7.1.3.1 Aperçu général de l'échantillon

Au jour de l'enquête, le consommateur ayant pris des anxiolytiques de façon quasi continue pendant la période la plus longue déclare une "carrière" de 28 années. Le consommateur le plus récent est en traitement depuis 2 mois. La moyenne s'établit à 7 ans et 5 mois -, notons la coïncidence, qui mérite discussion, avec l'ancienneté moyenne de recours aux psychotropes, en général, qui est de 7 ans et demi dans l'enquête santé française de 1991-92 (GUIGNON.94) -, avec une très forte dispersion, comme l'indique le graphique ci-dessous:



Le tableau suivant indique les effectifs par catégories de durées associées à la nature du dernier médicament en cours d'administration. Il importe de mentionner que ce n'est pas forcément le dernier médicament en cours d'administration qui a été celui qu'on aura pris au plus long cours. Ainsi, par exemple, PF12 prend Lysanxia depuis 2 ans après, dit-il, avoir pris Temesta pendant 20 ans.

tableau 7.5

	1 à 6 mois	7 à 11 mois	1 à 5 ans	6 à 10 ans	> 10 ans	total
Lexomil		1	2	1	4	8
Xanax		1	2	1	1	5
Lysanxia			1	1	1	3
Temesta	1		1			2
Nordaz		1				1
Buspar	1					1
Total	2	3	6	3	6	20

7.1.3.2 Les consommateurs "récents"

Cinq sujets de l'échantillon prennent un anxiolytique depuis moins d'un an . En réalité, il y a deux sous-groupes car seuls deux d'entre eux sont ,semble-t-il, de nouveaux consommateurs.

7.1.3.2.1 Les "novices"

PF8 est une très jeune femme, cadre d'entreprise à 25 ans. Elle prend Buspar associé à du magnésium et, *"en ce moment"*, un hypnotique. Nous apprenons que lors d'un décès relativement récent dans sa famille (sa grand-mère), elle s'est vue prescrire un antidépresseur (Deroxat) qu'elle ne prend plus maintenant. Selon elle, ce sont les problèmes de gestion de situations difficiles dans son emploi, qui sont la source de son anxiété, ces problèmes ayant été aggravés par la perte récente d'un proche. Elle refuse l'idée d'engager une psychothérapie quoiqu'elle reconnaisse le besoin de parler à son entourage de ses problèmes, même de façon excessive. Elle associe la prise d'un anxiolytique avec une certaine habitude de sa famille à recourir aux médicaments pour résoudre des problèmes, même sans gravité. *"Même moi, dit-elle, je me suis soignée, étant jeune, à l'école, pour de l'anxiété (...) J'ai eu des peurs monstres pour des interros. J'étais stressée."*

PF13 est une femme de 34 ans sans profession qui prend Lexomil depuis 9 mois avec de petites interruptions. Le facteur déclenchant a été la maladie d'un jeune fils qui *"a failli mourir"* puis dont la santé a été très préoccupante ensuite. Elle a *"craqué"* un matin dont elle a retenu la date précise. Son médecin prescripteur, une femme, lui a dit *"Je comprends que tu pètes les plombs"*. Elle recherche et apprécie l'effet hypnotique du produit car la nuit lui *"prend souvent la tête"*. Nous ne saurons rien de ses antécédents éventuels de consommatrice. Il semble qu'elle n'en ait pas. Elle n'envisage pas, de façon ferme, d'arrêter l'anxiolytique. Elle fait totalement confiance à son médecin pour cela. Elle se compare parfois à sa soeur qui prend de l'Anafranil (antidépresseur), pour s'en distinguer et en se félicitant d'*"avoir pris les choses à temps"* pour ne pas sombrer dans la dépression.

7.1.3.2.2 Les répétitions

PF1, PF6 et PF9 sont, pour leur part, dans des épisodes de traitement relativement brefs au moment de l'enquête (respectivement 8, 10 et 6 mois), mais ils ont des antécédents de traitements par psychotropes pour des circonstances qu'ils rappellent parce qu'elles les ont fortement marqués.

PF1, femme de 60 ans, professeur d'anglais a mal vécu son passage à la retraite et prend Xanax (à la suite de Lexomil) en accompagnement d'un antidépresseur (Deroxat faisant suite à Prozac) et d'un hypnotique depuis environ 8 mois. Elle fera spontanément référence à son divorce, il y a 30 ans. Elle avait deux enfants jeunes *"une grosse épreuve dans ma vie (...) un choc terrible que j'ai très mal assumé (...) J'en ai d'ailleurs perdu la vue à cette époque-là, J'ai été atteinte de cataracte aux deux yeux (...) Et donc, c'est là que j'ai dû, malheureusement, pour la première fois de ma vie dû recourir aux antidépresseurs et à tout cette... "*

PF6, femme active de 43 ans, ne prend aujourd'hui que Nordaz depuis 10 mois pour *"un choc émotionnel bien précis: une rupture sentimentale après 4 ans de vie commune"* avec son compagnon. Mais elle se souvient avoir pris des médicaments psychotropes dans le passé. Elle ne se souvient plus lesquels, mais se souvient qu'elle était *"annihilée"*. L'occasion en était un divorce, il y a sept ans, puis, 2 ans après, la mort de son père.

PF9, est une femme de 44 ans sans profession, qui prend aujourd'hui Temesta et Stilnox depuis 6 mois, depuis qu'elle a accompagné son frère pendant sa maladie et encore plus à la suite de son décès. Mais elle en avait déjà pris "*il y a très longtemps*", pendant 5 ans, au moment de son divorce. Cet épisode lui avait laissé le mauvais souvenir d'une forte dépendance. Aussi, "*quand j'avais vu le médecin et qu'il m'avait dit qu'il fallait me donner un anxiolytique, j'avais paniqué en disant: "Non! je connais!...je veux surtout pas!" et puis, heu, bon, après, il m'a fait comprendre que ça ne serait que provisoire ...*"

7.1.3.3 Les consommateurs de 1 à 10 ans d'expérience

La moitié de l'échantillon (9 sujets) prend aujourd'hui un anxiolytique depuis un à 10 ans sans discontinuité majeure.

On entre ici dans des durées d'administration à partir desquelles se pose la question de la dépendance. Ces sujets ne prennent-ils pas leurs produits simplement parce que de nombreux essais de sevrage ont échoué? Cette hypothèse est probable, mais elle n'évacue pas la question du discours sur les raisons de ces traitements. De ce point de vue, même ceux qui déclarent une dépendance ou une crainte d'être tombé en dépendance (dont ils disent parfois qu'ils ne peuvent pas la confirmer puisqu'ils ont encore besoin de prendre leurs produits!) se souviennent des raisons pour lesquelles ils sont entrés en traitement.

Comme pour le groupe précédent, on peut également distinguer deux sous-groupes parmi eux.

7.1.3.3.1 La minorité : les chercheurs de sommeil paisible

PF10, PF15 et PF16 ont beaucoup de caractéristiques communes dans le groupe des consommateurs de longue durée. Leur moyenne d'ancienneté de consommation est de 3 ans et 8 mois, (de 2 à 5 ans). Ils vont tous trois mentionner le trouble du sommeil associé ou non à l'anxiété. Ils ne prennent qu'un anxiolytique, sans autre psychotrope, Lexomil pour PF10 et PF16, Temesta pour PF15. Ils paraissent vraiment vivre en bon équilibre avec leur produit.

PF10 est une employée de magasin en libre-service de 35 ans, elle a 3 enfants. Il arrive qu'elle ait des "*idées noires*", mettant souvent en scène ses enfants, avant de s'endormir. Son médecin lui a prescrit un anxiolytique, apparemment pour la première fois, en fin de grossesse lorsqu'elle était enceinte de sa dernière fille. Il semble que son médecin n'ait jamais parlé de dépression ni d'anxiété, mais d'une "*accumulation de fatigue*". Elle ne livre aucun antécédent problématique au cours de son entretien. Elle se décrit comme quelqu'un d'émotif, mais équilibré. Elle décrit ses moments d'angoisse avec "*pensées négatives*" comme des événements insurmontables et exogènes, dont elle maîtrise pas l'incidence. Pour elle, le médicament "*cible bien le défaut de la machine*". Elle a un usage très instrumental et très serein de Lexomil (1/4 de barrette ou parfois 1/2). Ce pragmatisme explique l'installation dans un usage chronique dont elle n'envisage pas la sortie. Elle a essayé Lysanxia trois mois avant l'entretien mais en a eu une très mauvaise expérience et est revenue à son produit habituel.

PF15 est une vendeuse de 44 ans qui constitue un exemple typique d'autoprescription. Elle a essayé Temesta, il y a 5 ans, en en "demandant" à sa mère. Depuis, elle en demande à tous les médecins qu'elle fréquente pour d'autres raisons, dit que personne ne lui en a jamais refusé, ni rien demandé et encore moins diagnostiqué la nature de ses troubles. Comme PF10, elle trouve insupportable que

"les problèmes prennent plus d'ampleur la nuit". Elle est entrée en consommation lors d'une séparation avec son ex-mari et alors que son nouveau compagnon était malade. Elle est également pragmatique et sûre d'elle. Elle ne négocie pas les posologies "Moi, je prends ce que je considère avoir envie de prendre et ce qui me convient, c'est là où je peux passer de un à deux ou trois. J'augmente ou je baisse les dose suivant ce dont j'ai besoin.". Si elle pense être entrée dans l'accoutumance, elle ajoute que cela ne lui pose pas de problème puisqu'elle n'envisage pas d'arrêter. Elle pense qu'elle a une "insomnie naturelle (...) depuis toute petite". Elle ne peut supporter de passer des nuits blanches, tout particulièrement depuis qu'elle a recommencé à travailler.

PF16 est une femme active de 42 ans qui prend Lexomil depuis 3 ans et demi. Elle ne parlera que de sommeil, troublé par le stress, la tension nerveuse, la fatigue, les enfants, la vie trépidante, la peur de ne pas réussir dans le travail, de mal faire. La peur d'aggraver tous les problèmes si on n'arrive pas à dormir. On reconnaît également un schéma instrumental qui n'a aucune raison d'envisager une porte de sortie tant l'anxiolytique équilibre les tensions mentionnées. De PF16 nous apprendrons néanmoins de façon laconique: *"J'ai fait une dépression nerveuse très grave, il y a plusieurs années qui était liée aussi à la perte de sommeil et je ne m'étais pas soignée... "*

7.1.3.3.2 La majorité: variations autour d'un problème d'équilibre psychique au long cours

PF2, PF3, PF4, PF5, PF7, PF14 sont six sujets qui ont également des caractéristiques communes: une durée d'expérience des anxiolytiques sensiblement plus longue que le sous-groupe précédent (5 ans et 5 mois en moyenne, de 2 à 9,5 ans). A une exception près (PF4 qui prend sans doute aussi des bêtabloquants) ils prennent l'anxiolytique en association avec un antidépresseur (3) ou un neuroleptique (2). Cinq d'entre eux mentionnent à un moment quelconque la notion de dépression, le sixième, l'agressivité.

Alors que Lexomil est le produit majoritaire dans l'ensemble de l'échantillon, il est ici minoritaire (1 sur 6) au profit de Xanax et Lysanxia.

Les histoires de vie, les problèmes de régulation de l'anxiété liée ou non à la dépression sont ici plus lourdes. PF7 a démarré sa carrière de consommateur par un épisode hallucinatoire et des tentatives de suicide qui l'ont mené un mois en hôpital psychiatrique. PF14 qui prend du lithium et des pollens évoque les urgences de la Salpêtrière à Paris lors d'un *"choc émotionnel violent"* (il s'agit encore d'un divorce), il y a sept ans; début du traitement où se sont sans doute mêlés tentative de suicide, dépression sévère et anorexie. PF2 est cancérophobe et cette angoisse la saisit tout particulièrement en début de nuit: *"Etant plus jeune, à l'école, ça m'arrivait de me mettre à crier dans la classe "Monsieur l'instituteur, j'ai un cancer, j'ai un cancer!"*. L'épisode actuel de traitement au Xanax avec démarrage d'un antidépresseur IMAO est contemporain du décès de sa mère mais succède à des épisodes de traitement au Tranxène dont nous ne pouvons reconstituer les durées, ni les périodes.

PF3 est une femme de ménage de 33 ans qui prend Lysanxia depuis 6 ans avec, en ce moment, un antidépresseur IMAO (après avoir essayé Prozac) et un hypnotique. Elle mentionne les trois troubles en début comme en fin d'entretien. Elle rencontre régulièrement un psychiatre depuis deux ans. Elle parle d'une série de problèmes *"financier, sentimental, tout regroupé"* et surtout d'une importante

prise de poids (jusqu'à 103 kg) due à des crises de boulimie sur fond anxio-dépressif avec des crises d'angoisse inhibitrices. Son médecin parle de dépression. PF3 est en voie d'amélioration, de diminution de poids, de diminution des doses médicamenteuses. Et, dit-elle, *"le fait de partir ailleurs, de couper certaines choses avec ma mère (nous apprendrons que cette dernière a le même traitement)m'a fait beaucoup de bien"*.

PF5 est une jeune femme de 25 ans sous triple médication par psychotropes. Elle prend du Xanax depuis un an mais des anxiolytiques depuis 3 ans. Elle en est au troisième antidépresseur après avoir essayé deux IRS différents. Elle est suivie conjointement par un psychiatre et un médecin généraliste. Elle connaît régulièrement des états de crises (ou d'*explosions*) (de nerfs, d'angoisse, de larmes, de panique, d'agressivité), parfois accompagnées de fuites ou fugues plus ou moins longues. Ces crises vont particulièrement handicaper son entrée dans la vie professionnelle. Elle ne parle pas d'un événement déclenchant mais d'état dépressif allant en s'aggravant et trouvant sa source dans l'addition de problèmes quotidiens auxquels elle ne sait pas faire face. Elle dit: *"J'ai tendance à vivre trop dans le passé, je suis incapable de faire des projets d'avenir, en fait pour moi, la vie s'est arrêtée à l'âge de mes treize ans, il n'y a plus rien après"*. Elle est également très négative, pour le moment, sur l'efficacité de son traitement.

PF4 est un artisan-menuisier de 34 ans qui prend des anxiolytiques depuis 9 ans et demi. C'est le seul sujet du sous-groupe pour lequel toute référence à la notion de dépression est absente quoiqu'il ait reçu du Prozac pendant une longue période. Il s'annonce essentiellement comme hypertendu, relevant peut-être d'une tendance héréditaire. Il considère que son anxiolytique (unique médication, à part les produits cardio-vasculaires) sert à calmer ses états de tension, son agressivité. Il est ancien fumeur. Peut-être a-t-il eu son premier anxiolytique lors du sevrage tabagique imposé par ses risques cardio-vasculaires. S'il regrette d'être obligé de prendre constamment son Xanax, il déclare que le sevrage est très difficile, impossible peut-être.

7.1.3.4 Les consommateurs de plus de 10 ans d'expérience

PF11, PF12, PF17, PF18, PF19, PF20 ont une moyenne de durée de traitement de 17 années, pour une moyenne d'âge de 51 ans peu dispersée. Quatre d'entre eux ne prennent plus qu'un anxiolytique, 4 d'entre eux prennent actuellement Lexomil. Trois ou quatre d'entre eux mentionnent un trouble dépressif en début ou en fin d'entretien. Cinq des six sujets changent la qualification de leur motif à prendre un anxiolytique entre le début et la fin de l'entretien, couvrant ainsi à peu près toute la palette des troubles pouvant justifier le traitement.

PF12, professeur de langue, homme de 49 ans, ne veut parler que de son sommeil et évoque l'échec d'une ancienne psychothérapie. Il prend actuellement Lysanxia depuis 2 ans, sans autre psychotrope, mais a pris du Temesta pendant 20 ans et affirme qu'il en était devenu fortement dépendant. PF12 a toutes les caractéristiques du sous-groupe décrit en § 7.1.3.3 1 (les chercheurs de sommeil paisible) avec, simplement, plus de dix ans d'ancienneté supplémentaire.

PF11, secrétaire commerciale de 52 ans, n'en est plus qu'à 1/2 Lexomil par jour, sans autre psychotrope. Elle déclare 15 ans de traitement au cours desquels elle a connu Temesta, puis Seresta, puis Tranxène, à des fréquences et des doses beaucoup plus importantes. Elle décrit fort bien ses *"crises de tétanie"*: *"un noeud, un manque d'air, les fourmis dans les bras, dans les jambes, le*

besoin de s'étirer", ou ses crises dépressives: "l'envie de pleurer pour un oui, pour un non". De sa biographie, on retiendra qu'elle a vécu, à 9 ans, un tremblement de terre qui l'a "beaucoup éprouvée" puis la guerre d'Algérie et "l'exode". Sa première crise remonte au jour de l'enterrement de son père, survenu à une époque de mésentente de couple qui ne s'est pas arrangée par la suite. Elle a également perdu une soeur dépressive depuis sa retraite, totalement dépendante à Lexomil pendant 7 à 8 ans, dit-elle. Elle-même, vit dans la peur de retomber en grave dépression si elle cesse tout traitement par psychotropes,

PF17 est un agent de maîtrise de 55 ans qui, actuellement sans autre psychotrope, prend Lexomil depuis 13 ans. Il a commencé à en prendre lors d'un traitement de 2 ans pour dépression consécutive à un divorce. Il ajoute que récemment, il y a 6 mois, il a eu des problèmes professionnels de mutation qui font qu'il continue à en prendre. Au cours des treize dernières années, il a également expérimenté d'autres produits qui n'ont pas été satisfaisants. Il fait référence de façon discrète et allusive au fait qu'il *"faut bien faire quelque chose"* pour son entourage lorsqu'on a *"mauvais caractère"*.

PF18, femme de 39 ans, cadre moyen administratif prend Lexomil, actuellement sans autre psychotrope, depuis 15 ans *"depuis le départ de mon mari, donc mon divorce"*. Elle a eu dans un passé lointain d'autres produits dont elle ne souvient plus, parmi lesquels sans doute des antidépresseurs. Elle considère qu'elle relève de l'anxiété et du trouble dépressif *"majeur"*. De sa biographie ressort une tentative de suicide, des problèmes d'enfance, des problèmes de travail, le poids des charges d'un parent isolé. Aujourd'hui elle insiste sur les aspects de facilité mécanique de son geste quotidien. Elle se dit *"accro"* sans réserve.

PF19, 62 ans assistante maternelle retraitée, prend Xanax (3 fois par jour) et, secondairement, parfois Lexomil en autoprescription (cautionnée par son médecin) en plus d'un antidépresseur IRS et d'un hypnotique. Elle a essayé de nombreux produits psychotropes depuis 1968, pratiquement sans discontinuité: Lysanxia, Seresta, Temesta, Mogadon, Survector, Prozac, Stablon. Elle prend Xanax depuis 3 ou 4 ans et connaît Lexomil depuis 15 ou 20 ans. Elle dit qu'elle est *"excessivement anxieuse"* et encore: *"longtemps, j'avais pas envie de vivre"* sans doute à cause d'*"un manque de confiance en moi permanent"* violemment inhibiteur (elle ne veut jamais paraître sur les photos de famille). De sa biographie elle déclare: *"Mon problème est lié beaucoup à mon poids (...) c'est une idée fixe que j'ai depuis 40 ans, et je ne me suis jamais acceptée et je ne m'accepterai jamais. Donc, tout cela, ça se passe dans la tête."* Mais, de façon contradictoire, comme beaucoup d'autres sujets de l'échantillon, elle résiste à l'investigation psychiatrique: *Tout en étant "psychique", il y a quand même des événements qui m'ont poussée à faire une déprime.* On apprendra également l'existence de deux tentatives de suicide et d'un épisode anorexique et dépressif grave.

PF20, femme de 55 ans, assistante maternelle, prend Lexomil depuis 11 ans, après avoir démarré ce produit à raison de 3 ou 4 barrettes par jour. Actuellement elle prend également un antidépresseur (Athytil). Elle se souvient du jour de sa dépression, le 11 novembre 1981 *"j'ai commencé à pleurer et va savoir pourquoi, ni pour qui, ni pourquoi..."*. On saura qu'elle a perdu sa mère à l'âge de un an et demi et ne l'a jamais connue. Sa soeur a également fait une dépression l'année dernière. Lors de ses crises de *"spasmophilie"*, elle a des sensations d'étouffement, d'essoufflement, de

compression, sans compter des tremblements dans les mains et dans les jambes, l'impossibilité de rester debout.

7.1.3.5 Remarque sur l'ensemble des consommateurs de plus d'un an

Les patients consommateurs de longue durée ne se distinguent pas, fondamentalement de ceux qui ont été enquêtés alors qu'il se trouvaient à une période de moyenne durée. Aucun des patients de ces deux sous-groupes n'évoque une prochaine sortie de consommation. Pour eux tous, elle ne peut qu'être problématique. La voie d'un sevrage possible dû au succès d'une psychothérapie ne ressort clairement que de l'entretien avec PF3.

Parmi les consommateurs de petite ancienneté dans l'épisode actuel (moins d'un an au jour de l'enquête), il faut distinguer les nouveaux entrants dont le devenir ne peut être prédit et ceux qui font une répétition de dépression ancienne ou se sont persuadés de leur fragilité constitutionnelle face aux difficultés de la vie, en raison de cette ancienne épreuve. Si ce sentiment de vulnérabilité et/ou la dépendance physique à l'égard des produits prescrits avaient été plus forts, si l'attention des médecins traitants à l'égard d'un objectif de sevrage avait été moins importante, on imagine aisément comment ce sous-groupe des "répétiteurs" aurait pu se retrouver dans celui des consommateurs de plus de 10 ans.

N'ayant pas, lors de la constitution de l'échantillon, cherché à rencontrer des ex-consommateurs d'anxiolytiques pour lesquels, selon l'image des médecins prescripteurs, ces médicaments auront servi de béquilles temporaires lors d'un "mauvais cap" à passer, nous ne saurions juger, à partir de notre échantillon, de l'importance relative des consommateurs au long cours par rapport à ceux à qui les médecins et les règles de bon usage destinent idéalement ces produits. En revanche, il est possible d'assurer que tous les consommateurs qui se sont installés dans la longue durée avec ces produits ont "raté" la porte de sortie sans que cet événement ait été signalé et encore moins dramatisé par leurs médecins prescripteurs.

7.1.4. Les sources d'information sur le ou les troubles dont on souffre

La question 5 demandait d'ordonner un certain nombre de sources d'informations selon leur importance. L'item *revues médicales* arrive très naturellement en dernier car, en France, les patients n'ont pas accès aux revues médicales proprement dites.

Le tableau suivant présente les réponses. Il est intéressant de les comparer aux réponses à la question 3 (connaissances sur les médicaments) exposées plus bas (inversion de la place du médecin et de l'expérience personnelle).

tableau 7.6

	Rang moyen	Ecart-type
votre médecin traitant	2.6	1.5
votre expérience personnelle lors du traitement	1.6	1.2
les revues grand public spécialisées en santé	4.4	1.1
les revues médicales	5.0	1.0
les médias (journaux, télévision, radio)	4.8	1.1
votre entourage, vos connaissances	3.1	1.5

7.1.5 Les symptômes

L'enquête a rapporté de riches matériaux sur les symptômes des troubles vécus par les patients. On ne saurait parler de "symptômes de l'anxiété" dans la mesure où les consommateurs d'anxiolytiques ne définissent pas toujours leur(s) trouble(s) de cette façon. Une lecture psychiatrique de ce matériel verbal pourrait sans doute restituer l'axe "anxiété <---> dépression". On notera néanmoins l'intrication des symptômes, quelle que soit leur catégorie clinique, et les variations sensibles d'expression des conséquences sociales malheureuses de ce qui est toujours vécu, ici, comme une infortune personnelle, parfois endogène et presque congénitale ("*je suis comme cela*". "*j'ai toujours été comme cela*", "*c'est depuis mon enfance*").

7.1.5.1 La peur

Le thème de la peur est très largement retrouvé dans les entretiens. Il se présente sous trois formes: une peur sans objet, interne et irréprouvable, la peur de la survenue d'un malheur et enfin, la peur du contact avec le monde extérieur. Cette troisième modalité se confond parfois, dans ses manifestations, avec une réaction de refus du monde, de renfermement, réaction de fuite contestataire autant qu'anxieuse (PF5, PF17), ou encore, cette fuite est présentée comme pure conséquence de l'état d'incapacité sociale dans laquelle on est maintenu par l'état anxieux (PF7, PF19, PF20).

7.1.5.1.1 La peur sans objet

. *La peur me..., me vient. Et, très souvent, là, quand arrive le soir. (...) Maintenant j'ai peur de tout. (PF2)*

. *C'est quelque chose qui me prend, qui me fait peur. (PF8)*

. *Je vais avoir un sentiment d'insécurité au fond de moi. (PF9)*

7.1.5.1.2 La peur d'un malheur

. *Lorsque je redoute un événement... (PF1)*

. *Avant, mais c'était terrible, terrible, terrible, je pouvais pas entendre quelqu'un dire qu'il avait un cancer, aussitôt, le soir, ça me prenait sur moi. (...) Maintenant, je vais avoir peur de l'argent, je vais avoir peur que les enfants soient pas heureux... (PF2)*

. *J'ai des périodes où c'est très agaçant, où je mets mes enfants en scène. Alors, il y en a un qui va se faire écraser, l'autre qui va se faire enlever. Et c'est ancré dans mon esprit, et j'arrive pas à chasser ces images. (PF10)*

. *La peur... Par exemple, les enfants sortent et... la peur qu'il leur arrive quelque chose, ou alors, dans le travail, la peur de mal faire, de ne pas réussir. (PF16)*

7.1.5.1.3 La peur du monde extérieur

. *Ça se manifeste par une peur générale. A. l'époque, je vivais toute seule, le moindre truc me faisait sursauter. Je descendais juste pour aller faire mes courses, acheter le journal de télévision, mes cigarettes et je remontais. La nuit, je dormais avec la radio, pis je m'endormais pas avant trois, quatre heures du matin. (...) J'osais plus sortir de chez moi. (...) Je me calfeutrais chez moi pour ne pas affronter le monde extérieur. (PF3)*

. *J'ai peur du monde extérieur.... Une envie, une envie de me terrer et de ne voir personne, et une peur, une peur, la peur!... Voilà l'anxiété!... (PF9)*

Un refus du monde extérieur, sans doute aussi contestataire qu'anxieux, caractérise PF5 et PF17.

. *Autrement, par périodes, je m'isole totalement, je ne téléphone à plus personne, je ne vois plus personne. Et, c'est des périodes où j'appelle fréquemment mes parents et mon frère pour des raisons anodines. (PF5)*

. *Il y a des moments où ça dérive, ça déprime, je ne supporte plus personne. (...) On a tendance à se refermer, quoi..., plutôt, on devient introverti, complètement, quoi..., on se referme, on se replie, quoi... (PF17)*

PF7, PF19 et PF20 fuient également le monde extérieur, mais plutôt par conséquence de leur incapacité à l'affronter.

. *Ne plus être à l'aise face à une personne et pouvoir lui parler. (PF7)*

. *Et puis, une envie de voir personne, de m'isoler, de rester chez moi, (...) de fermer mes volets, de fermer toutes mes portes et de vivre qu'ici, de rester toute seule, de ne pas mettre de musique de rester au calme. (...) J'ai du mal, de toutes façons à communiquer à l'extérieur. Je ne vais pas au devant des gens. Je reste chez moi, j'aime bien ma maison, mais c'est parce que je n'ai plus confiance en moi. J'ai toujours été comme ça. (PF19)*

. *Je pouvais même pas sortir. J'étais vraiment coincée. Je pouvais même pas aller faire les courses toute seule, parce que l'effet d'arriver à la caisse, de savoir qu'il fallait attendre, ça y est, ça me prenait. (...) Alors, je pouvais plus conduire. Je prenais plus le volant, c'était fini. (...) Autrement, quelquefois, j'ai pas du tout envie de sortir. Parce que, bon, j'ai peur que ça me prenne, donc, je reste à la maison. (PF20)*

7.1.5.2 La dramatisation des difficultés

Les consommateurs d'anxiolytiques se disent souvent "*hypersensibles*". Tout événement bénin,- et c'est souvent la parole des autres qui fait événement,- semble s'inscrire dans une série persécutoire qui déclenche, soit une rumination impuissante, soit une agressivité non maîtrisée.

. *Je ne fais plus grand-chose mais, par contre, je rumine mon histoire, Ce qui augmente mon anxiété. (PF1)*

. *(Quand je suis anxieuse comme ça)...la moindre petite chose va m'inquiéter. (PF2)*

. *A la limite, dès que quelqu'un d'autre dit quelque chose, ça prend des proportions énormes. (...) Tout paraît un problème énorme. (PF6)*

. *Je ne maîtrise plus tout-à-fait ce qui se passe et... par exemple quelque chose d'assez bénin m'apparaît comme quelque chose d'assez catastrophique, d'assez... grand. Je vais dire le mot "grand". Tout de suite, donc, quelque chose d'important. Quelque chose qui peut poser un tout petit problème, je vais l'amplifier, l'amplifier et le dramatiser. Et puis, ça va...me rendre malade. Je vais voir que l'aspect négatif de ce problème, et pas les choses positives, même si, par exemple, quelqu'un me montre les choses positives, ou moi, si je fais l'effort de voir les choses positives. Je vois un peu l'anxiété comme cela. Quand les choses font comme une bataille à l'intérieur de soi-même, par rapport à un problème qui se pose, qu'il faut résoudre ou ... un problème auquel il faut faire face. Ou alors, si je me dis que je fais le problème, alors, je suis aussi dans l'anxiété. (PF7)*

. *C'est vrai que c'est de la forte sensibilité, entre guillemets, je dirais; que c'est pas vraiment de l'anxiété. Cette sensibilité peut me fatiguer, peut me perturber. Ça me crée des troubles qui me perturbent mais qui ne m'angoissent pas très, très fort. (PF8)*

. *Vous rencontrez quelqu'un dans la rue qui vous dit "ça va ?"... Il suffisait qu'on me dise "ça va?" pour que je me mette à pleurer.(...) J'ai fait, je ne sais combien de crises, à chaque fois que j'ai une contrariété ou un choc psychologique. (PF11)*

. *Je grossis beaucoup plus, c'est ce qu'on me dit. Ah, je suis hypersensible, Donc, une parole, quand je ne me sens pas bien ou je suis fatiguée... Une parole qui me serait dite maintenant et que je prendrais très bien, mais, il y a peut-être six mois, j'en aurais fait un drame. (...) Je me sens toujours coupable de tout. Je prends toute la peine du monde sur mon dos. (PF19)*

. *Un petit truc de rien, moi j'en fais une montagne. Vaut mieux pas y penser et puis c'est tout. (PF20)*

7.1.5.3 Le sentiment d'incapacité et le "lâcher-prise" du réel

Perte d'efficacité, envie de tout abandonner parce qu'on sent qu'on n'arrivera pas à régler les problèmes, l'impuissance et le sentiment d'impuissance se renforcent l'un l'autre.

. Et bien, moi, ça se traduit par une paralysie au niveau de la réaction. Je suis très, très malheureuse de cette non-réponse, mais je suis bloquée, (...) je suis inactive. Le ménage, le repassage, tout ça, c'est resté en plan. Je n'assurais pas le quotidien. (PF1)

Quoique des réactions de fuite soient observables dans les deux cas, à partir des exemples cités, PF5 distingue de façon nette les crises de nerfs où son agressivité explose (cf. infra) et les crises de panique où elle ne maîtrise plus rien de son rapport au réel:

. J'ai de fortes crises de..., je panique complètement, crises de panique très violentes, et je laisse tout tomber ce que je fais. (...) Là, je ne sais plus ce que je fais. J'en ai fait une, très violente, l'année dernière et j'ai quitté un emploi, comme ça, sur une crise de panique. Je suis partie, carrément du bureau et j'ai marché pendant une heure dans la rue. Je ne savais pas où j'allais, j'ai marché, j'ai pleuré. Les gens m'ont arrêtée pour me demander si ça allait ou pas. Je ne savais plus où j'étais. Et puis, c'est passé, quoi! (...) Les crises de panique sont quand même plus violentes, elles laissent pas mal de traces, celle de l'année dernière m'avait beaucoup affectée quand même. parce que j'étais partie, j'étais carrément partie de chez moi pendant trois semaines. Je ne voulais plus revenir chez moi. Je suis revenue quand même parce qu'il fallait bien, mais ... j'avais fait mes valises et j'étais partie! Je voulais tout effacer... (PF5)

. (Une impression) de plus être capable de se sentir..., d'assumer quoi que ce soit. C'est se sentir complètement nulle, quoi... comme personne, d'être complètement à côté de ses godasses, avec, en plus, une grande anxiété, quoi, de plus pouvoir rien affronter, quoi!... : on ne s'en sortira jamais, on est vraiment nul. L'impression d'être devant un mur et de se dire: "j'vais pas m'en sortir, j'vais pas y arriver"... (PF6)

. (Quand) je m'énerve, je brasse de l'air et puis, finalement, je ne fais rien de bien, rien de bon, dans ces cas-là... (PF16)

Pour PF19 qui exprime par ailleurs sa peur du monde extérieur, son absence de confiance en elle, les rythmes sociaux semblent imposer les moments des décompensations:

. En général, mes déprimés, je les faisais toujours au moment des vacances, tout le temps. Un arrêt de vie brutal, ça y était, je déprimais, j'étais au lit, j'étais très mal. Les week-ends, ça m'arrivait, parce que dans la semaine, je gardais des enfants, donc il fallait que je me contrôle énormément. J'étais toujours très calme. Et le week-end, le ralentissement de vie, j'étais malade.

Dans sa position de retrait social, elle ne se sent utile qu'à ceux qui souffrent, mais ça n'aide pas:

Mes relations sociales, je n'en ai pas beaucoup. Je ne fais partie de rien. Je ne m'en sens pas capable, de toutes façons. La peine des autres me fait énormément de mal. Alors, comme je suis une bonne poire (...) de toutes façons toujours attirée vers les gens qui ont des problèmes. Donc, ça m'aide pas. Tous ou toutes les amies que j'avais, ce sont des malades, donc il faut toujours essayer de remonter leur moral. Et ils comptent beaucoup sur moi. J'y arrive, mais (...) Ils puisent leurs forces dans moi, puis ils me détruisent après. (PF19)

7.1.5.4 L'agressivité

L'irruption de l'agressivité lors des crises ne concerne qu'un petit nombre de sujets.

. Je suis assez agressive, je suis très agressive, même envers... mes parents. Je réponds sèchement aux gens, je suis impatiente. Enfin, voilà, je suis, entre guillemets, chiant, quoi !... (PF5)

. Quand on est anxieux, on est agressif. (PF12)

. Je suis énervée, je suis de mauvaise humeur, je peste! (rires) (PF16)

. Ça se manifeste, de toutes façons, intérieurement. Je me sens..., un tremblement interne. un manque d'équilibre. (...) Et puis, une agressivité, je suis très méchante. Verbalement, verbalement, je fais beaucoup de mal à mon entourage. Sans m'en rendre compte. Mais verbalement. Je ne suis pas coléreuse. Je ne casserai rien. Non, je ne suis ni coléreuse, ni rancunière, mais c'est verbal. Je sors tout ce que j'ai. Il faut que je me libère. (PF19)

7.1.5.5 L'insomnie

Pour certains sujets, l'insomnie est un simple symptôme, logiquement associé aux crises d'anxiété; pour d'autres, elle est à la source de tous les autres troubles, dont ils refusent souvent de parler. Dans cette dernière construction du discours, on trouve plutôt les hommes et quelques femmes assez actives qui se considèrent comme équilibrées.

. Quand je suis anxieuse comme ça, je peux pas dormir. Ça m'inquiète, j'ai chaud, j'ai froid... (PF2)

... et un malaise pour s'endormir, forcément. (PF4)

. Là, récemment, j'ai passé un concours administratif, le manque de sommeil et puis le stress, l'angoisse, j'ai piqué une crise de nerfs sur ma feuille et je suis partie en pleurant de la salle. Autrement, je ne dors pas. J'ai de gros problèmes d'insomnie depuis 6 mois. Ça m'arrive de ne pas dormir pendant quinze jours d'affilée. (PF5)

. *(ça se manifeste par) la perte de sommeil, sans pour autant que le matin, je me réveille en étant fatigué. (PF7)*

. *Difficulté à rester endormi. (...) Je suis d'une nature anxieuse, je ne dors pas, j'ai toujours été comme ça. (PF12)*

. *Ça m'est arrivé, le matin, de me lever et d'avoir l'impression de ne pas avoir dormi. (PF13)*

. *Lorsque je me couche, si je veux dormir, je ne peux pas... (PF15)*

. *Ça commence, d'une part, c'est vrai, par la difficulté de trouver le sommeil. Et puis, ça agit beaucoup sur la façon qu'on a de vivre sa journée. Donc, on consomme mal, on mange mal, on vit mal, on supporte moins bien son entourage..., et puis, ça crée des blocages, et puis... (PF17)*

7.1.5.6 La fatigue, la douleur et les larmes

Expressions de douleurs, de souffrances et sensations de fatigue sont souvent trop mêlées aux autres thèmes pour pouvoir être isolées. En revanche, ces notions sont également très souvent liées à la mention des larmes et des pleurs, plus facile à identifier.

. *(Au cours des crises de panique), je pleure toutes les larmes de mon corps. (PF5)*

. *... et tout le temps pleurer...(...) tout le temps envie de pleurer... (PF6)*

. *J'ai tendance à ne pas me contrôler et donc à pleurer... (PF8)*

. *(Et puis) l'envie de pleurer, régulière, cette envie de pleurer pour un oui, pour un non. (PF11)*

. *Et puis, bon,...la grosse boule dans la gorge, quoi! (...) qui fait qu'on a envie de pleurer dès le réveil...(...) Un sentiment d'une grande fatigue, l'impression de se lever le matin comme si j'avais fait un marathon la nuit. La fatigue physique, c'est encore pas trop pénible. C'était dans ma tête ..., je me sentais fatiguée, très, très lasse, comme si je pouvais plus réfléchir, comme une marmite qui bout et, vous savez, ça commence à dégouliner autour..., et puis, bon, l'envie de pleurer, quoi... Je me contenais, je me contenais, et puis, d'un seul coup, c'est sorti, je ne pouvais plus m'arrêter (rires). Donc, j'ai le souvenir d'avoir pleuré beaucoup, beaucoup, beaucoup. (PF13)*

. *Quand je sentais que j'étais nouée de partout et que j'allais pleurer... (PF14)*

7.1.5. Physionomie de l'anxiété

Essentiellement grâce aux réponses à la question 4 "pouvez-vous me décrire les principales caractéristiques de ce trouble ?", il est possible de disposer d'une topographie corporelle assez

précise de l'anxiété. Les zones du corps et les organes cités sont assez nombreux. Mais, si l'on fusionne le thème respiratoire, sans doute le plus fréquent, le thème circulatoire et le thème digestif, on comprend que la cage thoracique (dite "la poitrine"), c'est-à-dire l'ensemble coeur, épigastre, poumons, soit un lieu de souffrance important, ainsi que la gorge (où la nourriture ne peut plus entrer et les mots ne peuvent plus sortir) et le ventre. Contrairement aux troubles des membres, cités de façon minoritaire, poitrine, gorge et ventre, sont les éléments du corps qui vont particulièrement souffrir d'un manque de circulation régulière et naturelle lors des crises d'anxiété. La crise, c'est le moment où quelque chose se *bloque*, *paralyse*, une *boule* se forme qui *serre* ou qui *coince*, qui fait souffrir, crée un vide, une tension ou un trop-plein qui ira parfois vers *l'explosion*.

7.1.5.7.1 La sphère respiratoire

. *C'est une grosse boule, une impression d'être complètement bloquée, de ne plus pouvoir respirer,...* (PF6)

. *Ce stress, cet étouffement, parce que, moi, ça me prenait la poitrine, cette angoisse, jusqu'à piquer des crises, comme si j'allais mourir tout de suite, un manque de souffle... Ça allait jusque là... (La crise c'est) un noeud, un manque d'air.(...) C'est toujours pareil, ça me prend toujours de la même façon: cette espèce de boule, je manque d'air. Je manque d'air et si je panique, je vais au bout de ma crise, ... je perds connaissance, je reste très lucide, mais il faut que je m'allonge...* (PF11)

. *Alors bon, moi, ça se manifestait par une grosse boule dans la gorge, ce matin-là. Je m'en rappelle comme si c'était hier, une boule dans la gorge qui m'empêchait de respirer, l'impression d'une capacité réduite de respiration...* (PF13)

. *Le matin, toujours dur à démarrer. Ça me prend à la poitrine, et puis j'étouffe (...) C'est toujours à la poitrine que ça fait mal. C'est que là que ça se passe. Une difficulté à respirer et puis ça me coupe les jambes. Je suis obligée de m'étendre.* (PF20)

7.1.5.7.2 L'oralité perturbée

La gorge est le début du tube digestif mais aussi le lieu de passage de la parole.

. *Ben, ça me bloque à la gorge, puis j'ai l'estomac comme une barre, puis, bon, ben, je me mets à trembler et ça prend au niveau de la gorge. Ça serre.* (PF2)

. *C'était épouvantable, je me vengeais dans le frigidaire. Je descendais au supermarché m'acheter des trucs pas possibles et je remangeais un repas du soir. C'était affreux.* (PF3)

. *Et puis..., plus pouvoir rien avaler.* (PF6)

. C'est une anxiété. C'est comme une oppression, (...) ces moments de forte tension interne où c'est comme une boule que j'ai là, au creux de l'estomac ou plus haut. Je suis tendue, je sens que je suis tendue intérieurement. (PF8)

. Et puis, bon,...la grosse boule dans la gorge, quoi! qui fait.(...) qui fait qu'on a envie de pleurer dès le réveil. (PF13)

. J'ai du mal à m'exprimer. Je..., ça reste au niveau de la gorge, là! tout ce que j'aurais envie de dire et puis que je peux pas dire, parce que le moment est pas choisi, ou parce que... faut pas le dire. (...) Je bégaie, ou j'ai la langue qui accroche, ou je trouve pas mes mots, un sentiment d'être mal à l'aise, quoi... Ben, j'ai un goitre, moi, déjà. C'est un signe de nervosité. Et c'est vrai que ça se bloque. Je peux pas dire que ce soit douloureux, mais les mots ont du mal à sortir. J'ai quelquefois, comme on dit, un noeud à la gorge, quoi. Ça passe pas. (PF18)

. Une douleur intérieure, une douleur qui me fait mal. Et, je vous dis, une parole mal dite, c'est, ho-là-là! ou je me retiens parce que je suis bien et que je peux me retenir, j'encaisse. Si ça va trop loin, que ça me fait mal et que je ne veux pas exploser, ben, je vais prendre un quart de Lexomil pour me détendre.

- Tout ce geste, on ne le voit pas au magnétophone, mais ouh! c'est vraiment une douleur interne...

- Oui! là, là, ça fait mal

- Au niveau de la gorge, de la poitrine?

- Oui! ça me serre, ça me bloque. Là, ça fait mal. (PF19)

7.1.5.7.3 Les flux déréglés et les trop-pleins explosifs

La machine cardio-vasculaire s'emballe. Et c'est bien elle qui règle les flux et les stocks de "l'humeur".

. Un excès de nerfs, un excès de sang dans la tête qui se traduit par, les yeux, qui ressortent de la tête, quoi!... (PF4)

. J'ai des palpitations aussi, pendant ces crises et je dis n'importe quoi, je fais n'importe quoi. Ça dure quelques heures et puis après, je dors. Et après, ça va mieux, mais c'est vraiment assez violent. J'en ai pas fréquemment encore! Quand ce n'est pas les crises de panique, c'est les crises de nerfs. J'ai l'angoisse qui monte, qui monte, et puis j'explose.(...) C'est une addition de plusieurs événements qui font que le jour où il faut que j'explose et bien, j'explose... (PF5)

. Au début, ça m'arrivait à n'importe quel moment de la journée. J'avais des bouffées, des sortes de vertiges, des..., heu, des énormes palpitations, ça vous prend au ventre. Ça, c'était atroce. (Mes angoisses) se traduisaient par des palpitations..., C'est... palpitations, c'est un serrement du ventre. Et puis je sens..., c'est des fois difficile à transmettre..., c'est des fois une bouffée intérieure très

personnelle (qui n'est pas physique: je ne vais pas avoir une bouffée de chaleur),, avec une palpitation et mal au ventre ... (PF9)

. C'est toujours le même problème, en fait, cette tête qui est pleine, là, le soir. C'est pas normal qu'on ait des mauvaises pensées au moment du coucher. Je suis quelqu'un qui a toujours quelque chose en tête, j'ai jamais la tête vide. (PF10)

. J'ai le coeur qui bat plus vite. (PF16)

. J'ai des battements de coeur importants, mon coeur se met à battre plus vite. (PF18)

7.1.5.7.4 Les membres défaillants

Les mains et les jambes ne sont ni bloqués, ni serrés, ni paralysés comme dans la thématique des organes vitaux déjà décrite. Ils ne sont plus maîtrisés, ils ne veulent plus servir. Ils défaillent, tremblent, s'agitent, transpirent.

. Les principales caractéristiques (de mon trouble), c'est, par exemple, d'avoir des idées assez, noires pendant les moments difficiles (pendant les périodes sans médicaments depuis un certain temps), là, se manifeste l'anxiété, par un ensemble de choses qui se manifestent par le corps. Je reprendrais l'exemple des mains en sueur ou des maux de tête. (PF7)

...les fourmis dans les bras, dans les jambes, ce besoin de s'étirer..., j'ai les membres complètement fous. J'ai...ça fait comme des fourmis. J'ai besoin de tirer sur mes bras, mes jambes ne me portent plus. (PF11)

. On ne se sent pas bien, on a les idées noires, on a..., je ne sais pas quoi..., moi, les mains qui tremblent, heu...(PF12.)

. Et puis ça me coupe les jambes. Je suis obligée de m'étendre. (PF20)

7.2 Quels soulagements leur apporte le médicament ?

7.2.1 La définition des anxiolytiques et de leurs effets principaux à court terme

7.2.1.1. Combattre l'anxiété

Détendre, calmer, lutter contre l'anxiété, aider, sont les quatre catégories qui remportent le plus d'occurrences après la question 1 du guide d'entretien français.

Pour dix-sept des 20 patients interrogés, il s'agit de médicaments *pour calmer, combattre, enlever, réfréner, lutter contre, apaiser, maîtriser, l'anxiété ou l'angoisse ou la peur, ou encore désangoisser ou arrêter les crises d'angoisse*. Sept patients disent qu'il s'agit de *détendre, réduire les tensions, relaxer*, sept parlent de *calmer, de calmant, de retrouver la tranquillité, la sérénité*. Cinq introduisent les termes de *nerfs, de nervosité, de stress*. Six disent que "*ça aide*" rejoins en cela par deux sujets qui disent que *ça ne soigne pas la cause*. Voici un énoncé caractéristique:

. *Ce que moi je sais, c'est que ça me permet de me détendre un peu. C'est une aide à maîtriser mon anxiété. (PF8)*

Ça rassure, ça stabilise, ça fait du bien sont des expressions utilisées par deux sujets.

Il sont rares (3) à évoquer également le retour du sommeil. L'un des répondants, consommateur de Lexomil, insiste d'ailleurs sur les différences : *Pour moi, (l'anxiolytique) ça se situe au niveau de l'angoisse. Contrairement à tout ce qui est Temesta, Seresta, Tranxène et autres qui ne servent que pour dormir.(sic). (PF11)*

Un seul parmi eux déclare n'utiliser son anxiolytique que pour le sommeil:

Non, je ne suis pas particulièrement ..., non, je ne suis pas angoissée. C'est parce que je n'arrive pas à dormir, c'est tout. (PF15)

Peu d'entre eux (3) évoquent la *dépression* ou la *chasse aux idées noires*. Quatre parlent de *supporter la vie ou d'affronter les difficultés de la vie quotidienne*. Deux évoquent l'arrêt des obsessions: *Ça cogite moins dans la tête(PF6)*. Un seul parle de *fragilité émotionnelle*. Un seul utilise le mot "*drogue*".

De même, un seul sujet évoque l'aspect éventuellement non-curatif des anxiolytiques:

. *-Au départ, c'est fait pour calmer les anxiétés, mais ça devient plus ou moins une pilule-miracle qu'on avale quand on a un petit problème ou qu'on pense qu'on va avoir un problème.*

-Donc, vous pensez qu'on le prend en prévention ?

-Ah, ça m'est arrivé, bien sûr. J'avais un rendez-vous où je ne savais pas trop comment ça allait se passer. Je prenais un demi-Temesta avant d'y aller (...) histoire d'être cool et bien dans sa peau en arrivant au rendez-vous. Au lieu de rien prendre, et puis de le prendre après si ça s'était mal passé. (PF12)

7.2.1.2. Les sources d'information sur les produits

La question 3 demandait d'ordonner un certain nombre de sources d'informations selon leur importance. L'item *revues médicales* arrive très naturellement en dernier car, en France, les patients n'ont pas accès aux revues médicales proprement dites.

Le tableau suivant présente les réponses. Il est intéressant de les comparer aux réponses à la question 5 (connaissances sur les troubles) exposées plus haut.

tableau 7.7

	Rang moyen	Ecart-type
vosre médecin traitant	1.7	1.4
vosre expérience personnelle lors du traitement	2.0	0.7
les revues grand public spécialisées en santé	4.4	1.0
les revues médicales	5.0	1.3
les médias (journaux, télévision, radio)	4.5	1.0
vosre entourage, vos connaissances	3.3	1.5

7.2.2 Les impacts positifs des médicaments sur les patients

Nous avons mentionné plus haut que huit sujets sur 20 ne prenaient pas simplement un anxiolytique, associé ou non à un hypnotique, mais prenaient aussi un antidépresseur ou un neuroleptique ou un neurothymique. Lorsqu'on parle des effets des médicaments, il convient de savoir que les patients font parfois eux-mêmes la distinction entre leurs produits, mais parfois également confondent leurs effets. Pour ne pas se priver de rapporter ce qu'ils en disent sans oublier sous quel traitement ils se trouvent, nous précisons dès maintenant les numéros d'entretien des huit sujets concernés: PF1, PF2, PF3, PF5, PF7, PF14, PF19, PF20.

7.2.2.1 Ça aide à surmonter les symptômes de l'anxiété

. Si j'ai une angoisse qui commence, bon, ben, j'en prends un vers 8 heures et, en me couchant, vers 11 heures, j'en reprends un autre, pour essayer de me calmer, et puis de dormir. Pour moi, l'important c'est de dormir, pour ne pas penser, pour ne pas me réveiller dans la nuit et me mettre à penser que...que j'ai ci, que j'ai ça, qu'il y a ceci, qu'il y a cela... (PF2)

. Tout a baissé, l'agressivité, la tension nerveuse. (PF4)

. C'est un médicament (...) qui fait que j'ai plus la boule, là, à l'estomac. (...) Déjà, quand je prends ça, je dors, déjà...je dors..., j'ai pas l'angoisse que j'avais quand j'en prends pas. Je peux retrouver une certaine joie de vivre. J'arrive à faire mes activités, pas avec l'angoisse que j'avais. Il n'y a plus cette envie de pleurer tout le temps. On supporte mieux l'entourage, les agressions

extérieures. On n'est pas shooté, mais on est un peu plus zen. (...) Ça me tranquillise d'avoir ma petite boîte, même si j'en prends pas.(PF6)

. Ça permet quand même de vivre sans ressentir des effets trop désagréables, des symptômes comme le manque de salive, les maux de dents, le mal de tête, la perte du sommeil...le coeur qui palpite, les mains en sueur. (...) et aussi, après, la difficulté pour moi de discuter avec une personne parce qu'avec tous ces troubles la communication devient difficile. Puis, en quelque sorte, par révolte contre la chronicisation de sa consommation (de psychotropes en général) ce patient énonce, de façon contradictoire, son rêve d'un usage exceptionnel lié à des situations exceptionnelles: Une situation où je panique et je ne sais plus vraiment ce que je fais, alors là, j'ai besoin de ces médicaments, à ce moment-là (PF7)

. C'est vrai que là, je suis très ,très anxieuse mais je ne pleure pas, par exemple, donc, heu...bon...Et puis je pense que la tension interne, les boyaux qui se tordent, là, au niveau de la poitrine, c'est certainement moins fort que si j'en prenais pas ces médicaments. (PF8)

. Ça aide à vider la tête, ça aide à être plus détendu, quoi! Ça me chasse toutes les idées noires, ça me vide l'esprit.Et ça permet d'entrer dans le sommeil tranquillement (...)

- C'est quoi, pour vous, des bons résultats ?

- Au bout de quelques jours de se sentir la tête légère, de passer c'est état, pas dépressif, parce que ça n'a rien à voir, mais cet état un peu de cauchemar, enfin d'angoisse, à ..., forcément, un esprit beaucoup plus clair et plus sain, plus léger.(PF10).

. - En fait, vous en preniez trop ?

- Trop. Mais où est la dose régulière? Elle est où? Quand on commence un truc et qu'on s'aperçoit que ça fait...- parce que pour nous, ça fait du bien,- on n'est plus énervé, on n'est plus anxieux, on n'a plus ce stress, cet étouffement; parce que, moi, ça me prenait la poitrine, cette angoisse, jusqu'à piquer des crises, comme si j'allais mourir, un manque de souffle. Ça allait jusque là. Donc quand vous en prenez.et que vous n'avez plus d'angoisses, vous vous dites "Ben merde, c'est bien!". (PF11)

. On ne se sent pas bien, on a les idées noires, on a..., je ne sais pas quoi..., moi, les mains qui tremblent, heu... On prend la petite pilule, le petit cachet, et puis, une demi-heure après, les troubles ont disparu. C'est exactement comme si on avait mal à la tête. On prend un aspirine ou je ne sais quoi, et puis, on n'a plus mal à la tête, une demi-heure après. (PF12)

. Il y a des moments où je sens que ça va coïncider. Et...quand c'est comme ça, j'ai vite recours à la boîte. (...) Je suis assommée, en général, quand même, quand j'en prends. Et le fait d'être assommée, je..., ça me crève, donc, heu...Bon, ben, je, je réfléchis moins, je pense moins et ça calme mes angoisses, oui...(PF13)

. *Ça me permet juste de pouvoir passer une nuit correcte, voilà!* (PF15)

. *Si je ne fais pas une nuit complète, je suis malade. Je sens des vertiges, je ne me sens pas bien. Donc, je prends des remèdes quand je sens que je ne vais pas bien dormir. Mais il y a des fois où j'en prendrai un, des fois un et demi et des fois où je n'en prendrai pas. C'est pas une obligation. C'est moi qui me gère.* (PF19)

. *C'est là que j'ai fait les crises de spasmophilie. Quand mes crises me prenaient, je pouvais pas rester debout de toutes façons, hein...J'allais me coucher et alors je prenais (..) la moitié d'un Lexomil, tout de suite, qui faisait effet presque aussitôt. Ça me calmait.*(PF20)

A la posologie quotidienne, on ajoutera l'intérêt de parer aux situations de crise:

. *J'en prends un demi le soir et un demi le matin...et, si je sens que je vais avoir une angoisse ou s'il y a une mauvaise nouvelle, des fois, je le prends. Ça devient...tout de suite! tout de suite! j' me précipite.(...) Actuellement, ça reste quand même une bouée de sauvetage, j' me précipite comme ça. Ça pourrait être un verre de vin, hein... bon, ben, j'aime pas l'alcool, c'est un support, hein...(PF9)*

. *(pour les calculs du rein) ça me calme, ça a un effet antispasmodique aussi (...) si j'ai des maux d'estomac, je prends (...) et crac! c'est fini.* (PF12)

. *Ça m'est arrivé, le matin, de me lever et d'avoir l'impression de ne pas avoir dormi. Et puis, bon...la grosse boule dans la gorge, quoi! qui fait qu'on a envie de pleurer dès le réveil (...) dans ce cas-là, j'en prends un, quoi...* (PF13)

. *Quand je sentais que j'étais nouée de partout et que j'allais pleurer, j'en prenais un quart ou un demi et rapidement...cette angoisse disparaissait.* (PF14).

. *Dans le temps, j'avais de la spasmophilie, c'étaient des tremblements dans les mains, dans les jambes. Alors là, quand je tiens pas debout, si j'étais en bas,(et que) ça me prenait, j'étais incapable de monter et descendre les escaliers. Et là c'était le lit, je pouvais plus bouger. Si j'étais toute seule, je restais sur le lit et j'attendais que ça se passe. Autrement, il (le médecin) venait tout de suite, il me donnait la moitié d'un Lexomil et c'est Lexomil qui arrivait à faire passer, heu...(PF20)*

PF19 prend trois comprimés de Xanax par jour, matin, midi et soir, mais compte sur Lexomil pour les angoisses passagères: *J'ai du Lexomil en permanence chez moi, parce que ça (Xanax), pour l'instant, ça me va bien, mais si je voyage ou si, pour une raison quelconque, une angoisse me prend, j'ai la boule, alors, hop! je prends un quart que j'avale comme ça et je décontracte une demi-heure après.*

7.2.2.2 Ca aide à surmonter l'inhibition de l'action

La majorité des répondants qui abordent le problème de l'inhibition et des capacités du médicament anxiolytique à la surmonter le font en termes simples, un peu comme si le produit était en lui-même doué d'une compétence désinhibitrice. Une minorité considère qu'il enlève la culpabilité des exigences sociales auxquelles on ne peut répondre et que c'est en cela qu'il désinhibe, non parce qu'on agirait davantage, mais parce qu'on se soucie moins des conséquences d'une position d'incapacité à faire face.

. En ce qui me concernait, il s'agissait d'une espèce de paralysie devant l'action. Quand je suis anxieuse ...,il y a des gens qui s'activent. En ce qui me concerne, c'est l'inverse. Je reste là, Je ressasse les raisons de ma peur. Et puis, je ne fais rien. La peur me paralyse et à partir, pardon, à l'aide de ces anxiolytiques, bon, je reprends une activité normale. Voilà! (PF1)

. c'est quelque chose de rapide,pour qu'on se sente mieux tout de suite pour pouvoir affronter le quotidien. (PF6)

. Il y a des moments, (...) vous avez peur du monde extérieur. Vous vous sentez tellement fragile que le moindre petit truc qui peut vous perturber,du monde extérieur, prendra des proportions beaucoup plus graves. Donc, l'anxiolytique va me préserver un petit peu et, petit à petit, je retrouverai mes forces.(PF9)

. (Les buts visés par un traitement aux tranquillisants c'est) redonner un équilibre, une force dans soi et puis une confiance sur tout son équilibre, revoir la vie ou autre...l'équilibre, surtout l'équilibre. Parce que j'étais complètement déstabilisée. L'équilibre, c'est être apte à faire face à tout. Etre capable de pouvoir travailler tout en s'occupant de sa maison, de pouvoir faire face aux gens (...) je me sens toujours inférieure aux autres. Je me sens toujours toute petite. Je me mets toujours dans un coin. (PF19)

Minoritaire, PF13 aborde le même problème en essayant de rendre compte de la complexité du mieux-vivre: dans certains cas de forte pression des "devoirs sociaux" s'agit-il de rester "connecté" ou "déconnecté" ?

. C'est pour aider à mieux vivre les choses. Je crois qu'en fait, on veut, quand on a un problème comme ça (la maladie de son jeune fils), on veut rester connecté et on a du mal. On a du mal parce qu'on se culpabilise,ou on veut donner trop de soi. Et donc, heu..., ça a...c'est un médicament qui aide à faire mieux passer les choses, quoi ..., soit à nous aider carrément à déconnecter, ce qui est peut-être le cas, soit, bon, ben, à redonner des forces. Mais je pense pas. Je pense qu'au contraire, je crois que c'est plutôt, quand même, pour rester déconnecté...le temps que ça aille mieux. Ça pousse pas aux fesses, je crois pas, Je crois qu'au contraire, ça aide à rester un peu sur la touche et à

mieux vivre, quoi...C'est aider à mieux admettre qu'il y a des moments où on a le droit d'être en marge, quoi..., un petit peu. (PF13)

7.2.2.3 Ca aide à supporter des situations difficiles

. Je reprenais goût à la vie (...) Doucement, à nouveau, je reprends plaisir à... J'ai envie de m'acheter des fleurs. Je vais m'acheter un livre. Je vais m'acheter un petit vêtement, un parfum. Puis, à partir de là, je reprends donc, à nouveau, les commandes de ma vie à la maison, voilà. (PF1)

. Il était là (le Temesta) parce que, vous savez, quand vous avez des paniques, c'est des... des moments, mais terribles. Vous pouvez faire n'importe quoi, le monde s'effondre, vous avez l'impression que tout va vous tomber sur le dos et vous n'avez qu'une envie, c'est de vous replier sur vous-même, de dormir, de..., de ne plus vous réveiller. Et vous n'arrivez pas à le gérer. (...) Comme on n'arrive plus à gérer ses angoisses, comme on n'arrive plus à gérer une partie de sa vie, dû à un choc, ces anxiolytiques, s'ils sont pris court dans le temps, ont un effet très bénéfique. Ils vous permettent d'enlever cette crise d'angoisse et de vous remettre dans les..., les rails de la vie. (PF9)

. Le Lexomil, je n'en prends pas continuellement. J'en prends souvent à l'automne, au printemps, aux changements de saisons, ça joue peut-être, mais il y a souvent davantage d'angoisses que l'été ou l'hiver. C'est mon cycle. (PF10)

. C'est toujours pour la même raison, pour un choc ou une contrariété ou pour un choc important, pour un décès ou un truc comme ça qui fait qu'on est complètement démoralisé, complètement déprimé. (...)

- Et vous pensez que les anxiolytiques on peut les prendre pour la déprime? ou on les prend juste pour les angoisses ?

- Moi je dis qu'on peut le prendre pour la déprime. Parce qu'en fait, ça enlève des angoisses, mais ça enlève aussi tout le côté larmes et...

-Et. est-ce que vous pensez qu'un antidépresseur peut se prendre pour calmer les angoisses ?

- Non! Un antidépresseur, ça reste un antidépresseur. (PF11)

. Ça aide à faire passer la tempête, quoi...(PF13)

. Plus j'étais fatiguée et moins je trouvais le sommeil et moins je trouvais le sommeil, et plus j'étais fatiguée. Donc ça tourne en rond (rires) voilà, quoi! (PF16)

. J'en prends régulièrement, parce que bon, ben, il y a des moments où ça va pas de trop, j'ai des problèmes, des choses qui me reviennent suite à ce divorce que j'ai vécu. Je suis obligé d'en prendre sinon je ne dors pas. Et puis, ça influencerait sur mon caractère si je ne dormais pas. (...) J'en ai

vraiment besoin par moments. Parce qu'il y a des moments où ça dérive, ça déprime, je ne supporte plus personne, donc, il faut que je me décontracte. Ça m'aide, si vous voulez, à surmonter certains problèmes. (PF17)

. Ça me permet d'affronter un peu plus sereinement les problèmes quotidiens, que ce soit, les problèmes familiaux, les problèmes professionnels, les problèmes de la vie de tous les jours. ça m'aide (...) le fait que moi, je me sente mieux, plus disponible, plus à l'écoute des autres, parce que je ressasse moins mes problèmes, parce que je suis beaucoup plus calme... (PF18)

. Une douleur intérieure, une douleur qui me fait mal. Et, je vous dis, une parole mal dite, c'est, ho là là ! ou je me retiens parce que je suis bien et que je peux me retenir, j'encaisse. Si ça va trop loin, que ça me fait mal et que je ne veux pas exploser, ben, je vais prendre un quart de Lexomil pour me détendre. (PF19)

7.2.2.4 Ca aide dans les relations familiales et interpersonnelles

. Ça permet de continuer à voir ses amis, parce que, quand j'ai connu des périodes dépressives, ma réaction, c'est de me recroqueviller sur moi-même. Je ne réponds plus au téléphone. Je n'invite plus personne. Si on m'invite, je décline toutes invitations. Je suis là, hein, comme un fœtus, qui se recroqueville et voilà... Donc, avec le Xanax, à partir du moment où je m'ouvre à nouveau, je réponds au téléphone, j'invite des gens, et éventuellement, enfin, je vais aussi chez eux. (PF1)

. Mon mari, maintenant, il se met pas en colère de m'entendre toujours à parler du cancer. (PF2)

. Ça m'a permis de reprendre plus confiance en moi, de sortir davantage, d'aller à l'ANPE, de rechercher du travail, ce que je ne faisais pas, de ne plus dormir l'après-midi, parce que je dormais à longueur de journées (...) sortir de sa tour d'ivoire. Je parle plus. Parce que j'avais tendance à ne plus parler du tout. Je pouvais rester à table (...) invitée chez mon père et je décoinaçais pas un mot. J'allais au travail, je discutais pas avec mes collègues. C'est vrai que ça dérangeait pas mal de gens. (PF3)

. Même avec les enfants. on est plus patient, parce que des fois, j'arrivais du boulot avec la fatigue et tout. Je me mettais à pleurer même s'il y avait les enfants. (PF6)

. Je vois, au niveau des enfants, si on en prend, c'est que justement on est énervé, on a du mal à les supporter, on est stressé. Donc, ça veut dire, ben, je prends des médicaments pour mieux les supporter. (PF10)

. *Quand je sens que je ne vais pas bien, que je vais être chiante avec mes collègues ou même avec ma famille, que je prends un truc et puis que ça me calme, c'est mieux pour tout le monde, et même pour moi. Je sais quand je suis chiante, mais je ne peux pas m'en empêcher. Je le sens bien. (PF11)*

. *L'agressivité disparaît. Donc, on redevient vivable. (PF12)*

. *La vie familiale, c'est clair, on crie moins sur les gosses (rires), faut être honnête (rires). On...pfff...,ça passe beaucoup plus, quoi...On est quand même mieux dans sa tête, donc, on accepte beaucoup plus.(...) Ben oui, (je crie moins) sur mon mari aussi.(...) Il y a du bazar dans la maison, c'est moins grave. On a oublié de faire les courses, bon tant pis, on mangera ce qu'il y a. Enfin, des petits détails comme ça, ça paraît bête, mais c'est des choses qui font bouillir la marmite quand on n'est pas bien. Et là, bon, ben, ça m'aidait à mieux vivre ces choses-là. (...) Pis bon, le fait de voir sa mère avec les yeux rouges...A chaque fois qu'on me demandait des nouvelles du grand, je me mettais à pleurer et tout. Après, je voyais mieux les choses. Donc pour les autres, c'est forcément bon aussi, plus sympa, quoi...(PF13)*

. *Dans la vie familiale, déjà, on est de meilleure humeur. Dans la vie professionnelle aussi. (PF16)*

. *Je suis quelqu'un de très impulsif, de très nerveux. Ça me permet de calmer mes impulsions, parce que j'arriverais à être très violente dans les mots quelquefois. Donc, quand je sens que mes mots pourraient dépasser ma parole, je me dis: "Il faut te calmer, tu arrêtes!"(PF18)*

. *Parce que bon, j'ai peur que ça me prenne, donc je reste à la maison, mais moins quand même que il y a quelques années (...) étant donné que je sais comment me servir du Lexomil. (PF20)*

7.2.2.5 Ca aide à continuer à travailler

. *Je sais qu'avec ça, ça va me chasser le voile de la journée et puis que je vais dormir. Parce que, après, c'est important, il faut faire sa journée. (PF10)*

. *Ça m'arrive d'avoir des crises de tétanie et autres. Ça m'arrive même sur mon lieu de travail. Donc, ça n'est jamais très agréable de faire voir aux autres, de faire subir aux autres... Ça m'aide, voilà. (...) J'en prends quand même le soir, quand j'ai eu une mauvaise journée au bureau. (PF11)*

. *Je n'ai jamais réussi à m'endormir, même gamine, ça a toujours été un problème. Alors tant que je ne travaillais pas, ce n'était pas grave. Et après, quand on commence à bosser, c'est un peu plus embêtant. (PF15)*

. *Je me relève, je me recouche, je me relève, je regarde la télé, je bouquine, mais bon...,c'est bien quand on ne travaille pas, mais quand on travaille le lendemain, c'est un peu difficile (rires). (PF16)*

. *On se sent, c'est vrai, un peu moins actif un peu plus mou. Mais on reste quand même bien éveillé. On peut quand même participer un minimum à une vie professionnelle. Quand j'ai eu mes problèmes professionnels, j'ai senti que même avec mes collègues, ça allait pas. J'étais un petit peu agressif. Je me suis dit "il faut prendre quelque chose, quoi!" Au moins pour pouvoir continuer l'activité professionnelle sans s'arrêter. Je ne voulais pas arrêter. Donc, fallait passer par là, quoi!* (PF17)

7.2.2.6 Ca aide à prévenir le pire

Pour PF8, le traitement médicamenteux, dont elle n'apprécie guère l'efficacité pour le moment, est tout de même une solution plus acceptable que de franchir le seuil d'une psychothérapie. Son médecin généraliste lui a proposé d'aller voir un "spécialiste" pour envisager d'entamer une psychothérapie, mais elle a réagi négativement. Voici ce qu'elle en dit:

. *J'en ai parlé par exemple, avec mon conjoint, qui effectivement, m'a donné son avis, libre à moi d'y aller ou pas mais il n'était pas favorable non plus à ce qu'on passe le, le, la barrière du "malade" entre guillemets, qui se rend chez un spécialiste.* (PF8)

Pour PF9, un anxiolytique vaut mieux qu'une conduite d'excès à laquelle en viennent beaucoup de gens ordinaires.

. *Bon, ben, c'est comme..., ça aurait pu être l'alcool. Bon, ben, moi, j'aime pas l'alcool. Et je trouve qu'on s'en sort mieux comme ça que de l'alcool ou de la boulimie ou de l'anorexie, ou n'importe quoi. hein... C'est justement pour arriver à éviter les extrêmes...* (PF9)

Pour PF17, l'anxiolytique a été présenté par son médecin comme une solution qui permet d'éviter une hospitalisation:

. *C'est une formule, en fait, pour essayer de rester dans son milieu familial plutôt que d'aller en maison de repos ou en cure de sommeil, quoi !...*

On retrouvera PF17 parmi les trois sujets dont les citations suivent. Pour eux, l'anxiété non traitée mène à la dépression et peut-être même au suicide.

. - *Je les prends pas tout le temps, quoi !*

- *D'accord! Ça dépend de quoi, alors ?*

- *Dès que je perds le sommeil, dès que je perds le sommeil, parce que j'ai fait une dépression nerveuse très grave, il y a plusieurs années qui était liée aussi à la perte de sommeil et puis je ne m'étais pas soignée.* (PF16)

. Indispensable, parce qu'il y a des moments, Si on ne fait pas ce traitement, on arrive au bord de la dépression, puis une déprime, c'est très, très long à soigner. Pour éviter la déprime, faut parfois passer par ce produit qui permet de se stabiliser, de ne pas amplifier ou aggraver l'anxiété. (PF17)

. Longtemps, j'avais pas envie de vivre, Et je pense que, petit à petit, ça m'aide. Mais ma vie que je mène est beaucoup plus calme. Donc je rentre plus tranquillement. Je suis moins surexcitée. Je suis moins énervée par la vie que je mène maintenant. (PF19)

7.3 Les inconvénients des médicaments anxiolytiques

Les effets secondaires font évidemment partie des inconvénients de la prise d'anxiolytiques. Néanmoins, dans la mesure où l'enquête a été intensément focalisée sur ces effets, un paragraphe spécial leur est consacré (cf. 7.4). Le problème de la dépendance, qui n'a pas toujours été perçu comme relevant d'une définition des effets secondaires, constitue une part importante de cette section (7.3). Mais on y rapporte aussi la critique, parfois violente, du caractère symptomatique et précaire de la solution médicamenteuse et, de façon annexe, des difficultés à faire admettre à son entourage, soit le choix d'une solution médicamenteuse, soit les conséquences de cette dernière sur le comportement de celui qui en consomme (cf. également 7.4.2 infra), soit enfin les caractéristiques mêmes de la maladie, particulièrement quand c'est de la dépression qu'il s'agit.

7.3.1 L'incompréhension de l'entourage

Le patient anxieux ou déprimé a conscience de malmener son entourage familial et amical. Dans le même temps, il sait qu'il a désespérément besoin de ses proches et essaie toujours, dans la mesure de ses moyens, ne pas rompre les ponts avec eux. Dans ce contexte, la prise de médicaments est une pomme de discorde. Le patient se plaint de l'incompréhension de son entourage lorsque celui-ci fait part de sa réprobation ou de son inquiétude à ce sujet. Pourtant le médicament est légitime.

Ainsi, il y aura un peu de tristesse à avouer que le problème est réglé par la dissimulation des scènes de prise, ou parce qu'on arrive à les rendre invisibles tant elles sont habituelles.

. Les gens, autour de nous, j'en parle même plus..., j'en parle même plus à ma mère, mes enfants, j'essaie d'éviter de le prendre devant eux. Mon fils, des fois il va dire: "tu prends encore cette saloperie-là". Je lui explique que j'en ai besoin et puis que c'est MON problème. (PF6)

. J'irais volontiers voir mon médecin traitant relativement plus souvent. Certains me freineraient plus, d'autres moins. Mon conjoint, par exemple, il estime que pour une situation difficile, je dois la gérer seule (...) Si vraiment ça a des conséquences sur ma santé, alors, je peux me déplacer chez le médecin. Moi, j'aurais tendance à y aller un peu plus rapidement, je dirais... (PF8)

. Parce que, dans la société, prendre des médicaments, - parce qu'il y en a beaucoup (qui en prennent) -, on est presque une tare, entre guillemets, hein!...Et bien. non! non! Dans la vie, on n'est jamais sûr de rien. on...on a besoin de support. à un moment donné. (PF9)

. (Si on en prend trop) les gens qui vous entourent vous disent "Tu n'es plus comme d'habitude. T'es pas marrante. On veut aller là, tu ne veux pas...tu ne réponds pas au téléphone. Secoue-toi un peu nom de Dieu, secoue-toi !" (PF11)

. Ma fille, j'ai toujours fait très attention de ne pas prendre le Lexomil devant elle. (...) Elle avait souffert aussi énormément du départ de son père et elle, avec ses huit ans, s'en sortait très bien toute

seule, j'avais un petit peu honte quoi, de prendre des médicaments pour surmonter mon problème (...) Par contre, (il y a eu de la gêne) au niveau de mon entourage proche qui était triste et se sont beaucoup battus pour que j'arrête et, donc, que j'essaye de trouver une autre solution. (PF14)

Mais parfois, le patient ne se met pas à l'abri de la métonymie que représente le médicament par rapport à la maladie elle-même, glissement tel que la prise d'anxiolytique constitue un objet sur lequel se projettent et se cristallisent des rejets et des jugements qui seraient encore moins agréables à entendre. Il évoque plus directement l'objet de l'incompréhension, de l'intolérance de l'entourage: la maladie elle-même.

. Ils sont toujours là en train de vous secouer: "Bon, allez, secoue-toi! Ça va passer, machin-truc..." Quand quelqu'un n'a pas fait de dépression, je crois que c'est difficile à comprendre. A la limite, pour eux, ça peut représenter un petit problème mineur, que leur machine à laver tombe en panne ou un truc comme ça, quoi! alors que c'est dans la tête que ça se passe, c'est pas du tout matériel. (PF6)

. La dépression, la déprime, ce n'est pas vraiment une maladie qu'on accepte, surtout dans l'entourage, on ne comprend pas. Et puis, on évite d'en parler aux autres. Il y a des fois où je disais à mon docteur "J'aurais préféré un cancer à une dépression ", j'aurais été mieux acceptée par mon entourage. (PF19)

7.3.2 Ça ne guérit pas tout seul

Les patients acceptent les médicaments mais leur enthousiasme est très limité. Certains patients considèrent qu'ils ne sont pas aidés de façon suffisamment efficace avec leur traitement. Ils continuent à le prendre, faute de meilleure alternative. Mais il est encore plus intéressant de considérer le manque d'enthousiasme de ceux qui se disent réellement soulagés par les anxiolytiques, souvent les mêmes que ceux qui disent ne pas pouvoir s'en passer. Aucun d'entre eux, en effet, ne considère qu'on puisse confondre les effets du médicament avec une guérison.

. Dire qu'ils sont efficaces, oui, je pense que physiquement ou biologiquement, ils doivent l'être. Maintenant, je pense que moi, j'ai autre chose à gérer qui fait que seule, la prise de ces médicaments ne résoudra pas le problème. (PF8)

. C'est peut-être pas en se bourrant de médicaments qu'on résout ses problèmes. (PF12)

. Ah, non! non! Ça ne réglera pas le problème dont je souffre. Ça peut m'aider, c'est un palliatif, mais ça ne va pas soigner le mal à la base. (PF15)

. Ça ne résout rien du tout, de toutes façons, mais, à partir du moment où on ne peut pas changer son rythme de vie, c'est un peu incontournable quand on a un problème de sommeil ! (PF16)

. (Le but de ces médicaments), c'est l'hypnose. c'est vous hypnotiser...

- L'hypnose ?

- Ben, finalement, on prescrit des médicaments qui vont avoir pour but de dé-stresser la personne, la tranquilliser, lui faire oublier ses problèmes, les vivre différemment, sans, pour cela, les résoudre. C'est pour ça que moi, je dis que c'est l'hypnose, quoi ! En fait le but, c'est pas de soigner c'est simplement d'hypnotiser le mal. (...) C'est la solution de facilité, mais ça ne résout rien, ça ne résout rien (...). Je ne sais pas si on doit considérer la dépression comme une maladie ou comme un état de fait. On est dépressif, on le reste toute sa vie. Dans ces cas-là, ça veut dire qu'on prend des médicaments toute sa vie.(...) Enfin, moi, je m'en sors pas. En tout cas, je m'en sors pas... La vie d'aujourd'hui fait toujours en sorte de nous stresser. Donc, si vous êtes déjà sensible à ce stress, si on vous en rajoute, heu, vous ne pouvez pas faire autrement que de reprendre des médicaments. Même si vous êtes forte, même si... Quand on a commencé, on s'en sort pas (petite voix). J'ai essayé de m'en sortir par des traitements homéopathiques ou alors l'acupuncture, enfin d'autres..., d'autres... Sur le moment, ça m'a fait du bien. Mais c'est des contraintes, il faut aller chez l'acupuncteur, il faut... Alors que là, c'est tellement "fa!-cile!" on ouvre son sac, on prend un comprimé puis tout va bien! (rires)(PF18)

D'autres patients évoquent, avec dépit ou colère, l'absence de solution autre qu'une médication à vie.

. Je vois, au niveau des enfants (...) je prends des médicaments pour mieux les supporter. Donc, c'est un petit peu, je ne peux pas employer le mot "hypocrite", mais c'est faux comme situation, parce que le jour où on va arrêter, bon, de nouveau, on ne va plus les supporter. Dans le milieu professionnel, c'est pareil! c'est pas facile, maintenant! Alors pour supporter son chef ou ses collègues, s'il faut se bourrer d'anti... d'anxiolytiques, pardon!...(PF10)

Pour certains, seul l'effet psychothérapeutique qui peut résoudre les problèmes en profondeur et à long terme.

. Ça m'a aidée au début, oui... mais il y a surtout eu le dialogue avec le psychiatre qui a fait beaucoup, avec mon médecin traitant. Là, en ce moment, c'est plutôt une habitude de les prendre que de... (PF3)

. Il faudrait pas que ça se prolonge quoi ! Lui, (le psychiatre) son but, c'est pas de me bourrer de médicaments pendant 10 ans, quoi. C'est un traitement d'appoint en attendant de remonter la pente et de trouver des solutions, comprendre le mécanisme de ce qui se passe, la psychothérapie, ça risque d'être plus long que la prise de médicaments. (...) Mais, en plus, je sais très bien, vu pourquoi j'ai fait ma dépression. Vu à quoi c'était dû. Je sais que quand ce problème-là sera réglé, je vais me rééquilibrer. J'en aurai plus besoin.(PF6)

. Parler avec ce psychiatre (de la mort de mon frère) m'a permis d'exorciser cette angoisse, quoi! Il ne fallait pas qu'elle reste au fond de moi-même, parce qu'en fin de compte, le Temesta ne soignait pas la cause. (...) Si je n'avais pris que des anxiolytiques, mon problème, il aurait continué d'exister.(PF9)

. C'est pas uniquement ça qui va faire avancer les choses, Je pense qu'il y a besoin aussi de parler. Si on a la possibilité de se confier ou de parler avec quelqu'un, heu, d'avoir une oreille pour écouter... (PF13)

. Pour lui (le médecin), le médicament m'aide. C'est dans ma tête... il faut que j'arrive à dépasser tout ça. C'est psychique, et les causes, il faudrait que je m'en libère. Il faut que je reprenne confiance et ne pas me diminuer comme je le fais. C'est un travail qu'il faut que je fasse, ..intérieur. C'est intérieur. (PF19)

On évoquera enfin la possibilité de vivre avec ses problèmes, sans médicaments, grâce à un sursaut de détermination et d'énergie individuelles.

. Je pense qu'il y a une chose (à faire), c'est aussi de s'occuper l'esprit, quand on a des angoisses. Par exemple je fais beaucoup, beaucoup de jardinage, chez des amis qui ont très bien compris mon problème et qui m'ont laissé un haut de leur terrain, et je vais jardiner, jardiner et ça me fait penser qu'à la terre, ça me fait respirer, ça me permet de m'équilibrer. Je veux dire, faut pas rester à ruminer. Je pense que je vais me prendre des activités à faire des choses corporelles ou aller dans des associations, quelque chose où il faut voir du monde et plus penser à son propre problème. Je vais essayer que ce ne soit pas une fuite. Je veux vivre cette expérience, mais pas le ressentir dans quelques années. Faut que ça soit positif. Je veux plus de ces médicaments-là, quoi !...(PF9)

. Je pense qu'il faut parfois passer au-dessus de ses angoisses et de son anxiété, parce que sinon, on n'en finit pas (...) Il ne faut pas non plus toujours chercher de l'aide dans les médicaments. Je crois qu'il faut aussi s'aider soi-même. (PF10)

. Je crois que c'est plutôt qu'il faut admettre dans sa tête qu'on peut avoir des problèmes, que tout le monde en a et puis que, à un moment ou à un autre, ça passe. Et puis, il faut foncer, quoi! (...) Je marche beaucoup. Je me suis aperçue que de marcher, finalement, ça fatigue. Et ça fait du bien. On fait 6, 7, 8 km en marchant. J'ai deux ami(e)s qui marchent avec moi. On fait, je sais pas, huit-dix kms des fois. Je rentre. Je prends une bonne douche. Je m'assois devant mon verre de coca et ma télé, et puis, je sens que je suis bien. Je suis mieux.

- Donc, là, pas de Lexomil ?

- Non. Ça m'arrive d'aller chez ma fille, à pied...

- Donc, là, après, pareil? pas de Lexomil?

- Impeccable!

- *Donc, en fait, ça pourrait être un remède, la marche ?*
- *Ça peut être un remède. (PF11)*

7.3.3 La dépendance et les difficultés du sevrage

En avoir sur soi, en avoir avec soi, en avoir chez soi, en emporter en voyage, rares sont les consommateurs de médicaments anxiolytiques qui ne parlent pas de leur "traitement" comme un grand fumeur parle de ses cigarettes. La dépendance est donc reconnue, avouée, détestée, le plus souvent. Au chapitre de la dépendance dont, ni le mot, ni l'idée, n'étaient suggérés par le guide d'entretien, aucun texte d'entretien n'est vide. Dix-huit sujets sur vingt avouent l'impossibilité de se priver de leur produit. Parmi la minorité, un sujet, très jeune, ne prend d'anxiolytique (Buspar) que depuis deux mois. Sa non-dépendance n'est donc pas énigmatique. La véritable exception est un homme, il consomme régulièrement Lexomil depuis 13 ans, avec quelques interruptions. Il déclare: *Moi, en ce qui me concerne personnellement, c'est un produit qui me va très bien. J'ai pas d'accoutumance. Si j'en prends pas pendant un mois, deux mois, ça ne me manque pas. (PF17)*

A l'exception remarquable de PF17, ce qui fait la différence entre les divers dépendants aux anxiolytiques est sans doute le degré de conscience du syndrome de manque. Pour beaucoup de consommateurs réguliers, ne pas pouvoir avaler sa pilule (ou la mettre sous la langue) en un moment où l'on en ressent le besoin, c'est simplement s'exposer à ne pas résoudre confortablement un problème, passer un mauvais cap sans l'aide qui aurait été nécessaire. Pour une minorité, qui a déjà expérimenté le syndrome de manque et qui lui a donné ce nom, manquer de produit est beaucoup plus grave. Ils savent qu'ils s'exposent à une crise sévère.

7.3.3.1 Divers degrés du conditionnement psychologique

Les premiers ne parlent donc que d'une sorte de conditionnement psychologique. PF11 par exemple, déclare: *Il y a l'effet psychologique. On dit: " Ben, ça y est! J'en ai pas pris, je suis angoissée."* Mais lorsqu'elle nomme la dépendance, la description qu'elle en donne montre qu'elle rattache cette notion à celle d'incapacité (la "dépendance" des personnes âgées) plutôt qu'à la clinique des toxicomanies.

. J'allais vous dire "On n'est plus maître de soi". Ce n'est pas tout-à-fait ça, mais on devient dépendant, on est mou, on n'a pas envie de grand-chose. on réfléchit moins bien, on est... Et je me suis aperçue après (mon entourage) que, effectivement, j'étais complètement dépendante. (PF11)

L'expression de la dépendance est parfois réduite à des termes très simples, sur lesquels l'enquêteur devrait pouvoir glisser.

. Là, en ce moment, c'est plutôt une habitude de les prendre que de... (PF3)

. Reste à savoir si je peux m'en passer! ça, on verra quand le traitement diminuera, mais ça, j'espère, quoi! (PF5)

Comme PF3 et PF5, beaucoup d'autres n'utilisent pas forcément le mot "dépendance", mais décrivent ce phénomène sans dissimulation, ni défenses.

. *Parce que moi, maintenant, je me sens engrenée dans ce médicament. J'ai peut-être un peu de mal à m'en débarrasser. Si je n'en ai pas dans la maison, je suis comme perdue, parce que pour moi, c'est un sauveur, euh...Je le sens là... Bon, ben, s'il y a quelque chose, hop! j'y vais, je le prends!* (PF2)

. *J'en ai pas d'inconvénients, j'ai que des avantages, L'inconvénient, c'est d'en prendre. Je ne suis pas capable, pour l'instant, de vivre sans en prendre. Je trouve triste d'être obligée de prendre des médicaments pour se sentir bien (...) D'un autre côté, je me dis, "bon, on n'est pas des superwomen, on a nos faiblesses". (...) Dans un second temps, il faut arriver à s'en passer, quoi...C'est ça qui fait un petit peu peur aussi. Parce que c'est vrai que comme moi, ça me fait beaucoup de bien, bon, on angoisse un petit peu. On se dit "Je vais arrêter, qu'est-ce que ça va faire, quoi...C'est une sécurité. Même s'il y a des jours où je ne vais pas en prendre parce que je me sens bien. Je sais que je les ai à la maison, ça me tranquillise d'avoir ma petite boîte, même si j'en prends pas, j'en ai toujours un petit peu sur moi. (PF6)*

. *Alors là, (il y a très longtemps) j'en avais pris longtemps parce que j'avais été très dépendante. (...) Le problème de ce médicament, c'est qu'après, on devient très, très dépendante. Il m'arrive des fois, bon,- j'en prends le soir aussi,- bon, il m'est arrivé d'oublier, et de me réveiller parce que j'avais oublié et d'avoir des crises d'anxiété. (...) Si, à la limite, dans mes bagages, je devais avoir ça sur moi le Stilnox, je m'en fiche. Si je n'ai pas le Témesta, je panique. C'est là où je dis qu'on est très dépendant. Parce que quand on est mal, bon, on est rassuré, parce qu'il y a ce petit bout de médicament et on sait qu'on peut le prendre et que quelques temps après, on est mieux. Si on fait pas attention, heu... terrible! parce qu'on en prendrait toute sa vie. Je sens que ça commence à aller mieux. Je vais commencer, entre guillemets, un sevrage. Mais qui va pas se faire du jour au lendemain. Je vais peut-être mettre deux mois. Je sais pas, je vais voir... (PF9)*

. *On doit pouvoir finir par ne plus pouvoir s'en passer. Et je crois que dans ces cas-là, ce serait plus psychologique qu'autre chose. Partir du principe "Je n'ai pas pris mon médicament, enfin mon anxiolytique, je vais pas être bien, je vais avoir des angoisses ", je crois que ça peut jouer aussi dans ce sens-là. (...) On ne peut pas non plus en prendre toute sa vie. Il faut, de temps en temps, s'obliger à faire une coupure, pour voir, justement, si on peut s'en passer. Je me vois mal, à l'âge que j'ai, être obligée d'en prendre régulièrement. C'est vrai que ça me chiffonnerait un petit peu parce que je me dis "Si je commence maintenant, qu'est-ce qu'il faudra que je prenne quand je serai vieille ?" (...) Il faut se dire "Je suis bien parce que j'en ai pris. Maintenant, je n'en ai plus besoin, donc, je continue sur ma lancée. Si, six mois après, je craque, j'en reprends, tant pis. Mais au moins, il y aura eu six mois de calme". (PF10)*

. Je me lève un matin avec une angoisse ou... et j'ai du mal à penser que ça peut s'arranger autrement qu'en prenant Lexomil. Donc, heu..., il y a une grande part psychologique dans mon attitude, quoi! (...) Les seuls effets secondaires, ce serait, pour moi..., c'est que ça porte tellement de confort qu'après on hésite moins à ... Alors que, ben, on pourrait très bien s'en passer. C'est pas vraiment une dépendance, c'est une facilité. (PF13)

. Le Lexomil, ça fait pas mal d'années que j'en prends. C'est lui qui est le plus efficace, le plus facile à doser. Avant j'en prenais même un entier. Maintenant, je prends un demi, ça me suffit. Bon, c'est peut-être aussi un peu psychologique, je sais pas... (rires) Peut-être, peut-être aussi, le fait de me dire: "J'ai pris mes comprimés! Je vais dormir!" Ça, je ne sais pas ce qui se passe dans ma tête... (...) Je vais pas trop... me droguer quand même. Donc, on dit que c'est pas trop fort. Et c'est vrai qu'on arrive facilement à s'en passer, si on n'en prend pas. Donc, ça me rassure un petit peu quand même (PF16)

. C'est pour ça que parfois, je voudrais essayer de m'en passer. Mais c'est terminé. Je sais maintenant que je ne pourrai pas m'en passer. (...) Je ne peux plus m'en passer. Je ne peux plus, parce que je ne fais pas de déprime, mais j'ai les nerfs extrêmement fragilisés. (PF19)

Pour PF20 comme, sans doute, pour beaucoup d'autres consommateurs qui ont été moins diserts, les insuccès des tentatives de sevrage sont toujours liés à des événements extérieurs non contrôlables. Elle a arrêté de consulter un homéopathe parce qu'il n'était "plus conventionné". A cause de cette rupture une tentative amorcée de sevrage de Lexomil a raté. A la demande de son psychiatre, elle a participé à un essai thérapeutique très contraignant "pour (se) sevrer du Lexomil". Ça a échoué "à cause d'un petit coup de rien comme l'année dernière et puis c'est reparti; et c'est là qu'elle a voulu me donner de l'autre, là."

Les changements imprévus de médecin font aussi partie des embûches du sevrage:

. Aussitôt que je baissais les doses, ça n'allait pas. Je vois cet été, Madame X, qui me suit, m'avait dit: "essayez donc de diminuer, pour voir si ça peut marcher. Essayez d'enlever un quart par jour, tous les 8-15 jours." J'ai essayé pendant les vacances. J'étais rendue à plus qu'un le soir pour pouvoir dormir, pis deux ou trois ennuis pendant les vacances, pis ça y est !... (...) Madame X étant partie en vacances, mon médecin traitant m'a dit: "Bon, ben, si ça vous reprend le matin à être essoufflée comme ça, prenez de Lexomil. Vous verrez bien si ça va mieux." Et ça va tout de suite mieux. (...) Ça, je le prends tout le temps et j'en ai tout le temps dans mon sac, de peur qu'il y ait quelque chose. (PF20)

PF15 est représentative d'une représentation courante de la dépendance. A l'entendre, elle ne peut pas se passer de son produit à cause de l'absence de ses effets, et non à cause du syndrome de sevrage, ou "rebond" d'insomnie dû à l'arrêt.

. *Le but n'est pas vraiment atteint dans la mesure où maintenant... J'ai pas vraiment essayé d'arrêter, mais je pense que j'aurais du mal. Donc ..., mon problème n'est pas résolu. (...) Ça m'est arrivé, de temps en temps, de ne pas en prendre pour une raison x, ou j'avais oublié, ou n'importe et ..., comme par hasard, les nuits étaient excessivement courtes, entrecoupées de réveils d'endormissements, ce qui n'est pas très agréable. Donc, conclusion ? Le lendemain, j'en reprend !... parce que je n'ai pas envie de risquer de passer une mauvaise nuit. (...)*

- *(cela) ne vous fait pas peur ?*

- *Non, non (rires) Ça fait vingt ans que je fume, je ne me suis pas arrêtée de fumer... je veux dire..., et ça doit me faire peur pourtant. Donc, non, non, ça ne me fait pas peur. (PF15)*

PF18 est très proche d'une déclaration de *dépendance physique*, conditionnée. semble-t-il, par l'identification et la claire conscience des symptômes de sevrage (cf. §7.3.3.2 infra). Mais, quoiqu'elle utilise le terme de "*manque*", elle s'arrêtera au bord de cette formulation du problème.

. *Pour moi, le Lexomil, c'est ma drogue, presque. Ça fait de nombreuses années que je suis au Lexomil et j'arrive pas à m'en détacher. Même quand ça va mieux, quand j'ai pas de soucis, j'essaye de réduire les doses, mais dès qu'il y a quelque chose, systématiquement, je me retourne vers ma boîte de Lexomil. C'est la solution de facilité pour moi...(...) C'est vrai que depuis quelques mois, j'avais pas lieu d'être anxieuse, mais j'étais accro à ce médicament. J'ai essayé pendant quelques temps de réduire les doses, mais, dès qu'il y avait la moindre contrariété, si je pouvais pas m'exprimer, j'en prenais. (...) Je ne vais pas prendre du Lexomil toute ma vie. Il faudra bien que ça arrête unjour. Pour l'instant, je ne vois pas comment. (...) Je m'en suis rendu compte avant (que le médecin ne confirme qu'il pouvait y avoir dépendance avec Lexomil). Parce que moi, innocente, j'avais arrêté pendant une semaine, me disant: "Cette semaine, j'ai pas de problèmes, tout va bien, j'arrête." Seulement, je me suis aperçue que...(rires) ça n'allait pas. Alors là, je me sentais réellement très, très mal. Malade, en manque, un sentiment de lassitude, de fatigue, de tachycardie, et puis les angoisses qui revenaient.*

- *Et ça, vous en avez parlé avec votre médecin ?*

- *Non, non, j'ai pas eu l'occasion de lui en parler.(...) Non, non, j'y suis retournée pour une autre prescription et puis je lui ai dit: "Remets-moi du Lexomil, parce que j'en ai plus." (PF18)*

7.3.3.2 Les affres du sevrage

Moins nombreux, plus portés à repérer un phénomène de dépendance physique, certains, - ils seront cinq,- expliquent comment ils ont expérimenté les symptômes de manque.

PF14 raconte comment elle est passée du conditionnement acquis à la dépendance physique:

. *Après, c'est devenu un bien-être, tout simplement. C'est-à-dire que dès que j'avais le moindre petit problème à régler dans ma vie quotidienne, un obstacle..., le fait de prendre un Lexomil, j'arrivais plus facilement à le résoudre. C'est une facilité en fait, de ne pas aborder les problèmes. Pour moi, c'était devenu ça, après.(...) Au départ, j'en avais besoin..., et puis, par la suite, je n'en avais peut-être plus besoin, mais c'était devenu une habitude, comme on pourrait dire "accro", parce que c'est le cas, on peut parler de ça, en parlant du Lexomil. On est accro. Au bout d'un moment, on ne peut plus s'en passer!(...) parce que si on s'en passe, on n'est pas bien. Au début du sevrage,*

moi, j'avais très mal aux jambes, j'avais tendance à pleurer assez facilement. (...) Le sevrage, c'est n'est pas marrant, quoi! Je veux dire que c'est clair que ce n'est pas drôle du tout. J'imagine ce que doivent endurer les toxicomanes quand ils arrêtent les drogues très, très dures, parce que le sevrage, ce n'est pas facile! (...) Je pense que l'accoutumance au Lexomil vient très, très rapidement. Je dirais, quinze jours. Moi, ça a été très, très rapide. J'ai tout de suite eu ce manque. (...) C'est une amie qui m'a emmenée de ..., non, pas "de force", il ne faut pas exagérer, mais elle en avait marre de me voir comme ça prendre du Lexomil pour un oui, pour un non, et qui m'a dit: "Ce n'est plus possible, je vais t'emmener voir mon médecin". (PF14)

. Lorsque je lui ai demandé d'arrêter le Xanax, brusquement de mettre tout à zéro, heu, j'ai eu des vertiges terribles, pertes de l'équilibre; je suis tombée plusieurs fois. Et donc, ça m'a fait très peur. Et c'est pourquoi, sans attendre de revoir de docteur, j'ai repris le Xanax comme avant. Par exemple, le matin en me levant, et bien, je m'asseyais sur mon lit, je voulais me lever, et j'étais comme happée, et je me retrouvais plaquée sur mon lit... (...) Je titubais comme si j'avais absorbé de l'alcool. J'ai vu comment vraiment, je suis tombée, là, plusieurs fois; (...) Au bout de quelques jours, c'était l'horreur. Je n'osais même plus descendre les escaliers, parce que je m'accrochais à la rampe. C'était devenu pour moi une source d'anxiété. (PF1)

. Par contre, pour le sevrage, pour arrêter, c'est quasiment ..., ça paraît impossible, donc... les médicaments, c'est pas forcément bon, enfin... c'est la seule solution pour l'instant, je crois. (...) Apparemment, on ne peut plus s'en passer ..., pour l'instant! Alors, physiquement, c'est ..., les yeux qui clignotent. On n'arrive plus à fixer son attention. Quand on diminue vraiment, quand on fait un grand pas, on ne mange plus. Tout ce qu'on mange, ça repasse... On ne dort plus et puis, on ne peut plus rien faire, quoi! On est ..., on est dépendant, quoi!... Un médecin m'a dit que ça correspondait à quelqu'un qui buvait 5 litres de vin par jour. Donc, le jour où il n'y en a plus, eh bien ..., on a ces effets-là; et ça vient rapidement. Ça vient, ça vient dans les dix heures, dix-douze heures sans prise d'anxiolytique. Donc, toujours en avoir sur soi. C'est arrivé, des fois, d'en oublier, et, bon, dans un environnement calme, on arrive à s'en passer, mais dès qu'il y a un problème, ça ..., c'est multiplié par deux. (PF4)

. Il y a eu des périodes où j'ai voulu arrêter et j'ai pas réussi. Car c'est un médicament qui crée une dépendance, une dépendance physique et ensuite psychologique. Mais ce que je ressentais d'abord, c'était une dépendance physique. Si je l'arrêtais net, d'un seul coup, ça redevenait... Donc, je dois descendre par palier. Donc, je fais ce travail-là depuis un certain temps. (PF7)

PF12 prend Lysanxia depuis 2 ans pour rompre avec les phénomènes qu'il a connus en prenant Temesta pendant 20 ans.

. Avant, je prenais du Temesta pour les mêmes raisons. Mais, le Temesta, j'en étais arrivé, à une époque, à cinq par jour (...) et j'en avais par dessus la tête. J'étais en manque. Il fallait que j'en prenne le matin, en me réveillant. Il fallait que j'en prenne un à midi, un à cinq heures et un à huit

heures, le soir. (...) J'étais en manque. J'étais en manque, je ne voyais plus clair. J'avais des sueurs, heu..., j'avais les mains qui tremblaient, je bafouillais, j'arrivais plus à aligner trois idées. C'était carrément le manque.

- Et c'est vous qui avez augmenté les doses jusqu'à cinq ? Comment ça s'est passé ?

- Oui, parce que j'ai eu des problèmes et puis, bon, ben, c'est tellement facile de taper dans la boîte. Et puis, je me suis aperçu qu'il m'en fallait de plus en plus. Là, je me suis dit "bon, ça colle pas". Mais j'ai mis très longtemps avant de m'en apercevoir. Quand je ne voyais pas clair dans la journée, c'est que j'étais en manque. Ou j'avais des maux d'estomac, c'est que j'étais en manque. Et parce que j'ai d'autres problèmes physiques, j'ai attribué ça à d'autres problèmes (...) J'en avais parlé à des médecins et pas un seul n'avait été capable de me dire quoi que ce soit là-dessus...

- Ah oui ? Alors comment avez-vous fait pour...

- Ah, le hasard, le hasard. Un jour, j'étais en train de conduire. Tout d'un coup, j'y voyais de plus en plus mal. Donc, je me sentais mal... Je me suis arrêté sur le bord de la route, et là, j'ai pris un Temesta. Dix minutes après, je revoyais clair parfaitement normalement, Et là, toc!, je me suis dit "d'accord! c'est le manque !" (...) Il m'est arrivé d'être en manque en plein milieu d'un cours par exemple, et là, tout d'un coup, de ne plus savoir ce que je racontais, de me mettre à bafouiller, à avoir des trous de mémoire. Comme j'enseigne en langues étrangères, c'est plus que gênant et heu... Autrement dit, de me retrouver totalement en porte-à-faux par rapport à mes élèves. Et j'allais pas, quand même, sortir ma boîte de Temesta et en prendre un devant eux. Donc, galère... (PF12)

7.3.4 Gestion et contrôle de la posologie

La discussion sur la posologie est une autre façon de dire le besoin du produit, la défiance qu'il inspire, la domestication dont il a fait l'objet. Ce paragraphe n'évoquera donc ni les patients qui sont dans l'observance complète et confiante de la prescription médicale, ni ceux qui sont, parfois sans états d'âme, dans l'auto-posologie la mieux intégrée.

7.3.4.1 Les ajusteurs

Les ajustements dont parlent les patients cités ci-dessous sont souvent liés à ce qu'ils identifient comme des effets secondaires du produit ou encore des excès d'effets primaires.

. Et de prendre à grosse doses, quand même, hein, plus de trois par jour ... Ah, ben non! Là je suis molle, je suis..., j'ai pas de force. (...) Donc, je ne veux pas en prendre dans la journée. Pour moi, C'EST POUR LA NUIT, c'est surtout pour la nuit... (PF2)

. J'en prends un par jour, un demi le matin, un demi le soir. Et puis, si ça va pas trop bien, un demi le midi. Mais c'est très rare, hein... En principe, c'est un par jour. Il m'avait prescrit un le soir, mais j'ai pas pris... le matin je me réveillais plus, quoi! Bon, moi les doses que je prends, c'est pas des grosses doses, hein! (avec Nordaz), bon, j'ai du mal à me réveiller. J'ai un peu de mal à me réveiller pas dans la semaine (...) pas aux doses que je prends, non plus: un demi. Si j'avais pris un, comme lui m'avait prescrit, un le soir. Heu, j'avais commencé par trois quarts, parce je sais que je suis très sensible, je dis, là, j'étais sûre de ne pas me réveiller. Je dis: "bon, je peux pas me

permettre" , je travaille et tout. Donc, j'ai tout de suite coupé la dose. Si, par exemple, un soir j'en prenais un, je sais que je dors jusqu'à, heu ..., ça va me faire énormément dormir, quoi! Parce qu'avant d'en reprendre, à la fin, j'étais arrivée à en prendre qu'un quart. Alors, il m'avait dit "Arrêtez, c'est comme si vous ne preniez plus rien du tout!" A la limite, peut-être que psychologiquement, un quart ça m'aidait quand même, quoi!. Et là, je suis retournée le voir, il ya 15 jours. J'avais complètement arrêté, mais comme il y avait pas mal de choses qui s'étaient passées...: "il n'y a pas de problèmes, vous reprenez". Et puis, comme j'y vais tous les 15 jours, on ajuste, quoi! (PF6)

. Je ne prenais pas non plus les mêmes doses que la première fois. Et la première fois, je me souviens que le médecin m'avait dit: "oui, oui, ça passera"(les effets secondaires). Et c'est vrai que c'est passé. Mais après, les trous de mémoire, c'est pas passé, quoi! Ça, c'était quelque chose qui était terrible, hein, les trous de mémoire, quand vous prenez des plus grosses doses. Et puis moi, ce qui me gênait beaucoup, c'était cette dépendance. Dès que j'avais une petite angoisse, tout de suite, il fallait que je me précipite sur ... Mais, je pense que c'était plus psychologique que ...c'était un support. Mais alors, comme j'avais souvent des angoisses à l'époque, alors j'en prenait plus (+), Comme j'en prenais plus, j'avais des pertes de mémoire. Mais, je ne dormais pas, sauf si j'en prenais en pleine après-midi. Mais aujourd'hui, non, non, non, parce que je suis très vigilante, j'en prends très peu. Je suis très vigilante. (PF9)

. Il m'avait prescrit ce médicament en me disant: "Bon, c'est pas trop fort, vous pouvez le doser, vous pouvez en prendre un entier, vous pouvez diminuer, en prendre un demi, même éventuellement un quart. C'est un médicament qui est assez facile à gérer." Et qu'éventuellement, dans la journée, si jamais je ne me sentais pas bien, je pouvais, à la limite, en prendre un quart, de façon à être un petit peu plus détendue. C'était un médicament qui n'était quand même pas trop dangereux parce qu'on pouvait quand même le gérer soi-même. (PF16)

7.3.4.2 Les diminueurs

Dans une deuxième catégorie se retrouvent les programmeurs, velléitaires ou non, de diminutions en vue d'un sevrage définitif. Il s'agit là, soit de décisions ou de projets autonomes, guidés par la crainte d'une dépendance à vie, soit, mais c'est moins fréquent, de l'observance pure et simple d'une décision médicale.

PF1 a diminué les doses jusqu'à l'arrêt complet grâce à une psychothérapie de type analytique qu'elle a souhaitée et obtenue. avec vigueur, en changeant de psychiatre. Au moment de l'enquête, cet arrêt est récent mais il constitue un sevrage réussi.

PF4 et PF11 souhaitaient eux-mêmes diminuer, par crainte de la dépendance. Ils semblent que temporairement, ils se retrouvent dans une conduite d'"ajusteurs", quoiqu'ils apprécient diversement d'en rester là. On pourrait également rapprocher PF12 de cette conduite, puisqu'il est heureux

d'avoir pu se défaire d'une dépendance au Temesta par diminution contrôlée et substitution. mais n'envisage pas de se débarrasser définitivement de son nouveau produit.

. J'en ai pris pendant 4 ans et demi, pleine dose, si on peut dire, et puis, bon, j'avais pas d'effets secondaires. De toutesfaçons, j'en ai pas. Et puis, après, j'ai demandé à diminuer pour essayer de cesser tout traitement. Bon, on a diminué et puis on a repris une dose un peu normale et puis, là, depuis deux ans, on stagne. (PF4)

. Faut doser, parce que, si c'est pris en grande quantité, j'allais vous dire "On n'est plus maître de soi". C'en'est pas tout-à-fait ça, mais on devient dépendant, on est mou, on n'a pas envie de grand-chose, on réfléchit moins bien, on est... Au début que j'en ai pris, j'étais très, très mal. C'est le médecin qui a dosé, sans trop me dire pourquoi. C'était matin, midi et soir. Et ça, ça a été deux bonnes années. (Quand) jeme suis aperçue que j'étais complètement dépendante, j'ai commencé à diminuer mes doses toutes seule. J'ai fait un test aussi d'arrêter complètement, ce qui n'est pas évident. C'est pour ça qu'aujourd'hui j'en prends pas tous les jours, mais j'en ai toujours dans le tiroir.(...) il fallait faire quelque chose. J'ai diminué les doses et, en diminuant les doses, c'est parfait. (PF11)

Quand à PF3, il s'agit d'un autre exemple de psychothérapie sur le point de réussir le sevrage. C'est un exemple unique de diminution seulement dirigée par un médecin, auquel la patiente fait confiance.

. La dernière fois que j'ai été voir mon psychiatre, apparemment, il est pour la diminution des médicaments, justement pour que j'en prenne plus du tout. (PF3)

7.3.4.3 Les isobares

Enfin, une troisième catégorie comprend ceux pour qui le maintien d'une conduite qu'on pourrait qualifier d'isobare est un combat quotidien.

. Il faut être raisonnable, ne pas dépasser les doses même si c'est un petit moins efficace qu'au début. Il ne faut pas se dire non plus "Allez un petit quart de plus !" ou "Allez, une barrette complète !" Je crois qu'il faut pas faire ça non plus, ça ne se prend pas comme ça, à la légère, hein ! (PF10)

PF14 est un cas mixte, en processus de diminution, à la fois parce qu'elle l'a souhaité, parce qu'une amie l'a "bousculée" et parce qu'elle s'en remet aujourd'hui à un médecin homéopathe connu à l'avance pour être hostile à une consommation chronique. Elle évoque son passé d'échec à maintenir une résistance d'égale pression quotidienne à une consommation sans règle:

. Le problème du Lexomil, quand vous avez une quantité pour un mois, vous avez, mettons, une boîte, deux boîtes, la facilité de la personne, c'est de prendre..., En fait, très vite, elle peut en prendre davantage.

- Et vous, vous l'avez fait, ça ?

- *Oui. Oui, je l'ai fait. (PF14)*

. *Depuis 81, j'en suis toujours au même point. J'en prends moins, certainement, mais j'en prends toujours. Et même, à des moments, pendant les vacances, oui, je suis plus détendue et tout ça, j'en prends peut-être moins, mais j'en prends. (PF18)*

. *Je tâche de ne pas abuser à en prendre trop quand même. Parce que je me limite quand même, autrement quelquefois ..., ce serait peut-être plus souvent. (PF20)*

7.4 Les effets secondaires des anxiolytiques

La moitié des sujets de l'échantillon, qui voient bien de quoi on parle à propos d'effets secondaires, mais qui ne placent pas le besoin quotidien du produit dans cette catégorie (*La dépendance, c'est un effet secondaire quand on décide d'arrêter, mais sinon, quand on le prend, non!* (PF14) ; cf. aussi § 7.3.3 La dépendance..., supra), disent ne pas avoir d'effets secondaires avec le médicament anxiolytique qu'ils prennent aujourd'hui. Souvent, ce jugement va de pair avec le mauvais souvenir que leur a laissé un autre médicament, anxiolytique, hypnotique ou antidépresseur, avec parfois des confusions de catégories. Ils laissent ainsi imaginer que ce ne sont pas forcément les consommateurs réguliers (souvent de longue date) d'un produit qui sont les meilleurs représentants des sujets qui ont eu à souffrir d'effets secondaires classiques. Ces derniers ayant eu, sans doute, une raison supplémentaire d'arrêter la prise du produit après un traitement en moyenne plus bref que dans notre échantillon. La même réflexion peut être faite à propos de la dépendance, avec des conséquences inverses. Si nos sujets sont les mieux à même de parler de dépendance, le poids de leur parole ne peut être que surévalué par rapport à ceux qui ont réussi à se passer du produit dans des délais plus brefs et ont donc, sans doute, moins subi les effets de dépendance.

- Effets secondaires? Rien à déclarer.

. *Non, il n'y a rien, physiquement il n'y a rien. Peut-être un peu plus mou, c'est tout ce que je pourrais dire.* (PF4)

. *(Des effets secondaires), il y en a pas mal, hein!...ça peut être les nausées, troubles digestifs, ça peut être justement des troubles du sommeil, ça, c'est un peu embêtant. Moi, je sais que je n'ai jamais eu de problèmes, je n'ai pas eu de nausées, je n'ai pas eu de troubles du sommeil.* (PF10)

. *(Des effets secondaires), moi, j'en ai pas trouvés. Non, non, non ! Non, parce que, la somnolence, d'autres personnes vont vous dire que c'était un effet secondaire. Pour moi, non. Non, pour moi, c'était un effet justifié. J'attendais qu'il me fasse dormir, quoi!* (PF13)

. *Oui, c'est efficace, oui. Il n'y a pas d'effets secondaires, On n'est pas dans le cirage. On garde toute sa tête. On n'a pas de sensations de somnolence. Je peux en prendre trois dans la journée, je peux en prendre quatre. Je ne vais pas me sentir mal pour autant. Je peux faire des kilomètres en voiture. Des effets secondaires, non. Hormis le fait d'être tributaire de ce médicament. Je ne sais pas si on peut caractériser ça comme un effet secondaire.* (PF18)

- Les mauvais souvenirs d'autres produits...

Quelques exemples de situations actuelles bien vécues témoignent de la prégnance du souvenir des mauvaises expériences passées qui deviennent alors des références, avec d'autres produits ou avec d'autres posologies.

Ainsi, PF5 a "éjecté" le Deroxat, parce qu'elle l'a très mal supporté ainsi qu'un autre produit dont elle se souvient moins bien et qui provoquait de longues somnolences:

. Je n'ai pas d'effets secondaires (avec Xanax). Non, non, c'est pour cela que je le prends depuis autant de temps. Parce qu'il me convient très bien. Il n'y a pas de somnolence, il n'y a pas de crises de nerfs, crises de larmes et... l'insomnie, je sais pas, je sais pas ce qui est à l'origine.

. Je suis très vigilante, je n'ai jamais eu d'effets secondaires comme nausées, vomissements, étourdissements. (...) Mais les anxiolytiques, je pense que c'est moins grave que certains médicaments qui vous aseptisent, entre guillemets, vous insensibilisent.

- Vous pensez à... ?

- Ben, je pense au Prozac, je pense au Tranxène, ou des médicaments comme ça, qui sont terribles, sur le marché. C'est horrible, parce que ces gens sont abrutis, sont insensibilisés. Ça leur change vraiment leur comportement. Bon, le Temesta ne m'a jamais changé mon comportement. (PF9)

. J'ai essayé d'autres produits, plutôt des somnifères, j'ai dû essayer le Seresta ou des choses comme ça. Mais je me réveillais le matin complètement ensuquée, complètement endormie. Et c'est le seul médicament qui permet de pouvoir s'endormir, se réveiller le matin clair et dispos, sans avoir la tête fatiguée et avoir envie de dormir la journée ou quoi que ce soit, donc c'est pour ça que j'ai continué à en prendre. (PF15)

. Un somnifère, j'ai l'impression que ça va m'assommer, là, et puis... terminé! (rires) Parce que j'en avais pris une fois, j'avais pas supporté, Pendant une semaine, j'avais pas supporté. Ce qui fait que j'étais complètement gaga le lendemain...tandis que là, le Lexomil que j'ai, en n'en prenant qu'un demi, ça ne fait pas le même effet! (...) J'en ai eu d'autres qui ont entraîné des effets secondaires, des nausées d'estomac mais le Lexomil n'a rien fait. le Temesta, j'avais des vertiges, mais, je les prenais le matin, je ne prends plus de choses comme ça dans la journée. (PF16)

. J'ai essayé d'autres produits avant, que je supportais mal, j'avais l'impression que l'effet durait dans la journée. Et puis, le Lexomil, ma foi, j'avoue que... après mon petit café, le matin à 8 heures 30, bon, ben, tout rentre dans l'ordre, quoi! (PF17)

. Le Survector, j'ai dû m'arrêter parce que je devenais électrique. Une personne qui en avait pris m'a dit: "Arrête! Surtout ne continue pas, ça va te rendre plus malade qu'autre chose". Et avec le docteur j'en avais parlé, il m'avait dit: "Heureusement que je vous connais, sinon je vous aurais pris pour une alcoolique, vraiment!" Et c'était le Survector qui ne m'allait pas du tout.(...) Je fabriquais trop de gammas. (...) Le Prozac, j'en ai pris pendant deux ans, mais ça a été une catastrophe. Ça m'a déséquilibrée. Je suis tombée, énormément. Je me faisais disputer parce que j'avais ce manque d'équilibre. Je pense que c'est le seul qui m'ait vraiment perturbée. Vraiment, Prozac m'a fait beaucoup de mal. C'est le Prozac surtout qui m'a fait cet effet-là. Avec les autres remèdes, j'en ai eu

bien d'autres, mais non (...) je n'avais pas d'effets secondaires. Je n'ai rien, rien, rien, pas mal à l'estomac, pas mal au foie. Donc, sur ma santé, ça n'a pas joué. (PF19)

-... ou d'autres posologies

. - J'étais comme un légume (...)

- C'est quand vous en prenez 3, mais maintenant que vous prenez un demi, est-ce qu'il y a des effets secondaires ?

- Non, pas du tout! (PF11)

7.4.1 Définitions: effets indésirables et inattendus

La représentation des effets secondaires en général est assez homogène. Elle se révèle très proche de la définition médicale. Elle montre que l'échantillon a une représentation assez cohérente de la notion de rapport bénéfices/risques et qu'il n'est pas prêt à accepter l'existence d'effets secondaires sans effets bénéfiques indiscutables. Ce fait donne un certain relief aux appréciations portées sur les anxiolytiques, en particulier. Car il témoigne de la très grande spécificité de la représentation par le patient du rapport bénéfices/risques dans le cas des anxiolytiques. En effet, comme on le verra, tant que la lumière n'est pas faite, à l'arrêt du produit, sur la différence entre un retour de symptômes protopathiques et le symptôme propre du sevrage, il est probable que nombre de patients portent au crédit de l'efficacité du produit, ce qui devrait être au débit des effets de tolérance.

Voici le recueil des réponses les plus immédiates faites à la question de la définition d'un effet secondaire d'un médicament.

. Ce sont des effets non souhaités (PF1)

. C'est que le comportement change là, non ? Ce serait d'être un petit peu (geste) un petit peu euphorique, là... (PF2)

. Un effet négatif(PF3)

. C'est l'apparition de troubles, de troubles mal perçus par le patient, mal vécus et qui vont à l'encontre du but recherché. (PF5)

. (Elle explique à sa fille) Il y a des gens qui vont bouffer deux kilos de fraises, il y aura pas de problèmes et pis toi, tu peux avoir un effet secondaire. Tu peux te retrouver avec plein de petits boutons partout ou des choses comme cela... entraîner des réactions qui n'ont pas lieu d'être, quoi!... (PF6)

. C'est ce qui est marqué sur la notice. (PF7)

. Des conséquences qui se traduisent par des symptômes physiques ou peut-être parfois psychologiques, donc des effets, par exemple de somnolence, qui ne sont pas recherchés dans la prise de médicament mais qui sont engendrés par celle-ci.(PF8)

. On vous donne un médicament pour soigner un endroit et il va réagir sur d'autres endroits également. (PF9)

. On peut avoir des médicaments qui vous donnent la nausée, (...) des maux de tête pas possibles. (...) Moi, je crois que les médicaments, en règle générale, quand ils vous soignent un endroit, ils vous détruisent l'autre. C'est systématique et obligatoire (...) Parce qu'un médicament, il traite forcément quelque chose au détriment d'autre chose. Regardez, si on parle de la pilule. soit on grossit, soit on maigrit, soit..., si vous prenez tout un tas de médicaments pour les douleurs, (ça va) vous bousiller l'estomac. (PF11)

. L'accoutumance, pour moi (c'est) le pire. Et puis, bon, ben, ça peut être les intolérances physiques. (PF12)

. Un effet secondaire, c'est quand un médicament soigne un problème mais qu'il en crée un autre. (...) Donc, c'est des effets indésirables. (PF13)

. L'effet secondaire, c'est tout ce qui engendre les mauvais côtés du médicament, ça peut être les nausées, des maux de tête, des pertes de l'appétit. (PF14)

. Nausées, vertiges (...) maux d'estomac (PF16)

. C'est créer..., c'est rajouter une maladie à celle qui existe déjà. (PF18)

. Des troubles. Pas être bien. Je vous dirais Prozac. Prozac m'a donné beaucoup de troubles, beaucoup de difficultés, m'endormissait. Ça m'a arrêté de conduire. j'étais ralentie, j'avais peur, mes réflexes n'étaient pas bons. (PF19)

. C'est l'effet de ne pas être soi-même parce qu'on est sous l'emprise du médicament. (PF20)

7.4.2 La perte de personnalité et l'indifférence psychique

Poser la question de l'effet secondaire induit-il, par association, la notion d'état second, de seconde nature ? Le médicament entretient une vie parallèle. La connexion au réel reste bénéfique comme cela a été décrit au § 7.2.2.2. mais le sujet estime que sa personne n'y est pas impliquée. Il a le sentiment d'être remplacé par une sorte de robot social dont la sensibilité au monde a été réglée pour faire le moins d'éclats possibles, créer le moins de problèmes à autrui. Il y a beaucoup d'amertume dans ces fragments d'entretiens. On y parle beaucoup moins de seconde naissance que de première mort.

. L'effet secondaire, ça va être de se sentir un petit peu dans les nuages, par exemple. De planer. Enfin, je veux dire, on sent qu'on n'est plus tout-à-fait soi-même. On réagit moins, c'est pas... On ne se reconnaît pas dans... Les gens sont habitués à quelqu'un d'ouvert, qui enregistre tout et qui..., alors qu'on lui parle de choses importantes, a l'air d'être indifférente. Ils disent "Tiens qu'est-ce qui se passe ? (...)" C'est très grave, parce que l'enfant est très sensible à une baisse de vigilance de la part de l'enseignant. (...) Vous avez moins d'autorité. (...) Ça transforme la personnalité momentanément. J'ai dû effectivement donner une punition, ce que je n'aurais pas fait si j'avais été, disons, moi-même entièrement. (...) Je m'accommodais plus de cette espèce d'état second (que des effets secondaires physiques), parce que, bon, je vivais au ralenti en disant "bon! pour le moment, c'est ainsi, j'accepte ça, momentanément. J'ai mon temps, je vis seule". Ça demandait un peu plus de temps, mais c'est tout. (PF1)

. A grosses dose, ça me fait un peu peur. J'ai l'impression que je suis plus moi-même. (PF2)

. C'est comme au niveau des relations sexuelles... Je lui ai dit "Dites donc, votre truc, là, j'ai même pas envie de..., j'ai pas envie, quoi!..." (PF6)

. Il y a quelques années, ça m'a fait perdre mon agressivité. J'étais une personne très agressive et ça m'a, entre guillemets, un peu endormie. Ce qui fait que je laissais, je préférais fuir. Avant, je rentrais facilement dans le lard de quelqu'un et (jusqu') à le casser s'il m'emmerdait. Et après, je préférais écraser, je voulais pas de confrontation, donc, ça, ça avait un effet. (PF9)

. Au cours de ces années, (deux années de prescription matin, midi et soir), au fur et à mesure que ça passait, je ne me suis pas forcément aperçue toute seule, moi, mais mon entourage s'apercevait que je n'étais plus comme avant, plus aussi active, plus aussi spontanée. (...) Je ne sais pas comment vous dire ..., je dirais ..., on a l'impression de ..., on se fout de tout, quoi! C'est peut-être fait pour ça. C'est peut-être fait justement pour éviter de penser. Pour vous donner un exemple, quand j'en prenais régulièrement, à l'époque j'étais arrêtée de travailler et je n'avais plus envie, ni de m'habiller, ni de me coiffer. Je vivais complètement enfermée et je suis sûre que c'était dû à ça. (...) On se sent mou, on n'a plus envie de parler, on n'a plus envie de décrocher le téléphone. On a envie d'avoir la paix. C'est un petit peu mourir, je trouve. C'est un petit peu mourir quelque part. (...) (Lexomil) m'a mis dans des états seconds - comment expliquer ça ?- ou j'étais beaucoup plus calme, (...) trop calme, pas dans ma nature... Les gens qui m'entourent s'apercevaient que je n'étais plus la même. Quand j'en prenais comme ça, je décrochais pas le téléphone. J'avais pas envie, plus envie de parler à personne. Comme si j'avais envie de dire au monde entier "Foutez-moi la paix!" (PF11)

. Ça me met dans un état second. C'est pas vraiment envie de dormir, mais ça me met dans un état second et quand on est dans un état second, on a souvent envie, parce qu'on n'est pas en forme, d'aller au lit, quoi... en fait, de régler le problème par le sommeil, quoi... (PF13)

. Dans mon cas personnel, ça n'a pas été si bénéfique que ça! (...) Pendant quelques années, j'ai quand même été très fragilisée. Ça m'a empêchée d'avancer dans la vie parce que j'étais trop..., trop sous l'effet du Lexomil, et donc, j'avais beaucoup de mal à gérer les choses, à faire des choses. (PF14)

. Ma personne! ma personne! Je suis beaucoup moins impulsive qu'avant. Dès que je sens que la coupe commence à déborder, je me dis: "Bon, allez, un cachet! Tu vas te calmer!"(...) Alors que quelquefois, je ferais mieux de laisser exploser ce que j'ai sur le coeur, et puis de laisser le cachet de côté. (PF18)

. Autrement, je prends mes médicaments, personne ne s'en aperçoit. Je vis avec. C'est une seconde nature pour moi. (...) Il y a deux personnes en moi. Les gens ne se figurent pas que je suis si renfermée, si malheureuse. Je donne une autre image que ce que je suis. Je suis à double face. (PF19)

. On est peut-être moins, moins soi-même, par contre, parce qu'on arriverait à planer quelquefois quand même. (PF20)

7.4.3 La somnolence

Il est difficile de distinguer la somnolence de la fatigue, si souvent signal d'un besoin de sommeil, ou de la lenteur des réactions.

. Une moins grande patience, aussi, peut-être, une fatigabilité plus grande. Donc, si on est fatigué, les enfants eux, le sont rarement. Donc, on a tendance à réagir en punissant, alors qu'on ne devrait pas. (PF1)

. Quand vous êtes à moitié endormie, vraiment, je ne me supporte pas d'être là, à rien... et puis, je peux pas rien faire. (...) Mon mari, ça l'énerve. s'il me voyait, mollasse comme ça, il aimerait pas ça. (...) Cette somnolence-là, c'est pas agréable. Mon médecin m'a dit qu'il fallait que je fasse attention si je conduisais. (PF2)

. Ça peut être des envies de dormir, d'être fatiguée quand je vais au travail. Ça m'est arrivé plein de fois, de pas faire mon travail en continu. C'était irrégulier. L'envie de dormir, c'était épouvantable, toute la journée. Ensuite, on m'a pris du Prozac et là, il faisait l'inverse...

- Et le fait d'avoir envie de dormir, ça a changé quoi, pour vous ?

- Ben, je faisais plus rien. Je faisais plus mon ménage, je faisais plus rien, quoi,... J'étais installée devant ma télévision pratiquement 24 heures sur 24. Je voulais voir plus personne. Je téléphonais plus. je sortais pas, je me repliais sur moi-même,... pour oublier les problèmes. Je mangeais davantage, ce qui a fait que, bon ben, j'ai pris 20 kilos pratiquement en 2 ans.(PF3)

. *Le plus difficile (à supporter) c'est l'effet de somnolence, avoir fait huit heures de sommeil et puis être fatiguée le matin, faire tout au ralenti, avoir besoin de se coucher l'après-midi et tout, je trouve cela horrible, horrible, parce qu'on n'avance pas dans sa vie de tous les jours. (PF5)*

. *Ça donne envie de dormir quand même. Pour le Nordaz, c'est pas vraiment un effet secondaire, parce que, comme c'est un anti-anxiolytique (sic), c'est fait pour se détendre, forcément. Si on se détend, tous les nerfs qui lâchent, et on va avoir envie de... En fin de compte, c'est mal choisi comme exemple, comme effet secondaire. Bon, j'ai eu des anti-anxiolytiques que m'avait donné un médecin où là, quand je conduisais, j'étais vraiment obligée de m'arrêter sur le bord de la route et pis que je dorme une heure. Mais ça devait être des trucs beaucoup plus forts, quoi! Il m'avait filé des doses!... j'ai tout foutu à la poubelle. Je me souviens d'un matin où j'étais incapable de me lever avec mes enfants qui étaient beaucoup plus jeunes,...un zombie,... incapable d'emmener mes enfants à l'école. Obligée d'appeler ma soeur pour lui dire "ça va pas du tout, des étourdissements, vraiment pas bien". Elle me mettait dans la voiture, paf! je m'endormais... (PF6)*

. *Je sais qu'au départ, ça me faisait énormément dormir (...) Au bout d'une demi-heure, j'avais envie de dormir. Je somnolais. (PF9)*

. *Le plus facile à la limite, c'est l'effet de sommeil (...) Ces trois cachets vous mettent dans cet état second où on n'a envie de rien, machin, truc, et puis on reste tranquille, et puis on reste en pyjama toute la journée, et puis... "foutez-nous la paix!" (...) Le plus difficile, c'est de se lever et de passer à table comme tout le monde. A l'époque, j'avais mes parents et maman faisait à manger et on passait à table et je leur disais: "Vous me dégotez de manger, (...) de vous voir manger, ça me dégote". (PF11)*

Pour deux sujets masculins, la somnolence est réelle mais ne saurait être un motif de plainte. Elle est dans la "logique du traitement".

. *Les matinées quand je me lève, c'est pas pareil. On ne se sent pas aussitôt, disons, performant... (...) Dans les activités que j'ai, j'ai souvent des réunions le soir, alors... on participe moins à la discussion. C'est un peu embêtant. Il y a des gens qui se rendent compte que, bon, ben, "l'copain il a décroché", quoi! (...) Ça décoince dur, le matin c'est un peu difficile, faut faire surface...() Je ne considère pas que la difficulté de se réveiller le matin, c'est.... Pour moi, ce n'est pas un effet secondaire. Ça fait partie du traitement et puis, c'est dans la logique des choses, dans la logique du traitement par lui-même. (PF17)*

. *Ce médicament entraîne un petit ralentissement. Physiquement, il ne change pas grand chose. On supprime l'alcool, le café, sinon c'est tout. Pas un effet néfaste. (PF4)*

7.4.4 Les pertes de mémoire et d'attention

Les pertes de mémoire et d'attention sont rapportées par une minorité de l'échantillon.

. *On est moins attentif, par exemple, à ce que dit l'autre. On arrive moins bien à se concentrer, aussi, la concentration intellectuelle, l'intérêt aussi,...heu, bon ..., je lis quelque chose, et puis j'arrive pas à lire l'article entièrement. Je prends juste, je survole.. une difficulté ,si vous voulez, à franchement se concentrer normalement sur un sujet... Les conversations, on les suit, mais on ne peut pas vraiment prêter attention à tout. Parce que, quand quelqu'un vous parle, il y a tellement de messages qui passent, et il y en a plein qu'on laisse passer. (PF1)*

. *Oh oui !... oh! les trous de mémoire !... (un jour) j'ai été foutre (un) sac de fringues propres à la poubelle (en le confondant avec un sac poubelle à descendre). (Un autre jour) j'ai été faire démonter mon bouchon d'essence (parce que je ne trouvais plus la clé) alors que ma clé de contact, c'est elle, ma clé de ... c'est la même. Quedes petites conneries comme ça, quoi !..(PF6)*

. *Je pense qu'il y a eu quelques effets secondaires au niveau de la mémoire. C'est aussi le temps que je peux mettre des fois, pour répondre à une question. Je pense que ce médicament fait parler, des fois, assez lentement ou me fait penser, aussi, lentement. (...) Le plus facile (des e.s. à intégrer) c'est le temps que je peux mettre à réfléchir et à parler (...) ça amuse les gens, de temps en temps (...) mais je me dis que je prends mon temps et puis c'est tout. (PF7)*

. *La première fois, comme je l'ai pris longtemps, j'avais des pertes de mémoire très, très importantes. Donc, ça, c'est un effet négatif. Cette perte de mémoire a joué (socialement). Je ne me souvenais plus des noms. J'ai du mal, des fois, à me rappeler des noms d'auteurs, moi qui lisait énormément. Je pense que ça a un effet très négatif sur la mémoire (...) Comme ça va dans le cerveau, ça atteint peut-être aussi la mémoire, justement, parce que ça l'endort un peu (...) On endort une angoisse, hein. On endort quelque chose qui vous fait mal, donc c'est normal qu'autre chose, ça... (...) Mais c'est terrible, vous prenez un médicament, vous êtes incapable d'avoir une concentration (...) Votre concentration est beaucoup plus difficile avec un anxiolytique. Vous arrivez dans ces phases-là, - je lis beaucoup moins -, parce que vous avez du mal à vous concentrer, à réfléchir. Oui, ben, ça aussi, c'est un effet secondaire désagréable. (PF9)*

. *(Il y a encore) les problèmes avec les mélanges, alcool et anxiolytiques, qui doublent, qui triplent les effets des anxiolytiques, qui les mènent à devenir des somnifères. Ou bien, on perd conscience de ce qu'on fait, on continue à agir; soit on s'écroule; soit on ne se souvient absolument pas non plus de ce qu'on a dit, ni de ce qu'on a fait. (...) Je me suis aperçu, des fois, que j'avais fait des choses, heu..., le lendemain quand on me l'a dit ..., qui n'étaient pas reluisantes:, du style, heu..., actes de violence...*

- *Et vous n'aviez plus de souvenirs de ça ?*

- *Aucun souvenir, aucun. (PF12)*

. *J'ai un manque de confiance entière dans moi et puis, je me dis qu'à force de prendre tous ces remèdes, j'ai beaucoup perdu de mémoire. J'ai des trous noirs épouvantables. Donc, ça m'aide d'un côté et ça me détruit de l'autre. (...) Depuis le temps que je prends des remèdes, ça détruit quand même des cellules. Et, bon, je perds la mémoire. (...) J'ai du mal à comprendre. Il me faut un temps maintenant pour que ça arrive au cerveau, moi qui adorait lire et qui aimait lire, j'ai du mal à m'y mettre parce que je n'arrive plus à comprendre le sens des phrases. J'ai du mal. J'évite d'être seule avec une personne parce que je ne veux pas tenir la conversation trop longtemps. (PF19)*

7.4.5 Les nausées, pertes d'appétit et autres troubles

Les effets secondaires physiques ne sont que très rarement rapportés. Ils sont souvent le fait de patients qui sont, ou ont été, polymédicamentés. Ils sont, de plus, extrêmement hétérogènes comme on le verra ci-dessous.

. *Il m'est arrivé aussi d'avoir des problèmes digestifs. (...) J'ai des difficultés respiratoires, ils accentuent la difficulté à respirer. (...) Des nausées, des haut-le-coeur... (...) Le matin, c'est désagréable. Et puis cette impression d'être dans du coton, de planer. Lequel faisait ça (du Prozac ou du Xanax) ? c'est difficile de dissocier. Mais, nausées, problèmes digestifs, ça me gênait beaucoup parce que c'est en commençant sa journée et c'est ennuyeux de partir comme ça. (PF1)*

. *Ça peut-être des nausées... (PF3)*

. *J'ai retrouvé un cycle menstruel normal (...) et quand j'ai commencé à prendre des antidépresseurs et des anti-anxiolytiques, je me suis retrouvée avec des cycles de trois semaines. Et la période où j'ai pratiquement arrêté de les prendre, là, j'ai retrouvé un cycle normal et maintenant que j'en reprends, ça recommence. (PF6)*

. *L'effet secondaire de 3 Lexomil par jour, c'est d'être un peu dans le cirage, quoi! (...) C'est du style, on ne bouge pas, mais on ne mange pas si on n'a pas envie de faire à manger, on ne fait pas à manger, mais on ne mange pas non plus. Donc, on maigrit. Donc, on a une tension qui baisse (...) les oreilles qui bourdonnent. (PF11)*

. *J'avais des petits problèmes au niveau du foie, enfin pas très importants. Mais il m'avait dit que c'était sans doute le Lexomil qui avait un petit peu fragilisé mon foie. (PF14)*

7.5 La relation avec le médecin autour du médicament anxiolytique

La relation avec le médecin autour du médicament anxiolytique peut s'analyser sous trois dimensions ou groupes de questions:

- Quels sont les thèmes ouverts ou fermés à la communication avec le médecin ?
- Y a-t-il négociation ou conflit entre médecin et patient sur les produits à prescrire ou ne pas prescrire ?
- Quelle est la place de la délégation de pouvoir au médecin (la "confiance") lorsque le patient évalue les succès et les échecs d'un traitement, la gestion des effets secondaires, la chronicisation des prises ?

7.5.1 La communication

A une exception près, qui se caractérise par sa faible ancienneté dans la carrière de consommateur, (• *Moi, je suis tout-à-fait directe, précise et honnête et exhaustive avec mon médecin traitant. PF8*), on ne dit pas tout à son médecin, à propos du médicament anxiolytique. La plupart du temps parce qu'on estime qu'il n'est pas ouvert, disponible, propice au dialogue, qu'il ne cherche pas à savoir comment marche le traitement, qu'il n'est pas désireux ou capable de renseigner sur les risques encourus. Mais, derrière ces silences présentés comme involontaires et ces rejets de responsabilité sur le médecin à propos des habitudes d'incommunication, il y a de la culpabilité; entre autres, celle d'avoir dérogé à la posologie ou à la durée de traitement. Il y a aussi une revendication d'autonomie, d'auto-contrôle, revendication dont il est difficile de dire si elle n'a pas été construite après-coup. On ne peut tout raconter au médecin parce qu'il y a quand même des problèmes que l'on doit gérer soi-même ou que l'on doit soumettre à un triage. On va ainsi compartimenter les récepteurs de messages selon leur nature. Distinguer ce dont on parlera au psychiatre, au médecin généraliste, au gynécologue, à l'homéopathe, témoignera aussi de la valeur accordée aux marges de manoeuvre du patient confronté à plusieurs médecins, dont les "remplaçants",- qui vont jouer un rôle important dans les consolidations de conduite, - quoiqu'elle n'atteigne pas la pratique québécoise du "magasinage".

7.5.1.1 L'incommunication et son procès

- . - *En avez-vous parlé à votre médecin ?*
- *Pas vraiment. J'essayais de résoudre (les problèmes) à mon niveau. Pour les problèmes digestifs, on m'a dit : "C'est une question d'adaptation". Effectivement, après, ça a disparu.*
- *Donc, vous l'avez plutôt informé sur les effets physiques que psychologiques? ...*
- *Oui, oui! Ça, je garde pour moi parce que c'est la matière première de mon cerveau. Non pas parce que c'est moi, mais parce que tous les êtres humains sont semblables, donc voir comment je peux réagir pour lutter contre ça. (...) Il faut que les médecins soient attentifs et pensent à demander ce genre de choses. (PF1)*

. Je lui ai dit que j'avais peur de l'arrêter. (...) Je lui ai dit que j'avais peur de me sentir somnolente.
(...) - Tout ce que vous m'avez dit sur la somnolence, est-ce que vous avez pu en parler ?
- Non. J'ai pas discuté comme ça avec le... (...) Non, c'est peut-être moi qui ai pas demandé...
- Vous pensez que vous auriez pu l'interroger ?
- Oui,... mais je l'ai pas fait.
- Pourquoi, vous l'avez pas fait ?
- Ben, je n'ose pas...c'est ça... (rires). (PF2)

. Non, je ne l'ai pas informé. Jamais. Je pense que je ne lui en ai pas parlé parce que je lui faisais confiance. (...) (Ce qu'on doit rapporter prioritairement:) les palpitations, tout ce qui touche au niveau du coeur et de la respiration. (Mais moi) ce qui m'inquiétait beaucoup, c'était la sueur dans les mains, tout ça ou alors le manque de salive, le manque de mémoire. (...) Je trouve que, quand même, il y a une banalisation du médicament qui sert à soigner l'anxiété. Quand je vais voir un médecin pour avoir un antibiotique (...) je vais mieux comprendre ce qui va se passer. Alors que là, il y a un certain mystère. Je ne sais pas à quel niveau Lysanxia va intervenir. (PF7)

. (On n'en parle pas) parce qu'à ce moment-là, on n'y pense pas. C'est qu'après coup. On se dit "J'ai encore un problème. Je suis encore malade." On ne pense pas forcément que c'est le médicament qu'on a pris. (...) J'ai commencé par lui dire que je ne mangeais pas, quoi! Mais avant de m'apercevoir que c'était ça, il s'est passé un certain temps, quand même. Parce que, pour moi, ce n'était pas dû aux médicaments. C'était que je ne m'en sortais pas, il fallait que j'en prenne plus (+) pour m'en sortir. Parce que, au début où il m'a ordonné ça, j'en prenais un demi le matin, un demi le midi et un demi le soir. Et j'augmentais la dose parce que je commençais à être bien, mais ça s'aggravait parce que (...) j'étais complètement molle.
- Donc, de vous-même, vous avez augmenté la dose ?
- Voilà, Mais, à ce moment-là, on ne s'amuse pas à le dire au médecin. (PF11)

. Ce qui serait bien, c'est que les médecins soient mis au courant de ce qu'ils prescrivent à leurs patients et qu'ils en informent leurs patients.
... vous n'aviez aucune information ?...
- Aucune information. Mais, à mon avis, au départ, quand mon médecin m'a prescrit ça, il n'avait aucune information. Je ne sais pas de quand date le Temesta, moi, mais il m'a dit, - et c'est quelqu'un dont je ne mets pas la parole en doute - : "Il n'y a pas d'accoutumance." Or, dix ans plus tard ou quinze ans plus tard, heu..., il m'a dit très exactement le contraire. On s'est aperçu qu'il y avait une accoutumance terrible. Donc, ça veut dire que lui, n'avait pas été prévenu. Donc, que les laboratoires ne le savaient pas ou le cachaient. Bon, à mon avis, ils ne devaient pas le savoir. C'est les patients qui ont fait les frais de l'histoire, quoi! Comme toujours dans les médicaments. J'ai l'habitude... (rires). (PF12)

. Je trouve que les médecins... ne cherchent... quand ils ont un client en face d'eux, surtout qu'ils ne connaissent pas... Lui renouveler son ordonnance, comme ça, systématiquement, c'est un peu facile... Ils peuvent aussi connaître la personne, essayer de connaître son histoire déjà, pour commencer. Alors que moi, ça n'a pas été le cas. (...) Le premier ne m'a posé aucune question, pour savoir pourquoi j'en étais à prendre du Lexomil comme ça, parce que j'en prenais quand même quatre par jour !... C'est quand même beaucoup! Ça ne l'a même pas interpellé. Il y a des médecins qui se moquent totalement de la personne qu'ils ont en face d'eux. L'important c'est qu'ils aient leur chèque. Bon, dix minutes et puis voilà. (...) Je suis restée quand même... trois ans comme ça, en prenant du Lexomil sans rien en savoir, de quoi que ce soit, ni comment... ce qui se passera après..., ce que... tous les problèmes qui pouvaient en découler ... j'ai pas trouvé le... de médecin en face de moi avec qui en parler. (PF14)

Le même patient fait maintenant le récit des brutalités salutaires de sa nouvelle communication avec le médecin homéopathe décidé à entreprendre un sevrage:

. La première fois que j'ai été le voir, il m'a dit: "Par contre, il faut que vous me disiez la vérité. Bon, combien vous prenez de Lexomil? Il n'y a pas de..., moi, il faut que je sache!..." Et, à partir de là, il a dit: "C'est pas possible. Vous ne pouvez pas continuer comme ça!...On va faire en sorte de vous sevrer petit à petit. ça va être très long et difficile, mais on va y arriver..." Il a eu beaucoup de mal à comprendre qu'on m'ait donné, comme ça, du Lexomil, sans me poser de questions. (...) La démarche pour moi était difficile, parce que j'avais un peu honte d'avouer justement ce fait que, pour un oui ou un non, je prenais un quart de Lexomil. Je trouvais ça tellement ... "faible", quoi., de ma part. (PF14)

. C'est peut-être moi qui lui en ai demandé au départ, trouvant que ça me convenait parfaitement bien.(...) (L'accoutumance) Ah non! je n'en ai pas parlé avec lui, non... Moi, ça ne me gêne pas cette accoutumance, donc, je n'ai pas besoin d'en parler! Le jour où ça me dérangerait vraiment, là, j'irai en discuter avec lui et puis je verrai! Pour l'instant, ça me convient comme ça. (PF15)

. On n'est pas averti. Moi, quand j'ai commencé à prendre du Lexomil, on ne m'a pas dit que c'était quelque chose dont je pouvais devenir dépendante. Et c'est au fil du temps que je me suis aperçue que ça devenait une. une drogue. Et quand je lui en ai reparlé après, il m'a dit: "Oui effectivement, c'est un médicament qu'on ne peut pas stopper du jour au lendemain." (PF18)

7.5. 1.2 La communication compartimentée

. Moi, je lui ai parlé au niveau accoutumance, ça, on en a parlé. Il me dit qu'au niveau de la dose que je prends ... Le seul truc, c'est qu'il ne faut pas arrêter du jour au lendemain, quoi...

- Le problème des règles plus fréquentes, vous n'en avez pas parlé à votre psychiatre ?

- Non. J'en ai pas parlé à lui, parce que j'ai une gynéco qui est supersympa... (...) Par contre, à lui, j'ai parlé de mes problèmes de perte d'appétit, j'avais perdu énormément de poids. Il me disait

"C'est comme tout, moins on mange, moins on a envie de manger". Il me disait "A la limite, moins on a de relationssexuelles et moins on en a envie". C'est vrai, et la pharmacienne par contre, aussi très sympa, expliquait que ça ralentit tout au niveau du cerveau. (...)

(La perte de libido), j'en ai parlé au psychiatre. Je lui ai dit : "Je vais pas devenir frigide, quand même ?" Bon il a éclaté de rire, hein, et puis il a dit : "Non, parce que c'est vrai que quand on est dépressif, on n'a pas envie de batifoler." Et c'est vrai que (...) ça ne me manque pas. (PF6)

. Il y a une grande différence entre un médecin traitant et un psychiatre. Le médecin traitant, il vous prendra un quart d'heure, il faut aller vite. Le psychiatre, vous restez une demi-heure avec lui, vous avez le temps de parler. (...) Oui, oui, j'en ai parlé. Il m'a dit qu'il fallait être patiente, que c'était un effet tout-à-fait normal et que ça allait durer très peu de temps. (...) Moi, c'est pas mon rôle à lui dire. Moi, je suis remontée contre les médecins pour ce système-là. Ils vous donnent, des fois, des médicaments qui ont une importance énorme, sans vous expliquer. Ils devraient tout décortiquer, tout expliquer. Bon, c'est vrai qu'il y a peut-être des gens qui veulent pas savoir. Bon, j'ai pris ça, j'étais en crise... J'avais perdu 10 kilos en une semaine. Bon, c'était un choc très, très, très... J'ai pas posé de questions, pas du tout. (PF9)

. Il ne pensait pas que j'avais le tempérament d'être dépressive. Il y croyait pas. Il m'a dit "Vous êtes trop mère poule. Faut pas s'occuper de vos enfants comme ça." Et puis, c'est son remplaçant qui est venu et qui a dit: "Il n'y a pas de problème. C'est ça!..." (PF20)

7.5.2 La négociation et le conflit

Les patients qui s'expriment le plus sur la nature de la relation avec leur médecin autour des problèmes et des enjeux de la prescription d'anxiolytiques pourraient être situés avec précision sur un axe qui irait, d'un côté, de la reconnaissance pour la sobre non-directivité et l'absence de dramatisation de l'attitude médicale au moment de la prescription, à l'accusation d'indifférence à l'égard des enjeux, des objectifs, des représentations et des stratégies des patients, à l'autre bout.

7.5.2.1 Des médecins conciliants et non-directifs

Par rapport aux enjeux du sevrage ou des effets secondaires, les médecins de PF2 et PF17 sont d'une grande sobriété. L'image qu'en donnent ces patients montre qu'ils n'ont pas dramatisé ces problèmes ni lourdement insisté sur leurs solutions.

. Elle m'a dit, pour le Xanax, d'essayer de..., de l'arrêter... Mais c'était à moi de voir comment je me sentais. (PF2)

. Il m'a surtout conseillé de ne pas conduire, de faire attention aux troubles..., aux troubles dans la journée, de ne pas prendre la route, d'éviter certaines choses, de ne pas prendre d'excitants, c'est évident. (PF17)

Les patients suivants expliquent leurs enjeux, leurs réactions personnelles, leur stratégie de flottaison sociale. Ils évoquent des médecins qui ont accepté sans difficulté une forme d'autogestion de leur traitement, même avec ses aléas opportunistes. Ils reconnaissent, au sens fort, la complicité du médecin dans son acceptation même des silences, des dissimulations et des faux prétextes.

. *Donc, j'ai bien expliqué, moi, quand ça allait pas. Et j'ai pris la décision d'aller voir le psy. J'ai..., bon, j'ai besoin d'un... Il m'a dit "Bon, je vais vous donner un médicament.". Je lui ai bien expliqué que j'étais très sensible aux anti-anxiolytiques et trucs comme ça, et qu'il me fallait pas quelque chose qui me mette en état de léthargie, qu'il fallait que je poursuive mes activités, parce qu'il était hors de question que je m'arrête de travailler. Je me voyais mal tourner en rond chez moi. Donc, lui, il m'a bien expliqué que le Nordaz, il n'y avait pas de problèmes, même au niveau accoutumance, quoi... (...) Quand je lui ai dit : "Je veux arrêter d'en prendre". Il m'a dit : "C'est très, très bien!"; puisqu'au départ, il m'avait dit : "Entre trois à six mois. " Bon, moi, j'ai dit: "cet été, ça va être les vacances, tu vas être plus cool, je vais arrêter." Bon, mais, heu, je vous dis, je suis vraiment pas bien, là. J'ai l'impression que je replonge. Je lui ai dit: "Est-ce que je peux reprendre du Nordaz ?" Il m'a dit: "Il n'y a pas de problème! " (PF6)*

. *Il y a un part de jonglage, un peu, des fois. Moi, je m'étais dit: "Je vais réduire les doses. Parce que je me sens bien en ce moment. Je vais passer à une dose inférieure". Ensuite, j'en avais parlé avec ce médecin et il m'a dit. "C'est intéressant d'avoir fait ça, c'est pas crapuleux..." Parce que, moi, je culpabilisais. Je me disais que je baissais les doses, que j'aurais pas dû. (PF7)*

. *Il m'a dit: "Je vous prescris ça pour quelque temps. Après, vous arrêterez. On en reparlera. Vous me direz si ça vous convient ou pas". Et je pense que c'est ce qu'on a fait, parce que je ne m'en rappelle plus trop. Quand il m'est arrivé, après, de lui en demander d'autres, il m'a dit: "Ça vous fait de l'effet, toujours ?" J'ai dit "Oui, très bien, ça me convient très bien." Il m'en a redonné, c'est sûr, Il ne m'a pas posé de questions. (PF10)*

. *Il arrive un moment où on n'a plus envie de rien dire à son médecin et que, ben, on va pour chercher sa drogue, c'est tout. (...) Mais..., pourquoi il pose pas de questions, quoi? Je veux dire, à ce moment-là.*

- *Il ne vous questionne plus ?*

- *Voilà, il nous connaît trop, donc, voilà, il sait, il questionne pas.*

- *Ni sur les effets secondaires ?*

- *Non! ça, jamais, hein! Ni: "N'en abusez pas, parce que vous allez avoir ci ou ça". Non! (...)*

On augmente la dose. Et puis, à ce moment-là, on ne dit rien. Parce qu'on se dit qu'on va se faire engueuler. C'est plus (+) par crainte, je crois...

- *Mais quand vous demandez votre renouvellement, il doit bien se rendre compte...*

- *C'est là que je vous dis que ça colle pas. Parce qu'il ne pose pas de questions. A ce moment-là, il pourrait dire :..., moi ça m'est arrivé, quand il me disait "Vous n'en avez plus ? (de lui répondre)*

"Non, j'en ai encore, mais ça m'évitera de revenir. " C'était pas tout-à-fait la vérité. Ça m'est arrivé, ça, de le dire. (PF11)

. - Elle vous demande quand même si vous avez augmenté la dose ou pas...

- Ah, non !...

- Elle ne vous pose aucune question ?

- Non, non, non ! J'y vais en général, parce que je ne suis pas trop bien. Donc je vais pour des renouvellements, etc... Et puis, elle me dit... Bon, je lui dis "En ce moment, c'est pas terrible, quoi..." Elle me demande combien j'en prends. Je lui dis, comme à vous, que c'est très ponctuel, mais que je n'en abuse pas, quoi... Et c'est tout. Elle voit que... Elle me fait confiance comme moi je lui fais confiance, quoi. Voilà. (PF13)

. - Et donc, comment ça s'est passé, la première fois, vous avez demandé du Temesta à votre médecin ?

- J'ai dû lui dire que j'en prenais déjà et puis que ..., il fallait qu'il me renouvelle, qu'il fasse une ordonnance. Et il ne m'a pas posé tellement ..., je n'ai pas souvenir qu'il m'ait posé de questions particulières... sur le trouble que j'avais! Il me l'a donné comme ça! Et puis, et puis, comme ça, depuis 4 ou 5 ans que j'en prends. Mais ils ne m'ont jamais demandé ni pour qui, ni pour quoi. Je veux dire, pour eux, c'est établi. Je leur demande, ils me le donnent.(...) Ils donnent ça comme ça. Ils ne se préoccupent pas trop du pourquoi, ni du comment on le prend. (...) Je ne vais pas voir chaque fois le même médecin. Je veux dire, ça dépend... Non, ils ne se sont jamais préoccupés de savoir, de parler du médicament.(...) Si j'ai rendez-vous chez un généraliste (...) je lui en demanderais. Si je passe chez mon gynéco, je lui en demande. A la limite, je veux dire, je passe chez ma mère, je prends une boîte aussi! (...) Parce que j'ai pas le temps de prendre un rendez-vous, d'aller poireauter deux heures chez un médecin. Donc, je profite, quand je passe chez un toubib, pour lui en redemander, ou je lui demande qu'il me fasse une ordonnance et je passe la prendre. Enfin, ça dépend...(...) C'est comme un fumeur, un fumeur aura toujours logiquement un paquet de cigarettes sous la main. Pour moi, c'est logique que j'ai toujours un Temesta sous la main, ça fait partie, ça fait partie de ma vie, quoi! (PF15)

. Il n'y a pas eu vraiment de discussion. Il m'a dit: "Bon, ben, je vais te prescrire un autre médicament. Tu prendras un peu moins de Lexomil et un peu de Lysanxia. Tu verras que c'est beaucoup plus facile à doser parce que c'est en gouttes. Tu pourras diminuer le nombre de gouttes tous les jours. "La discussion s'est arrêtée là. (...) Et là, j'y suis retournée dernièrement et il m'en a re-prescrit (du Lexomil) et il n'apas posé la question de savoir ce qu'avait donné le Lysanxia.

- Hmm, hmm, et ... vous lui en avez parlé de ça? (allusion au fait que la patiente a très rapidement abandonné le Lysanxia en prescription mixte de sevrage progressif du Lexomil)

- Non, non. Moi, je suis fidèle à mon Lexomil, je m'en trouve bien (rires). Hormis hier, où il m'a prescrit du Prozac en plus, parce qu'il a jugé que le Lexomil n'était pas suffisant pour le moment présent. (PF18)

Enfin, PF20 a réussi à se faire entendre et obtenir une thérapeutique conforme à une étiologie somatique de ses troubles.

. J'étais toute essoufflée à ce moment-là. J'ai dit: "Bon, ben écoutez, il n'y a pas que ça. On me dit toujours que c'est les nerf..." Alors il me dit: "Oui, il doit y avoir d'autres choses, parce que c'est pas possible d'être essoufflée comme ça". Bon, il m'a fait passer tous les examens. J'avais rien. (...) Ils disent que j'ai un manque de magnésium. Je fixe pas le magnésium, alors ils m'en donnent pas mal, 4 comprimés par jour, une cure de trois mois et puis j'arrête deux ou trois mois et puis je reprends. (PF20)

7.5.2.2 Des médecins indifférents aux enjeux des patients

Dans le paragraphe qui précède, on aurait pu, en interprétant plus longuement et plus finement, montrer ou démontrer une certaine ambivalence des patients face à la non-directivité de leur(s) médecin(s). De la reconnaissance pour leur attitude ouverte et empathique, ils en manifestent, certes. Mais ne laissent-ils pas apparaître aussi une certaine amertume, un regret de ne pas être dirigé avec plus de fermeté, un doute sur la qualité affective ou éthique de la prise en charge de leur santé globale, de leur avenir ?

Cette interprétation poussée dans les retranchements des non-dits, nous n'avons pas réellement besoin de la mener, car d'autres patients ont manifesté une révolte ouverte contre l'indifférence des médecins à l'expression de leurs enjeux propres. S'il s'agit souvent de récits de conflits actuels, il y a aussi des révoltes rétrospectives.

Un patient énonce avec pudeur et timidité la non-réponse à ses attentes.

. Si j'avais su, à l'époque, qu'avec ce médicament-là, on devenait dépendant, je ne sais pas, on aurait peut-être fait un effort ou trouvé autre chose... C'est vrai que la dépendance, c'est un problème, c'est un problème. Il m'a dit que pour le sevrage, c'était très long, qu'il fallait diminuer par des petits morceaux et sur très, très longtemps. Il faudrait trouver autre chose. Parce que c'est pas physique, ça pourrait se soigner autrement... (PF4)

Deux patientes font état d'un conflit ouvert, de même nature.

. J'aime pas les prendre (les somnifères). J'aime pas du tout les prendre. (...) Je le lui ai dit. Il m'a dit d'en prendre deux, de temps en temps. En fait, en gros, pour faire deux nuits correctes de temps en temps. Mais ce n'est pas une solution, quoi. Les nuits correctes, il faut les faire tous les jours (rires). Donc, on n'est pas tout-à-fait d'accord sur ce problème. Et d'ailleurs, je le vois, là, dans la semaine, et je crois qu'on va remettre ça sur le tapis, qu'il me trouve autre chose, qu'il analyse vraiment le problème. Et je ne veux pas marcher aux somnifères, ça il n'en est pas question !... (PF5)

. *Un docteur avec qui vous pouvez être libre, pouvoir sortir tout ce que vous avez à sortir. Parce qu'il y a des fois où je ne suis pas d'accord avec lui. On se bourlingue un peu tous les deux, mais bon ..., on est bien. On est bien tous les deux.. (...) Là, je sentais que j'allais replonger. J'ai donc été le voir et je lui ai dit: "Je ne veux plus de Prozac, c'est terminé!" Il ne voulait pas, pour lui, c'était le médicament idéal. J'ai dit: "Non! Peut-être pour d'autres mais pas pour moi, j'en veux plus! Et pour maigrir, ça ne me fait rien, donc j'arrête. Trouvez-moi autre chose!" Et c'est là qu'il m'a donné Stablon qui m'a vraiment dopée. (PF19)*

Une patiente ne supporte pas l'indifférence de son médecin à l'égard de son besoin de comprendre les mécanismes de la thérapeutique en santé mentale.

. *C'est moi qui ai dû demander. Parce que je suis curieuse dans ce domaine. C'est moi qui ai posé des questions. Je sentais qu'à la fin, je l'enquiquinai, ... je l'agaçais. Il se mettait en colère: "Bon, je sais ce que je fais, prenez ça!" Alors, il y a un jour, il m'a répondu; très rapidement et avec des mots volontairement très compliqués pour que je n'y comprenne rien. Mais c'était dommage (pour lui), parce que je venais de travailler dans un bouquin. Donc, j'ai compris. (...) Il s'agit d'un psychiatre dont les façons de procéder consistent à guérir les gens avec des médicaments et, en fait, le patient doit faire une confiance absolue. Sa philosophie, c'est: à partir du moment où ça va mieux, on ne se pose plus de questions pour savoir comment on est arrivé à ce niveau. (...) À son avis, le patient n'a pas forcément besoin de gratter, de savoir le pourquoi, le comment, les choses... C'est ça, on doit lui faire confiance. (PF1)*

PF12 paraît bien amer d'avoir dû la réussite de son sevrage à un déménagement...qui l'a obligé à changer de médecin.

. *(Mon médecin de l'époque), je lui ai demandé de prescrire quelque chose pour me sevrer du Temesta. Il m'a dit qu'il n'y avait rien pour me sevrer du Temesta. Il me dit "Je veux bien vous prescrire quelque chose, mais il a peu de chances que ça vous fasse de l'effet". Alors il m'a prescrit un autre anxiolytique (finit par se souvenir qu'il s'agit de Lexomil), ça me faisait autant d'effet qu'un coup de pied au derrière. J'étais toujours autant en manque de Temesta. Donc, j'ai laissé courir et je suis revenu au Temesta et il m'a dit, quand je suis revenu le voir: "ça ne m'étonne pas, parce que le Temesta, pour s'en défaire, c'est une horreur!". Et j'ai réussi à m'en défaire en voyant un autre médecin,- notamment par hasard, après avoir déménagé,- qui, lui, m'a prescrit du Lysanxia et qui m'a dit que je pouvais jongler avec les deux, en diminuant petit à petit le Temesta, et que ça n'allait pas être une partie de plaisir. Ça n'a d'ailleurs pas été une partie de plaisir. Mais j'ai quand même fini par réussir. Mais ça m'a pris, heu..., deux ans. (PF12)*

PF14 se plaint rétrospectivement de l'indifférence de son ancien médecin à l'égard du phénomène de dépendance.

. Au départ, j'ai fait deux généralistes. Le premier ne me pesait jamais. J'arrivais, il me demandait ce que..., combien je voulais de boîtes, et puis voilà. Donc, j'ai trouvé que ça n'avait pas d'intérêt! J'ai changé, donc, j'en ai vu un autre. Il était un peu mieux, mais bon... C'est une amie qui m'a conseillé le médecin qui me suit maintenant, qui est généraliste, homéopathe et ostéopathe et qui, lui, m'a bien aidée à... à sortir de..., de ce...(...) Le Lexomil, il m'en fallait à ce moment-là, c'est vrai. Mais sur une courte durée. Et il n'aurait pas fallu que je renouvelle comme ça les ordonnances sans arrêt. Je trouve que ce n'était pas très..., c'était trop long, quoi !... J'en ai pris trop longtemps.

- Oui..., mais vous, quelque part, quand vous demandiez ce renouvellement d'ordonnance...

- Ah oui, mais moi, je ne suis pas médecin. Moi, j'en avais besoin. Je trouvais que c'était la seule solution pour tenir debout. ..

- Oui, et si ce médecin vous avait dit "Non. Non moi j'arrête de vous renouveler." (...)

- Je ne sais pas, je ne sais pas. Non, je ne pense pas que j'aurais changé de médecin. A condition que ce soit quelqu'un qui, qui m'aide d'une autre façon, parce qu'on n'arrête pas le Lexomil comme cela! C'est très mauvais, parce qu'on a l'impression de ..., c'est très mauvais. Il ne faut pas le faire! (PF14)

7.5.3 La confiance

La confiance va de pair avec la fidélité, la stabilité des relations avec son médecin. La confiance est parfois acquise par des médecins non-directifs, comme si cette garantie de désintéressement, d'absence de dogmatisme thérapeutique réussissait mieux à séduire. Un deuxième groupe, le plus nombreux montre des attitudes critiques, fait le récit des déceptions vécues au cours d'une prise en charge. Ces énoncés désenchantés ne sont pas toujours accompagnés de ruptures avec le médecin traitant, qu'il soit généraliste ou psychiatre. La distance que l'on prendra à son égard sera simplement plus grande que pour les patients "confiants". Cette distance sera bien utile pour favoriser la consonance avec une certaine autogestion de la consommation de produits anxiolytiques. Au sein de ce groupe, les déceptions graves, rédhibitoires, se terminent par des ruptures, dont nous avons quelques récits.

7.5.3.1 La confiance dans la stabilité

. Elle donne un traitement simple. Bon, bon, par la suite, si ça vapas, elle vous prescrit un peu plus fort. Euh, donc, euh, je trouve quand même qu'elle est bien. J'ai confiance en elle. (...) Etant donné que c'est une femme, en plus, je parle mieux. Avec un homme, je peux pas, j'arrive pas, c'est plus difficile. (PF2)

. Si ça va pas bien, je vais d'abord voir mon généraliste. Parce que c'est une femme et que, bon, ben, c'est vrai, le dialogue s'instaure mieux avec elle; ça fait pratiquement 8 ans qu'elle me suit. Donc, il y a une confiance entre nous deux qu'il n'y a peut-être pas avec le psychiatre. (PF3)

. Il m'a rassurée sur ce médicament en me disant que c'était pas un des anxiolytiques les plus puissants. J'avais (...) un petit peu de culpabilité de prendre ce genre de médicament (...) à cause des médias, des gens qui vous entourent. Bon, ben, lui, il a rigolé: "C'est ridicule! les gens peuvent pas comprendre ..." C'est pas le genre de médecin qui pousse à prendre: "Si vous pouvez vous en passer, c'est très bien, Si vous en avez besoin, pas de problème, je vous en prescris." C'est quelqu'un à qui je fais énormément confiance. (PF6)

. Si on va voir son médecin, c'est qu'on lui fait confiance. Moi, je pars du principe que si mon médecin me prescrit ça, c'est parce qu'il sait ce qu'il fait, quand même!... Donc, je ne vais pas mettre sa parole en doute. Je ne vais pas non plus me permettre de lui poser des questions un petit peu trop scabreuses. Parce que, d'abord, je ne saurais pas quelles questions poser exactement. (PF10)

. Elle me demande combien j'en prends. Je lui dis (...) que je n'en abuse pas, quoi... Et c'est tout. Elle voit que... Elle me fait confiance comme moi je lui fais confiance, quoi. Voilà. (PF13)

7.5.3.2 Des déceptions sans ruptures

. Les médecins, ils cèdent, ils cèdent trop vite.

- Et, d'après vous, pourquoi cèdent-ils trop vite ?

- Pour ne pas perdre un client. Et plus d'autres, parce qu'ils ont peut-être pas autre chose à proposer. Les médecins, je dirais que lorsqu'ils ont un problème qu'ils peuvent pas résoudre, ça passe par les médicaments... (PF4)

. Je ne le questionne pas (il s'agit du psychiatre), non je ne le questionne pas du tout. En fait, même (pour) des problèmes qui m'empoisonnent, j'aborde pas ce sujet avec lui. J'essaye de temps en temps de lui glisser une petite phrase, mais j'aborde pas plus que ça. Il y a un blocage.(...) A chaque fois que je sors de chez lui, je pleure; je mets une journée à m'en remettre à chaque fois. (...) Je continue, je persiste à le voir en me disant: "ça va..., ça va déboucher sur quelque chose ". Parce que j'ai pas envie de me disperser, au niveau des médecins. Donc, je me dis: "j'ai choisi celui-là, je ne vais pas aller raconter tout à l'autre, à quelqu'un d'autre !" (...) Non, non, le peu d'information que j'ai eue, c'était sur le Prozac, je l'ai eue par mon entourage... (PF5)

. C'est ça, le problème: quand vous n'êtes pas accompagné, que votre médecin vous dit: "Voilà, vous en prenez trois fois par jour, vous revenez dans un mois." (...) Et bien, vous êtes livrée à vous-même. Pis, vous en prenez un de plus, parce que vous ne savez pas. Après, il y a une accoutumance et puis, au bout d'un an, ben, vous vous rendez compte que vous avez des troubles de mémoire. (...) Je l'ai pris plusieurs années et je ne m'en suis pas rendu compte. Vous vous rendez compte que je l'ai pas su avant au moins trois, quatre ans? Jamais, jamais, mon médecin traitant ne me l'a dit, jamais!... Et ça, aujourd'hui, c'est quelque chose qui me met dans une colère

terrible Et c'est pour ça qu'aujourd'hui, tout, tout (tape sur la table) médicament qu'on me donne, je veux savoir les effets secondaires et les effets... (PF9)

. Ils ont une sérieuse tendance à en prescrire, hein, quand même...Parce que quand ça m'est arrivé d'aller le voir pour tout autre chose et qu'il me dise "Vous avez encore du Lexomil ? Vous n'en voulez pas ?"(...) La dernière fois, en vacances à Perpignan, je m'étais fait un bobo à la jambe qui s'était abîmé par l'eau de mer. (...) Dans la conversation, je dis (au médecin consulté) "Je suis énervée en ce moment." (...) ...et elle voulait me donner des... Je lui ai dit: "Mais, je ne suis pas venue pour ça, hein!"

- Vous trouvez que les médecins ont tendance?...

- ... ont tendance à donner ça facilement. Très facilement! (...) C'est un peu dommage. (...) On vous dit systématiquement "C'est nerveux. " C'est systématique. Mais au bout d'un moment, ça me gonfle d'entendre ça. (...) "Il n'y a pas à s'alarmer, c'est nerveux. Vous prenez bien vos anti-machins ?" (PF11)

. C'était il y a vingt ans. Il m'a dit, autant que je m'en souviens : "Vous traversez une période où vous avez eu des problèmes personnels ou bien une surcharge de travail... Vous avez l'air fatigué. Je vais vous donner quelque chose qui va vous aider pendant un moment." Et puis, bon, ça m'a effectivement aidé, mais je me suis habitué et ça n'a pas été pour un moment. C'est devenu indispensable.

- Mais, il vous en avez parlé de ça ?...

- Ah, non! Pas du tout! Au contraire, il m'avait dit que c'était un médicament sans accoutumance aucune. (...) Et, je l'ai revu depuis. Et il dit qu'aujourd'hui, effectivement, on s'est aperçu que le Temesta était, est un médicament, un des pires médicaments pour... Et que les médecins essayent de ne plus en prescrire. N'en prescrivent plus, quasiment. Alors qu'à l'époque, ça se prescrivait comme l'aspirine, j'allais dire. (...) Je vais être franc: à mon avis, ils n'évaluent pas grand chose. Ils prescrivent ce que les visiteurs et visiteuses viennent leur proposer. Ils changent de médicaments parce que ça fait bien. Ils devraient les essayer sur eux. Ils sauraient ce que ça fait. Comme par hasard, les médecins sont ceux qui prennent le moins de médicaments. Tout le monde sait ça. Donc, là, je suis un peu dur, mais, je suis persuadé qu'il n'y a pas un médecin sur mille qui prend des anxiolytiques. Parce qu'ils voient trop sur leurs patients les effets que ça provoque pour essayer de s'en passer après. De toutes façons, ils ne savent pas les effets que ça provoque. Il se fient à ce qu'on leur a raconté, ce que les laboratoires leur ont dit. Mais, bon, c'est des gens qui sont faits pour vendre. (...) En France, on multiplie les médicaments semblables. Et puis chaque médecin a le sien et prescrit celui qu'il a l'habitude de prescrire. Et puis, on va voir un autre toubib. On pense qu'on va prendre un médicament différent. Bon, alors qu'en fait, on prend exactement le même. D'où, confusion totale au bout d'un moment..., et surconsommation! (silence) Vive le trou de la Sécu! (rires) (PF12)

. *Aucun médecin n'a jamais diagnostiqué mon problème (rires). C'est moi-même qui l'ai diagnostiqué et qui l'ai réglé! (PF15)*

. *(Le médecin) va être réceptif, souvent plus par politesse qu'autre chose. (...) Ça reste vraiment quelque chose de secondaire. Je ne sais pas si, à la limite ils en tiennent vraiment compte pour éventuellement se créer des bases de données pour prescrire de façon plus intelligente les médicaments à de nouveaux patients. Ça, je ne sais pas. (PFI 7)*

. *J'avais confiance en lui. Il m'a prescrit ça. Je m'en suis trouvée bien. C'était parfait. Si je trouvais que c'était pas suffisant, j'augmentais la dose, hein, je ne suis pas retournée le voir. Si un ne suffisait pas, j'en prenais deux. (...) Je crois que c'est toujours le patient qui va vers le médecin, qui dit : "Il y a quelque chose qui ne va pas. " Ce n'est pas le médecin... Bon, ça, c'est comme quand il y a la grippe. Ils feraient mieux de distribuer les ordonnances, ça éviterait de payer une consultation. C'est pour tout le monde la même chose (rire). Je crois que c'est malheureusement pareil pour tout ce qui est anxiolytique. Ils approfondissent pas, surtout la première fois. On vous dit: "Prenez du Lexomil, c'est un antidépresseur (sic), point. Ça vous convient? C'est bien! Ça vous convient pas? Revenez me voir dans huit jours!" (...) Moi, j'ai fait une tentative de suicide, mon médecin traitant est tombé des nues. Et il me soignait pour une dépression, De là à penser que j'allais pouvoir faire ça? Non! Donc, ils n'ont pas ce côté suffisamment psychologique de pouvoir analyser suffisamment les gens. (...) Ça les intéresse plus maintenant. C'est pas les médecins d'antan, hein...C'est. plus ils font de patients dans la journée et plus ça leur rapporte, enfin, c'est pas le sentiment que j'ai maintenant avec mon médecin, parce que ça fait 20 ans qu'on se connaît, mais à l'origine, c'était ça. Maintenant je me défends, maintenant c'est plus ça. (PF18)*

7.5.3.3 Des motifs de divorce

. *Si j'ai changé, c'est parce que j'avais affaire à un psychiatre. Il y a une différence entre psychanalyste et psychiatre. Le psychiatre croit uniquement en la vertu du médicament pour résoudre le problème psychique, alors, finalement, il trouvait ça normal (les effets secondaires) et moi, pas. Enfin, je veux dire qu'il n'accordait pas d'importance au fait que... Bon, j'allais tous les mois refaire le plein d'ordonnances pour tel et tel médicament. Et moi, je lui demandais autre chose, je lui demandais d'être attentif à ce que je racontais, or je sentais que ça lui était indifférent. Et donc, c'est pourquoi j'ai changé. Et donc (maintenant) j'ai affaire à quelqu'un qui m'écoute, qui diminue ... enfin, je le connais depuis 4 mois et ..., mais mes médicaments ont doucement cessé et là, vraiment je..., je prends peu de choses et, par contre, je me sens très bien, beaucoup mieux, enfin très bien même... (...) Je lui en avait parlé(des effets secondaires), mais on s'est presque accrochés. Je lui ai dit que moi, je cherchais un psychanalyste et psychothérapeute, puisque lui, il ne travaille que sur cette partie médicamenteuse et, pour lui, c'est comme ça qu'on résout les problèmes (...) Souvent d'ailleurs, il me parlait de tout sauf..., Il me parlait d'un tas de trucs marrants, enfin "marrants" parce que c'est fort, des patients dont il taisait le nom, bien sûr. Par exemple, les schizos qui lui*

écrivaient des lettres de 8 pages par jour. Bon, moi, ça m'était égal, parce que l'état de schizophrénie, j'en ai à la pelle dans les bouquins. Mais, j'aurais voulu qu'il m'entende... Par contre, en ce qui concerne mon médecin traitant (généraliste), elle a toujours répondu à mes questions avec beaucoup de gentillesse (...) Si elle voit que je suis intéressée, elle prend du temps pour m'expliquer absolument tout ce que je lui demande.(PF1)

. Lui, (le dernier médecin traitant), c'est clair, il veut absolument que je stoppe le Lexomil !

- Parce que, parce que c'est pas bon. C'est pas bon que je... Il me dit que je vis dans un monde qui n'est pas... Quand on prend du Lexomil comme ça tout le temps, dans un monde qui..., on n'a pas la réalité en face de soi, on est ..., on ne gère pas les problèmes. Il faut absolument assumer la vie telle qu'elle est: difficile et...- parce que c'est le cas! - plutôt que de se retrancher derrière le Lexomil...Mon médecin me dit: "Il vaut mieux pleurer pendant trois heures. Ça n'a pas d'importance de pleurer quand on n'est pas bien. On pleure, c'est naturel! Pleurer pendant trois heures, même pleurer pendant deux jours, plutôt que de ... de prendre du Lexomil pour que, en fait, tous les problèmes restent en soi! avec le Lexomil. Il vaut mieux évacuer en criant, en pleurant, en faisant du sport, en exprimant tout ce truc, ce mal-être qu'on a en soi plutôt que de le cacher, en fait, avec du Lexomil, parce que c'est le cas! (...) Moi, je n'ai pas confiance trop aux médecins. Parce que si j'en suis là, c'est quand même à cause du...Heureusement que j'ai rencontré ce médecin. Parce que j'aurais pu en prendre de plus en plus et de plus en plus. (...) (PF14)"

. J'en ai eu un autre (médecin traitant) qui me suivait et qui a fait une boulette avec moi (une réflexion qui m'a pas plu), et je l'ai licencié et c'est là que j'ai découvert celui que j'ai maintenant depuis 8 ans.

Lors d'une deuxième tentative de suicide, le médecin généraliste a suggéré l'envoi immédiat au C.H.S. le plus proche si cela devait se renouveler une troisième fois. Le sujet a considéré cette "réflexion" comme une véritable trahison (*Je lui en ai voulu à mort, parce que c'était notre médecin de famille, il savait tous les drames que j'avais vécus*).(…) *Mon docteur traitant est très, très, très bien. Formidable. A la limite, c'est lui qui est mon psychiatre, Je suis très bien avec lui, très libre. Je l'ai connu à ses débuts. Nos enfants étaient à la maison. Ils se tutoient et ce sont des amis*.(...) *Mon docteur me fait confiance. Il m'en donne tout le temps. Il me dit: "En avez-vous? En avez-vous pas?" C'est à moi de me gérer. (...) Tout est lié à mon enfance, de toutes façons. En cherchant bien mes problèmes, mon médecin traitant qui m'a servi de psychiatre. on a bien trouvé toutes les raisons. Il y a tout un travail avec mon médecin traitant. Quand il m'a fait aller voir un psychiatre, j'ai dit: "J'y vais pour vous faire plaisir, mais je sais que ça ne marchera pas. " J'ai dû y aller 10, 12 fois. Quand je retournais voir mon docteur, je lui disais : "Mais, vous savez, je suis mieux avec vous qu'avec lui. Vous me connaissez mieux. Vous connaissez mon entourage et vous savez tout ce que j'ai pu vivre et comment c'est maintenant. Donc vous pouvez maintenant me jauger et m'aider. Lui, je peux lui raconter ce que je veux. On peut le berner comme on veut, le psychiatre. Vous dites ce que vous voulez. Alors, là, je n'arrive pas à comprendre son utilité, Ça, ça me dépasse!..." (PF19)*

Cette longue histoire de rupture mérite d'être relue et soulignée: *"Mon docteur me fait confiance, il m'en donne tout le temps"*. Se représente-t-elle aussi le psychiatre comme quelqu'un qui pourrait lui faire confiance? Si c'est le cas, pourquoi imaginer d'emblée qu'il s'agisse de le "berner" ?

Cet exemple pose la question suivante : Le groupe de ceux qui ont fini par trouver un médecin en qui ils ont confiance n'est-il pas en grande partie composé de ceux à qui le médecin fait confiance? Et derrière cette expression fourre-tout, ne faut-il pas voir la reconnaissance du patient pour celui ou celle qui ne cherchera pas à déstabiliser une stratégie de survie psychique qui leur paraît sans alternative?

7.6 Conclusion

L'échantillon des patients français se caractérise certainement par la durée moyenne de prise pratiquement ininterrompue de médicaments anxiolytiques: 89 mois avec une médiane à 60 mois. Cette ancienneté dans la carrière de consommateur est exceptionnelle par rapport à l'échantillon québécois. Elle fait éclater le décalage entre les pratiques des usagers et les discours des prescripteurs. Elle est, très logiquement, concomitante d'une certaine sélection des couples "consommateur/produit" telle que les productions verbales relatives à la dépendance, d'une part, à celle des effets secondaires "classiques", d'autre part, sont respectivement sur-représentées ou sous-représentées (cf. § 7.4, début).

Quinze sujets sur vingt reçoivent leur prescription d'un médecin généraliste, deux d'entre eux seulement voient également un psychiatre. Cinq la reçoivent d'un psychiatre qui l'a initiée. Ces derniers voient également un généraliste, mais les types de coopérations entre généraliste et psychiatre sont diverses ou ne sont pas mentionnées dans les entretiens. Treize sujets sur vingt ne voient qu'un généraliste, soit après échec d'un suivi par le psychiatre, soit par refus d'en consulter, soit parce que, ni eux, ni leur généraliste n'a évoqué cette possibilité. En résumé, les situations de coopération sont très rares et il semble qu'en matière thérapeutique, le patient soit le seul messenger des ordonnances de l'"autre". Le produit arrivant en tête des anxiolytiques pris au moment de l'enquête représente 50 % des prescriptions initiales par des généralistes et aucune de celles des psychiatres.

Six patients sur 10 prennent un autre psychotrope. Quatre en prennent deux autres. Les six sujets recevant un antidépresseur prennent des ISRS (2), des IMAO sélectifs (2), des non IMAO non imipraminiques (2).

Pour 15 sujets sur 20, la première consommation d'anxiolytique est sans discontinuité avec celle que l'on observe dans l'enquête. Trois consommateurs de moins d'un an font une répétition de traitements anciens.

Les causes de première prescription rapportées par les patients font apparaître trois sous-groupes:

- les chercheurs de sommeil paisible (4);
- les victimes de chocs émotionnels violents considérant qu'une ou plusieurs causes exogènes identifiées expliquent le déclenchement de leurs troubles (9) - six d'entre eux font état d'une rupture de couple, trois mentionnent un deuil, ou la maladie grave d'un proche, associé ou non à un autre problème ;
- les sujets rapportant des difficultés psychiques endogènes et souvent très anciennes (4), aggravées ou non par des événements extérieurs multiples et souvent mal identifiés (3).

Les intersections, voire les interpolations des nosographies spontanées sont nombreuses. Une partie de l'échantillon résiste avec vigueur à toute étiologie et traitement psychiatriques de ses troubles. Les sujets suivant une psychothérapie et déclarant qu'ils progressent grâce à elle sont très peu nombreux (deux ou trois). Des confusions sont fréquemment faites sur les qualifications

d'antidépresseur, d'anxiolytique ou d'hypnotique, particulièrement pour les produits qui ont été abandonnés.

Quatre sujets sur vingt évoquent les troubles du sommeil en début d'entretien, dix le font en fin d'entretien. Le mauvais sommeil est vu comme une cause ou comme une conséquence d'un dérèglement qui contraint au recours médicamenteux. Lorsqu'il est causal, le mauvais sommeil clôture efficacement toute interrogation sur l'équilibre psychique global. Dix sujets sur 20 font référence à un état dépressif, parfois "non-mineur".

Les symptômes de l'anxiété sont mieux décrits que ceux des autres troubles, en particulier dans leurs manifestations physiques récurrentes.

Pour dix-sept des 20 patients interrogés, les médicaments anxiolytiques sont faits pour lutter contre l'anxiété, qu'elle arrive sous forme de crise ou qu'elle soit permanente. Le maintien au long cours du lien social, familial, professionnel, est la seconde vertu qu'on leur attribue. Enfin, ils permettent de prévenir des issues plus graves. Chaque sujet parle des bienfaits des anxiolytiques de façon consonante à sa durée de prise: les avantages liés au passage d'un "mauvais moment" ne sont donc pas très développés dans les entretiens, sauf lorsque les mauvais moments sont présentés comme récurrents depuis de nombreuses années.

Ces avantages rendent l'anxiolytique acceptable, mais non désirable. A l'exception de quelques discours centrés sur la recherche de sommeil, le caractère insuffisant et parfois exorbitant d'une solution purement symptomatique à des problèmes ressentis comme fondamentaux scandalise et irrite. Il pose le problème de l'arrêt des prises.

La notion de dépendance est abordée par une grande majorité des sujets de l'échantillon. Beaucoup en parlent en termes de conditionnement psychologique. S'ils s'en inquiètent pour l'avenir, on ne peut dire qu'il leur fait peur. Un très petit nombre a identifié le syndrome de sevrage comme différent d'une absence d'effet bénéfique de la prise. Ceux-là sont beaucoup plus motivés pour envisager l'arrêt définitif mais ont, à l'inverse de ceux qui n'ont pas tenté l'arrêt, une représentation très péjorative de leurs capacités à faire face aux difficultés du sevrage. Beaucoup de ceux qui s'avouent "dépendants" ne considèrent pas qu'il s'agisse d'un effet secondaire du médicament.

Les effets secondaires classiques sont très peu évoqués dans l'échantillon français. De nombreuses notations ont donc été faites sur des produits essayés puis abandonnés en raison de leurs effets secondaires. Dans la hiérarchie des effets associés à un sentiment de gêne vient en premier la perte de personnalité et l'indifférence. Effet secondaire renvoie plus facilement à "état second" qu'à effet indésirable. Ensuite viennent les pertes de mémoire et d'attention. Les somnolences sont souvent citées et décrites mais paraissent revêtues d'une excuse légitime, celle de mal nécessaire, voire recherché, dont la survenue est "logique" avec ce type de produit.

La communication avec le médecin reflète une conduite générale de censure des informations sur l'ensemble des effets des traitements médicamenteux. Cette conduite est concomitante d'une représentation, souvent issue d'un apprentissage, anticipant l'échec des processus qui se déroulent à partir d'informations non sollicitées par le médecin. Ainsi, les modifications de traitement, les initiations de sevrage, les arrêts de sevrage, sont fréquemment accompagnés d'une rupture, d'un

passage de seuil en-deça duquel silence et observance sont de rigueur: un éclat de voix soudain sur les mauvais effets d'un produit, un changement de médecin traitant, volontaire ou fortuit. Les propos critiques à l'égard des prescripteurs sont rares. Les conflits non résolus au moment de l'enquête sont pratiquement inexistantes. Les patients s'insurgent contre les lenteurs ou l'opacité opérationnelle de la psychothérapie. Ils regrettent les absences de mise en garde contre les risques de dépendance. Ils n'ont jamais expérimenté le refus de prescription d'un produit présenté au médecin comme bien adapté à leurs troubles.

CHAPITRE 8

CONCLUSION GÉNÉRALE

Au terme de cette recherche, plusieurs questions surgissent. Les premières sont naturellement conséquentes à toute lecture suivie des quatre chapitres centraux (4 à 7) rendant compte des quatre segments de l'enquête de terrain. Les deuxièmes sont les questions plus classiques d'un "retour sur projet" en fin de recherche.

Le premier groupe de questions occupera la plus grande place de cette conclusion générale.

Les différences de représentations des patients et des médecins sont-elles réductibles à des différences dans l'appropriation de contenus savants? Reflètent-elles simplement les différences de statuts, de rôles et d'expériences ? Les différences nationales existent-elles ? Sont-elles imputables, et jusqu'à quel point, aux différences de politiques publiques sur la consommation de médicaments anxiolytiques, aux différences de règles du jeu économiques qui caractérisent la pratique médicale de part et d'autre ?

Les différences nationales s'expriment-elles davantage du côté des représentations des patients, ou de celles des médecins ? Les différences de représentations selon le statut de patient ou de médecin diffèrent-elles, elles-mêmes, selon les pays d'appartenance ?

Un premier exercice comparatif a consisté à rapprocher les discours des patients et des médecins dans chaque pays d'enquête (§ 8.1 ET 8.2). Ces comparaisons sont suivies d'une discussion (§ 8.3) qui questionne les différences nationales des proximités et des écarts entre ces deux acteurs.

8.1 Comparaison des discours des patients et des médecins québécois

Dans cette section sont repris certains points exprimés dans les résumés des chapitres "québécois" sur les patients d'une part, et les médecins d'autre part, dans le but de comparer des éléments des discours respectifs de ces deux groupes de sujets. Seuls quelques thèmes principaux ont été retenus: 1) les indications et l'utilité des anxiolytiques, 2) les effets secondaires, 3) l'attitude envers la dépendance et les difficultés du sevrage.

De manière générale, on peut observer une forte convergence et similarité des propos des patients et des médecins québécois sur ces trois thèmes.

8.1.1 Les indications et l'utilité des anxiolytiques

Les patients et les médecins tiennent un discours très similaire sur les indications des anxiolytiques. Le discours des médecins sur la première indication de ces médicaments - la crise situationnelle - trouve reflet dans les rapports des patients sur les circonstances ayant amené la majorité d'entre eux à leur première consommation: des crises situationnelles engendrées par des pertes ou séparations de personnes proches, des accidents.

Les propos des patients et des médecins concernant l'utilité à court terme des anxiolytiques sont également semblables. Les deux groupes désignent ces médicaments comme très utiles pour aider à s'endormir et pour diminuer la tension physique qui s'exprime par divers malaises corporels.

Chez les médecins, l'insomnie et la tension sont d'ailleurs vues comme les principales manifestations de l'anxiété. Les discours convergent également à propos de l'efficacité moindre ou inexistante du traitement de longue durée de l'anxiété ainsi que de la méfiance à son égard (à cause du risque de dépendance). Plusieurs médecins constatent l'inefficacité des anxiolytiques à plus long terme. Ceci se confirme dans le discours de plusieurs patients, chez qui persistent symptômes d'anxiété et de dépression même après des années de consommation. Lié au point précédent, l'indication principale de la consommation de longue durée qui émerge des propos des deux groupes de sujets a peu à voir avec l'efficacité comme telle du médicament - elle est davantage axée sur les difficultés du sevrage.

Le discours des médecins sur la place de choix qu'occupent maintenant les antidépresseurs de type ISRS dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs trouve son pendant dans le fait que presque la moitié des patients prennent un antidépresseur avec leur anxiolytique - et qu'il fut impossible de recruter davantage de sujets qui consommaient uniquement le dernier produit. On observe aussi une convergence des discours sur la valeur des antidépresseurs: on en parle chez les deux groupes comme des substances proprement "psychiatriques", des substances qui servent à traiter des problèmes "profonds" - en contraste avec les anxiolytiques, qui sont présentés plutôt comme remèdes pour l'insomnie, la tension et les malaises qui caractérisent les crises récurrentes.

L'utilité de la psychothérapie est abordée différemment par les deux groupes de sujets. Chez les patients, la psychothérapie est décrite comme démarche complémentaire à la prise de médicaments plutôt qu'une véritable alternative. Pour leur part, les médecins parlent rarement de la psychothérapie, même si deux médecins la considèrent essentielle ou vont même jusqu'à la décrire comme la seule façon d'intervenir efficacement sur les causes de l'anxiété. Quand les autres médecins en parlent, c'est surtout pour dire qu'elle n'est pas accessible ou qu'elle est trop coûteuse pour la plupart des gens, ou que ces derniers ne sont pas motivés. Chez les patients, plusieurs disent avoir essayé une thérapie (sans trop préciser laquelle mais, à trois reprises, en faisant référence à une "analyse" ou une "psychanalyse", ce qui semble improbable dans le contexte québécois), mais peu ont persisté.

En conclusion, il ressort du discours des patients de cet échantillon que l'insomnie et les symptômes classiques de l'anxiété semblent avoir été les premières manifestations principales de leurs perturbations et que le médicament anxiolytique a été, dans 19 cas sur 20 (un sujet ayant débuté sa consommation en les obtenant de sa mère), la réponse principale du médecin à ces symptômes. Du discours des médecins, il ressort que - quel que soit le contexte de la consultation (salle d'urgence, bureau privé, etc.) - pratiquement n'importe quel patient qui présente les symptômes classiques recevra une prescription anxiolytique (ou, plus récemment, une prescription modifiée par les nouvelles indications des antidépresseurs ISRS). Cette facilité de la demande et de la réponse initiales n'est aucunement remise en question par les sujets médecins ou patients, l'anxiolytique étant représenté comme parfaitement indiqué pour ces symptômes, à court terme. C'est pourtant cette même facilité qui déclenche le processus menant éventuellement à la dépendance, problème principal associé dans les deux discours à la consommation d'anxiolytiques.

8.1.2 Les effets secondaires

Chez les patients comme chez les médecins, le sens premier d'un effet secondaire est celui d'un effet indésirable. Il y a une tendance chez les deux groupes à inclure spontanément la dépendance comme effet secondaire, bien que de part et d'autre on se pose parfois la question. Il y a aussi une bonne convergence quant aux effets secondaires spécifiques rapportés par les deux groupes: somnolence, perte d'équilibre, pertes de mémoire, confusion, baisse de libido. Les médecins parlent quelquefois de confusion chez les personnes âgées, effet que les sujets de l'échantillon, plus jeunes, n'ont pas nommé. Le seul effet mentionné par les patients mais absent du discours des médecins est l'effet anesthésiant ou l'indifférence psychique.

La catégorie conceptuelle "d'effet secondaire" ne semble pas très utile aux patients puisqu'ils l'utilisent peu spontanément, en contraste avec les médecins. Cette différence à part, on remarque dans les deux discours un effort pour minimiser l'impact concret des effets indésirables sur les patients. Même si 17 patients sur 20 mentionnent au moins quelques effets indésirables, ces mêmes sujets disent ne pas véritablement en souffrir. Du côté des médecins, certains estiment que la plupart des patients n'en ont pas vraiment et que ces effets comportent, de toutes façons, une forte composante psychologique.

8.1.3 L'attitude envers la dépendance et les difficultés du sevrage

Ici encore, nous observons que les discours des deux groupes se ressemblent. Passée la crise initiale qui justifie la demande du médicament et sa prescription, la dépendance apparaît comme le centre de tous les enjeux et de toutes les stratégies liées à l'utilisation d'anxiolytiques.

Tout les sujets sont "contre" la dépendance en principe, mais plusieurs tiennent un discours qui témoigne d'une ambivalence face à l'anxiolytique, sa prescription ou sa consommation. Chez les médecins, par exemple, les anxiolytiques sont vus comme médicaments très utiles - mais seulement si les patients ne s'y accrochaient pas! Les médecins ne s'interrogent cependant pas sur le fait qu'il soit si facile d'initier un traitement. Du côté des patients, l'ambivalence est aussi forte mais vécue différemment, puisqu'ils consomment les médicaments. Ici, les patients décriront en détail les comportements dont ils savent qu'ils indiquent manifestement une dépendance, mais un ou deux seulement ira jusqu'à apposer cette étiquette sur ses *propres* comportements. Les médecins hésitent moins à qualifier les patients d'accoutumés ou de dépendants. Ils parlent volontiers de patients qui ne peuvent tout simplement pas cesser leur consommation et une bonne majorité des médecins indiquent que leur clientèle actuelle comprend de tels patients - surtout âgés.

Les discours des deux groupes convergent aussi en ce qui a trait au sevrage: celui-ci est décrit uniformément comme étant extrêmement difficile, sinon impossible. Médecins et patients abondent en descriptions de ces difficultés. On note parfois dans les deux discours comment les difficultés de sevrage deviennent autant le motif de vouloir cesser complètement la consommation que l'incitatif à la continuer. Quand le cas est compliqué - c'est à dire quand le sevrage est très difficile ou que de d'autres problèmes surgissent - on réfère aux psychiatres. Des généralistes font allusion au fait qu'ils comptent sur les psychiatres pour entériner certaines prescriptions interminables.

Face aux difficultés du sevrage, les patients tendent à blâmer le médicament, leur généraliste ou leur psychiatre. Quant aux médecins, ils sont généralement d'accord sur l'idée que les patients dépendants ne veulent pas arrêter. Ayant essayé sans succès d'en sevrer plusieurs, ces médecins expriment l'avis qu'il ne faut pas bousculer ces patients au nom de "principes". Faisant surtout référence aux conséquences dramatiques du sevrage brusque chez les utilisateurs âgés chroniques, ils se demandent si l'objectif idéal d'entreprendre un sevrage "à tout prix" n'est pas simplement utopique.

8.2 Comparaison des discours des patients et des médecins français

Dans cette section sont repris certains points exprimés dans les résumés des chapitres "français" sur les patients d'une part, et les médecins d'autre part, dans le but de comparer des éléments des discours respectifs de ces deux groupes de sujets. Les thèmes retenus seront les mêmes que dans la comparaison québécoise supra: 1) les indications et l'utilité des anxiolytiques, 2) les effets secondaires, 3) l'attitude envers la dépendance et les difficultés du sevrage.

8.2.1 Les indications et l'utilité des anxiolytiques

Les patients et les médecins tiennent un discours légèrement différent sur les indications des anxiolytiques. Les médecins évoquent certes les circonstances des crises situationnelles qui ont engendré de l'anxiété, mais, outre le fait que les situations qu'ils retiennent ne se retrouvent pas citées avec la même fréquence par les patients (les réactions aux décès, craintes du chômage ou des examens sont plus fréquemment citées par les médecins que les divorces ou séparations), deux types de plainte ne sont pas rapportés avec l'importance qu'elles ont dans le corpus des entretiens avec les patients: les symptômes dépressifs et la demande exclusive de sommeil réparateur.

Les propos des médecins concernant l'utilité des anxiolytiques sont orthodoxes, au sens où ils ne vantent que l'efficacité symptomatique de ces produits dans une perspective de prescription de courte durée. Les patients français seraient très peu nombreux à pouvoir tenir le même discours. Ainsi, lorsqu'ils vantent l'utilité de l'anxiolytique, c'est soit parce qu'il permet de surmonter des crises qui reviennent souvent et depuis longtemps, soit parce que le médicament est considéré comme apte à maintenir, dans la durée, le lien familial et professionnel.

Les médecins intègrent le diagnostic des affections considérées comme psychosomatiques dans les indications des anxiolytiques. Il n'y a pas de patients dans notre échantillon qui relève de cette catégorie. Cette absence relève d'une part, d'un choix délibéré de critères d'inclusion dans l'enquête, mais aussi, sans doute, du fait que ces patients n'identifient pas aisément le produit anxiolytique dans l'ensemble de leur traitement.

Les médecins généralistes français parlent peu des antidépresseurs. En cela, les patients leur ressemblent. Chez ces derniers, la mention des antidépresseurs intervient souvent pour rappeler le nom de produits qui n'ont pas pu être pris durablement en raison de leurs effets indésirables. D'une façon générale, les patients qui sont sous double médication ont une expérience plus douloureuse de la souffrance psychique et voient plus fréquemment un psychiatre. Dans l'échantillon des patients

seuls 2 patients sur 20 recevaient également un antidépresseur tout en n'étant suivis que par un médecin généraliste.

Les médecins parlent peu de psychothérapie et n'en attendent manifestement que peu de choses. Les patients en parlent davantage mais présentent une plus grande hétérogénéité. Une très faible minorité, deux sur vingt, ont expérimenté ce qu'ils ressentent comme une guérison grâce à une psychothérapie. Les autres s'en détournent, s'en défendent, s'y soumettent sans conviction, ont expérimenté des échecs, dont ils ne parlent qu'allusivement, avec des psychiatres. Tout se passe comme s'il y avait une convergence d'opinions négatives ou désabusées sur la psychiatrie où se font l'essentiel des psychothérapies pour cause de prise en charge par l'Assurance-Maladie, et des restrictions d'intérêt pour la psychanalyse et les psychothérapies non menées par des psychiatres en raison des difficultés financières qu'elles soulèvent. Les patients en font part, les médecins généralistes font silence.

Enfin, dernière convergence, les médecins ne sont ni méprisants, ni critiques, vis-à-vis de la demande directe de prescription d'anxiolytiques par les patients. Ces derniers le confirment. Ils n'essuient jamais de refus ou de résistance de la part de leurs médecins généralistes, lorsqu'ils signalent le nom du produit qui leur convient le mieux.

8.2.2 Les effets secondaires

Beaucoup de patients et la quasi-totalité des médecins considèrent que l'induction d'une dépendance ne mérite pas le nom d'effet secondaire car elle n'entre pas dans sa définition. Cette dernière fait l'objet d'un large consensus autour des notions d'effets "non recherchés" et "indésirables" ou "gênants".

Patients et médecins de nos échantillons seraient d'accord pour minimiser l'impact des survenues d'effets secondaires classiques avec les médicaments anxiolytiques. En revanche, la hiérarchie des effets gênants n'est pas identique. Pour les médecins c'est d'abord la somnolence, puis les pertes de mémoire qui font problème. Pour les patients c'est d'abord la perte de "personnalité" et l'indifférence ou insensibilité psychique, puis les pertes de mémoire. Les somnolences sont décrites, mais, au moment de l'enquête, il semble que les patients y aient porté remède, soit par la posologie, soit par l'acceptation raisonnée d'un niveau de vigilance légèrement inférieur. Les écarts de représentations révélés par les entretiens ne sont pas énigmatiques. En premier lieu, notre échantillon de patients a exclu les personnes âgées, auxquelles se réfèrent souvent les médecins quand ils pensent à des effets secondaires graves. D'autre part, il est probable que les souvenirs marquants d'effets secondaires sont associés, chez le médecin, à une décision de changer de produit. Pour les patients, au moment de l'enquête, ces tâtonnements avant de trouver le produit adapté appartiennent au passé.

Un malentendu structurel persiste entre patients et médecins sur la déclaration des effets secondaires. Les patients pensent généralement que le médecin devrait s'en inquiéter régulièrement et mettre en garde de façon préventive en début de traitement. Les médecins pensent que le patient doit en faire la déclaration spontanée, pour éviter le risque d'artefact. Quant aux mises en garde préventives, elles sont trop contradictoires de la suggestion d'efficacité pour trouver leur place dans la consultation.

8.2.3 L'attitude envers la dépendance et les difficultés du sevrage

Ni les médecins, ni les patients n'apprécient la dépendance et la chronicisation des prises de médicaments anxiolytiques. Les patients qui reconnaissent leur dépendance (dix-huit sur vingt), sans forcément la nommer ainsi, ne critiquent pas leur médecin de leur prescrire le produit dont ils avouent le besoin. Mais ils se scandalisent souvent de ne pas être suffisamment prévenus à l'avance de ce risque et surtout, se révoltent à l'idée qu'il n'existe pas de traitement autre que symptomatique à leurs troubles.

Les médecins ne paraissent pas décidés à s'investir pour distinguer systématiquement les symptômes anxieux ou dépressifs, des effets de sevrage ou de rebond. Plusieurs médecins considèrent que les effets indésirables rapportés par les patients sont subjectifs et liés aux troubles primaires eux-mêmes. De leur côté, peu de patients ont réussi à distinguer les malaises du manque et les crises anxieuses. Beaucoup de consommateurs au long cours croient traiter une anxiété spécifique et personnelle en avalant une pilule. Il ne semble pas que leur médecin prescripteur ait jamais tenté de les initier à une autre hypothèse.

Tous les médecins de l'échantillon manifestent une attitude fataliste et impuissante face aux patients dépendants. L'ambivalence de ces derniers les empêche de faire le procès de cette relative indifférence que, pourtant, beaucoup perçoivent. Les relations restent donc, dans l'ensemble harmonieuses. Le libre choix du médecin diminue les tensions marginales.

8.3 Discussion

L'acculturation des patients aux pratiques et savoirs de l'institution médicale paraît forte. Mais cette acculturation, s'agissant de deux pays développés, se produit dans une relative transparence. On aurait pu s'attendre à constater une domination du savant sur le profane, avec les inévitables distorsions de sens et, subséquentement, de stratégies, impliquées par cette domination. Il n'en est presque rien. Tout se passe comme si le médecin qui prescrit n'en savait pas beaucoup plus que le patient qui consomme. Tous deux paraissent écrasés par l'absence d'alternative au médicament anxiolytique. Presque tous les écarts de représentations sont explicables par les différences de statuts, de rôles, d'expériences de l'objet. Le pouvoir de prescrire est du côté du médecin. Le pouvoir de se plaindre, du côté du patient. L'usage de ces pouvoirs converge vers l'objet de résolution qu'est le médicament. Les conflits des patients québécois avec leur médecins généralistes qui refusent les renouvellements se règlent éventuellement par l'appel au psychiatre. Les patients français n'ont pas ce genre de conflits. Les institutions de régulation économique et les cultures professionnelles propres à chaque pays peuvent largement rendre compte de ce minime écart de posture des acteurs dans leurs interactions respectives.

8.4 Les différences nationales

Un deuxième exercice comparatif a consisté à rapprocher les résultats des enquêtes des deux pays, acteurs par acteurs (§ 8.4.1 et 8.4.2.).

8.4.1 Les médecins généralistes des deux pays

Comme cela a été rappelé au chapitre 3, l'échantillonnage des médecins a nécessairement tenu compte des différences de fait dans l'exercice de la pratique généraliste. On aurait pu s'attendre à de considérables conséquences sur l'approche du médicament anxiolytique, en termes de doctrine et de pratique, puisque d'une part, l'exercice salarié en CLSC, d'autre part la mixité d'exercice incluant une expérience hospitalière quasi quotidienne sont des données de la situation québécoise qui n'ont pas d'équivalent dans un échantillon se voulant représentatif de la pratique généraliste française. Les effets de ces variables semblent bien s'être manifestés, mais on ne saurait en exagérer l'importance. Une autre hypothèse, plus culturelle, aurait pu être faite sur l'influence respective de la psychanalyse en Europe et des courants neurobiologiques en Amérique, plus aisément portés par le bilinguisme canadien et les proximités universitaires. On en voit des indices présomptifs également très atténués.

- Le tronc commun

Médecins québécois et médecins français pensent que les médicaments anxiolytiques sont utiles et même indispensables. En France, on insiste davantage sur la nécessaire présence de l'anxiété, au Québec, sur l'existence d'une crise situationnelle. Dans les deux pays, on insiste sur le caractère temporaire du traitement, critère quasi exclusif du succès de la prescription. Dans les deux pays, l'impossibilité d'arrêter la prise d'anxiolytique en raison de la difficulté du sevrage est considérée comme un échec du traitement. Dans les deux pays, on considère qu'il est extrêmement difficile de trouver une alternative à la chronicisation du traitement. Les médecins québécois, considérés par les patients de l'échantillon comme résistants au renouvellement développent néanmoins les mêmes arguments que les médecins français pour justifier ces renouvellements: au nom d'une diminution très lente qui sera la seule issue pour le sevrage, pour éviter une déstabilisation dramatique, pour éviter un moralisme inefficace devant un patient qui dit en avoir besoin.

Médecins français et médecins québécois minimisent l'importance des effets secondaires classiques et estiment que les déclarations de patients à ce sujet sont souvent très subjectives. Dans les deux pays, ce sont les patients qui regrettent une perte de personnalité, le sentiment d'une coupure du réel, une insensibilité psychique. Les médecins ne mentionnent pas ces aspects, dont il est probable que les patients ne leur parlent pas aussi bien qu'à un enquêteur. Dans les deux pays, les somnolences et pertes de mémoire sont considérées comme des inconvénients objectifs de ces produits.

Dans les deux pays, la notification des effets secondaires aux autorités de pharmacovigilance est manifestement sous utilisée pour des raisons strictement identiques. Lorsqu'un effet est connu, le praticien ne voit pas l'intérêt d'une notification supplémentaire. Lorsqu'il est rare ou grave, il manque de certitudes pour le déclarer ou trouve la procédure trop lourde.

- Les contrastes

Les échanges avec les collègues, et particulièrement les psychiatres, arrivent en tête des sources d'information sur les anxiolytiques chez les médecins québécois. Cet item n'arrive qu'au sixième rang chez les médecins français, loin derrière l'expérience clinique personnelle, qui est dans le groupe des items les moins cités au Québec. Le mot "psychiatre" n'est intervenu qu'une fois dans l'ensemble du corpus des entretiens français. Les médecins québécois ignorent donc moins leurs collègues psychiatres ou les considèrent avec une plus grande estime. Il arrive évidemment qu'ils leur adressent des patients et ils en parlent sans difficulté au cours d'un entretien centré sur le médicament anxiolytique. Nous savons que les médecins généralistes français, aussi, adressent parfois leurs patients à un psychiatre, mais il est remarquable qu'aucun médecin de l'échantillon français n'ait évoqué ce cas de figure, ni pour le fait que cette orientation du patient ait pu être générée par les impasses de son propre traitement, ni pour ses conséquences sur les prescriptions à venir.

Il semble aussi que les médecins québécois parlent davantage de psychothérapie comme traitement du trouble anxieux. Peut-être ne sont-ils pas persuadés de son efficacité, mais leurs attentes sont encore neuves. Ils n'en parlent pas comme s'ils avaient "décidé" que le succès d'une psychothérapie est improbable et que sa réalisation est difficile.

Il est difficile de comparer les attitudes doctrinales des deux groupes de médecins vis-à-vis de la dépression, mais il est probable que les différences portent, ici, sur la représentation des trois pôles sémiologiques que sont l'insomnie, les états dépressifs et les symptômes d'anxiété. Il semble que, pour le médecin québécois, l'anxiété et l'insomnie ayant partie liée, la distinction entre les effets anxiolytiques et les effets hypnotiques des benzodiazépines soit inutile. En revanche, le médecin français cherche sans doute à savoir, - le pragmatisme étant souvent la règle, - si le "bon sommeil" viendra avec une molécule classée comme hypnotique ou comme anxiolytique. A une exception près, les médecins français considèrent qu'il est possible de traiter des "états dépressifs" avec des anxiolytiques, souvent faute d'avoir pu tenir assez longtemps l'observance d'un antidépresseur. D'une part, la rigidité des posologies et des précautions de l'antidépresseur est rebutante, à en croire les louanges sur la "souplesse" des anxiolytiques, d'autre part, ils pensent que l'une des composantes de la dépression anxieuse qui est la mésestime de soi et l'inhibition peut céder grâce à l'action de déconnexion, à l'égard des conflits et frustrations sociales, opérée par l'anxiolytique. Plus proches des psychiatres et peut-être plus sensibles aux schémas étiologiques mettant en cause le déficit de sérotonine dans les causes de la dépression, il semble que les médecins généralistes québécois soient plus enclins à prescrire des antidépresseurs ISRS en gardant à l'anxiolytique un rôle complémentaire, apte à réguler le sommeil.

Certaines molécules ne sont pas commercialisées dans l'un ou l'autre pays et nous n'avons pas envisagé d'investigations spécifiques auprès des autorités ou des industriels pour en connaître les raisons. Mais, parmi les molécules distribuées dans les deux pays, les choix français et québécois, apparus au travers des échantillons de patients, quoique peu représentatifs, se révèlent très fortement différents. La première molécule consommée par les patients québécois, assez souvent citée par les médecins de Laval, est connue en France sous l'indication assez restreinte d'anti-convulsivant.

Les médecins québécois ont montré moins de réticences que les médecins français à citer les produits qu'ils aiment ou n'aiment pas prescrire. Leurs relations avec l'industrie pharmaceutique et les visiteurs médicaux paraissent moins importantes et, de ce fait, sont probablement moins culpabilisées.

L'enquête auprès des patients québécois suggère fortement qu'il existe une différence de comportement médical devant les demandes de renouvellement. Ce fait est paradoxal, car les déclarations des médecins québécois eux-mêmes présentent une identité d'argumentation déjà soulignée par rapport aux médecins français face au renouvellement. Il reste néanmoins vrai que, mis côte à côte, les énoncés des médecins québécois relatifs aux problèmes posés par la dépendance présentent une plus grande intensité de préoccupation, une attitude plus tourmentée. La prescription de renouvellement est citée de façon plus transparente comme l'une des circonstances importantes de prescription. Le volume total d'énoncés cités relatifs à la dépendance est plus important dans le corpus québécois.

Enfin, contraste mineur, mais qui mérite d'être signalé: les médecins français considèrent à la quasi-unanimité qu'on ne peut connaître les effets secondaires qu'à partir des déclarations des patients et une grande majorité d'entre eux pensent que ces déclarations doivent être spontanées. L'échantillon québécois est, de ce point de vue, plus hétérogène. Un certain nombre de médecins québécois pensent que c'est le rôle du médecin de provoquer ces déclarations. Leur expérience lucide des patients dépendants leur font douter que ces derniers puissent compromettre une nouvelle prescription par des plaintes sur les effets secondaires.

8.4.2 Les patients consommateurs des deux pays

On verra, dans les annexes méthodologiques, que les échantillons de patients n'ont pu être appariés autant qu'il eût été souhaitable. La technique de recrutement n'a pas été la même à Montréal et à Nantes, principalement parce que, dans cette dernière ville, on craignait les biais induits par un recrutement de sujets par voie de presse dans un pays où les universitaires et chercheurs n'utilisent que très rarement cette méthode. L'échantillonnage par quotas, ayant failli à atteindre un ratio hommes/femmes identique à celui de Montréal, y a été spontanément influencé par la réalité française des consommations de médicaments anxiolytiques. Ces deux distorsions pouvaient laisser craindre des différences d'origine peu identifiable. La lecture des chapitres 6 et 7 dissipe une bonne part de ces craintes.

- Le tronc commun

Les chercheurs de sommeil paisible ont exactement la même représentation de la difficulté à s'endormir. Ils ne se déclarent pas particulièrement angoissés, mais ne supportent pas que, la nuit, leur activité cérébrale continue et soit en quelque sorte incontrôlable, avec le retour des images et des situations les plus pénibles. Les énoncés français et québécois seraient facilement interchangeables, de même que la distinction homme/femme est ici difficile à discerner.

La description des manifestations physiques des crises d'anxiété ne connaît pas non plus de frontières. Ce sont bien les mêmes organes souffrants, les mêmes symptômes qui sont décrits comme intolérables.

Patients français et patients québécois détestent l'idée d'avoir à prendre des médicaments pour résoudre leur problème. Ils redoutent les conséquences pour l'avenir. Ils ont peur de ne pas pouvoir se passer de leur produit. Ils ont peur de ne pas réussir leur sevrage, mais ils ont également peur de l'initier. Ils ont, en majorité, fait des expériences malheureuses ou inachevées en psychothérapie ou s'en sont détournés d'emblée, pensant qu'il s'agit d'une solution inadaptée.

Ils ont tous réfléchi aux raisons pour lesquelles ils sont "obligés d'en prendre", aux situations dans lesquelles ils pourraient se passer de leurs produits. L'un pense que s'il travaillait, il ferait naturellement de meilleures nuits, l'autre fait remarquer que si elle ne travaillait pas, il lui serait égal de faire de mauvaises nuits. La description des blessures de la vie, événements malheureux, enfance difficile, est souvent parallèle à une mésestime de soi, un déficit des capacités à faire face aux événements stressants. Il n'y a pas de spécificité nationale de ces segments discursifs.

La description des effets de déconnexion cognitive et sociale dus aux anxiolytiques est identique. Il y a également des énoncés interchangeables.

L'anxiolytique est souvent un "home d'accueil" permanent pour les petites et grandes dépressions qui résistent aux antidépresseurs et/ou pour les patients qui n'en supportent pas les effets indésirables. Entre deux traitements qui ne marchent pas, l'anxiolytique est considéré comme un produit d'attente, et de survie la moins inconfortable possible.

Les patients français et québécois recherchent une consonance autour de la dépendance au produit. Ils pensent souvent que d'autres produits provoquent une dépendance encore plus grande et ils estiment qu'ils sont capables d'affronter des diminutions de doses ou des coupures momentanées de prises si les circonstances s'y prêtent. Certains se satisfont de la confiance qu'ils font au médecin pour ne pas prescrire de produits dangereux.

- Les contrastes

La durée moyenne de traitement pratiquement ininterrompu aux anxiolytiques est sans doute la plus grosse différence objective dont il faille se souvenir avant d'entamer l'analyse des contrastes de représentations, 48 mois en moyenne pour l'échantillon québécois, contre 89 mois en France.

Cinq sujets sur 20 reçoivent leur prescription d'un psychiatre en France. contre huit sur 20 au Québec. Cette légère variation confirme des différences, déjà remarquées, d'attitudes et de conduites des médecins généralistes des deux pays. Elle ne semble guère influencer les représentations des effets des anxiolytiques.

Le corpus des entretiens québécois a permis de dégager une ligne d'analyse selon laquelle, pour beaucoup de patients, qui insistent (comme les médecins des deux pays) sur l'utilité des anxiolytiques à court terme, la dépendance était niée. Ce n'est pas le cas dans l'échantillon français, où une écrasante majorité avoue: son incapacité actuelle à se passer du produit - malgré ou à cause de l'ancienneté de la consommation ; le caractère automatique et irréfléchi des prises ; son inquiétude pour l'avenir. Deux explications, d'ailleurs compatibles peuvent être avancées à titre d'hypothèse.

D'une part, l'ancienneté moyenne de consommation dans l'échantillon français aurait rendu caduques les constructions de première génération, selon lesquelles on "va arrêter bientôt", et intenable la dissonance entre la durée du traitement et l'affirmation d'une non-dépendance. D'autre part, la stigmatisation de la dépendance serait un phénomène plus accentué en Amérique du Nord qu'en Europe,- en témoignent, par exemple, la différence des attitudes à l'égard du tabac. Les consommateurs d'anxiolytiques mobiliseraient donc une énergie plus importante au Québec pour argumenter qu'ils ne sont pas "drogués", alors que l'emprunt de ce terme prête à sourire ou à rire dans la bouche d'un sujet français qui ne consomme *que* des médicaments. Ajoutons qu'il n'est pas impossible que le prix d'une véritable stigmatisation soit moins anticipable pour les femmes que pour les hommes, particulièrement en Europe. tant elles se sentiraient éloignées et donc protégées d'un phénomène toxicomaniaque classique. Un certain alcoolisme féminin en Europe ne se développe-t-il pas, également, à l'abri d'une stigmatisation historique qui frappe les hommes des classes les moins favorisées? Rappelons donc, à ce sujet, que l'échantillon français comporte plus de femmes que l'échantillon québécois.

8.5 Retour sur le projet

Les préoccupations de la littérature existante sur les problèmes soulevés par la consommation de médicaments anxiolytiques sont-elles confirmées par le présent travail ? Y a-t-il des "constructions sociales" des effets secondaires des anxiolytiques? Et enfin, la notion d'effets secondaires était-elle un bon objet ?

Les écrits concernant la consommation de longue durée des tranquillisants (cf. § 2.3.2) ont certainement mis le doigt sur le problème le plus intéressant, du point de vue sociologique. En effet, notre enquête le confirme, la norme médicale rejette la consommation de longue durée comme déviance d'un bon usage de ces médicaments. Pourtant cette catégorie de consommateurs existe bel et bien, nous l'avons vu, et elle ne se fournit pas sur un marché illégal. La question du potentiel des substances à induire une dépendance étant considérée par le chercheur en sciences sociales comme une donnée suffisamment flexible pour constater de larges variations individuelles ou collectives, il reste à comprendre comment les médecins, d'une part, les patients consommateurs, d'autre part, et les agents du contrôle social, enfin, s'accommodent de ce paradoxe. Quoiqu'elles aient choisi une bonne focalisation. il semble que beaucoup d'études aient procédé de la facilité fonctionnaliste. Si ces gens consomment des tranquillisants, c'est qu'ils en ont besoin. Voyons pourquoi, se demande le chercheur qui va ensuite poser cette question (à peine démultipliée) à des échantillons de consommateurs. Les études qui mettent en avant l'effet du genre, ici féminin, n'échappent pas toujours à ce travers. Peu d'entre elles semblent avoir insisté sur la responsabilité du prescripteur et son aptitude différentielle à résoudre les plaintes et le mal-être social de patientes féminines par une prescription d'anxiolytiques. Le courant de recherche évoqué en § 2.3.3 (Les tranquillisants et le contrôle social) présente l'incontestable avantage de briser l'enfermement dans l'équation thérapeutique (à chaque souffrance humaine, une solution individuelle, éventuellement

médicamenteuse) pour s'interroger sur la fonction sociale de cette équation elle-même. Notre travail a, entre autres, montré que ni les consommateurs, ni les prescripteurs n'avaient la maîtrise de cette équation, quoiqu'ils aient souvent la conscience de cette impuissance.

Les effets secondaires font, effectivement, l'objet d'une "construction sociale", dans la mesure où médecins et patients en présentent des versions légèrement différentes. Ces effets sont surtout "construits" dans la mesure où, une fois l'effet observé par le médecin, l'information à cet égard peut ne transiter nulle part; ce qui donnera aux décideurs publics une image censurée, sinon fautive, de la nocivité réelle d'un produit. Finalement, les allusions par quelques médecins et patients à leur propre questionnement quant à la classification de la somnolence, soit comme effet "secondaire", soit comme effet, en fait, "recherché", illustrent également comment les effets des médicaments psychotropes sont classifiés selon les intentions des consommateurs ou des prescripteurs plutôt que selon des indicateurs "objectifs".

L'effet secondaire était-il un bon objet ? Oui, sans doute, aimerions-nous répondre. Mais ce fût, encore plus certainement, une bonne fenêtre, dans la mesure où il nous a permis d'éclairer un second objet, celui de l'impact sur patients et médecins de l'omniprésente, écrasante disponibilité du médicament anxiolytique comme réponse à une forme de détresse répandue et aux causes multiples. Nous avons entamé cette étude avec l'idée que l'anxiolytique était un remède à la fois craint et souhaité, par les patients autant que les médecins. Nous avons fait l'hypothèse que cette ambivalence se refléterait dans les discours, dans les pratiques et dans les représentations des deux groupes de sujets, particulièrement autour des effets secondaires. Il est certain que l'ambivalence face aux anxiolytiques traverse presque tous les thèmes proposés par les guides d'entretiens et constitue un analyseur indispensable des contenus qui ont été livrés par les sujets qui se sont prêtés à l'enquête.

La "coupure mentale", dans les discours des médecins, moins dans celui des patients français, entre la prescription à court et à long terme renvoie à l'interrogation sur l'ambivalence. Les deux types de prescriptions appartiendraient presque à des catégories "ontologiquement" distinctes, ce qu'elles ne sont pas vraiment dans la réalité, puisqu'elles sont jointes par un "moyen terme", (le jour où un patient donné passe d'une catégorie à l'autre), un no man's land miné où peut errer innocemment n'importe quel patient à moins qu'il ne soit strictement averti par son médecin ou que les panneaux routiers ne soient très visibles. En d'autres termes, l'ambivalence "extrême" face à l'anxiolytique mène à une distorsion de la réalité. Elle crée, de façon défensive, une coupure arbitraire en deux parties d'un processus continu, et mène probablement à une exagération des bienfaits de la prescription courte autant qu'à une exagération des méfaits de l'autre. Le médecin qui renouvelle l'ordonnance d'un patient consommateur d'anxiolytique depuis 20 ans, n'a donc comme possibilité de consonance de ses actes à l'égard de ses valeurs que le choix de se réinstaller, à chaque consultation, dans la problématique des bienfaits à court terme, de même que nous avons vu comment l'anxiété normale est réinstallée dans l'anxiété pathologique pour être justiciable d'un traitement. Ce jeu, dans lequel la nature de l'outil l'emporte sur la nature du problème, permet-il une réponse appropriée à la détresse des patients?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ASHTON H. (1991). Psychotropic-drug prescribing for women. British Journal of Psychiatry, 158 (supplément 10), 30-35, 1991.
- BARDIN L. (1986). L'analyse de contenu. Paris, Presses Universitaires de France.
- BLENNOW G, ROMELSSJO A, LEIFMAN H, ET COLL. (1994). Sedatives and hypnotics in Stockholm : social factors and kinds of use. American Journal of Public Health, 84, 242-246.
- BRYANT SG, FISHER S, KLUGE RM. (1987). Long-term versus short-term amitriptyline side effects as measured by a postmarketing surveillance system. Journal of Clinical Psychopharmacology, 7 :78-82.
- BUSH PJ, OSTERWEIS M. (1978). Pathways to medicine use. Journal of Health and Social Behavior, 19 :179-189.
- CAFFERATA, KASPER J, BERNSTEIN A. (1983). Family roles, structure and stressors in relation to sex differences in obtaining psychotropic drugs. Journal of Health and Social Behavior, 24, 132-143.
- CAMPBELL AJ. (1991). Drug treatment as a cause of falls in old age. Drugs and Aging, 1 :289-302.
- CHAPMAN S. (1979). Advertising and psychotropic drugs : the place of myth in ideological reproduction. Social Science and Medicine, 13A, 751-764.
- COHEN D. (1994). L'adaptation sociale à un stigmate visible : le cas des dyskinésies tardives. In: Office des Personnes Handicapées du Québec (ed) Élargir les horizons : perspectives scientifiques sur l'intégration sociale. Montréal-Paris. Éditions Multi-mondes & Ibis Press : 157-160.
- COHEN D. (1994). Production, promotion, prescription et consommation des médicaments psychotropes : Inventaire des recherches en sciences humaines, 1988-1993. Rapport de recherche MIRE, Paris, avril 1994.
- COHEN D. BISSON J. (1997). Médication neuroleptique et risque de dyskinésie tardive: une enquête auprès des psychiatres et omnipraticiens du Québec. Santé mentale au Québec, 22(1), 263-282.
- COHEN D, COLLIN J. (1997). Les toxicomanies en lien avec les médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants: recension et analyse des écrits. Rapport de recherche. Groupe de travail sur la prévention de la toxicomanie, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. GRASP: Université de Montréal, 123 p.
- COOPERSTOCK R. LENNARD H. (1979). Some social meanings of tranquiliser use. Sociology of Health and Illness, 1, 331-347.
- COOPERSTOCK R. (1971). Sex differences in the use of mood-modifying drugs : an explanatory model. Journal of Health and Social Behavior, 12, 238-244.
- CORMACK MA, HOWELLS E. (1992). Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainees. Family Practice, 9, 466-471.
- DAVIDSON W, MOLLOY W, SOMERS G, BEDARD M. (1994). Relation between physician characteristics and prescribing for elderly people in New Brunswick. Canadian Medical Association Journal, 150, 917-921.

- DEWAN MJ, KOSS M. (1989), The clinical impact of the side effect of psychotropic drugs. Dans Fisher & Greenberg (dirs.), The limits of biological treatments for psychological distress : comparisons with psychotherapy and placebo (pp. 189-234). Hillsdale, NJ : LEA & Associates.
- DUPUY JP, KARSENTY S. (1974). L'invasion pharmaceutique, Editions du Seuil, Paris.
- DOMENIGHETTI G, TOMAMICHEL M, GUTZWILLER F, BETHOUD S, CASABIANCA A. (1991). Psychoactive drug use among medical doctors is higher than in the general population. Social Science and Medicine, 33. 269-274.
- FARR R, MOSCOVICI S. (1984). (Dirs). Social representations. Cambridge : Cambridge U. press.
- GABE J, BURY M. (1991). Tranquilisers and health care in crisis. Social Science and Medicine, 32:449-454.
- GABE J, LIPSHITZ-PHILLIPS S. (1984). Tranquilisers as social control ? Sociological Review, 36, 320-352.
- GABE J, THOROGOOD M. (1986). Prescribed drug use and the management of everyday life : the experiences of black and white working class women. Sociological Review, 34, 737-772.
- GARATTINI S. GARATTINI L. (1993, 13 nov.). Pharmaceutical prescriptions in four European countries. Lancet, 342:1191-1192.
- GUDEX C. (1991). Adverse effects of benzodiazepines. Social Science and Medicine, 33 :587-596.
- GUIGNON N, MORMICHE P, SERMET C. (1994). La consommation régulière de psychotropes. Insee Première, n° 3 10- avril.1994.
- HERXHEIMER A, LUNDBORG CS, WESTERHOLM B. (1993). Advertisements for medicines in leading medical journals in 18 countries : a 12-month survey of information content and standards. International Journal of Health Services, 23, 161-172.
- HOHMANN AA. (1989). Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. Medical Care, 27, 478-490.
- HOLLISTER L. (1983). The pre-benzodiazepine era. Journal of Psychoactive Drugs, 15, 9-13.
- JODELET D. (1989). Ed., Les représentations sociales. Paris :PUF.
- KALES A. (1990). Benzodiazepine hypnotics and insomnia. Hospital Practice, 25 Suppl. 3 :7-21.
- KARSENTY S. (1991). Remarques socio-économiques sur la consommation française de médicaments hypnotiques et tranquillisants. Revue Prescrire, 11 :457-459.
- KLEINMAN DL, COHEN LJ. (1991). The decontextualization of mental illness : the portrayal of work in psychiatric drug advertisements. Social Science and Medicine, 32. 867-874.
- KOUMJIAN K. (1981). The use of Valium as a form of social control. Social Science and Medicine. 15^e, 245-249.
- KOVESS V, ORTUN M. (1990). French patterns of psychotropic drug use. Psychiatrie & Psychobiologie, 5, 301-308.
- KRUPKA LR. VENER MA. (1985). Prescription drug advertising : trends and implications. Social Science and Medicine, 20, 191-197.
- LADER M. (1978). Benzodiazepines - opium of the masses ? Neuroscience, 3, 159-167.

- LAURIER C, DUMAS J, GREGOIRE J-P. (1992). Factors related to benzodiazepine use in Quebec : a secondary analysis of survey data. Journal of Pharmacoepidemiology, 2, 73-86.
- LEGRAIN M. (1990). Rapport du Groupe de Réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et tranquillisants en France, dit "Rapport Legrain". Paris, SNIP, 145 p., multig.
- LENNARD HL, COOPERSTOCK R. (1980). The social context and functions of tranquiliser prescribing. Dans R. Mapes (Dir.), Prescribing practice and drug usage. Londres : Croom Helm.
- LINDEN M, GOTHE H. (1993). Benzodiazepine substitution in clinical practice : analysis of pharmacoepidemiologic data based on expert interviews. Pharmacopsychiatry, 26: 107-113.
- LINN EL. (1959). Sources of uncertainty in studies of drugs affecting mood, mentation or activity. American Journal of Psychiatry, 116 :97-103.
- MANT A, BROOM D, DUNCAN-JONES P. (1983). The path to prescription : sex differences in psychotropic drug prescribing for general practice patients. Social Psychiatry, 18, 185-192.
- MARRIOTT S, TYRER P. (1993). Benzodiazepine dependence, avoidance and withdrawal. Drug Safety, 9 :93-103.
- MCREE C, CORDER BF, HAZLIP T. (1974). Psychiatrists' responses to sexual bias in pharmaceutical advertising. American Journal of Psychiatry, 131, 1273-1275.
- MILLER NS, GOLD MS. (1991). Benzodiazepines : a major problem. Journal of Substance Abuse Treatment, 8 :3-7.
- MORABIA A, FABRE J, DUNAND J-P. (1992). The influence of patient and physician gender on prescription of psychotropic drugs. Journal of Clinical Epidemiology, 45, 111-116.
- MURPHY JM, MONSON RR, OLIVIER DC, SOBOL AM, LEIGHTON AH. (1987). Affective disorders and mortality : A general population study. Archives of General Psychiatry, 44 :473-480.
- NAU J.-Y. (1991). La France tranquillisée. Le Monde, le 9 janvier, pp. 15 et 17.
- ORLOWSKI JP, WATESKA L. (1992). The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. Chest, 102, 270-273.
- PARISH P. (1971). The prescribing of psychotropic drugs in general practice. Journal of the Royal College of General Practitioners, 21 (supplément 4), 1-77.
- PAYER L. (1988). Medicine & culture: varieties of treatment in the United States, England, West Germany, and France. New York. H. Holt.
- PEAY MY, PEAY ER. (1988). The role of commercial sources in the adoption of a new drug. Social Science and Medicine, 26, 1183-1189.
- PRATHER JE. (1991). Decoding advertising : the role of communication studies in explaining the popularity of minor tranquilisers. Dans J. Gabe (dir.). Understanding tranquiliser use (pp. 112-135). Londres : Tavistock/Routledge.
- ROSNER F. (1992). Ethical relations between drug companies and the medical profession. Chest, 102: 266-269.
- SILVERMAN M, LEE PR. (1974). Pills, profits, and politics. Berkeley : University of California Press.

- SMITH MC, GRIFFIN L. (1977). Rationality of appeals used in the promotion of psychotropic drugs : a comparison of male and female models. Social Science and Medicine, 11, 409-414.
- SMITH MC. (1977). Drug product advertising and prescribing : a review of the evidence. American Journal of Hospital Pharmacy, 34 :1208-1224.
- SOKOLSKY C. (1987). Les tranquillisants et leurs pièges. Paris : Hommes & Groupes éditeur et les éditions de l'Impatient.
- STIMMELB. (1983). Pain, analgesia, and addiction. New York : Raven Press.
- STIMSON GV. (1975). The message of psychotropic drug ads. Journal of Communication, Summer, 153-150.
- VAN PUTTEN T, MARDER SR. (1987). Behavioral toxicity of antipsychotic drugs. Journal of Clinical Psychiatry, 48 : 13-19.
- VAN PUTTEN T, MAY PRA. (1978). Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy : the consumer has a point. Archives of General Psychiatry, 35 :477-480.
- WILLIAMS P. (1987). Long-term benzodiazepine use in general practice. Dans H. Freeman et Y. Rue (dirs.), Benzodiazepines in current clinical practice. London : Royal Society of Medicine Service.
- WYSOSKY DK, BAUM C. (1991). Outpatient use of sedative-hypnotic drugs in the United States, 1970-1989. Archives of Internal Medicine, 151 : 1779-1783.
- ZARIFIAN E. (1996). Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France. Paris, Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville. 274 p.+ annexes, multig.
- ZARIFIAN E. (1996). Le prix du bien-être, Editions Odile Jacob. Paris.

ANNEXES

ANNEXE 1

LE RECRUTEMENT DES MÉDECINS AU QUEBEC

1. Généralités : procédure et recrutement des sujets au Québec

Cette recherche étant centrée sur les représentations élaborées dans deux populations différenciées — celle des consommateurs de médicaments anxiolytiques et celle des prescripteurs de ces médicaments —, il fallait établir dès le départ des stratégies de recrutement/sélection adaptées à chacune. Mais nous devions d'abord identifier et définir les bassins de populations dans lesquels nous entendions recruter et sélectionner nos informateurs. Cette définition était le préalable de la constitution de nos échantillons et, par conséquent, des autres étapes de notre travail empirique.

Le repérage de et l'accès à la population des consommateurs de médicaments anxiolytiques de la région de Montréal nous posait certains problèmes méthodologiques:

- malgré l'existence d'études épidémiologiques identifiant certaines caractéristiques socio-démographiques liées à la prévalence des troubles d'anxiété, d'insomnie et de dépression mineure, et en dépit des études visant à établir un profil des consommateurs de médicaments anxiolytiques, cette population demeure difficile à cerner pour des fins empiriques; et pour ce qui concerne particulièrement notre recherche, il aurait été imprudent d'étendre des conclusions concernant les États-Unis, la France ou encore l'Allemagne à la population de la région de Montréal;
- il s'agit d'une population qui n'est pas formellement répertoriée, et même si c'était le cas, nous n'aurions pas eu accès à de tels répertoires, en raison des lois et règlements assurant la confidentialité des renseignements d'ordre médical;
- enfin, les modalités de recrutement que nous avons adoptées impliquaient que nous n'avions pas d'information sur les facteurs ayant présidé à la formation de ce "groupe" constitué par les personnes ayant pris la décision de nous contacter: en fait, notre échantillon de consommateurs n'existe comme "groupe" que du fait du regroupement que *nous* avons fait.

Par contre, la population des médecins généralistes de Laval est quant à elle bien délimitée et répertoriée. Elle constitue un groupe effectif, dont les membres appartiennent à la même association professionnelle régionale et entretiennent différents liens formels et informels. Cependant, la "clarté" de ce bassin de population (comparée au "flou" de la population des consommateurs) ne nous dispensait pas des aléas de l'auto-sélection des informateurs: parmi les médecins que nous avons contactés, ceux qui ont finalement accepté de nous rencontrer ont-ils des caractéristiques, des dispositions ou des opinions communes sur des sujets plus larges que la question des médicaments anxiolytiques?

La description qui suit doit donc être comprise en tenant compte de ces conditions de départ, lesquelles ont influencé les étapes subséquentes.

2. Critères de sélection et modalités de recrutement des médecins

Comme nous l'avons souligné au début de cette section, le bassin de population dans lequel nous pouvions recruter nos informateurs-médecins était clairement délimité, identifié et répertorié (sa composition était nommément identifiée, en ce sens que nous disposions de la liste des médecins généralistes rattachés au département de médecine générale et familiale de la Cité de la Santé de Laval). Les procédures de recrutement et de sélection des informateurs se fondaient donc sur des nécessités et des contraintes tout-à-fait différentes de celles que nous rencontrions dans le volet consacré aux patients-consommateurs.

En raison de cette différence fondamentale, les conditions et les démarches impliquées dans la constitution de notre échantillon de médecins se sont posées comme l'inverse des précédentes. Ainsi, au lieu d'une démarche passive (i.e., attendre d'être contactés par les sujets potentiels), la constitution de l'échantillon de médecins nécessitait une démarche active, c'est-à-dire aller vers les sujets, solliciter leur participation. Par conséquent, ceci supposait également que l'ordre des opérations soit inversé: dans le cas des médecins, la sélection devait précéder le recrutement.

C'est ainsi que nous avons procédé à deux sélections au hasard à partir de la liste des médecins rattachés au département de médecine générale et familiale de la Cité de la Santé. La première, effectuée en juillet 1995, a identifié 18 sujets potentiels (10 hommes et 8 femmes). Lors de la seconde sélection (opérée en janvier 1996), des tirages au sort séparés ont été faits pour les hommes et les femmes, afin d'obtenir une représentation suffisante des deux sexes: 12 sujets masculins et 12 sujets féminins ont été ainsi choisis. La procédure de recrutement a été identique pour les deux groupes, c'est-à-dire: 1) envoi de lettres de sollicitation (texte présenté ci-dessous); 2) prise de contact par téléphone ou en face-à-face.

En addition à ces deux groupes, cinq médecins ont été sollicités sur référence fournie par une tierce personne (dans 4 cas sur les 5, la source était un autre médecin). L'un d'entre eux ne pratique pas à Laval, mais dans la région de Montréal; étant donné la proximité des lieux de pratique, nous avons décidé de l'inclure tout de même dans notre échantillon. Ces cinq sujets ont été contactés par téléphone seulement.

Texte de la lettre de sollicitation destinée aux médecins

Laval, le _____

Docteur _____

Département de _____

Cité de la Santé de Laval

Cher(ère) collègue,

Je sollicite votre participation à un projet de recherche qui s'inscrit dans les préoccupations de notre équipe, celui d'assurer des meilleurs soins et services à nos patients.

Le projet vise à comprendre comment les patients et les praticiens en médecine générale se représentent les effets secondaires des anxiolytiques (sédatifs et hypnotiques) et comment ces perceptions influent sur la relation patient-médecin.

Ce projet est mené par une équipe de chercheurs multidisciplinaire en collaboration avec l'Équipe de recherche en médecine familiale de la Cité de la Santé de Laval, et se déroulera à Laval au Québec et à Lyon en France.

Votre participation consiste en une entrevue d'une heure avec l'un des chercheurs de l'équipe. L'échange portera surtout sur les différentes implications d'un effet secondaire, sur les buts visés par les traitements aux anxiolytiques et leurs modes d'évaluation, sur l'identification des effets secondaires et la prise en compte des expériences des patients. La confidentialité absolue est respectée et une cassette audio de l'entrevue vous sera remise si vous le désirez. Vos opinions et vos réflexions personnelles sur ces sujets sont du plus haut intérêt pour cette recherche et nous espérons que vous vous joindrez à nous pour y contribuer.

D'ici deux semaines, Madame Bernadette Dallaire, qui est responsable du déroulement de cette recherche, vous contactera par téléphone pour prendre rendez-vous. Nous espérons que vous trouverez un moment pour contribuer à cet effort de recherche.

Vous trouverez ci-joint un résumé du projet. N'hésitez pas à communiquer avec moi si de plus amples informations s'avéraient nécessaires.

Je vous prie d'agréer, cher(ère) collègue, l'expression de mes sentiments distingués.

Claude Beaudoin, M.D.

Directeur de l'Équipe de recherche en médecine familiale

La période de recrutement s'est étendue de novembre 1995 à mars 1996. On peut en faire le bilan comme suit. Au total, nos activités de recrutement ont touché 47 médecins. Parmi ceux qui avait été choisis au hasard (n = 42), quatre (4) avaient quitté la région ou le pays et donc n'ont pu être retenus; un cinquième nom a également dû être écarté parce qu'il avait déjà été sélectionné pour les fins d'une recherche réalisée au même moment à Laval par d'autres chercheurs du GRASP (Université de Montréal). Ce retrait laissait donc 42 sujets effectivement sollicités. Parmi eux, 27 ont été rejoints par téléphone ou en face-à-face suite au premier contact par lettre, et 5 ont été contactés uniquement par téléphone (i.e. les sujets choisis sur référence); les 10 restants ont reçu notre lettre de sollicitation, mais n'ont pu être rejoints par la suite. Seize (16) médecins sur les 42 ont accepté de participer et ont pris entente pour nous rencontrer: l'un d'entre eux s'est par la suite ravisé. Donc, 15 médecins ont été effectivement interviewés (deux pré-tests et 13 entrevues à partir du questionnaire définitif).

Pour l'ensemble du recrutement (tous moyens confondus), nous obtenons un taux de réponses positives de 35.7% (15/42); pour les contacts directs (téléphone et face-à-face), le taux de réponses positives atteint 46.8% (15/32).

3. Description de l'échantillon

L'échantillon issu de nos démarches (incluant les deux pré-tests, donc N = 15) se présente comme suit:

Sexe:	Hommes = 9	Âge: 25-35 = 7
	Femmes = 6	36-45 = 4
		46-55 = 1
		56-65 = 3
Année d'entrée en pratique		
	Le plus ancien: 1959	
	Le plus récent: 1993	
Lieu(x) principal(aux) de pratique:		
	Cabinet privé individuel seult	= 0
	" et hôpital ou autre étab.	= 3
	Pratique de groupe/polyclinique	= 1
	" " et hôp. ou autre étab.	= 9
	CLSC	= 1
	Hôpital ou autre établissement	= 1

On constate que les hommes y sont légèrement plus nombreux que les femmes. Notons aussi la présence importante des jeunes médecins (25-35 ans), qui représentent presque la moitié de

l'échantillon (7 sur 15). Enfin, pour ce qui concerne les sites de pratique, on remarque que la combinaison polyclinique et hôpital ou autre établissement (par exemple, un centre d'accueil pour personnes âgées) est la formule la plus fréquente. Cette description étant faite, nous tenons quand même à souligner qu'étant donné les caractéristiques de la recherche et les données disponibles, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que les proportions observées dans notre échantillon sont le produit ou le reflet des proportions existant dans la population des médecins généralistes de Laval (par exemple, le ratio hommes-femmes, les modalités et lieux majoritaires de pratique, etc.), pas plus que nous ne pouvons hors de tout doute attribuer ce fait à un phénomène d'auto-sélection favorisant le volontariat chez certaines catégories particulières de médecins.

ANNEXE 2

LE PROTOCOLE DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS AU QUÉBEC

1. Version finale du schéma d'entrevue destiné aux médecins

(Suggestion: Avant de commencer l'entrevue proprement dite, faire un rappel de l'objet et des objectifs de la recherche. On peut également indiquer que le schéma a été pré-testé auprès de __ médecins omnipraticiens.)

A) Informations générales (à compléter par le chercheur au moment de l'entrevue)

A1: Identification pour classement: (M-1 ... M-16)

A2: Sexe: M / F

A3: Âge:

A4: Pratique depuis: 19__

A5: Lieu(x) principal(aux) de pratique: ___ Cabinet privé individuel

___ Pratique de groupe/polyclinique

___ CLSC

___ Autre (préciser)

(indiquer à l'informateur qu'il peut en désigner plus qu'un)

B) Connaissances sur les anxiolytiques et leurs effets généraux

B1: Dans quelles circonstances prescrivez-vous un traitement aux anxiolytiques? Selon quelles indications?

B2: Quelles sont les sources d'information les plus importantes pour vous, en ce qui concerne les médicaments anxiolytiques?

[si nécessaire, énumérer:

- a. ___ formation avant la diplomation
- b. ___ congrès, colloques et sessions de formation continue
- c. ___ compendium de produits pharmaceutiques
- d. ___ manuels et ouvrages médicaux spécialisés
- e. ___ expérience clinique personnelle
- f. ___ échanges et consultations auprès de collègues
- g. ___ revues scientifiques et professionnelles
- h. ___ publicité et/ou matériel informatif et promotionnel
fourni par les fabricants de produits pharmaceutiques
- i. ___ autre (préciser) _____

B3: Sur la base de vos connaissances théoriques et pratiques, comment évaluez-vous le rôle thérapeutique des médicaments anxiolytiques, en termes d'efficacité et d'utilité?

B4: Quelles sont les caractéristiques d'un traitement aux anxiolytiques réussi? Quelles sont celles d'un traitement qui n'a pas été un succès?

C) Les effets secondaires des anxiolytiques

C1: Pouvez-vous me définir, de manière générale, ce qu'est un effet secondaire d'un médicament?

C2: Un médicament peut-il n'avoir que des effets primaires? À l'inverse, un médicament peut-il n'avoir que des effets secondaires?

C3: Quelles catégories d'effets secondaires sont particuliers aux médicaments anxiolytiques?

C4: Selon votre expérience, la détection d'un effet secondaire suite à la prise de médicament anxiolytique signifie-t-elle que le traitement n'a pas été efficace? Si oui/non, pourquoi?

C5: Comment peut-on détecter la présence d'un effet secondaire des anxiolytiques? [*Si nécessaire, ajouter:*] Est-ce par:

- a. des signes observables?
- b. des résultats d'examens et de tests?
- c. des informations fournies par le patient?
- e. autre (préciser)?

C6: Avez-vous l'habitude d'interroger vos patients sous médication anxiolytique sur les effets inattendus ou négatifs qu'ils pourraient ressentir? Si oui, interrogez-vous même les patients qui n'ont jamais rapporté de tels effets dans le passé?

C7: Selon vous, à quelle fréquence devrait-on interroger un patient sous traitement par médication anxiolytique? [*Si nécessaire, ajouter:*] Est-ce:

- a. à chaque visite?
- b. à intervalle régulier (ex: étapes d'un mois, 3 mois, etc.)?
- c. lorsque cela semble nécessaire dans le cours du traitement?

C8: À votre avis, les informations fournies par le patient sur les effets secondaires ressentis sont-elles utiles pour ajuster le plan de traitement?

C9: Intégrez-vous ces informations au dossier du patient?

C10: Vous est-il déjà arrivé de détecter, chez l'un de vos patients sous médication anxiolytique, un ou des effet(s) secondaire(s) particulièrement problématique(s) ou grave(s)? Si oui, pouvez-vous me décrire ce cas problématique?

C10.1 Quelles solutions avez-vous apportées pour corriger la situation?

C10.2 Quel type de suivi avez-vous appliqué pour ce patient?

C11: Avez-vous décrit cet effet secondaire particulier à vos collègues lors de discussions individuelles, dans des séminaires ou des conférences, ou encore par une publication dans une revue médicale? L'avez-vous signalé à l'attention d'un organisme ou d'une instance officielle de pharmacovigilance, par exemple Santé Canada?

C12: En rétrospective, croyez-vous que cet événement a influencé, par la suite, votre manière d'évaluer les cas et d'assurer leur suivi, pour ce qui concerne les traitements par médicaments anxiolytiques?

D) Communication patient-médecin

D1: Si on compare le point de vue des patients et celui des médecins sur la question des médicaments anxiolytiques, croyez-vous que les deux groupes accordent la même importance aux mêmes effets?

D2: Selon vous, comment les patients se représentent-ils les effets secondaires des médicaments anxiolytiques? Comment les comprennent-ils?

D3: En général, vos patients qui suivent un traitement aux anxiolytiques demandent-ils des informations sur les médicaments qu'ils prennent? Si oui, lesquelles?

D4: Selon vous, quels types d'information sont les plus utiles pour le patient:

D4.1 Au début du traitement?

D4.2 Durant le traitement?

D5: Lorsqu'un traitement aux anxiolytiques commence, indiquez-vous au patient qu'il pourrait ressentir des effets secondaires? Quels effets particuliers mentionnez-vous? Lesquels préférez-vous ne pas mentionner?

E) Informations supplémentaires sur l'expérience du traitement par médication anxiolytique

E1: Parmi vos patients actuels, combien suivent un traitement par médication anxiolytique?

E2: Quel(s) médicament(s) anxiolytique(s) prescrivez-vous principalement? (*l'informateur peut indiquer le nom générique ou le nom commercial du/des médicament(s)*)

E3: Y a-t-il un ou plusieurs médicament(s) anxiolytique(s) que vous préférez ne pas prescrire à vos patients? Si oui, lequel/lesquels et pourquoi?

2. Réalisation des entretiens

Les entrevues avec les médecins ont été réalisées du 30 novembre 1995 au 6 mai 1996. Deux rencontres pré-test ont été effectuées et ont permis d'améliorer le schéma d'entrevue (annexe), ainsi que la manière de l'administrer. Comme pour le volet patients-consommateurs, nous avons visé une relative uniformité dans les conditions de réalisation des entretiens avec les médecins. Outre les étapes de la prise de contact pour fins de recrutement, nous avons aussi prévu un protocole s'appliquant au déroulement des rencontres, lequel incluait: 1) lecture du document présentant la recherche (le même a été distribué aux consommateurs); 2) discussions, questions et commentaires; 3) lecture et signature du formulaire de consentement éclairé par le participant et la chercheuse; 4) entrevue; 5) nouveaux échanges sur le déroulement de l'entrevue, les thèmes abordés et/ou la recherche elle-même; 6) clôture de la rencontre.

Cependant, toutes les conditions ne pouvaient être contrôlées par nous. Ainsi, le lieu et l'organisation physique des rencontres étaient déterminés par les participants: mentionnons malgré tout que presque toutes les entrevues ont eu lieu dans les cliniques où exerçaient nos répondants. Des facteurs inhérents à la dynamique des interactions et communications ont pu produire certaines variations. Nous considérons cependant que nos lignes de conduite générales quant à l'attitude (d'empathie et d'ouverture) à adopter dans la conduite des entrevues nous ont permis d'atténuer ces influences.

ANNEXE 3

LE RECRUTEMENT DES MÉDECINS EN FRANCE

**REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES EFFETS SECONDAIRES
DES TRANQUILLISANTS
- UNE ÉTUDE COMPARATIVE QUÉBEC-FRANCE -**

GUIDE DE RECRUTEMENT DES MEDECINS

1/ Prologue

Au Québec, les médecins généralistes recrutés pour l'enquête sont tous attachés à un hôpital, "La Cité de la santé" de Laval, quoiqu'ayant également une activité privée, individuelle ou en polyclinique, assez importante et assez hétérogène. Ils furent contactés par une *équipe de recherche en médecine familiale*., également basée dans cet hôpital. Seuls 2 sur 15 interviewés n'ont aucune activité hospitalière.

2/ Quelle population ?

Le recrutement en France sera évidemment différent. Nous souhaitons rencontrer des médecins généralistes en pratique libérale ambulatoire.

Cela n'exclut pas les médecins généralistes travaillant en centres de santé ou dispensaires, mais il faut savoir que la chance d'une telle rencontre, si elle procède du hasard, est inférieure à 5 %.

3/ Qu'est-ce qu'un généraliste ?

C'est d'abord quelqu'un qui s'annonce comme tel à ses clients. (dans l'annuaire par exemple, ou sur sa plaque) Comme les médecins généralistes, les médecins pratiquant de façon majoritaire une spécialité non reconnue comme l'homéopathie ou l'acupuncture font partie des *omnipraticiens*. Ils ne seront pas recrutés. Les médecins recrutés peuvent en revanche,

- faire un peu plus souvent que d'autres des prescriptions homéopathiques,
 - avoir une pratique hospitalière à temps partiel,
 - faire des vacations en médecine du travail, en médecine scolaire, en PMI,
- cela ne les exclut pas de l'étude.

Ces différentes caractéristiques seront notées en fin d'entretien.

De même, le fait d'appartenir au secteur à honoraires libres n'est pas un frein à la sollicitation d'un entretien.

4/ Comment se présenter aux médecins contactables ?

Les éléments suivants doivent être annoncés:

Le projet de recherche qui sollicite leur participation vise à comprendre comment les patients et les praticiens en médecine générale se représentent les effets secondaires des médicaments anxiolytiques et/ou hypnotiques et comment ces perceptions influent sur la relation patient-médecin.

Il s'agit d'une étude qui se mène à la fois en France et au Canada francophone. En France, c'est Nantes et sa région qui ont été choisies pour constituer l'échantillon, en parallèle avec Montréal et sa région.

La lettre de sollicitation des médecins de Laval au Québec est jointe au dossier de l'enquêteur, pour information. Elle est susceptible d'être transmise au médecin sollicité si cela peut aider sa confiance.

Il s'agit d'une étude menée par des universitaires et des chercheurs du secteur public (cnrs-inserm) les résultats seront publiés dans des revues spécialisées exclusivement.

Un résumé du projet de recherche vous sera remis à la fin de l'entretien (pour ne pas influencer vos réponses). Sur ce document figurent les noms, adresses, statuts professionnels et numéros de téléphone des responsables du projet.

Cet entretien est anonyme. Pour des raisons pratiques, votre nom sera connu de l'enquêteur qui enregistrera vos réponses, mais ensuite, il ne sera plus mentionné nulle part. Les données que vous nous transmettez sont parfaitement confidentielles et sont couvertes par le secret professionnel.

Cet entretien a un caractère totalement désintéressé, il est mené dans un souci d'améliorer les connaissances scientifiques sur un important problème de société. Si vous pouvez nous aider dans cette voie, nous vous en remercions vivement.

5/ Combien de temps durera l'entretien ?

Au Québec, les entretiens ont duré 50 mns en moyenne (Min/max de 45 à 70 mns). Notre objectif est identique.

Il faut savoir qu'il est imprudent de refuser un entretien avec un médecin qui vous assure qu'il ne peut vous recevoir que 10 minutes car celui-là même peut vous garder une heure trente !...

Il faut tout de même prendre la dimension du guide d'entretien avant de négocier son heure de rendez-vous et sa durée prévisible.

Selon les usages nous acceptons d'indemniser le médecin sur la base d'un C de ville (110,00 francs), ce qui est assez symbolique.

6/ Comment gérer ses quotas ?

Cette question fera l'objet de consignes individuelles. Mais il n'est pas inutile que chacun connaisse la répartition finale idéale de l'échantillon :

Sexe: de 2 à 5 femmes, de 13 à 10 hommes.

Age: 9 médecins de moins de 46 ans, 6 de 46 ans et plus.

Localisation: essentiellement Nantes ville et agglomération urbaine de Nantes, quelques entretiens dans des communes distantes jusqu'à 50 kms de Nantes sont également envisageables (dans la proportion 12/3).

ANNEXE 4

LE PROTOCOLE DE L'ENQUETE AUPRES DES MEDECINS EN FRANCE

**REPRESENTATIONS SOCIALES DES EFFETS SECONDAIRES
DES TRANQUILLISANTS
- UNE ÉTUDE COMPARATIVE QUÉBEC-FRANCE -**

PROTOCOLE DE L'ENQUETE AUPRES DES MEDECINS

1/ La technique

Se soucier d'un enregistrement de bonne qualité sur cassette standard C90.

Magnétophone de faible encombrement devant être posé à moins de 40 cms du locuteur. Proscrire les systèmes d'arrêt de bande en cas de silence. En revanche les systèmes autoreverse ou signal de fin de bande sont très utiles.

Mettre des piles neuves après deux entretiens (les piles usagées sont récupérées pour les écoutes et les transcriptions)

Arrêter prestement et ostensiblement le magnétophone dès que l'interviewé est interrompu (par le téléphone, une secrétaire, un événement inattendu....).

2/ L'entretien

Il s'agit d'un semi-directif qui pourra donner à l'enquêté l'impression qu'il s'agit d'un questionnaire de type sondage. Le guide est en effet assez lourd et nous ne pouvons le modifier dans la mesure où c'est l'équipe québécoise qui a donné le *la*. Cela accroît la nécessité - habituelle avant tout entretien qualitatif - d'expliquer à l'avance le statut des questions: elles ne doivent pas brider la libre association et, pour se sortir d'un silence embarrassant mais toujours significatif, il n'est pas souhaitable de passer simplement à la question suivante.

3/ La fiche papier

Identifier la cassette par un numéro d'ordre de **MF1** à **MF15** (suivre les consignes particulières). Noter ce n° sur la fiche papier individuelle. On peut arrêter le magnétophone avant d'entreprendre le remplissage de la fiche. On peut aussi le laisser tourner.

4/ Le guide d'entretien

1/ Pouvez-vous me dire dans quelles circonstances vous prescrivez un traitement aux anxiolytiques? Selon quelles indications?

2/ Je vais énumérer une série de sources d'information courantes sur les médicaments anxiolytiques. Je vous demanderais, dans un premier temps, d'identifier les sources les plus importantes pour vous et, dans un deuxième temps, de classer ces sources par ordre d'importance:

l'enquêteur peut noter les réponses sur la fiche individuelle papier et même montrer la liste au verso de cette dernière pour favoriser le choix

- a. formation avant la thèse
- b. congrès, colloques et sessions de formation continue
- c. visiteurs des laboratoires pharmaceutiques
- d. manuels et ouvrages médicaux spécialisés
- e. expérience clinique personnelle
- f. échanges et consultations auprès de collègues
- g. revues scientifiques et professionnelles
- h. publicité et/ou matériel informatif et promotionnel
fourni par les laboratoires pharmaceutiques
- i. autre (*préciser*)

3/ Sur la base de vos connaissances théoriques et pratiques, comment évaluez-vous le rôle thérapeutique des médicaments anxiolytiques, en termes d'efficacité et d'utilité?

4/ Quelles sont les caractéristiques d'un traitement aux anxiolytiques réussi? Quelles sont celles d'un traitement qui n'a pas été un succès?

5/ Pouvez-vous me définir, de manière générale, ce qu'est un effet secondaire d'un médicament?

6/ Un médicament peut-il n'avoir que des effets primaires?

7/ Quelles catégories d'effets secondaires sont particuliers aux médicaments anxiolytiques?

8/ Selon votre expérience, la détection d'un effet secondaire suite à la prise de médicament anxiolytique signifie-t-elle que le traitement n'a pas été efficace? Pourquoi?

9/ Comment détectez-vous la présence d'un effet secondaire d'un anxiolytiques? Est-ce par:

- a. des signes observables?
- b. des résultats d'examens et de tests?
- c. des informations fournies par le patient?
- d. autre (*préciser*)?

10/ Avez-vous l'habitude d'interroger vos patients sous médication anxiolytique sur les effets inattendus ou négatifs qu'ils pourraient ressentir? Si oui, ré-interrogez-vous les patients, même ceux qui n'ont jamais rapporté de tels effets dans le passé?

11/ Selon vous, à quelle fréquence devrait-on interroger un patient sous traitement par médication anxiolytique? Est-ce:

- a. à chaque visite?
- b. à intervalle régulier (ex: étapes d'un mois, 3 mois, etc.)?
- c. lorsque cela semble nécessaire dans le cours du traitement?

12/ À votre avis, les informations fournies par le patient sur les effets secondaires ressentis sont-elles utiles pour ajuster le plan de traitement?

13/ Selon vous, les effets secondaires rapportés par les patients sous médication anxiolytique représentent-ils des données concrètes de l'évolution du traitement, ou sont-elles des évaluations essentiellement subjectives?

14/ Intégrez-vous ces informations au dossier du patient?

15/ Vous est-il déjà arrivé de détecter, chez l'un de vos patients sous médication anxiolytique, un ou des effet(s) secondaire(s) particulièrement problématique(s) ou grave(s)? Si oui, pourriez-vous décrire ce cas problématique?

15.1 Quelles solutions avez-vous apportées pour corriger la situation?

15.2 Quel type de suivi avez vous appliqué pour ce patient?

16/ Avez-vous décrit cet effet secondaire particulier à vos collègues lors de discussions individuelles, dans des séminaires ou des conférences, ou encore par une lettre ou une publication dans une revue médicale? L'avez-vous signalé à l'attention d'un organisme de pharmacovigilance, ou à la direction Générale de la Santé ou au représentant du laboratoire concerné?

17/ En rétrospective, croyez-vous que cet événement a influencé, par la suite, votre manière d'évaluer les cas et d'assurer leur suivi, pour ce qui concerne les traitements par médicaments anxiolytiques?

18/ Lorsque vos patients vous rapportent des effets positifs ou négatifs de la prise d'un médicament anxiolytique, sont-ils généralement en mesure de les décrire clairement?

19/ À la base de ces comptes rendus faits par les patients, il y a une certaine vision du médicament et de ses effets. Selon vous, comment les patients se représentent-ils les effets secondaires des médicaments anxiolytiques? Comment les comprennent-ils?

20/ Si l'on compare le point de vue des médecins et celui des patients sur la question de la médication, croyez-vous que les médecins et les patients accordent la même importance aux mêmes effets?

21/ En général, quels types d'information vous demandent-ils? Si non, pourquoi à votre avis n'en demandent-ils pas?

22/ Lorsque des informations vous sont demandées, à quel moment ces questions sont-elles les plus fréquentes? Au début du traitement ou plus tard dans le cours du traitement?

23/ Selon vous, quels types d'information sont les plus utiles pour le patient:

25.1 Au début du traitement?

25.2 Durant le traitement?

24/ Indiquez-vous au patient qu'il pourrait ressentir des effets secondaires? Et quels effets particuliers mentionnez-vous?

25/ Quel(s) médicament(s) anxiolytique(s) prescrivez-vous principalement? (*l'informateur peut indiquer le nom générique ou le nom commercial du/des médicament(s)*)

26/ Y a-t-il un ou plusieurs médicament(s) anxiolytique(s) que vous préférez ne pas prescrire à vos patients? Si oui, lequel/lesquels et pourquoi?

Fiche individuelle

ENTRETIEN N° MF

Sexe: M / F

Age:

Pratique depuis: 19__

ensuite, entourer les bonnes réponses

Pratique principalement en

- a. ___ Cabinet privé individuel
- b. ___ Cabinet de groupe libéral
- c. ___ Centre de santé
- d. ___ Autre (préciser)

Actuellement en secteur 1 ou 2 ?

Localité d'exercice:

Nantes ville Agglo urbaine de Nantes Autre commune

Pratiques complémentaires ? *entourer les items concernés:*

médecine du travail,

médecine du sport,

médecine scolaire,

P.M.I.,

vacations hospitalières,

maisons de retraite,

longs séjours gériatriques,

autres.....

spécifier si nécessaire (plusieurs réponses possibles)

ANNEXE 5

LE RECRUTEMENT DES PATIENTS AU QUEBEC

1 Modalités de recrutement et critères de sélection

Étant donné le caractère diffus et dispersé de la population des consommateurs montréalais, nous devons utiliser un moyen de communication permettant de rejoindre le plus vaste public possible, en même temps que le public le plus varié sur le plan socio-économique (i.e., lancer un "filet" très large). C'est pourquoi nous avons privilégié le journal (quotidien ou hebdomadaire), en tenant compte du tirage et du type de clientèle de chaque publication considérée. Ainsi, nos messages ont paru dans les sections d'annonces classées de quatre journaux, de janvier à avril 1996. Voici le texte original du message que nous avons fait paraître:

"Étude universitaire sur médicaments anxiolytiques. Recrutons volontaires pour une entrevue de 1 hre. Critères: entre 25 et 65 ans; être sous médication anxiolytique pour anxiété, insomnie ou trouble dépressif mineur. Modeste compensation financière. Appeler le jour au: 343-6111 poste 4275. Demander Dr Dallaire."

On peut tracer la chronologie de nos communications de la manière suivante:

- Lundi 22 janvier et vendredi 26 janvier 1996: première parution de l'annonce, laquelle a figuré dans la rubrique "Emplois divers à temps partiel" (#342) du quotidien *La Presse*;
- Lundi 4 mars: nouvelle annonce dans *La Presse*, avec le même libellé que les précédentes;
- Lundi 11 mars: parution d'une annonce encadrée dans l'hebdomadaire *Forum*, qui rejoint principalement la communauté des employé(es), étudiant(e)s et diplômé(e)s de l'Université de Montréal;
- Lundi 18 mars: nouvelle annonce dans *La Presse*, (même rubrique, même libellé);
- Mardi 26 mars: texte encadré dans les annonces classées du quotidien *Le Devoir*: dans ce cas (et pour des raisons que nous exposerons plus loin), nous avons modifié le message en retranchant la catégorie "trouble dépressif mineur" pour ne conserver que les troubles d'anxiété et d'insomnie comme critères liés aux diagnostics;
- Jeudi 28 mars: annonce dans *La Presse*, avec le texte modifié;
- Mercredi 3 avril: annonce (texte modifié) parue dans le *Journal de Montréal*, section "Avis de recherche" (Colonne #396) des annonces classées;

• Mardi 9 avril: annonce dans *La Presse*, avec une seconde modification du texte: pour des raisons liées au Code des Professions du Québec, nous avons remplacé le titre "Dr" par l'initiale "B." pour désigner la personne à contacter*

Il s'est avéré que le journal *La Presse*, un quotidien qui rejoint la population de Montréal de même que celle de l'Ouest du Québec (tirage en semaine: 225 000 copies), donnait le meilleur rendement-réponse. Selon nous, ce rendement supérieur provient non seulement de l'importance du tirage de *La Presse*, mais aussi du caractère très large de son public lecteur, en termes de catégories socio-économiques touchées (par exemple en fonction de l'occupation, du revenu, du niveau de scolarité, etc.).

Ces démarches de recrutement nous ont mis en contact avec 48 personnes, parmi lesquelles nous avons sélectionné 26 sujets, dont 20 ont été effectivement rencontrés; les 6 personnes manquantes sont celles qui ont pris entente avec nous, mais se sont par la suite ravisées (annulations ou défauts de se présenter au rendez-vous convenu).

Les paramètres d'échantillonnage prévus dans notre protocole de recherche incluaient des critères d'ordres démographique et socio-économique (sexe, âge, occupation, niveau de scolarité) et d'ordre médical (catégorie de diagnostic, médicament consommé). Les informations se rapportant à ces paramètres étaient consignées à la réception des appels téléphoniques. En supplément, nous avons consigné des informations quant à la durée de la période de médication, afin de nous assurer que les personnes sélectionnées avaient une expérience suffisante des médicaments anxiolytiques. Nous avons fixé ce minimum requis à une période de un mois. Toutefois cette restriction ne s'appliquait qu'aux personnes qui en étaient à leur première prescription; en comparaison, les personnes ayant eu plusieurs épisodes brefs de médication, mais répétés sur une période assez longue, présentaient selon nous une expérience suffisante.

Sur les 48 appels reçus, 22 ont été écartés en raison de ces mêmes critères. Plus précisément, certains n'ont pas été retenus en raison de la catégorie diagnostique (diagnostics trop "lourds" associés à des troubles neurologiques ou psychiatriques majeurs) ou en raison de la catégorie pharmacologique (principalement, la prise d'antidépresseurs plutôt que — ou en addition à — la prise d'anxiolytiques).

Toutefois, certaines de ces restrictions ont été modifiées durant le déroulement du terrain: 1) constatant que la bi-médication combinant anxiolytique et antidépresseur est actuellement une pratique courante chez les prescripteurs, nous avons décidé d'inclure dans notre échantillon des

* Le C.P.Q. stipule que l'usage du titre de Docteur est la prérogative des seuls médecins, dentistes et vétérinaires, donc à l'exclusion des titulaires de Ph.D. des autres disciplines.

sujets utilisant ces deux types de médicament: 2) afin de nous assurer cependant que les sujets désignés comme dépressifs et les cas de bi-médication ne soient pas sur-représentés dans notre groupe, nous avons retiré le critère "trouble dépressif mineur" du texte de nos annonces à partir du 26 mars. Ces ajustements nous ont permis d'adapter notre démarche aux caractéristiques des situations concrètes, tout en assurant l'adéquation par rapport aux paramètres que nous avons déterminés auparavant.

La décision de clore l'échantillon avec un total de 20 sujets (deux pré-tests plus 18 entrevues à partir du questionnaire définitif) a été motivée par deux facteurs — ou deux niveaux — de saturation. Le premier avait trait au moyen de communication utilisé pour le recrutement: nous avons constaté une diminution graduelle du nombre d'appels au fil de la parution de nos annonces. Nous avons interprété ce rendement décroissant comme le signe d'une saturation de la capacité d'attraction du médium-journal: en d'autres termes, il était vraisemblable que les personnes susceptibles d'être rejointes par ce moyen l'avaient été. Le second niveau de saturation observée concerne le contenu des entrevues proprement dites: après une douzaine d'entretiens, la variété informative diminuait à mesure qu'augmentait la répétition des éléments de contenus.

2 Description de l'échantillon

Voici la composition de l'échantillon que nous avons constitué (incluant les pré-tests: donc N = 20), en fonction des paramètres énumérés précédemment.

(voir le tableau page suivante)

Sexe:	Hommes = 9	Âge:	25-35 = 7
	Femmes = 11		36-45 = 6
			46-55 = 6
			56-65 = 1
Diagnostic(s):	Anxiété seulement	= 6	
	" et trouble du sommeil	= 2	
	" et trouble dépressif	= 2	
	Trouble du sommeil seulement	= 3	
	" " " et tr. dépressif	= 1	
	Trouble dépressif seulement	= 0	
	Les 3 diagnostics 1 diag. ou plus et "autre diag."	= 2 = 4	
Médication(s):	Anxiolytique seulement	= 10	
	Anxiolytique et antidépresseur	= 10	
Scolarité:	Secondaire non-terminé	= 3	
	" terminé	= 2	
	Collégial non-terminé	= 1	
	" terminé	= 3	
	Universitaire non terminé	= 4	
	" terminé	= 7	
Occupation:	Au travail	= 9	
	Sans travail	= 9	
	Congé de maladie/invalidité	= 2	

ANNEXE 6

LE PROTOCOLE DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES PATIENTS AU QUÉBEC

1. Version finale du schéma d'entrevue destiné aux patients-consommateurs

(Suggestion: Avant de commencer l'entrevue proprement dite, faire un rappel de l'objet et des objectifs de la recherche. On peut également indiquer que le schéma a été pré-testé auprès de ___ personnes.)

A) Informations générales (à compléter par le chercheur au moment de l'entrevue)

A1: Identification pour classement: (P-1 ... P-24)

A2: Sexe: M / F

A3: Âge:

A4: Occupation:

A5: Scolarité: ___ secondaire non terminé
___ secondaire terminé
___ collégial non terminé
___ collégial terminé
___ universitaire non terminé (préciser le cycle)
___ universitaire terminé (préciser le cycle)

A6: Sous médication depuis: ___ mois
(et/ou)
___ ans

A7: Pour quel problème/trouble:

- a. ___ anxiété
- b. ___ trouble du sommeil
- c. ___ trouble dépressif mineur
- d. ___ autre (spécifier) _____

A8: Médicament consommé (*nom générique ou commercial*):

A9: Dosage:

A10: Posologie:

A11: Prescrit par: a. ___ un médecin omnipraticien
 b. ___ un médecin spécialiste

(indiquer la spécialité)

B) Connaissances sur les propriétés des anxiolytiques (mécanismes d'action, indications) et leurs effets généraux

B1: Pouvez-vous me définir ce qu'est un médicament "anxiolytique"?

B2: Selon les connaissances dont vous disposez, quelles sont les principales caractéristiques des médicaments (tranquillisants somnifères: *selon le type de médicament et de trouble mentionnés, indiquer un ou l'autre qualificatif*) et pour quels problèmes les utilise-t-on?

B3: Quelles sont les sources d'informations les plus importantes pour vous, en ce qui concerne les médicaments ___ (*somnifères/tranquillisants*) comme celui que vous consommez actuellement?
(*Si nécessaire, ajouter:*) Est-ce:

- a. ___ votre médecin traitant
- b. ___ votre expérience personnelle lors du traitement
- c. ___ les revues grand public spécialisées en santé
- d. ___ les revues médicales
- e. ___ les médias (journaux, télévision, radio)
- f. ___ votre entourage, vos connaissances

B4: Au début de l'entrevue, vous m'avez dit que vous consommez le médicament ___ (*donner le nom générique ou commercial indiqué par le patient*), pour remédier à un problème de ___ (*selon le cas: anxiété, trouble du sommeil, trouble dépressif mineur*).

Pouvez-vous me décrire les principales caractéristiques de ce trouble?

B5: Quelles sont les sources d'informations les plus importantes pour vous, en ce qui concerne le trouble dont vous souffrez/avez souffert? (*Si nécessaire, ajouter:*) Est-ce:

- a. ___ votre médecin traitant
- b. ___ votre expérience personnelle
- c. ___ les revues grand public spécialisées en santé
- d. ___ les revues médicales
- e. ___ les médias (journaux, télévision, radio)
- f. ___ votre entourage, vos connaissances

B6: Pouvez-vous me dire quels sont les termes précis qu'a utilisés votre médecin dans son diagnostic concernant votre problème?

B7: En vous basant sur les informations que vous avez acquises et sur votre expérience personnelle, quels sont selon vous les buts visés par un traitement par médicaments ___ (*tranquillisants somnifères*) ?

B8: Comment peut-on évaluer que ces buts ont été atteints ou qu'ils ne l'ont pas été?

B9: Selon votre expérience, les médicaments ___ (*tranquillisants somnifères*) sont-ils des outils efficaces et utiles pour régler les problèmes tels que celui dont vous souffrez ou avez souffert? Si oui/non, pourquoi?

B10: Toujours selon votre expérience personnelle, quel est l'impact de la prise de médicament ___ (*tranquillisant somnifère*) dans la vie familiale, la vie sociale, la vie professionnelle?

C) Les effets secondaires des anxiolytiques

C1: Pouvez-vous me définir ce qu'est un effet secondaire d'un médicament?

C2: Dans votre cas, la prise d'un médicament ___ (*tranquillisant somnifère*) a-t-elle entraîné des effets secondaires? Si oui:

C2.1 Quels aspects de votre personne et de votre vie ont été touchés par ces effets? (*si précision demandée, énumérer: aspect physique, ou psychologique, ou affectif, relations avec autrui, aspect social, travail, etc.*)

C2.2 Avez-vous informé votre médecin traitant de l'apparition de cet(ces) effet(s) secondaire(s)?

C3: Selon vous, les avantages du traitement avec un médicament ____ (*tranquillisant somnifère*) compensent-ils les inconvénients qui peuvent en découler?

C4: Parmi les effets secondaires des médicaments ____ (*tranquillisant somnifère*), lequel est le plus facile à tolérer et intégrer à la vie quotidienne? Lequel est le plus difficile à tolérer et intégrer dans la vie de tous les jours?

D) Communication patient-médecin

D1: Selon vous, doit-on rapporter au médecin traitant tous les effets non-désirés ou non-prévus d'un médicament comme le ____ (*tranquillisant le somnifère*) que vous prenez actuellement?

D2: Quels effets doit-on prioritairement indiquer au médecin?

D3: Au début de votre traitement par médication ____ (*tranquillisante somnifère*) ou plus tard durant le traitement, avez-vous discuté avec votre médecin concernant les caractéristiques du médicament prescrit? Ces échanges incluaient-ils aussi les effets secondaires possibles?

D4: Est-ce vous qui avez interrogé votre médecin, ou bien est-ce ce dernier qui a amorcé la(les) discussions sur ce sujet?

D5: Dans ces échanges, quelles informations avez-vous obtenues?

D6: Selon vous, comment les médecins — incluant votre médecin traitant — voient-ils les propriétés des médicaments ____ (*tranquillisants somnifères*), leurs effets désirés et leurs effets secondaires possibles?

D7: Si on compare le point de vue des patients et celui des médecins sur la question de la médication ____ (*tranquillisante somnifère*), croyez-vous que les patients et les médecins accordent la même importance aux mêmes effets?

2. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été menés entre le 26 janvier et le 17 avril 1996. Les deux premiers ont servi à pré-tester notre schéma d'entrevue et d'en "roder" la technique. Ceci nous a permis d'apporter quelques modifications au questionnaire, et ainsi l'améliorer tant en termes de clarté que d'efficacité informative (la version finale du schéma est présentée en annexe).

Outre l'organisation thématique, notre préparation préalable et les pré-tests effectués ont également porté sur l'organisation contextuelle des entretiens. À cet égard, nous avons tenté d'uniformiser les conditions dans lesquelles les rencontres avaient lieu. D'abord en termes physiques (même local et disposition identique des emplacements réservés à l'interviewer et l'interviewé). Ensuite en regard du protocole de la rencontre, lequel prévoyait les étapes suivantes: 1) lecture par le participant d'un document décrivant succinctement la recherche (son thème, ses objectifs, les moyens utilisés, les retombées prévues, ainsi que les coordonnées des chercheurs québécois impliqués), complétée par une discussion où l'interviewer précise certains points ou reçoit les commentaires et les questions du participant; 2) lecture et signature du formulaire de consentement par le participant et par la chercheuse-interviewer; 3) entrevue proprement dite; 4) administration des tests de l'I.P.A.T. (anxiété) et de Beck (dépression); 5) nouveaux commentaires et discussions sur différents aspects de la rencontre (thèmes abordés dans le schéma d'entrevue, tests, etc.) et/ou de la recherche; 6) rétribution du participant; 7) clôture de la rencontre.

Ceci étant dit, il reste que des variations ont malgré tout été observées dans le cadre de ces dispositions préétablies. Ainsi, des facteurs interactionnels non-contrôlables ont pu intervenir — soit lors de la prise de contact en face-à-face ou dans le cours de la rencontre — et ainsi générer une dynamique particulière entre les deux personnalités et les deux styles de communication impliqués (i.e., celles/ceux de l'interviewer et de l'interviewé). Comme cela est toujours le cas dans les recherches de ce type, chaque entretien demeure un événement particularisé, au même titre que les discours qui y sont énoncés. Soulignons tout de même que des dispositions avaient été prises afin d'atténuer l'impact de ces facteurs. Dans ce but, l'interviewer avait adopté une ligne de conduite axée sur le maintien de l'attitude d'empathie — par ailleurs nécessaire — à un niveau raisonnable (malgré des témoignages impliquant une charge émotionnelle quelquefois forte); elle s'appliquait en même temps à maintenir une attitude d'ouverture à l'égard des opinions, impressions, évaluations et interprétations formulées par les informateurs.

ANNEXE 7

LE RECRUTEMENT DES PATIENTS EN FRANCE

**REPRESENTATIONS SOCIALES DES EFFETS SECONDAIRES
DES TRANQUILLISANTS
- UNE ÉTUDE COMPARATIVE QUÉBEC-FRANCE -**

GUIDE DE RECRUTEMENT DES PATIENTS

1/ Prologue

Voici la méthode québécoise utilisée pour recruter les patients

Nous avons fait paraître un message dans les annonces classées du journal La Presse, lequel rejoint la population de la région de Montréal, de même que celle de l'Ouest du Québec. L'annonce a figuré dans les éditions du lundi 22 janvier et du vendredi 26 janvier 1996. Elle a été présentée sous la rubrique "Emplois divers à temps partiel" (#342) des annonces classées. En voici le texte:

"Étude universitaire sur médicaments anxiolytiques. Recrutons volontaires pour une entrevue de 1 hre. Critères: entre 25 et 65 ans; être sous médication anxiolytique pour anxiété, insomnie ou trouble dépressif mineur. Modeste compensation financière (1). Appeler le jour au: 343-6111 poste 4275. Demander Dr Dallaire."

2/ Quelle population ?

Du texte de l'annonce qui précède, le protocole français ne conserve que les critères d'inclusion: ***entre 25 et 65 ans; être sous médication anxiolytique pour anxiété, insomnie ou trouble dépressif mineur.***

3/ Qu'est-ce qu'un anxiolytique ?

Au sens strict, c'est une médication apte à "dissoudre" l'anxiété: dans 95 % des cas, une molécule dite benzodiazépine.

La liste des noms de produits fournie en annexe devrait dans l'idéal, servir à éliminer les patients prenant d'autres psychotropes.

Dans les faits, les médicaments de la classe des hypnotiques, qui sont aussi, dans 70 % des cas des molécules benzodiazépiniques, ont été acceptés, au Québec, comme faisant partie des médicaments anxiolytiques **si, au départ, le sujet se les représentait comme tels.**

(1) pour indemniser les frais de transport car, en effet, les volontaires se sont rendus à l'Université pour y être interviewés (note de SK).

4/ En pratique,

on essaiera d'éviter les personnes n'ayant qu'un traitement par hypnotiques (terme savant pour "sommifère"), surtout si dans les premiers contacts, elles ne font aucune mention spontanée de la dimension anxieuse de leur insomnie, en se concentrant sur les personnes étant effectivement "sous tranquillisants".

On évitera la confusion entre anxiolytiques et antidépresseurs ou neuroleptiques ou psychostimulants. En revanche, il n'est pas interdit que le sujet soit consommateur simultanément de plusieurs psychotropes (vois schéma). L'éventuel excès de sujets prenant simultanément un antidépresseur et un anxiolytique sera corrigé en cours de terrain, lorsque nous connaîtrons les caractéristiques de la moitié de l'échantillon.

5/ Comment se présenter aux personnes contactables ?

Les éléments suivants doivent être annoncés:

Il s'agit d'une étude qui se mène à la fois en France et au Canada francophone. En France, c'est Nantes et sa région qui ont été choisies pour constituer l'échantillon, en parallèle avec Montréal et sa région.

Il s'agit d'une étude menée par des universitaires et des chercheurs du secteur public (cnrs-inserm) les résultats seront publiés dans des revues spécialisées de haut niveau.

Nous nous intéressons à tous les problèmes posés par la consommation de médicaments destinés au système nerveux.

Nous souhaitons connaître sur ces problèmes l'avis des premiers concernés: ceux qui en prennent, mais nous faisons aussi une enquête auprès des médecins qui en prescrivent.

Un résumé du projet de recherche vous sera remis à la fin de l'entretien sur lequel figurent les noms et numéros de téléphone des responsables du projet.

Cet entretien est anonyme. Pour des raisons pratiques, votre nom sera connu de l'enquêteur qui enregistrera vos réponses, mais ensuite, il ne sera plus mentionné nulle part. Les données que vous nous transmettez sont parfaitement confidentielles et sont couvertes par le secret professionnel.

Cet entretien a un caractère totalement désintéressé, il est mené dans un souci d'améliorer les connaissances scientifiques sur un important problème de société. Si vous pouvez nous aider dans cette voie, nous vous en remercions vivement.

6/ Comment gérer ses quotas ?

Cette question fera l'objet de consignes individuelles. Mais il n'est pas inutile que chacun connaisse la répartition finale idéale de l'échantillon :

Sexe: 11 femmes, 9 hommes.

Age: 10 personnes de moins de 46 ans, 10 personnes de 46 ans et plus (sans oublier le critère d'inclusion: de 25 à 65 ans).

Niveau d'instruction: 6 personnes de niveau d'instruction inférieur au baccalauréat, 7 personnes de niveau équivalent au baccalauréat, 7 personnes ayant commencé ou achevé des études supérieures.

Activité: au moins 10 personnes ayant une activité professionnelle au moment de l'enquête (y compris celles qui sont en congé temporaire pour maladie ou autres causes).

Localisation: essentiellement Nantes ville et agglomération urbaine de Nantes, quelques entretiens dans des communes distantes jusqu'à 50 kms de Nantes sont également envisageables (dans la proportion 15/5).

ANNEXE: Note sur les médicaments psychotropes

Les médicaments psychotropes comprennent 5 classes

Anxiolytiques	Hypnotiques	Antidépresseurs	Neuroleptiques	Psycho-stimulants
dissoudre l'anxiété	favoriser le sommeil	lutter contre la dépression	atténuer les effets majeurs d'une psychose	améliorer la vigilance
exemple: Lexomil	exemple: Imovane	exemple: Prozac	exemple: Haldol	exemple: Vigilor

Autres médicaments anxiolytiques parmi les plus couramment prescrits:

ATARAX,	SERESTA,
BUSPAR,	SERIEL,
EQUANIL,	STRESAM,
LIBRIUM,	TEMESTA,
LYSANXIA,	TRANXENE,
MEPROBAMATE,	URBANYL,
NORDAZ	VALIUM,
NOVALM	VERATRAN,
NOVAZAM,	VICTAN,
PRAXADIUM,	XANAX,

Quelques médicaments Hypnotiques parmi les plus couramment prescrits:

HAVLANE,	MOGADON,	NOCTAMIDE
NOCTRAN	NORIEL	NORMISON,
NUCTALON	OPTANOX	ROHYPNOL
		STILNOX,

**Tableau de correspondance
entre noms génériques et noms commerciaux
au Québec et en France**

Nom générique de la molécule	Nom commercial en France	Nom commercial au Québec
bromazépam	LEXOMIL	LECTOPAM
alprazolam	XANAX	XANAX entre autres
prazépam	LYSANXIA	
lorazépam	TEMESTA	ATIVAN entre autres
buspirone	BUSPAR	BUSPAR
nordazépam	NORDAZ	
clonazépam	RIVOTRIL	RIVOTRIL
diazépam	VALIUM.NOVAZAM entre autres	VALIUM. entre autres
flurazépam		DALMANE. entre autres
témazépam	NORMISON	RESTORIL

L'ordre de la colonne de gauche est celui du tableau 6.4 supra

L'existence d'un nom commercial n'interdit pas la commercialisation simultanée sous nom générique, suivi du nom du laboratoire, ou légèrement modifié.

ANNEXE 8

LE PROTOCOLE DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES PATIENTS EN FRANCE

**REPRESENTATIONS SOCIALES DES EFFETS SECONDAIRES
DES TRANQUILLISANTS
- UNE ÉTUDE COMPARATIVE QUÉBEC-FRANCE -**

PROTOCOLE DE L'ENQUETE AUPRES DES PATIENTS

1/ La technique

Se soucier d'un enregistrement de bonne qualité sur cassette standard C90.

Magnétophone de faible encombrement devant être posé à moins de 40 cms du locuteur. Proscrire les systèmes d'arrêt de bande en cas de silence. En revanche les systèmes autoreverse ou signal de fin de bande sont très utiles.

Mettre des piles neuves après deux entretiens (les piles usagées sont récupérées pour les écoutes et les transcriptions)

2/ L'entretien

Il s'agit d'un semi-directif qui pourra donner à l'enquêté l'impression qu'il s'agit d'un questionnaire de type sondagique. Le guide est en effet assez lourd et nous ne pouvons le modifier dans la mesure où c'est l'équipe québécoise qui a donné le *la*. Cela accroît la nécessité - habituelle avant tout entretien qualitatif - d'expliquer à l'avance le statut des questions: elles ne doivent pas brider la libre association et, pour se sortir d'un silence embarrassant mais toujours significatif, il n'est pas souhaitable de passer simplement à la question suivante.

3/ La fiche papier

Identifier la cassette par un numéro d'ordre de **PF1** à **PF20** (suivre les consignes particulières).

Noter ce n° sur la fiche papier individuelle. On peut arrêter le magnétophone avant d'entreprendre le remplissage de la fiche. on peut aussi le laisser tourner.

4/ Le guide d'entretien

INTRODUCTION:

Quel produit prenez-vous ?

Et depuis combien de temps en prenez-vous?

Pour quel problème :

- a. ___ anxiété
- b. ___ trouble du sommeil
- c. ___ trouble dépressif mineur
- d. ___ autre (spécifier)

Combien en prenez-vous ? A quel moment de la journée ?

Ce produit vous a été prescrit par un médecin généraliste ou un spécialiste?

1/Pouvez-vous me définir ce qu'est un médicament "anxiolytique"?

2/: Selon les connaissances dont vous disposez, quelles sont les principales caractéristiques des médicaments (tranquillisants\ somnifères:) *selon le type de médicament et de trouble mentionnés, indiquer un ou l'autre qualificatif* et pour quels problèmes les utilise-t-on?

3/ : La question suivante concerne l'origine de vos connaissances sur les mécanismes d'action et les effets généraux des médicaments ____ (selon le cas) tranquillisants\ somnifères). Je vais vous demander de classer les sources suivantes par ordre d'importance:

- a. ____ votre médecin traitant
- b. ____ votre expérience personnelle lors du traitement
- c. ____ les revues grand public spécialisées en santé
- d. ____ les revues médicales
- e. ____ les médias (journaux, télévision, radio)
- f. ____ votre entourage, vos connaissances

l'enquêteur peut noter les réponses sur la fiche individuelle papier et même montrer la liste pour favoriser le choix

4/ Au début de l'entretien, vous m'avez dit que vous consommez le médicament ____ (donner le nom générique ou commercial indiqué par le patient), pour remédier à un problème de ____ (selon le cas: anxiété, trouble du sommeil, trouble dépressif mineur). Pouvez-vous me décrire les principales caractéristiques de ce trouble?

5/: Afin de savoir d'où viennent vos connaissances sur le trouble dont vous souffrez\avez souffert, je vais vous demander, encore une fois, de classer les sources suivantes par ordre d'importance:

- a. ____ votre médecin traitant
- b. ____ votre expérience personnelle
- c. ____ les revues grand public spécialisées en santé
- d. ____ les revues médicales
- e. ____ les médias (journaux, télévision, radio)
- f. ____ votre entourage, vos connaissances

l'enquêteur peut noter les réponses sur la fiche individuelle papier et même montrer la liste pour favoriser le choix

6/ : Pouvez-vous me dire quels sont les termes précis qu'a utilisés votre médecin dans son diagnostic concernant votre problème?

7/ : En vous basant sur les informations que vous avez acquises et sur votre expérience personnelle, quels sont, selon vous, les buts visés par un traitement par médicaments (tranquillisants/somnifères) ?

8 : Comment peut-on évaluer que ces buts ont été atteints ou qu'ils ne l'ont pas été?

9/ : Selon votre expérience, les médicaments (tranquillisants/somnifères) sont-ils des outils efficaces et utiles pour régler les problèmes tels que celui dont vous souffrez ou avez souffert? Pourquoi?

10/ : Toujours selon votre expérience personnelle, quel est l'impact de la prise de médicament (tranquillisant/somnifère) dans la vie familiale, la vie sociale, la vie professionnelle?

11/ : Pouvez-vous me définir ce qu'est un effet secondaire d'un médicament?

12/ : Dans votre cas, la prise d'un médicament (tranquillisant / somnifère) a-t-elle entraîné des effets secondaires? Si oui:

12.1/ Quels aspects de votre personne et de votre vie ont été touchés par ces effets?
(si précision demandée, énumérer: aspect physique, ou psychologique, ou affectif, relations avec autrui, aspect social, travail, etc.)

12.2/ Avez-vous informé votre médecin traitant de l'apparition de cet(ces) effet(s) secondaire(s)?

13/ Selon vous, les avantages du traitement avec un médicament (tranquillisant /somnifère) compensent-ils les inconvénients qui peuvent en découler?

14/ Parmi les effets secondaires des médicaments (tranquillisants /somnifères), lequel est le plus facile à tolérer et intégrer à la vie quotidienne? Lequel est le plus difficile à tolérer et intégrer dans la vie de tous les jours?

15/ : Selon vous, doit-on rapporter au médecin traitant tous les effets non-désirés ou non-prévus d'un médicament comme le (*nom du produit*) que vous prenez actuellement?

16/ Quels effets doit-on prioritairement indiquer au médecin?

17/ Au début de votre traitement par médication (tranquillisante /somnifère)ou plus tard durant le traitement, avez-vous discuté avec votre médecin concernant les caractéristiques du médicament prescrit? En plus des effets prévus et visés par le médicament, ces discussions ont-elles abordé également la possibilité d'effets secondaires ?

18/ Est-ce vous qui avez interrogé votre médecin, ou bien est-ce ce dernier qui a amorcé les discussions sur ce sujet? Dans ces échanges, quelles informations avez-vous obtenues?

19/ Selon vous, comment les médecins — incluant votre médecin traitant — évaluent-ils les propriétés des médicaments (tranquillisants /somnifères), leurs effets désirés et leurs effets secondaires possibles?

20/ Si on compare le point de vue des patients et celui des médecins sur la question de la médication (tranquillisante /somnifère) croyez-vous que les patients et les médecins accordent la même importance aux mêmes effets?

ENTRETIEN N° PF

Sexe: M / F

Age:

CSP:

Scolarité:

Je vais maintenant noter ce que je vous ai demandé au tout début de notre entretien:

Médicament(s) consommé(s) (*nom générique ou commercial*):

Quel produit prenez-vous ?

Et depuis combien de temps en prenez-vous?

Sous médication depuis ___ mois (ou) ___ ans

Pour quel problème/trouble:

a. ___ anxiété

b. ___ trouble du sommeil

c. ___ trouble dépressif mineur

d. ___ autre (spécifier)

Posologie:

Prescrit par: a. ___ un médecin généraliste

b. ___ un médecin spécialiste:

(indiquer la spécialité)

Index des tableaux et graphiques

Figure 1:	Modèle systémique des déterminants de la consommation des tranquillisants	p.28
Tableau 3.1	Caractéristiques des échantillons de médecins	p.31
Tableau 3.2	Caractéristiques des échantillons de patients	p.33
Tableau 4.1	Aperçu général de l'échantillon des médecins québécois	p.39
Tableau 4.2	Anxiolytiques prescrits et non prescrits (médecins québécois)	p.44
Tableau 4.3	Sources d'information sur les anxiolytiques (médecins québécois)	p.48
Tableau 5.1	Sources d'information sur les anxiolytiques (médecins français)	p.87
Tableau 5.2	Sources d'information sur les e.s.a (médecins français)	p.106
Tableau 6.1	Aperçu général de la consommation (patients québécois)	p.117
Tableau 6.2	Mono et polymédication par psychotropes (patients québécois)	p.118
Tableau 6.3	Anxiolytiques et durées de traitement (patients québécois)	p.119
Tableau 6.4	Comparaison des molécules prescrites (patients fr. et québécois)	p.176
Tableau 7.1	Troubles déclarés (patients français)	p.180
Tableau 7.2	Mono et polymédication par psychotropes (patients français)	p.181
Tableau 7.3	Correspondances troubles/médicaments (patients français)	p.183
Tableau 7.4	Correspondances troubles/médicaments (patients français)	p.183
Figure 2:	Durées de traitement (patients français)	p.184
Tableau 7.5	Anxiolytiques et durées de traitement (patients français)	p.184
Tableau 7.6	Sources d'information sur les troubles (patients français)	p.190
Tableau 7.7	Sources d'information sur les produits (patients français)	p.201
	Rappel des caractéristiques des échantillons québécois	pp.278 et 304
	Note sur les médicaments psychotropes	p.318
	Tableau de correspondance entre noms génériques et noms commerciaux au Québec et en France	p.319