

## **Interview n°3 :**

### **Interview anonyme d'un médecin généraliste (25/01/2012 30 minutes)**

Interview anonyme d'un médecin généraliste dans le Val de Marne (94), en exercice depuis plus de 20 ans, il travaille également dans une maison de retraite spécialisée dans l'accueil de patients atteints de démence comme celle d'Alzheimer

Durée : 30 minutes

Date : 25/01/2012

(\*Note : BZD: benzodiazépines)

**Avez-vous été informé du possible impact que les BZD \* pourraient avoir sur la maladie d'Alzheimer (via une revue médicale telle que Prescrire, par des collègues, ...)? De la potentielle association entre les deux ? Si oui, par quels moyens ?**

Oui je suis informé dans le cadre de mes formations continues de l'aggravation des troubles mnésiques du patient ayant une démence par les BZD qui sont, chez lui à éviter le plus possible, (il existe déjà des troubles mnésiques dans le cadre d'une démence ) et même chez quelqu'un de « non dément », une BZD peut entraîner des troubles de la mémoire immédiate.

**Qu'entendez-vous précisément par « troubles de la mémoire immédiate », faites-vous ici référence à la maladie d'Alzheimer ?**

La mémoire immédiate est la mémoire des faits récents en opposition aux faits anciens, lors de vos années lycéennes par exemple.

Avant tout j'aimerais préciser que je ne suis pas certain que les BZD soient responsables de démence, elles peuvent en cacher une. Néanmoins, nous sommes certains qu'elles les aggravent. On parle de démence chez une personne si celle-ci est atteinte de troubles cognitifs, en particulier il existe au début des troubles de la mémoire immédiate, de façon durable. La maladie d'Alzheimer est une démence. L'association entre BZD et maladie d'Alzheimer n'est pas bien établie dans l'état actuel des connaissances.

**Revenons sur vos formations : en quoi consistent-elles précisément ? Qui les organise ?**

Mes formations sont par exemple psychiatriques, gériatriques etc...tout médecin doit en suivre jusqu'à sa retraite. Les connaissances en médecine sont en changement permanent, le médecin doit donc mettre à jour ses connaissances en permanence. Par exemple, une revue médicale est estimée caduque au bout de cinq ans. Je pense qu'un médecin doit avoir une formation régulière sur des sujets dans lesquels il s'estime en insuffisance ou sur lesquels il s'estime dépassé.

Pour ma part c'est une formation de trois types, voire quatre : une « soirée » sur un sujet, un cycle dans une spécialité à raison de 1h30 par semaine pendant 3 mois, un séminaire de 2 jours sur un sujet et même sinon une formation d'apprentissage à l'audit interne sur mes pratiques à travers des références scientifiques sur les dossiers de mes patients avec la création d'objectifs à suivre.

**Sont-elles selon vous efficaces ? Vous sentez-vous suffisamment informé sur les risques potentiels de la prise à long terme de certaines molécules ?**

Oui, si ces formations sont interactives avec un médecin généraliste qui anime la formation, l'expert spécialiste par exemple psychiatre ou gérontologue répondra alors aux questions des participants, l'animateur généraliste devant permettre à tous de s'exprimer. Ceci en opposition à certaines formations par exemple organisées soit par des universitaires, soit par l'industrie pharmaceutique où l'expert fait un monologue et la salle l'écoute endormie par son discours.

**Dans un tel cas peut-on parler de « joug de l'industrie pharmaceutique » ?**

Non si l'association de médecin organisant sa propre formation est sponsorisée par l'industrie pharmaceutique, le laboratoire donnera une somme annuelle à l'association et ne devra en aucun cas avoir son avis à donner sur les sujets traités. Les représentants de l'industrie pharmaceutique devant de plus se tenir en dehors de la salle de formation pendant la séance et accueillant uniquement au début les médecins venant se former.

**Pourquoi avoir accepté de nous rencontrer ? Vous sentez vous acteur de la controverse autour des benzodiazépines, si oui, en quoi ?**

Je me sens totalement acteur dans le sens où les BZD sont à la fois très utiles, mais il faut aussi en connaître les inconvénients. Je m'explique : un médecin généraliste ne peut pas s'en passer dans la pratique, mais il faut bien en connaître les inconvénients, il faut tout de suite (dès le début d'un traitement) en prévenir le patient afin d'éviter qu'il pérennise la prise de ces médicaments et ensuite en devienne dépendant. Il faut le « mettre dans le jeu », construire un dialogue avec lui.

## **Avez-vous un avis tranché sur la controverse ?**

Oui, j'ai un avis plutôt tranché sur cette controverse. Certaines BZD sont indispensables (dans l'état actuel des connaissances): en neurologie ce sont des anti-épileptiques comme le Rivotril,<sup>®</sup> le Valium<sup>®</sup>; en pédiatrie le nouveau né en particulier a besoin, en cas de convulsions de Valium en intra-rectal – chez l'adulte en intra musculaire, ou encore le Rivotril qui se donne de façon régulière en comprimé ou en goutte pour éviter les crises d'épilepsie. On l'a utilisé également pour les douleurs neurologiques comme celles de la neuropathie diabétique. Mais il a un effet de toxicomanie actuellement reconnu qui fait qu'on pourra lui préférer des molécules comme le Lyrica.<sup>®</sup>

J'aimerais par ailleurs mentionner que je suis informé sur les inconvénients de ces molécules depuis le début de mon exercice, en permanence.

## **Avez-vous, à un moment donné, au cours de l'exercice de la médecine, changé votre comportement vis à vis de cette molécule ? Si oui, sous l'effet de quel événement ?**

Mon comportement est influencé régulièrement par les articles dans les revues médicales, par les formations que je suis, il l'est également par ma pratique qui fait que je peux établir peut-être plus facilement un dialogue avec le patient ayant une plus grande expérience et par la même à mieux contrôler mes prescriptions, en particulier de BZD. Les médecins français sont parmi les plus grands prescripteurs de BZD. Il y a un gros doute qui plane sur la nécessité d'utiliser les BZD à tout bout de champ. Les médecins anglais n'ont par exemple pas plus de suicides que les médecins français, les patients des médecins anglais ne sont pas moins bien soignés que les patients français, ça se saurait. Il n'en reste pas moins vrai que les BZD peuvent être incontournables dans plusieurs situations : le sevrage éthylique, au début d'une dépression pour réduire le risque suicidaire - la BZD agissant dans ce cas de manière immédiate, alors qu'un antidépresseur met 14 à 21 jours pour agir, la BZD calme donc l'angoisse du patient rapidement. On utilise aussi les BZD en anesthésie pour permettre une meilleure anesthésie et dans le cas où un patient a peur de faire un examen d'imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM), ainsi dans cette dernière situation, la prescription d'une BZD avant l'examen permet de le réaliser dans le cas où le patient est trop angoissé....

La prescription de BZD peut également s'avérer utile en cas de traumatismes psychiques graves – exemple : un attentat - ou de problème aigu chez un patient où l'anxiété prend le pas sur la raison. Dans ce cas, la BZD permet de prendre, avec le dialogue, une distance par rapport à la cause du problème et de contribuer, toujours avec le dialogue, à éviter des séquelles psychiques ultérieures à l'attentat par exemple. Un autre exemple : l'agoraphobie. Les BZD sont là encore utiles, mais devront être par la suite remplacées par un antidépresseur.

## **Que dites-vous aux patients qui débutent un traitement à base de BZD? Vous investissez-vous dans une « campagne préventive » ?**

Dès le début je préviens le patient que je prescris des médicaments à base de BZD pour une période courte. Je leur demande de ne pas les arrêter brutalement mais progressivement avec un schéma. Sinon ils croiront que ce médicament est indispensable car, en les arrêtant brutalement, l'anxiété devient majeure. Je le préviens également dès le départ qu'il y a un effet de dépendance qui se déclare après 3 mois de prise du médicament (BZD).

**Que prévoit la loi sur la prise de BZD, existe-t-il selon vous des limites à la prise de BZD, hypnotiques et anxiolytiques ?**

Je suis au courant de cette loi. Cette législation a pour intérêt de remettre en cause la prescription, en ce qui concerne les BZD, le fait que le patient doit avoir une prescription mensuelle fait qu'il y a remise en cause tous les mois de la prise de ce médicament. Malheureusement, pour beaucoup, c'est devenu un automatisme de revenir tous les mois car bien souvent le « thème de la consultation » ne tourne pas autour de la prise de BZD. Il faut donc parvenir à créer un moment, pendant la consultation, pour en parler ou créer des consultations en plus pour pouvoir en parler sérieusement. Mon rôle est de pouvoir remettre en cause la prise de BZP que les patients pensent indispensables, puisqu'ils en prennent depuis des années. Cela peut aussi concerner certains médicaments comme la Zolpidem ou la Zopiclone présentés au départ comme non BZD et qui en fait se sont avérés être des apparentés.

**Existe-t-il selon vous une surconsommation des médicaments en France ? Comment cela s'exprime-t-il au quotidien ? L'usage de BZD chez vos patients est-il plutôt ponctuel ou plutôt régulier ? Vous arrive-t-il d'avoir des remords lorsque vous en prescrivez ?**

Il m'arrive d'avoir des remords quand je n'ai fait que renouveler l'ordonnance avec une BZD sans remettre en cause cette prescription ou sans arriver à convaincre le patient d'essayer de l'arrêter en faisant un sevrage, bien sûr, très progressif.

Il y a deux types de patients : une grande majorité seront des patients avec un problème ponctuel et pour lesquels j'aurai une prescription ponctuelle (par exemple une dépression, un traumatisme psychique mineur comme une séparation sentimentale, la BZD permettant ici d'empêcher que l'anxiété ne prenne le pas sur la raison et de prendre une distance par rapport à la cause du traumatisme psychique). En sachant également que l'anxiété est une peur et peut permettre de mieux visualiser le danger et par la même de trouver une solution, mais cette peur ne doit pas annuler les capacités d'analyse de la personne.

**Comment envisagez-vous l'avenir de ces molécules? Sont-elles amenées à se développer, à perdurer ou bien à être remplacées? Existe-t-il des placebo pouvant remplacer les BZD ? Lesquels ? Et les patients acceptent-ils souvent d'en prendre ou l'effet de sevrage est-il dans un tel cas trop important ?**

En ce qui concerne l'effet placebo, il faut se souvenir que le placebo peut être actif dans 30% des cas. Il m'arrive de prescrire de l'homéopathie à visée anxiolytique. Cela représente peut-être entre 5 à 10% des patients à qui je prescrivais avant des BZD. Dans ces cas, le placebo sera « efficace », mais uniquement dans le cadre d'un dialogue avec le patient. L'utilisation d'autres molécules comme l'Atarax® me permet d'être actif sur l'anxiété alors que ce n'est ni une BZD ni de l'homéopathie. Egalement, dans beaucoup de cas de dépressions, avec un bon dialogue, si la dépression n'est pas trop anxieuse et pas trop sévère, je peux être amené à prescrire un antidépresseur sans BZD mais toujours avec une surveillance du patient. L'antidépresseur n'est pas non plus sans risque, tout médicament présente un « rapport bénéfices/risques ». Il faut en médecine que le bénéfice soit supérieur au risque, le bénéfice d'un traitement doit être supérieur au risque attendu du traitement. Aucun médicament n'est indemne de risque, même un placebo a des inconvénients.

**Avez-vous une remarque supplémentaire à faire, quelque chose à ajouter?**

Oui, une remarque importante : parmi les BZD prescrites, il y a des BZD à demi vie longue et des BZD à demi vie courte (demi vie signifie durée d'action d'un médicament en pharmacologie). Cela signifie qu'on utilisera si possible que les BZD à demi vie courte car il y a beaucoup plus de dépendance avec les BZD à demi vie longue. Par exemple, sont des BZD à demi-vie courte : le Lorazépam ou encore l'Oxazépam. Elles s'opposent à certaines molécules à demi vie longue, néfastes, comme le Bromazépam par exemple.