



Prescription des psychotropes au cabinet médical



Rev Med Suisse 2012; 8: 355-61

C. Dedeystère
M. Saraga
F. Stiefel

Caroline Dedeystère
Psychologue
Urgences-crise
Dr Michael Saraga
PMU
Pr Friedrich Stiefel
Service de psychiatrie de liaison
CHUV, 1011 Lausanne
caroline.dedeystere@chuv.ch
michael.saraga@chuv.ch
frederic.stiefel@chuv.ch

Psychotropic drug prescription in general practice

General practitioners treat patients with psychiatric disorders, for whom they have to evaluate the indication of a psychotropic medication. In addition to the patient's symptoms, the clinician has to take into account transference and countertransference elements linked to the prescription. Sociological factors also influence both the patient and the clinician, partly due to the western society's value of performance. Consistent with the bio-psycho-social model of disease, we recommend that the evaluation of the indication of a psychotropic medication includes the patient's symptoms, but also the psychological and sociological factors.

Les médecins de premier recours prennent en charge des patients présentant des troubles psychiques, pour lesquels ils doivent évaluer l'indication à une médication psychotrope. En plus des symptômes présentés par le patient, le clinicien devrait être attentif aux enjeux transférentiels et contre-transférentiels liés à la prescription. De nombreux facteurs sociologiques ont également un impact sur le rapport du clinicien et du patient à la médication, en particulier la pression de performance de la société. En accord avec le modèle biopsychosocial, nous recommandons que le praticien puisse trouver un espace de réflexion lui permettant d'évaluer l'indication d'un traitement psychotrope en tenant compte à la fois des symptômes et des facteurs psychologiques et sociologiques auxquels lui-même et son patient sont soumis.

INTRODUCTION

En 2008, 11% des diagnostics posés par des médecins installés en Suisse étaient de type psychiatrique et 41% de ces diagnostics étaient posés par des généralistes ou internistes; et on estime que 25 à 40% des patients d'un cabinet de médecine générale présentent des troubles mentaux.¹ La prise en charge de ces patients et la prescription de psychotropes font ainsi partie inhérente de la pratique quotidienne des médecins de premier recours.

Dans *Chimiothérapies et psychothérapies* (1961), André Green décrit comment le traitement psychopharmacologique modifie l'organisation psychique du patient et utilise le terme de «relation médicamenteuse» pour la nouvelle relation médecin-malade qui inclut un traitement médicamenteux.² Racamier et Carretier ont proposé plus tard le concept de «signification agissante» pour désigner tous les investissements du patient et du thérapeute véhiculés par le médicament.³ Plus récemment, Kapsembelis souligne l'importance des éléments transféro-contre-transférentiels dans la relation thérapeutique impliquant une prescription médicamenteuse.⁴

Au-delà des enjeux psychiques et intersubjectifs, la prescription (de psychotropes mais aussi de toute médication) est un acte socialement situé. Demailly, par exemple, décrit dans *Sociologie des troubles mentaux* (2011) l'évolution du traitement des patients psychiatriques par la société occidentale.⁵ S'intéressant à la construction sociale de la dépression, Ehrenberg souligne dans *La fatigue d'être soi* l'impact des idéaux d'autonomie et de performance sur la genèse et le traitement des états dits dépressifs.⁶

Ci-dessous, nous proposons, en nous basant sur ces écrits et notre expérience clinique, de discuter les enjeux de la prescription des psychotropes et leurs implications pour le médecin omnipraticien.

ENJEUX POUR LES PATIENTS

Nous utiliserons comme point de départ de notre réflexion des questions qui se posent aux patients concernant un traitement psychotrope.



Est-ce que ma détresse psychique est le résultat d'une maladie biologique?

Cette question reflète une vision dichotomique corps vs psyché; certains troubles psychiatriques seraient ainsi de nature biologique, cérébrale et traitables par voie médicamenteuse et d'autres seraient psychologiques et relèveraient d'une approche psychothérapeutique, voire d'une modification de la situation sociale du sujet. Cette dichotomie peut être associée à un fantasme de folie qu'on retrouve dans la question ci-dessous.

Est-ce que je suis fou?

Selon Tutter,⁷ certains patients projettent le fantasme de folie sur le comprimé, avec pour corollaire l'impression qu'une médication les rendra «fous», ou bien signifierait qu'ils sont «fous». D'autres, au contraire, mettent en place des mécanismes de rationalisation contre-phobiques liés à la dichotomie «corps/esprit»: un traitement médicamenteux signifierait que seul le cerveau biologique (le corps) est malade mais l'esprit de la personne ne serait pas touché.

Cette dichotomie corps/psyché, très présente dans le monde occidental, est depuis longtemps contestée par la clinique. Elle est aussi remise en question par des résultats scientifiques, tels que les recherches sur le phénomène du placebo,⁸ la péjoration du pronostic de certaines pathologies somatiques en présence d'un trouble psychiatrique,⁹ les différentes découvertes psycho-neuro-immunologiques¹⁰ et épigénétiques.¹¹ Il existe aussi une dichotomie au niveau des représentations des maladies psychosomatiques; certaines théories postulent que ces maladies sont l'expression des conflits psychiques refoulés (par exemple: un syndrome de conversion), d'autres qu'il s'agit d'une altération somatique (par exemple: du système immunitaire) liée à un dysfonctionnement du processus psychique. Mentzos¹² critique ces théories mutuellement exclusives dans son livre *Lehrbuch der Psychodynamik* et donne l'exemple des céphalées survenant les week-ends chez des personnes «workaholics» dont les artères cérébrales sont en vasoconstriction due au stress durant la semaine et, en fin de semaine, se relâchent, ce qui provoque des céphalées. Parallèlement à ces processus physiologiques, la douleur associée à ces céphalées permettrait une diminution du sentiment de culpabilité lié à l'absence de travail (autopunition) durant le week-end. Les céphalées constitueraient ainsi une altération somatique due à un dysfonctionnement psychique et en même temps une solution de compromis face à un conflit psychique refoulé.

Cet exemple illustre aussi l'interaction complexe entre les niveaux biologiques, psychologiques et sociaux; elle correspond au modèle biopsychosocial qui va à l'encontre d'une vision simpliste de la santé et de la maladie. Cette complexité confirme la nécessité d'une réflexion autour de la prescription médicamenteuse et de ses implications physiologiques, psychologiques et sociales pour le patient. Le praticien pourrait par exemple se demander si cette représentation dichotomique permet à son patient de se rassurer sur le fait qu'il n'est pas «fou» mais uniquement atteint d'un dysfonctionnement cérébral (biologique), et inclure cette réflexion dans son évaluation de l'indication à un traitement,

et, s'il est indiqué, dans la manière de présenter le traitement au patient.

Je vais mieux, à qui le mérite?

Cette question peut être comprise comme un déplacement d'un vécu de dépendance sur le comprimé et l'attribution des bénéfices ressentis ou espérés au médicament. Ceci peut avoir pour conséquence une crainte de cesser le traitement ou une diminution de l'estime et de la confiance en soi. De plus, en projetant son vécu de dépendance sur le comprimé, le patient peut éviter de ressentir une telle dépendance vis-à-vis du thérapeute et le maintenir ainsi à distance. En cas d'indication d'un traitement médicamenteux, une discussion sur les attentes du patient concernant le médicament et son propre rôle dans l'amélioration de son état psychique est donc nécessaire.

Suis-je sous l'influence du médicament, ou alors du thérapeute?

Cette angoisse d'être contrôlé par un agent extérieur, vécu comme persécuteur, indique la fragilité du lien thérapeutique. Si elle persiste malgré une information médicale précise sur le traitement, il nous paraît nécessaire d'attendre pour inscrire la médication dans une relation de confiance qui, entre autres, respecte le sujet dans ses choix et accorde le temps nécessaire pour l'établissement du lien. Autrement, il est probable que la compliance médicamenteuse ne sera pas respectée.

Suis-je encore moi si je prends ce traitement?

Cette question apparaît fréquemment en cas de prescription d'un psychotrope. Toutefois, chez les patients présentant un trouble identitaire important, en particulier chez une personne ayant une structure déjà peu différenciée (psychotique ou état limite), l'angoisse de changer peut devenir envahissante et empêcher toute compliance, auquel cas nous préconisons un travail sur les représentations du patient avant de prescrire.

C'est moi qui dois changer?

Ce constat révèle une pression pour redevenir conforme aux normes de la société. Plusieurs auteurs, dont Ehrenberg cité dans l'introduction, décrivent l'impact des idéaux d'autonomie et de performance de la société sur les individus, induisant chez certains des effondrements psychiques.⁶ Cela se reflète également dans la définition de la santé mentale de l'OMS décrite sur leur site internet: «la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté».¹³ On voit ici l'intrication étroite entre la productivité, le devoir de contribuer à la communauté, et la santé mentale, ce qui rejoint le «devoir de santé» dénoncé par plusieurs sociologues dont Demailly.⁵ Le terme actuel d'usager pour désigner un patient psychiatrique est également parlant, étant défini comme «celui qui fait ou qui a le droit de faire usage d'un service», ce qui le place dans un rôle actif mais également responsable de sa santé et de sa contribution



à la société. Ces éléments ont un impact majeur sur le patient, pouvant l'induire à demander une médication pour être plus rapidement apte à retravailler et «à contribuer à la société», pour maintenir son emploi ou encore pour «prouver» à son entourage (ou à l'assurance invalidité) qu'il a tout tenté pour être de nouveau productif. Ceci à la place de se donner le temps pour comprendre les origines de sa souffrance et le sens de ses symptômes, notamment dans le cadre d'un processus psychothérapeutique. A noter que l'inverse est également possible, un patient pouvant refuser toute médication, même indiquée, pour s'opposer à des tendances sociétales perçues comme contraignantes, voire persécutantes.

Sur le plan sociologique, Demailly a classifié les personnes présentant une souffrance psychique en cinq catégories en fonction de leur manière de vivre leur trouble. Cette classification comporte «la maladie métier», qui est une étiquette que les patients acceptent afin de pouvoir vivre le mieux possible et avoir le soutien des instances médico-socio-légales; «la maladie sens» ayant une valeur quasi libératrice et permettant aux patients de lui attribuer certaines émotions, pensées ou certains comportements plutôt que d'en prendre la responsabilité ou de s'en sentir coupable; «la maladie euphémisée» dont la gravité est banalisée et/ou cachée sous des diagnostics «socialement acceptables» (par exemple: «burnout»); la maladie «monde du travail sur soi» qui implique l'introspection et refuse l'étiquetage médical ou psychiatrique; et «la maladie refusée» car vécue comme destructrice et excluante, avec pour conséquence un refus des soins.⁵

La manière dont le patient conçoit le trouble psychique a donc une influence sur sa représentation d'un traitement psychotrope. Une personne qui banalise son trouble psychique pourrait, par exemple, refuser tout traitement qui menacerait cette banalisation ou, au contraire, accepter un médicament qui renforcerait l'aspect «banalement» somatique de son trouble. Ainsi, le questionnement du praticien sur les liens dynamiques et complexes entre facteurs psychologiques et représentation sociale du trouble psychique de son patient peut l'aider à déterminer la position de ce dernier face à une médication. Celle-ci peut aller d'une acceptation inconditionnelle afin d'éviter une désocialisation dans le cas de la «maladie métier» à un refus total dans le cas de «la maladie refusée» avec de multiples variantes entre ces deux pôles.

ENJEUX POUR LES THÉRAPEUTES

Les représentations, angoisses ou fantasmes des thérapeutes concernant les psychotropes, qui peuvent rivaliser ou entrer en collusion avec ceux de leurs patients, ont aussi un impact sur la prescription. Tutter, par exemple, en décrit quelques-uns les amenant à rejeter les médicaments, comme l'identification au patient (l'administration d'un médicament signifierait la folie du patient et réactiverait par là même la crainte d'être fou du thérapeute), le désir d'omnipotence (qui peut se manifester par le besoin de ne guérir que par sa parole et de conduire une «vraie thérapie» sans médication), la crainte de la concurrence (avec l'idée que le traitement amènerait le patient à cesser le travail psychothérapeutique suite à l'amendement des symptômes), ou la dichoto-

mie corps/psyché décrite précédemment.^{7,14}

Il existe également des fantasmes chez les praticiens pouvant induire un désir de prescription et conduisant à l'introduction hâtive d'un médicament. A titre d'exemples, nous pouvons évoquer un besoin narcissique amenant le thérapeute à prescrire un traitement afin d'être à l'origine d'une diminution rapide des symptômes, un désir de «réparation» du patient projeté sur le comprimé, la contamination du praticien, l'angoisse ou son irritabilité face à un patient le mettant en échec.

Une prescription hâtive, basée sur les besoins du médecin, peut avoir pour conséquence un rejet du médicament par le patient se manifestant par une non-observance, voire un effet nocebo. Etre attentif à ses mouvements face à la prescription, à son propre désir, son ambivalence ou son refus de prescrire, devrait toujours compléter une évaluation symptomatologique de l'indication d'un traitement médicamenteux.

Sur le plan sociologique, ces fantasmes se retrouvent étroitement intriqués avec la pression sociale de performance qui influence les médecins tout comme leurs patients. La mise en valeur de la productivité peut amener un praticien à prescrire des médicaments à son patient afin de lui permettre de redevenir «actif» le plus rapidement possible. Par ailleurs, cette pression peut également émaner des assurances perte de gain ou invalidité, dont les contrôles se font de plus en plus rigoureux lorsqu'il y a des demandes de prestations. Dans les rapports asséurologiques, l'absence de prescription d'un médicament «dont l'efficacité est prouvée par des études scientifiques» signifie quasi toujours une absence de droit aux prestations, le patient n'ayant pas «tout essayé». Demailly décrit ce système comme une rationalisation instrumentale néo-bureaucratique, organisée autour de la valeur de l'efficacité et du contrôle des soins, dans lequel baignent les médecins et les patients.⁵ Jacquot, Di Patrizio et Guillemain (2011) montrent bien l'importance pour le médecin de s'interroger sur le contexte dans lequel il voit son patient et sur les conséquences à plus large échelle de sa prise en charge; de la même manière qu'un médecin humanitaire peut être instrumentalisé, le médecin généraliste peut l'être par les attentes sociétales latentes ou manifestes.¹⁵

Vu l'interaction étroite entre les fantasmes du médecin et les facteurs sociaux qui influencent sa pratique, il nous paraît primordial que celui-ci puisse prendre conscience de ces différents phénomènes afin d'avoir le recul nécessaire pour déterminer la prise en charge la plus adaptée. Malheureusement, les dynamiques à l'œuvre dans leurs dimensions intrapsychiques, intersubjectives et sociales, peuvent souvent amener le clinicien à estimer qu'il n'a pas la disponibilité de «s'arrêter avant de prescrire». Dans ce contexte, des interventions ou supervisions régulières prennent toute leur importance.

Face à cette complexité, la littérature scientifique peut apparaître comme une référence solide sur laquelle s'appuyer pour évaluer l'indication d'un traitement. Toutefois, elle nécessite une lecture approfondie et une analyse critique qui prend du temps, que les cliniciens n'ont pas forcément à disposition. Un récent article de Saraga et Stiefel critique notamment l'étude STAR*D, qui a comparé diverses stratégies thérapeutiques pour la dépression. Comme



cela a été discrètement et tardivement discuté, STAR*D a d'une part échoué à déterminer la ou les meilleures options thérapeutiques (qui se sont révélées équivalentes, sans qu'aucun facteur ne prédise une réponse spécifique), et surtout a montré une efficacité très décevante des antidépresseurs: environ 65% des 2063 patients inclus ne sont jamais entrés en rémission, ou ont rechuté en moins de douze mois (quatre en moyenne). Ces mauvais résultats thérapeutiques ont été minimisés, certains commentateurs parlant même de résultats «encourageants» et suggérant que la stratégie générale adoptée dans l'étude devait être au plus vite généralisée, voire imposée par un système *fee-for-service*.¹⁶ Ces résultats mettent bien en évidence l'importance pour le médecin omnipraticien de se ménager l'espace de réflexion décrit ci-dessus, voire le partager avec des collègues, même lorsqu'il s'agit d'interpréter les résultats d'études publiées dans des revues prestigieuses.

IMPACT DES PSYCHOTROPES SUR LA RELATION ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement médicamenteux, véhicule des fantasmes du patient et du thérapeute décrits ci-dessus, introduit un tiers dans la relation duelle pouvant prendre des formes différentes qui méritent d'être analysées et interprétées durant la prise en charge. Par exemple, le médicament peut faire l'objet d'un transfert différé lorsqu'il ne peut pas s'effectuer directement sur le thérapeute, ou peut servir d'objet transitionnel permettant un remplacement symbolique du thérapeute en son absence. Ce phénomène peut surgir même en l'absence de prescription, l'idée même d'un traitement pouvant faire l'objet d'un transfert.¹⁴

Le traitement médicamenteux peut aussi faire émerger des conflits autour de l'autorité, la loyauté, le pouvoir ou la compétition. Certains patients peuvent, par exemple, demander un traitement médicamenteux à leur médecin s'ils ressentent que celui-ci y est opposé afin de le défier.⁷ D'autres peuvent se sentir abandonnés ou blessés lorsque leur thérapeute leur propose un traitement médicamenteux, pensant, par exemple, l'avoir déçu.¹⁷

Au vu des éléments discutés ci-dessus, nous recommandons au clinicien de tenir compte de quatre facteurs afin de déterminer l'indication d'un traitement médicamenteux: a) l'évaluation symptomatique; b) l'évaluation du fonctionnement psychique du patient; c) son vécu et celui du patient concernant la prescription et d) le contexte social dans lequel ils vivent. Afin d'illustrer ces propos, nous présentons deux vignettes cliniques.

CAS CLINIQUE N° 1

Une femme de vingt ans consulte au service des urgences somatiques pour une douleur à la main. Aucune cause somatique n'est mise en évidence. Au vu de symptômes tels que palpitations, difficultés à respirer et douleurs thoraciques, l'interniste propose une évaluation psychiatrique supposant la présence d'un trouble anxieux.

Il s'agit d'une patiente d'origine somalienne, vivant en Suisse depuis l'âge de cinq ans, de parents séparés, tous

deux toxicomanes de longue date. Aînée d'une fratrie de trois enfants, elle décrit une enfance marquée par des négligences psychologiques, physiques et sociales. A dix-huit ans, la patiente est partie du domicile maternel pour vivre seule. Elle a eu deux relations sentimentales, qu'elle a à chaque fois rompues selon elle en raison de l'incapacité de ses compagnons à la soutenir et à s'investir affectivement. Durant les deux mois précédant la consultation, elle a accueilli ses frères chez elle. Peu avant leur départ, elle décrit une première crise d'angoisse survenue au travail, suivie de plusieurs autres, dont l'intensité est atténuée par la présence d'autres personnes.

Au status, elle a une poignée de main ferme, un regard soutenu et une voix forte; elle semble méfiante et très tendue, contrôlant ses émotions et montrant une certaine interprétativité induisant une attitude prudente chez la psychologue, qui pose des questions peu confrontantes. Elle montre une attitude très revendicatrice envers ses anciens compagnons, ses collègues de travail et les institutions suisses, qui l'auraient tous discriminée ou rejetée en raison de ses origines modestes et étrangères. Au cours de l'entretien, elle se détend et parle plus volontiers de son vécu; en fin d'entretien, elle pleure lorsqu'elle évoque un sentiment de solitude.

Ces éléments anamnétiques et cliniques nous conduisent à l'impression que cette jeune femme a subi des blessures narcissiques précoces avec pour conséquence une grande fragilité identitaire (mise en évidence par les aspects projectifs). Les attaques de panique survenues au moment du départ de ses frères parlent en faveur d'un vécu d'abandon associé à une angoisse contre laquelle elle se défend par une attitude revendicatrice et un effort pour contrôler ses émotions.

L'évaluation symptomatologique met en évidence un trouble anxieux d'intensité moyenne chez une personne possédant suffisamment de ressources pour avoir relativement bien fonctionné jusqu'ici sur le plan socioprofessionnel, et ceci malgré une enfance très carencée. Cette évaluation, la méfiance de la patiente, son besoin de contrôle et de mettre en avant ce qu'elle nomme comme sa grande force psychique, nous ont amenés à ne pas prescrire de traitement anxiolytique. La thérapeute a considéré qu'«une prescription pour rétablir la performance» aurait donné de faux signaux à une patiente qui, au contraire, devrait apprendre à reconnaître et accepter ses propres limites. Nous lui avons enseigné quelques techniques de relaxation permettant de diminuer son sentiment d'impuissance face à la survenue des symptômes, ce qui a permis de consolider l'alliance thérapeutique. Les objectifs du suivi psychothérapeutique étaient, entre autres, d'aider la patiente à modérer son besoin de contrôle qui l'empêche de solliciter et d'accepter le soutien d'autrui tout en le respectant comme une défense lui ayant permis jusque-là de faire face aux difficultés de sa vie.

CAS CLINIQUE N° 2

Un homme de 33 ans se présente aux urgences psychiatriques avec une demande de suivi psychiatrique-



psychothérapeutique en raison de symptômes anxieux présents depuis plusieurs années, en aggravation dans le contexte d'un licenciement annoncé il y a un mois.

Il s'agit d'un père de deux enfants en bas âge, séparé, ayant une formation d'ingénieur, qui a travaillé durant quelques années dans ce domaine, puis a occupé un emploi manuel peu qualifié et ensuite est entré dans une longue période de chômage. Depuis trois ans, il travaille à nouveau, ayant commencé dans le nettoyage pour terminer par un poste à responsabilités dans une petite entreprise. En raison d'erreurs qui lui sont reprochées, il a reçu une annonce de licenciement accompagnée de la proposition de reprendre un poste de nettoyeur, ce qu'il a refusé. Sur le plan psychiatrique, il décrit des attaques de panique survenues à l'âge de 22 ans, ainsi qu'une nervosité constante depuis des années; il a consulté des thérapeutes plusieurs fois dans sa vie, suivis qu'il a à chaque fois interrompus après quelques mois. Il a eu de multiples traitements anxiolytiques qu'il nous cite, tous estimés comme ayant eu trop d'effets secondaires. Quelques mois auparavant, son généraliste lui a prescrit du lorazépam, qu'il prenait tous les jours avant de se rendre au travail. Il l'a toutefois arrêté après trois mois, indiquant que ce traitement le rendait somnolent et «absent», tout en reconnaissant son efficacité concernant l'anxiété.

Au status, il frappe par une importante tension et une constante nervosité et rapporte une thymie abaissée, des idées de dévalorisation et l'impression que tous ses supérieurs hiérarchiques sont contre lui. Il présente un langage recherché, de légers relâchements des associations, quelques réponses à côté, tout en maintenant un discours compréhensible. Il mentionne des hallucinations auditives (téléphone qui sonne) depuis un mois, qu'il critique, ainsi qu'un retrait social depuis son enfance (il n'a qu'un ami, qui présenterait un trouble psychotique). Le patient se dit très craintif d'être également psychotique car un psychiatre lui aurait indiqué le diagnostic de personnalité schizoïde, ce qu'il réfute. Il considère avoir toute sa capacité de penser et n'avoir jamais présenté d'hallucinations ou de délire. Il aimerait que nous lui indiquions les coordonnées d'un psychiatre ayant des disponibilités rapidement. Au fur et à mesure que l'entretien avance, il se montre plus calme, indiquant que parler lui a fait du bien et accepte un demi-comprimé de lorazépam.

Sur la base de l'anamnèse et du status, nous constatons que le patient présente une structure psychotique se manifestant par des idées de persécution, des hallucinations auditives et une légère désorganisation de la pensée; les multiples changements professionnels suggèrent également une identité peu définie. Dans ce contexte de menace d'effondrement liée à la perte de statut professionnel et dans la perspective d'une inactivité impliquant une perte de repères, ce patient présente un début de désorganisation de type psychotique (probablement contenue jusqu'à présent par son travail, et auparavant par les suivis psychiatriques). Sa demande d'être à nouveau suivi semble tout à fait adé-

quate au vu de son besoin de repères et d'étayage. En raison du risque de désorganisation en cas de montée de l'anxiété, un traitement neuroleptique à faible dose est indiqué. Cependant, il s'agit d'un patient considérant toute médication comme persécutrice et génératrice d'effets secondaires, à l'exception du lorazépam à très faibles doses. Ceci, associé à la représentation des neuroleptiques chez la thérapeute comme traitement lourd destiné à des personnes présentant des symptômes florides majeurs, a amené celle-ci à prescrire une benzodiazépine (lorazépam), dans le but de soulager le patient et ainsi de renforcer l'alliance thérapeutique. Son choix s'est porté sur cette benzodiazépine, initialement prescrite par le généraliste, puisqu'elle risquait moins de raviver la crainte du patient d'être psychotique. Nous avons proposé à ce patient un rendez-vous la semaine suivante, avec un engagement de sa part de nous appeler en cas d'aggravation de son état ou d'idées suicidaires. Cette proposition associée à la prescription a permis d'instaurer un cadre soutenant jusqu'à ce qu'il ait pu débiter un suivi chez un psychiatre installé.

CONCLUSION

Au vu du nombre croissant de prises en charge psychiatriques au cabinet du médecin généraliste, l'évaluation de l'indication à un traitement psychotrope fait partie intégrante de sa pratique. Nous suggérons que cette évaluation tienne compte de la symptomatologie et des fantasmes du patient au sujet de la médication; par ailleurs, qu'elle tente d'identifier et de penser le vécu du médecin quant à son rôle de prescripteur, et qu'elle intègre la dimension sociale de la consultation. L'action du praticien doit viser non seulement un amendement des symptômes mais également la possibilité pour le patient d'être lui-même, sans devoir correspondre à une norme dans l'air du temps.

En conclusion, nous nous permettons de citer Pierre Bovet, professeur au Département de psychiatrie du CHUV, qui souligne dans l'ouvrage *Pour une psychiatrie scientifique et humaniste*: «le soin, en psychiatrie, ne se limite pas (et ne devrait pas se limiter...) à viser la disparition des symptômes. Il vise aussi à permettre au sujet, patient de son thérapeute, de redevenir agent de son existence, de reconstruire autant que faire se peut une cohérence dans sa façon d'envisager son historicité, sa relation à ses racines, au monde de ses contemporains, à la trace qu'il laissera dans la mémoire d'autrui».¹⁸ ■

Implications pratiques

- L'évaluation de l'indication à un traitement psychotrope devrait se baser sur la symptomatologie du patient et sur l'interaction complexe entre sa représentation du psychotrope, celle du clinicien et le contexte social dans lequel ils vivent
- La relation thérapeutique influence la compliance ainsi que les effets du traitement et vice versa
- La prise en charge d'un patient, y compris l'éventuelle prescription d'un psychotrope, devrait avoir pour objectif son bien-être plutôt qu'une adaptation à un idéal sociétal de performance



Bibliographie

- 1 Dreyer G, Schuler D. Diagnostics psychiatriques et médicaments psychotropes dans les cabinets médicaux en Suisse. *Obsan Bulletin* 1/2010. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- 2 Green A. Chimiothérapies et psychothérapies (Problèmes posés par les comparaisons de techniques chimiothérapeutiques et psychothérapeutiques et leur association en thérapeutique psychiatrique). *Encéphale* 1961; 50:29-101.
- 3 Racamier PC, Carretier L. Relation psychothérapique et relation médicamenteuse dans l'institution psychiatrique. In: Lambert PA (éd.). *La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques*. Paris: Ed. Masson, 1965;58-62.
- 4 Kapsambelis V. Formulations psychanalytiques des effets des neuroleptiques. *Rev Fr Psychanal* 2002;66: 447-64.
- 5 * Demailly L. *Sociologie des troubles mentaux*. Paris: La Découverte, 2011.
- 6 ** Ehrenberg A. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odile Jacob, 2000.
- 7 Tutter A. Romantic fantasies of madness and ob-
jections to psychotropic medication. *J Am Psychoanal Assoc* 2009;57:631-55.
- 8 Kaptchuk TJ, Friedlander E, Kelley JM, et al. Placebos without deception: A randomized controlled trial in irritable bowel syndrome. *PLoS ONE* 2010;5:e15591.
- 9 Mantelet S, Hardy P. Dépression et maladies somatiques. *Médecine thérapeutique* 2002 (articles spéciaux); 8:238-43.
- 10 Wittstein IS, Thiemann DR, Lima JA, et al. Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. *N Engl J Med* 2005;352:539-48.
- 11 Dempster E, et al. Disease-associated epigenetic changes in monozygotic twins discordant for schizophrenia and bipolar disorder. *Hum Mol Genet* 2011;20: 4786-96.
- 12 Mentzos S. Der psychosomatische Modus der Konflikt und Traumaverarbeitung. In: Mentzos S, ed. *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität der psychischer Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 2009;187-204.
- 13 Organisation mondiale de la santé. *La santé mentale: renforcer notre action*. Septembre 2010 (en ligne).
Site disponible sur: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/ (page consultée le 07/11/2011).
- 14 * Tutter A. Medication as object. *J Am Psychoanal Assoc* 2006;54:781-804.
- 15 Jacquot C, Di Patrizio P, Guillemain F, et al. Réflexions sur certains aspects de la médecine générale à partir de constats sur l'humanitaire. *Rev Med Suisse* 2011;7:1769-75.
- 16 Saraga M, Stiefel F. Psychiatry and the scientific fallacy. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:70-2.
- 17 Awad GA. The effects of medication on the psychoanalytic process: The case of selective serotonin reuptake inhibitors. *Psychoanal Study Child* 2001;56:263-85.
- 18 * Bovet P. Quelle place pour la psychopathologie? L'exemple de la schizophrénie. In: Guex P, Gasser J, eds. *Pour une psychiatrie scientifique et humaniste: l'école lausannoise*. Genève: Editions Georg, Collection Médecine Société, 2011;299-307.

* à lire

** à lire absolument