

COMMENT UNE "ETUDE DE CAS" AUTHENTIQUE POSE LE PROBLEME  
DU "SOI-DISANT PETIT MEDICAMENT" SOUS SON JOUR VERITABLE :  
CELUI D'UNE QUESTION TRES SERIEUSE.

## LE PETIT MEDICAMENT

Existe-t-il, comme certains le disent ou l'écrivent, deux sortes de médicaments ? Les médicaments efficaces, produits de haute technicité, difficiles à manier, voire dangereux, et dont l'utilisation devrait être réservée à des prescripteurs très avertis, et les "petits médicaments" c'est-à-dire tous ceux dont l'efficacité n'a pas été scientifiquement prouvée et dont on ne saurait au mieux obtenir qu'un effet placebo. Ceux-là grèveraient indûment un budget de la Santé déjà bien surchargé et devraient être résolument sacrifiés, c'est-à-dire exclus du remboursement, autrement dit, "déclassés".

Une telle opinion est professée par des médecins fondamentalistes ; c'est la thèse soutenue par le Pr Philippe MEYER dans son "Histoire du Médicament" qui n'a pas reçu, à notre connaissance, de contradiction. Le Pr MEYER n'hésite pas à qualifier de "médicaments de pacotille" tous les produits qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, comme par exemple les "traitements de l'insuffisance sexuelle ou intellectuelle, ceux des troubles de la mémoire, des lourdeurs des jambes, etc...", bref de toutes les misères humaines, grandes ou petites que la "science" médicale actuelle tendrait à rejeter parce qu'elles ne se moulent pas dans des concepts biologiques opératoires.

Une opposition aussi tranchée, véritable "lutte des classes" thérapeutique entre grands et petits, soulève bien des objections.

Peut-on imaginer la position d'un médecin qui refuserait toute prescription aux innombrables plaintes non solvables par une thérapeutique d'efficacité pharmacologiquement démontrée, ou qui leur opposerait des remèdes dévalués parce que non remboursés pour cause d'inefficacité ?

Dans cette même optique, les épais manuels de thérapeutique que rédigent d'autres confrères se réduiraient à presque rien si l'on devait retrancher les substances dont l'efficacité n'a pas été démontrée par essai contre placebo et mieux, en double insu !

Il est évident que le temps n'est pas venu où la parfaite coïncidence entre plaintes et besoins des patients, constatations solides de l'examen médical et données pharmacologiques, permettraient une thérapeutique d'efficacité parfaitement claire et démontrée. En attendant ces temps bûnés, l'art médical ayant toujours pour finalité le soulagement des patients, le médecin est condamné, comme bien d'autres professionnels, et pour longtemps encore, à agir avant de savoir .

Il y a plus : l'efficacité pharmacologique n'est qu'un des aspects de l'efficacité du médicament et pas toujours le plus important : la signification symbolique, le rôle médiatique, la représentation socio-culturelle, sont parfois des facteurs prédominants dans certains usages du médicament dans la pratique courante.

Pour illustrer ces notions et défendre le "petit médicament", une observation de pratique générale servira d'exemple. Il s'agit d'un cas exposé et discuté dans un groupe de travail de la Société Française de Médecine Générale sur la "logique de la prescription en médecine générale" (1).

Mr X., 30 ans, Sous-chef de bureau, consulte parce que, dit-il, depuis quelques jours il ne peut s'endormir avant 2 heures du matin. il veut un léger somnifère et rien d'autre car tout va bien par ailleurs : ce trouble du sommeil ne s'accompagne d'aucune sensation de fatigue. S'exprimant avec précision et une certaine recherche, il fait état de son aversion pour les médicaments mais déclare néanmoins avoir besoin de quelque chose de léger. On lui prescrit de la Passiflorine à raison de 2 cuillères à café dans un verre d'eau le soir au coucher.

Anecdote d'une banalité voisine de l'insignifiance. Voyant ce consultant pour la première fois et à moins d'être un "hypnologue" hautement spécialisé et investigateur, on serait tenté, après avoir écarté la consommation d'excitants, après avoir constaté l'absence de signes de la série dépressive, d'arrêter tout commentaire et de conclure à un trouble du sommeil occasionnel et léger, complaisamment traité par un placebo. Mais, cet homme est connu depuis 4 ans dans son environnement professionnel à travers ses récits ; on dispose d'un dossier médical remontant à 1976, soit 6 ans avant la présente consultation.

L'histoire de ce patient est alors la suivante :

- antécédents personnels connus par le carnet médical ou par les récits du malade,
- divers épisodes fonctionnels,
- en 1979, état dépressif grave considéré comme décompensation "d'une structure névrotique",
- on ne connaît pas d'antécédents familiaux pathologiques au moment de la consultation dont il est question ici et, en dehors des antécédents sus-mentionnés, que sait-on en commun avec le patient ?

Deux ans auparavant, en 1980, il a fait une crise d'anxiété nosophobique très éprouvante, à la fois pour lui et pour le médecin : à de nombreuses reprises, il s'est plaint d'une douleur temporo-maxillaire qu'il attribuait à une tumeur cérébrale dont il demandait instamment que l'on fit la preuve par des examens multiples ; il fallut négocier avec acharnement pour éviter de s'engager dans la voie des vérifications multiples et déraisonnables. Après 2 consultations de neurologie négatives, il accepta une rencontre avec un psychiatre.

(1) participants à la séance : Drs GALLAIS - de COULIBOEUF - PREZIOSI ROSOWSKY - VERY (généralistes) - POIVET (psychiatre-psychanalyste) M. ABRAMOWITCH (sociologue)

C'est à l'occasion de cet épisode aigu que fut approfondie la connaissance de ce patient.

Il est fils unique : le père, ancien officier de marine, est présenté comme sévère et rigide, la mère comme très prégnante. Il manifeste une extrême révérence pour ses parents chez lesquels il vit et qu'il présente avec insistance comme de grands bourgeois fortunés.

Professionnellement, il est plutôt sous-qualifié : possédant un BTS de comptabilité, un diplôme de la Chambre de Commerce, et après deux échecs dans l'enseignement pour manque d'autorité, il est, à 30 ans, dans une position plutôt subalterne d'employé de bureau. Néanmoins, il se dit tout à fait satisfait : il apprécie beaucoup sa place actuelle où "il apprend énormément".

Côté loisirs, pas d'activité sportive ; il fait état de nombreuses activités qui le valorisent dans un contexte para-professionnel et il insiste sur ses contacts privés avec ses supérieurs.

On sait, par un compte rendu du psychiatre, que la sexualité est problématique : avant la dépression de 1979, il y a eu un échec au cours d'une liaison passagère avec une femme divorcée, mère de deux enfants ; le patient aurait des tendances homosexuelles non reconnues.

Revenons à l'état actuel. La consultation, on l'a vu, a un motif très modeste en apparence :

Mr X., comme à l'ordinaire, énonce sa demande avec précision, non sans une certaine préciosité de ton, avec un calme médité pourrait-on dire. La communication, comme à l'ordinaire, est assez superficielle mais on perçoit une réticence certaine le patient entend, manifestement, délimiter la consultation à une demande actuelle, sans référence aux événements passés. Depuis deux jours, il ne s'endort pas avant deux heures du matin, mais tout va bien par ailleurs et il désire simplement un léger somnifère.

Le "ressenti" du médecin est un contact superficiellement agréable, mais en même temps irritant en raison du discours fermé ; il demeure perplexe car, derrière la façade rassurante de la minceur de la demande, il pressent un "gouffre" et le souvenir demeure de la crise anxieuse pas si lointaine. Il n'est pas perçu de signes de la série dépressive : c'est une note optimiste que veut absolument donner le consultant : tout va bien.

La position prise par le médecin est d'accepter la thèse de la bénignité, en demeurant au niveau du symptôme présenté et de prescrire une médication symptomatique correspondant au désir du patient : **un petit médicament** : Passiflorine, 2 cuillères à café le soir dans un verre d'eau : une phytothérapie douce. Une telle prescription répond aux conceptions du patient : il a relaté à plusieurs reprises sa profonde aversion pour les drogues et le mauvais souvenir qu'il garde du traitement antidépresseur de 1979 qu'il a d'ailleurs écourté. La crise d'anxiété nosophobique de 1980 a dû d'ailleurs être traitée de manière non orthodoxe par de petites doses de tranquillisants.

## COMMENTAIRES

Le cas de Mr X est manifestement grave et préoccupant : mais cette notion dérive, non pas de l'impression recueillie lors de la consultation relatée, mais de la fréquentation répétée de ce patient. C'est grâce à cette relation prolongée que le malade a pu prendre contact avec son médecin sous un motif anodin. Les relations existant entre le patient et le médecin non spécialisé - la compagnie d'investissement mutuelle dont parle Balint - a permis au patient de choisir son terrain. C'est comme s'il voulait à toute force s'éloigner des difficultés passées et qu'il demandait à être rassuré sur la bénignité de son trouble par le caractère anodin de la thérapeutique.

Dans ce cas, l'efficacité pharmacologique n'est pas en jeu. Elle est même indésirable. L'important n'est pas la norme biologique (\*) ni même la norme socio-culturelle : dans le milieu du patient, la prise d'un hypnotique ne pose pas de problème et il n'aurait pas eu besoin de consulter pour une simple prescription de somnifère.

Ce qui est en cause est au plus profond de la norme intime de Mr X : son investissement professionnel lui est si nécessaire qu'il repousse l'idée de retomber malade et, malgré un malaise qu'il ne peut taire - l'insomnie en est le pôle émergé - il adhère de toutes ses forces à la fiction qu'il va très bien et que les difficultés d'autrefois sont loin derrière.

Par le seul fait que patient et médecin avaient une connaissance commune du passé, connaissance développée au fil des rencontres, il a été possible d'apporter une aide ponctuelle adaptée au maintien d'un équilibre fragile. Encore fallait-il que l'on disposât d'un médiateur convenable car - du point de vue de la logique de la prescription, dans ce cas, ce n'est pas l'opposition médicament-efficace / médicament inefficace qui est pertinente - ce sont les oppositions prescription / non prescription et médicament fort / médicament doux, norme biologique / norme intime. C'est parce que l'on disposait d'une substance largement symbolique mais possédant un statut de médicament à part entière que l'on a pu satisfaire efficacement le besoin ponctuel du malade : parler de lui dans un cadre contractuel, satisfaire son besoin de rassurement, recevoir un symbole de la bénignité de ses troubles.

Par ailleurs, le don d'un médicament symbolique est le médiateur irremplaçable, dans la pratique courante, d'une relation dont le maintien est nécessaire chez le patient à l'avenir incertain.

Dans notre observation, il y a donc totale disjonction entre pharmacologie et thérapeutique et il y a totale adéquation entre le médicament et la situation : Passiflorine évoquera pour le patient flore, nature : la lecture de la notice le confortera dans la bénignité de son cas et répondra à son désir de ne pas se médicaliser, de se "soigner sans se droguer".

(\*) Voir P. Benoit "Inconscient et Thérapeutique Médicamenteuse", in "Documents de Recherches en Médecine Générale" n° 5, Déc84 jan. 85, p. 70 et suivantes.

On pourrait objecter que la relation de ce cas constitue une construction purement gratuite de l'imagination du médecin : une demande insignifiante, un médicament qui n'est rien et un cas présenté comme grave ! Ne seraient-ce pas les présupposés sociaux ou personnels du médecin qui sont à l'oeuvre ?

#### Récapitulons :

- Une dépression sévère en 1978
- un grave épisode d'anxiété en 1980
- des liens familiaux de type infantile
- deux échecs professionnels dans l'enseignement et une situation professionnelle actuellement minorée,
- une expérience amoureuse manquée dans un contexte dissonant

voilà qui invite objectivement à considérer ce cas avec quelque prudence, malgré la minceur du motif de consultation.

Il y a donc bien chez Mr X. un double besoin : un besoin d'aide qui passe par le truchement d'un médicament,

et un besoin encore plus fort de relativiser le trouble actuel et de le décrocher d'un passé dangereux.

En abandonnant pour l'heure toute action pharmacologique active, le médecin a souscrit au compromis proposé par le patient : rester "malade" en le niant.

Accepter cet instable et périlleux équilibre a paru le seul comportement compatible avec une non aggravation immédiate. Paradoxe du médecin contre paradoxe du patient ? En réalité, la relation d'une observation n'épuise pas la richesse d'un "non dit" inexprimable et "à cette profondeur, médecin et malade, dans le mensonge accepté, sont d'une sincérité complète".

Passiflore : petit médicament ? grand médicament ?

la réalité : UN MEDICAMENT

Dr Jean de COULIBOEUF  
Rue de Normandie  
95810 Epiais Rhus