UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PRESCRIPTION DES ANXIOLYTIQUES ET DES HYPNOTIQUES : EVALUATION DES PRATIQUES DE MEDECINS GENERALISTES AYANT SUIVI UNE FORMATION

Présentée et soutenue publiquement le 7 janvier 2013 au Pôle Recherche de la Faculté

Par Charles-Henri Desquilbet

Jury

Président : Monsieur le Professeur Thomas

Assesseurs : Monsieur le Professeur Bordet
Monsieur le Professeur Glantenet

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Dazin

Serment d'Hippocrate

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

Serment d'Hippocrate 2

Remerciements 3

Table des matières 5

Introduction 12

Première partie : matériel et méthode 14

I. Objectifs de la thèse et déroulement de l'étude 15

1.1. Objectifs 15

1.2. Déroulement de l'étude 15

II. Elaboration du questionnaire d'évaluation des pratiques professionnelles 17

2.1. Généralités 17

2.2. Première partie du questionnaire : l'insomnie 18

2.2.1. Première sous-partie : aide à l'évaluation de la plainte insomnie 18

2.2.2. Deuxième sous-partie : conduite à tenir devant une insomnie 19

2.3. Deuxième partie du questionnaire : l'anxiété 22

2.3.1. Première sous-partie : évaluation de la plainte « anxiété » 22

2.3.2. Deuxième sous-partie : conduite à tenir devant une anxiété 22

2.4. Troisième partie : règles de prescription d'une benzodiazépine 25

2.4.1. Première sous-partie : précautions avant la prescription d'une benzodiazépine 25

2.4.2. Deuxième sous-partie : information des patients sur les risques encourus lors de la prise des benzodiazépines 27

2.5. Quatrième partie : sevrage des benzodiazépines 30

2.5.1. Première sous partie : utilisation des « outils » d'aide au sevrage 30

2.5.2. Deuxième sous-partie : auto-évaluation des médecins participants concernant le sevrage 32

III. Elaboration du barème du questionnaire 33

3.1. Généralités 33

3.2. Barème de la première partie consacrée à l'insomnie 33

3.2.1. Barème de la première sous-partie : aide à l'évaluation de la plainte insomnie 33

3.2.2. Barème de la deuxième sous-partie : conduite à tenir devant une insomnie 34

3.3. Barème de la deuxième partie consacrée à l'anxiété 38

3.3.1. Barème de la première sous-partie : évaluation de la plainte anxiété 38

3.3.2. Barème de la deuxième sous-partie : conduite à tenir en cas d'anxiété 39

3.4. Barème de la troisième partie concernant les règles de prescription d'une benzodiazépine 42

3.4.1. Barème de la première sous-partie concernant les précautions à prendre avant la prescription d'une benzodiazépine 42

3.4.2. Barème de la deuxième sous-partie concernant l'information des patients sur les risques encourus lors de la prise des benzodiazépines 43

3.5. Barème de la quatrième partie concernant le sevrage des benzodiazépines 45

3.5.1. Barème de la première sous-partie concernant l'utilisation des «outils» d'aide au sevrage 45

3.5.2. Barème de la deuxième sous-partie sur l'auto-évaluation des médecins participants concernant le sevrage 46

3.6. Barème de la totalité du questionnaire 47

IV. Recrutement des médecins généralistes participants à l'étude 47

4.1. Secteur de recrutement 47

4.2. Critères d'inclusion 48

4.3. Critères d'exclusion 49

4.4. Constitution des groupes « formés » et « témoins » 49
4.5. Evolution des effectifs des groupes avant la formation 50
4.6. Evolution des effectifs des groupes après la formation 50

V. Méthode statistique 51
5.1. Méthode statistique utilisée pour répondre à l'objectif principal de la thèse 51
5.2. Méthode statistique utilisée pour répondre aux objectifs secondaires 53
5.2.1. Premier objectif secondaire : observer si l'amélioration des pratiques a été constatée dans un domaine particulier de la formation 53
5.2.2. Deuxième objectif secondaire : observation des pratiques des médecins généralistes participants à l'étude 55

Deuxième partie : résultats 56

I. Description des populations de médecins généralistes qui ont participé à l'étude 57
1.1. Description de la totalité des médecins 57
1.1.1. Répartition des médecins dans les groupes 57
1.1.2. Age des médecins participants 57
1.1.3. Sexe des médecins généralistes participants 58
1.1.4. Mode d'activité des médecins généralistes participants 58
1.1.5. Secteur d'activité des médecins généralistes participants 59
1.2. Description du groupe « témoin » 59
1.2.1. Age des médecins généralistes du groupe « témoin » 59
1.2.2. Sexe des médecins généralistes du groupe « témoin » 60
1.2.3. Mode d'activité des médecins généralistes du groupe « témoin » 61
1.2.4. Secteur d'activité des médecins généralistes du groupe « témoin » 61
1.3. Description du groupe « formé » 62

1.3.1. Age des médecins généralistes du groupe « formé » 62
1.3.2. Sexe des médecins généralistes du groupe « formé » 63
1.3.3. Mode d'activité des médecins généralistes du groupe « formé » 63
1.3.4. Secteur d'activité des médecins généralistes du groupe « formé » 64

II. Moyennes des notes dans les deux groupes avant et après la formation 64

2.1. Moyennes des notes du groupe « témoin » 64
2.1.1. Moyennes des notes du groupe « témoin » sur la totalité du questionnaire 64
2.1.2. Moyennes des notes du groupe « témoin » sur la première partie du questionnaire consacrée à l'insomnie 66
2.1.3. Moyennes du groupe « témoin » sur la deuxième partie du questionnaire consacrée à l'anxiété 68
2.1.4. Moyennes du groupe « témoin » sur la troisième partie du questionnaire consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine 70
2.1.5. Moyennes du groupe « témoin » sur la quatrième partie du questionnaire consacrée au sevrage des benzodiazépines 72
2.2. Moyennes des notes du groupe « formé » 74
2.2.1. Moyennes du groupe « formé » sur la totalité du questionnaire 74
2.2.2. Moyennes du groupe « formé » sur la première partie du questionnaire consacrée à l'insomnie 76
2.2.3. Moyennes du groupe « formé » sur la deuxième partie du questionnaire consacrée à l'anxiété 78
2.2.4. Moyennes du groupe « formé » sur la troisième partie du questionnaire consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine 80
2.2.5. Moyennes du groupe « formé » sur la quatrième partie du questionnaire consacrée au sevrage des benzodiazépines 82

III. Comparaison du groupe « témoin » et du groupe « formé » avant la formation 84

3.1. Recherche d'une association entre le groupe et l'âge des médecins généralistes qui ont participé à l'étude 84

3.2. Recherche d'une association entre le groupe et le sexe des médecins généralistes qui ont participé à l'étude 85

3.3. Recherche d'une association entre le groupe et le type d'activité des médecins généralistes qui ont participé à l'étude 86

3.4. Recherche d'une association entre le groupe et le secteur d'activité des médecins généralistes qui ont participé à l'étude 87

3.5. Recherche d'une association entre le groupe et la moyenne des notes totales des médecins généralistes qui ont participé à l'étude avant la formation 87

3.6. Recherche d'une association entre le groupe et la moyenne des notes de la première partie, consacrée à l'insomnie, des médecins généralistes qui ont participé à l'étude avant la formation 88

3.7. Recherche d'une association entre le groupe et la moyenne des notes de la deuxième partie, consacrée à l'anxiété, des médecins généralistes qui ont participé à l'étude avant la formation 89

3.8. Recherche d'une association entre le groupe et la moyenne des notes de la troisième partie, consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine, des médecins généralistes qui ont participé à l'étude avant la formation 90

3.9. Recherche d'une association entre le groupe et la moyenne des notes de la quatrième partie, consacrée au sevrage des benzodiazépines, des médecins généralistes qui ont participé à l'étude avant la formation 91

IV. <u>Comparaison des deltas des moyennes entre les deux groupes</u> 92

4.1. Comparaison des deltas des moyennes des notes totales entre les deux groupes 92

4.2. Comparaison des deltas des moyennes de la première partie du questionnaire consacrée à l'insomnie entre les deux groupes 93

4.3. Comparaison des deltas des moyennes de la deuxième partie du questionnaire consacrée à l'anxiété entre les deux groupes 94

4.4. Comparaison des deltas des moyennes de la troisième partie du questionnaire consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine entre les deux groupes 96

4.5. Comparaison des deltas des moyennes de la quatrième partie du questionnaire consacrée au sevrage des benzodiazépines entre les deux groupes 97

V. Observation des pratiques des médecins généralistes dans les deux groupes 98

5.1. Observation des pratiques concernant la première partie du questionnaire consacrée à l'insomnie 98

5.1.1. Première sous-partie : aide à l'évaluation de la plainte insomnie 98

5.1.2. Deuxième sous-partie : conduite à tenir devant une insomnie 99

5.2. Observation des pratiques concernant la deuxième partie du questionnaire consacrée à l'anxiété 107

5.2.1. Première sous-partie : évaluation de la plainte « anxiété » 107

5.2.2. Deuxième sous-partie : conduite à tenir devant une anxiété 107

5.3. Observation des pratiques concernant la troisième partie du questionnaire consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine 115

5.3.1. Première sous-partie : précautions à prendre avant la prescription d'une benzodiazépine 115

5.3.2. Deuxième sous-partie : information des patients sur les risques encourus lors de la prise des benzodiazépines 117

5.4. Observation des pratiques concernant la quatrième partie du questionnaire consacrée au sevrage des benzodiazépines 120
5.4.1. Première sous-partie : utilisation des « outils » d'aide au sevrage 120
5.4.2. Deuxième sous-partie : auto-évaluation des médecins participants concernant le sevrage 122

Troisième partie : discussion 124

I. Comparabilité du groupe « formé » et du groupe « témoin » 125
II. Réponse à l'objectif principal 125
III. Réponse au premier objectif secondaire 126
IV. Réponse au deuxième objectif secondaire 127
4.1. Amélioration des pratiques du groupe « formé » 128
4.2. Non amélioration de certaines pratiques du groupe « formé » 129
4.3. Changements de pratiques en contradiction avec le contenu de la formation 132

Conclusion 134

Annexes 136

Références 145

Introduction

L'obligation de se former pour un médecin en exercice est une évidence s'il veut dispenser des soins *« fondés sur les données acquises de la science* [...] »[1] tout au long de sa carrière. D'ailleurs, ce devoir déontologique est devenu en France une obligation légale[2]. L'ordonnance du 24 avril 1996 rend obligatoire pour tous les médecins la Formation Médicale Continue (FMC)[3]. La loi du 13 août 2004 la complète en imposant l'« *Evaluation des Pratiques Professionnelles* » (EPP)[4-5]. Ces deux dispositifs sont réunis depuis 2008 sous le nom de « *Développement Professionnel Continu* »[6] (DPC). Les objectifs du DPC sont « *d'améliorer la qualité, la sécurité et l'efficience des soins* » [4].

La Haute Autorité de Santé (HAS), créée en 2004, reçoit la tâche de « *répertorier les domaines où la FMC et/ou l'EPP peuvent contribuer à améliorer la qualité des soins* »[5]. Elle doit également faire « *le bilan annuel des réalisations en matière de formation et d'évaluation et* […] *celui de leur impact sur les pratiques* »[5]. A ce sujet, un des objectifs de la HAS est d' « *améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées* »[7]. Elle recommande de prescrire « *à ces patients les traitements les plus appropriés* »[7], ce qui permet de « *minimiser les risques et de réduire les prescriptions inutiles* »[7]. Il s'agit d'« *un axe stratégique d'amélioration des pratiques* »[7].

Dans ce cadre, une thèse réalisée en 2010 consistait à étudier l'impact d'une action de formation médicale continue sur la prise en charge du patient insomniaque en médecine générale[8]. Un groupe de médecins a participé à une formation sur les troubles du sommeil. Leurs pratiques ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire rempli après la formation comprenant dix items issus des recommandations de la HAS. Leurs résultats ont été comparés

à un groupe témoin. Il en est ressorti que les médecins formés étaient plus en adéquation avec les recommandations de la HAS, de manière statistiquement significative[8]. Toutefois, cette étude présente une limite reconnue par son auteur : il n'y a pas eu d'étude « avant/après » qui aurait pu permettre « *d'établir un lien de causalité entre formation et changement de comportement* »[8].

Afin de réaliser une étude « avant/après » contre témoin dans le cadre d'une formation médicale continue, nous avons travaillé à partir d'une thèse réalisée entre l'année 2010 et l'année 2011[9]. Ce travail a consisté en l'élaboration d'une formation médicale continue à destination de médecins généralistes sur la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques en médecine générale[9]. Des focus groupes ont permis d'identifier les difficultés rencontrées par les praticiens lors de la prescription ou l'arrêt des anxiolytiques et des hypnotiques. C'est à partir de ces difficultés que les objectifs de formation ont été déterminés. Le contenu de la formation tient compte des recommandations actuelles et de la littérature scientifique pour essayer de répondre à ces difficultés de prescription.

Cette formation a-t-elle permis d'améliorer les pratiques des médecins généralistes l'ayant suivie dans la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques?

Afin de répondre à cette question, nous avons réalisé une étude d'observation, prospective, comparative, non-randomisée entre les pratiques d'un groupe de médecins ayant reçu la formation que nous avons nommé « groupe formé », et les pratiques d'un groupe de médecins ne l'ayant pas reçue que nous avons nommé « groupe témoin ».

Première partie : matériel et méthode

I. Objectifs de la thèse et déroulement de l'étude

1.1. Objectifs

L'objectif principal de notre thèse a été de déterminer si la participation à la formation dispensée dans le cadre du travail du Docteur Denys de Bonnaventure a permis une amélioration des pratiques chez les médecins généralistes l'ayant suivie.

Les objectifs secondaires ont été les suivants :

- le premier objectif secondaire a été d'observer si l'amélioration des pratiques était constatée dans un des objectifs de la formation.
- le deuxième objectif secondaire a consisté en l'observation des pratiques des médecins généralistes des deux groupes et d'une éventuelle évolution de ces pratiques après la formation.

1.2. Déroulement de l'étude

La soirée de formation médicale continue s'est déroulée en juin 2011. Un questionnaire d'évaluation des pratiques a été distribué une première fois aux médecins généralistes du groupe « témoin » et du groupe « formé ». Une fois rempli, le questionnaire a été récupéré dans les deux groupes avant la soirée de formation. Ce même questionnaire d'évaluation des pratiques a été distribué et récupéré une seconde fois dans les deux groupes six mois après la formation. Ainsi, chaque médecin généraliste des deux groupes obtenait une note avant la formation et après la formation. Les médecins généralistes participant à l'étude avaient environ un mois pour remplir et rendre ce questionnaire.

Nous avons ainsi pu observer les pratiques des deux groupes avant et après la formation, et déterminer si les médecins généralistes du groupe « formé » ont amélioré leurs pratiques selon le contenu de la formation, et de manière significative par rapport au groupe « témoin ».

Le questionnaire d'évaluation des pratiques qui a été élaboré pour réaliser cette étude portait sur les objectifs de la formation et donc, sur le contenu de la formation.

A ce propos, dans la conclusion de sa thèse, Docteur Denys de Bonnaventure exprime le souhait que les médecins aient atteint les objectifs suivants dans leurs pratiques après avoir suivi la formation :

- distinction du caractère aigu ou chronique de l'insomnie ou de l'anxiété, afin de déterminer les bonnes indications du traitement hypnotique ou anxiolytique.
- Prescription d'un anxiolytique ou d'un hypnotique dans le cadre précis d'un contrat avec le patient sur la durée limitée et la posologie minimale efficace.
- Information du patient sur les principaux risques liés au médicament prescrit.
- Sevrage plus régulièrement proposé aux consommateurs de benzodiazépines[10].

Le questionnaire avait pour but d'évaluer les pratiques des médecins généralistes, et non pas leurs connaissances.

Le barème du questionnaire d'évaluation des pratiques a été élaboré à partir du contenu de la formation. Les points des propositions ont été attribués selon leur degré de mise en valeur lors de la formation et de la fiabilité scientifique de la documentation utilisée pour élaborer la formation.

II. Elaboration du questionnaire d'évaluation des pratiques professionnelles (cf. Annexe 1)

2.1. Généralités

Le questionnaire ne portait que sur les pratiques des médecins généralistes et non pas sur leurs connaissances. C'est pourquoi le questionnaire ne comportait pas d'items sur la première partie de la formation consacrée à des généralités (classification des psychotropes, épidémiologie).

Le questionnaire a été élaboré de façon à être rempli rapidement et simplement, afin que les médecins généralistes intéressés par l'étude puissent y participer malgré un emploi du temps chargé. A cette fin, le questionnaire a été testé par quelques internes en médecine générale puis modifié pour qu'il puisse être rempli en moins de cinq minutes par les participants.

Le vocabulaire médical utilisé dans les items du questionnaire n'a pas toujours été celui de la classification DSM IV. En effet, lors des séances de focus groupes, nous avons constaté que les médecins n'utilisaient pas la classification DSM IV pour caractériser l'insomnie et l'anxiété. En fait, cette classification était souvent méconnue des médecins généralistes des focus groupes. Les termes utilisés dans les différents items ont donc été choisis, et souvent explicités entre parenthèses, afin qu'ils soient compris par tous les médecins généralistes participant à l'étude. De cette façon, les résultats ont pu être analysés et interprétés sans risque de confusion.

Les médecins avaient eu la consigne par téléphone de répondre aux différents items du questionnaire conformément à leurs habitudes de pratiques « en général ».

Les médecins avaient uniquement le choix entre « *oui* » ou « *non* » pour répondre aux items afin de faciliter l'interprétation des résultats statistiques.

Quatre grandes parties ont été créées afin que le questionnaire soit en parfaite adéquation avec les objectifs de la formation. Ainsi, la première partie du questionnaire était consacrée à l'insomnie, la deuxième partie à l'anxiété, la troisième partie aux règles de prescription d'une benzodiazépine, et la quatrième partie au sevrage d'une benzodiazépine.

Le questionnaire leur a été envoyé soit par e-mail, soit par courrier. Lorsqu'il était envoyé par e-mail, le questionnaire pouvait être rempli directement en ligne.

2.2. Première partie du questionnaire : l'insomnie

2.2.1. Première sous-partie : aide à l'évaluation de la plainte insomnie

La première sous-partie était constituée de deux items :

Premier item : « *Quand votre patient se plaint d'insomnie, vous prévoyez une consultation dédiée afin de mieux préciser ce symptôme* ».

Deuxième item : « *Quand votre patient se plaint d'insomnie, vous utilisez un agenda/calendrier du sommeil afin de mieux préciser ce symptôme* ».

Ces deux items ont été choisis parce que les médecins généralistes qui ont participé aux focus groupes ont souligné que le principal obstacle à une bonne évaluation de la plainte insomnie était le manque de temps[11]. Ainsi, pour eux, il est plus facile et plus rapide d'établir une ordonnance contenant un hypnotique que de prendre le temps d'évaluer la plainte insomnie. Il nous a donc semblé intéressant d'observer si la formation avait incité les médecins généralistes à avoir davantage recours à la consultation dédiée ou à l'utilisation d'agendas/calendriers du sommeil afin de mieux évaluer cette plainte et donc de mieux la prendre en charge.

2.2.2. Deuxième sous-partie : conduite à tenir devant une insomnie

En ce qui concerne l'insomnie, un des points importants abordés lors de la soirée de formation en juin 2011 a été la présentation de schémas thérapeutiques élaborés à partir de la classification DSM IV et des recommandations de la HAS[12]. A cette fin, deux grandes entités ont été distinguées au cours de la formation : l'insomnie transitoire et l'insomnie chronique (cf. Annexe 2). En effet, la prise en charge thérapeutique de ces deux types d'insomnie est différente. L'enjeu de ce point de formation était de faire prendre conscience aux médecins ayant suivi la formation que le caractère transitoire ou chronique de l'insomnie était primordial pour déterminer la bonne indication d'un traitement hypnotique. En effet, la prescription au long cours d'un hypnotique, a fortiori d'une benzodiazépine ou apparentée, entraîne des risques importants comme la dépendance, les chutes, les troubles cognitifs, l'agressivité paradoxale, la somnolence, alors que ces traitements sont inefficaces dans l'insomnie chronique[13].

- <u>Premier item : conduite à tenir devant une insomnie transitoire</u>

Le premier item consistait à demander aux médecins ce qu'ils prescrivaient en cas d'insomnie transitoire :

« *Quand l'insomnie est d'apparition récente (moins de 3 semaines), vous prescrivez d'emblée :* ».

L'expression d' « insomnie transitoire » ou « aiguë » n'a pas été utilisée par souci de clarté à l'égard des participants à l'étude. Le terme utilisé a donc été celui d' « *insomnie d'apparition récente* », le délai d'apparition étant précisé entre parenthèses : « *(moins de 3 semaines)* ». Les médecins généralistes devaient répondre par « *oui* » ou par « *non* » à ces différentes propositions :

« - *une benzodiazépine ou une classe apparentée (exemples : zolpidem, zopiclone…)*

- *une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, carbamate,…)*

- *de l'homéopathie*

- *de la phytothérapie*

- *des règles hygiéno-diététiques, des conseils*

- *une psychothérapie de soutien (par vous-même)*

- *une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue, spécialiste du sommeil…)* ».

Cette liste diversifiée de traitements correspond à la majorité des traitements évoqués lors des focus groupes et contient les traitements recommandés pour cette pathologie. Elle permettait

d'offrir un nombre important de possibilités de réponses aux médecins généralistes qui devaient remplir le questionnaire. Cela nous a permis d'observer précisément les pratiques des médecins généralistes ayant participé à l'étude.

- Deuxième item : conduite à tenir devant une insomnie chronique

Le deuxième item concernait l'insomnie chronique et était construit sur le même modèle que l'item précédent qui concernait l'insomnie transitoire :

« *Quand l'insomnie persiste au-delà d'1 mois, vous prescrivez :* ».

Nous avons préféré définir l'insomnie chronique par une durée afin de préciser la notion de chronicité dans l'insomnie. Les propositions de réponses étaient les mêmes que pour l'item précédent qui concernait l'insomnie transitoire, et pour les mêmes raisons :

« *- une benzodiazépine ou une classe apparentée (exemples : zolpidem, zopiclone…)*

- un antidépresseur

- une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, carbamate,…)

- de l'homéopathie

- de la phytothérapie

- des règles hygiéno-diététiques, des conseils

- une psychothérapie de soutien (par vous-même)

- une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue, spécialiste du sommeil…) ».

2.3. Deuxième partie du questionnaire : l'anxiété

Cette deuxième partie a été construite sur le même modèle que la première partie qui concernait l'insomnie. La première sous-partie était donc consacrée à l'évaluation de la plainte « anxiété », et la deuxième sous-partie à la conduite à tenir en cas d'anxiété transitoire ou de troubles anxieux caractérisés.

2.3.1. Première sous-partie : évaluation de la plainte « anxiété »

L'item était le suivant :

« *Quand votre patient se plaint d'anxiété : vous évaluez ce symptôme afin de déterminer dans quel cadre il s'intègre* ».

En effet, il est ressorti des focus groupes que « *le plus souvent,* [les médecins généralistes] *prescrivent l'anxiolytique en réponse à un symptôme d'anxiété, sans rechercher la cause* »[14]. Dans un premier temps, cet item était pour nous le moyen de vérifier cette donnée chez les médecins généralistes recrutés pour notre étude. Dans un second temps, nous souhaitions observer si les médecins généralistes évaluaient davantage la plainte anxiété après avoir suivi la formation.

2.3.2. Deuxième sous-partie : conduite à tenir devant une anxiété

Comme pour la première partie consacrée à l'insomnie, deux grands types d'anxiété ont été distingués lors de la formation : l'anxiété transitoire et réactionnelle, et les troubles anxieux

caractérisés. Ainsi, un schéma thérapeutique a été proposé pour ces deux grands cadres étiologiques. Il nous a donc semblé intéressant d'observer les pratiques concernant l'anxiété transitoire et réactionnelle, et les troubles anxieux caractérisés, et l'évolution de ces pratiques après la formation.

En effet, il avait été relevé dans les focus groupes que « *le domaine le moins connu de tous les médecins* [était] *la démarche diagnostique et thérapeutique face à un patient anxieux* »[14].

- <u>Premier item : conduite à tenir devant l'anxiété transitoire et réactionnelle</u>

Le premier item était donc le suivant :

« *En cas d'anxiété transitoire et/ou réactionnelle (moins de 6 mois), vous prescrivez :* ».

Comme pour l'insomnie, et dans le même but, les possibilités suivantes leur étaient proposées :

« - *une benzodiazépine*

- *une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, etifoxine STRESAM®, buspirone…)*

- *de l'homéopathie*

- *de la phytothérapie*

- *des règles hygiéno-diététiques, des conseils*

- *une psychothérapie de soutien (par vous-même)*

- *une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue…)* ».

- <u>Deuxième item : conduite à tenir devant les troubles anxieux caractérisés</u>

Le deuxième item était le suivant :

« *En cas de passage à la chronicité de l'anxiété (trouble panique, anxiété généralisée, etc.) vous prescrivez :* ».

L'expression de « troubles anxieux caractérisés » n'a pas été utilisée par souci de clarté à l'égard des participants à l'étude. Celle-ci a été remplacée par « *chronicité de l'anxiété* » et quelques troubles anxieux caractérisés ont été précisés entre parenthèses.

Les possibilités de réponses étaient les suivantes :

« - *une benzodiazépine*

- *un antidépresseur*

- *une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, etifoxine STRESAM®, buspirone…)*

- *de l'homéopathie*

- *de la phytothérapie*

- *des règles hygiéno-diététiques, des conseils*

- *une psychothérapie de soutien (par vous-même)*

- *une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue…)* ».

2.4. Troisième partie : règles de prescription d'une benzodiazépine

2.4.1. Première sous-partie : précautions avant la prescription d'une benzodiazépine

L'item était le suivant :

« *Avant de prescrire une benzodiazépine (ou apparentée), vous :* »

En concevant cet item, nous avons choisi de nous intéresser uniquement aux benzodiazépines (ou apparentés), puisque conformément à ce qui a été dit dans la formation « *les anxiolytiques et hypnotiques* [sont] *essentiellement représenté*[s] *par des benzodiazépines et* [apparentés] »[15].

Il nous a semblé important d'observer l'évolution des pratiques des médecins sur ce point. En effet, lors des séances de focus groupes, « *les médecins* [ont reconnu] *qu'ils n'* [évaluaient] *pas les risques liés à la prescription de manière systématique (et pour certains jamais)* »[16]. Il semblerait même que, pour eux, « *il s'* [agisse] *plutôt d'une gestion de l'événement indésirable quand il se produit, que d'une prévention* »[16], notamment en ce qui concerne les chutes.

La première proposition de réponse était donc logiquement la suivante :

« - *déterminez si votre patient présente d'autres facteurs de risque de chute.* »

En effet, il est ressorti des séances de focus groupes que « *les autres facteurs de risque de chutes chez la personne âgée ne semblent pas être recherchés par le médecin lorsqu'il prescrit un anxiolytique ou un hypnotique* »[17].

C'est pourquoi, lors de la formation, un des points importants qui ressortait concernant le risque de chute était qu'il fallait « *prescrire* [les benzodiazépines] *en fonction des comorbidités et des* [autres] *facteurs de risque de chutes* »[18], et « *ne pas être faussement rassuré par une molécule à demi-vie courte ou une faible posologie* »[18]. D'où la nécessité d'évaluer ce point chez les médecins participant à l'étude. Cette proposition de réponse a également permis d'observer si la formation avait influencé leurs pratiques à ce sujet.

La deuxième proposition concernait l'évaluation du profil de dépendance du patient :

« - *évaluez le profil de dépendance du patient.* »

Sur ce point, il a été noté une grande divergence entre les deux focus groupes. En effet, « *dans l'un, les médecins ne pensent pas à ce risque évolutif lors de la prescription initiale. Cela leur paraît difficile, voire impossible d'identifier ce risque. Il est plutôt considéré comme une évolution qui sera constatée au bout d'un certain temps* »[17]. A l'inverse, « *la consommation chronique est un risque majeur, présent à l'esprit des médecins lors de toute prescription initiale* »[19] dans l'autre focus groupe. C'est pourquoi il nous a paru nécessaire d'interroger sur ce point les médecins participant à l'étude avant la formation et d'observer comment avaient évolué ces pratiques après la formation.

Les deux dernières propositions de réponses de cette première sous-partie consacrée aux précautions à prendre avant la prescription d'une benzodiazépine étaient les suivantes :

« - *informez le patient que le traitement devra être pris pour une durée limitée afin d'éviter le phénomène de dépendance ;*

- *informez le patient que le traitement devra être pris à la posologie minimale efficace afin d'éviter le phénomène de dépendance.* »

En effet, « *les précautions prises devant le risque de dépendance ne sont pas systématiques lors de la prescription initiale* »[19] d'une benzodiazépine par les médecins des focus groupes. A ce titre, « *le patient n'est pas prévenu de la durée limitée du traitement et des modalités d'arrêt* »[19], « *même dans le groupe qui considérait ce risque comme majeur* »[19].

De la même façon, l'initiation de la prescription d'une benzodiazépine à la posologie minimale efficace n'était pas une règle de prescription évidente pour tous les médecins des séances de focus groupes. Certains débutaient même le traitement à posologie élevée et diminuaient les doses secondairement[20].

Ces deux règles « contractuelles » de prescription sont pourtant nécessaires pour éviter le phénomène de dépendance. La formation insistait sur ces deux règles de prescription[21].

2.4.2. <u>Deuxième sous-partie : information des patients sur les risques encourus lors de la prise des benzodiazépines</u>

Il est ressorti des séances de focus groupes que « *les risques, liés principalement à la prescription des benzodiazépines, sont pour la plupart connus des médecins* »[22] sauf l'agressivité paradoxale. Très souvent, « *le patient est informé des risques liés à la somnolence soit au volant, soit au travail* »[22] mais « *les autres risques ne sont pas abordés* »[22]. Le problème de la responsabilité médico-légale du prescripteur est donc posé[22].

Il nous semblait donc important d'évaluer les pratiques des médecins participant à l'étude au sujet de l'information des patients sur les risques encourus lors de la prise des benzodiazépines et d'observer l'évolution de ces pratiques après la formation.

L'item était le suivant :

« *Lorsque vous prescrivez une benzodiazépine ou une classe apparentée à vos patients vous les informez du risque :* »

La première proposition concernait le risque de somnolence :

« - *de somnolence (risque de la conduite automobile, au travail…)* »

En effet, les médecins généralistes des focus groupes « *considèrent que ce risque n'existe plus, lorsqu'ils prescrivent des hypnotiques à demi-vie courte* »[23]. Il nous semblait donc nécessaire d'observer comment les pratiques des médecins pouvaient évoluer à ce sujet après la formation, l'essentiel des prescriptions d'hypnotiques étant représenté par les benzodiazépines et apparentés[15].

La deuxième proposition était consacrée à l'information sur le risque de dépendance :

« - *de dépendance* ».

La troisième proposition concernait le risque d'agressivité paradoxale, totalement méconnu des médecins des focus groupes[22], sauf pour un seul d'entre eux[17] :

« - *d'agressivité paradoxale* ».

La quatrième proposition concernait l'information sur le risque de chute :

« - *de chute* ».

En effet, il est ressorti des focus groupes que « *le patient n'est pas prévenu du risque de chutes qui est considéré comme un risque « acceptable »* »[17]. De plus, « *ils sous-entendent* [...] *qu'il n'existe plus de risque de chutes lorsqu'ils prescrivent des demi-vies courtes* »[17]. Ce risque est donc sous-estimé par les participants aux focus groupes. Un des médecins refuse même sciemment d'informer ses patients du risque de chute, de peur qu'ils ne prennent pas le traitement prescrit[17]. Il nous semblait donc nécessaire d'observer les pratiques des médecins participant à l'étude sur ce point et l'évolution de celles-ci après la formation.

La cinquième proposition concernait l'information sur le risque de troubles cognitifs :

« - *de troubles cognitifs* ».

Il est apparu lors des séances de focus groupes que seulement « *quelques médecins connaissent les troubles mnésiques comme effets indésirables* »[17]. Mais, « *aucune précaution particulière n'est citée par les médecins en ce qui concerne ces risques* »[17]. D'où l'importance d'évaluer les pratiques des médecins participant à l'étude sur ce point.

2.5. Quatrième partie : sevrage des benzodiazépines

Il est ressorti des séances de focus groupes que « *certains médecins considèrent* [que le sevrage] *est impossible* »[24]. Un des objectifs de la formation était donc « *d'apporter une aide pratique pour le sevrage de patients consommateurs chroniques* »[24].

Deux sous-parties ont été élaborées pour évaluer les pratiques des médecins généralistes participant à l'étude au sujet du sevrage des patients et pour observer l'influence de la formation sur ces pratiques.

La première sous-partie a été élaborée pour observer si les médecins utilisaient les « outils » d'aide au sevrage, et pour déterminer si la formation a eu une influence sur leurs pratiques à ce sujet. La deuxième sous-partie consiste en une auto-évaluation des médecins sur le sevrage avant et après la formation.

2.5.1. Première sous partie : utilisation des « outils » d'aide au sevrage

L'item était mentionné de la manière suivante :

« *Lorsque vous envisagez un sevrage des benzodiazépines (et apparentées) chez vos patients, vous :* »

Les médecins participants devaient répondre à cinq propositions.

La première proposition était la suivante :

« - *négociez de manière répétée lors des consultations pour commencer ce sevrage* ».

Cette proposition fait directement référence à l' « *intervention brève* », outil exposé lors de la formation (cf. Annexe 2).

La deuxième proposition était la suivante :

« - *informez du manque d'efficacité de ces traitements au long cours* ».

Il s'agissait également d'un point exposé lors de la formation. Le but de cette information est d'essayer de motiver le patient à débuter un sevrage[25].

La troisième proposition était la suivante :

« - *expliquez les symptômes du sevrage et les aides que vous pouvez leur apporter* ».

En effet, les explications concernant le caractère transitoire des symptômes du sevrage semblent bénéfiques pour rassurer le patient et éviter qu'il ne reprenne son traitement dès l'apparition de ces symptômes : « *Le patient averti sera moins inquiet, et moins enclin à reprendre immédiatement son traitement, si ces symptômes apparaissent* »[25].

La quatrième proposition était la suivante :

« - *arrêtez le traitement en diminuant progressivement les doses* ».

L'arrêt progressif est une règle générale à adopter pour sevrer les patients ayant une consommation chronique de benzodiazépines[26].

La cinquième proposition de réponses était la suivante :

« - *changez de molécule* »

La recherche bibliographique qui a été faite pour élaborer la formation révélait qu'il n'y avait « *pas d'argument pour proposer un traitement substitutif lors de l'arrêt* »[27]. « *Certaines études montreraient une augmentation du succès de sevrage avec l'imipramine ou la carbamazépine, mais les données sont encore insuffisantes pour les recommander* »[27]. Les médecins des séances de focus groupes utilisaient parfois cette méthode, notamment pour remplacer une benzodiazépine de demi-vie longue par une benzodiazépine de demi-vie plus courte[28]. Nous avons ainsi souhaité vérifier si cette méthode était utilisée par les médecins recrutés pour notre étude et observer comment cette pratique avait évolué après la formation.

2.5.2. <u>Deuxième sous-partie : auto-évaluation des médecins participants concernant le sevrage</u>

L'item et les deux propositions de réponses étaient les suivants :

« *Au cours de la dernière année, vous :*

- *avez débuté le sevrage de patients consommateurs chroniques*

- *avez réussi le sevrage de patients consommateurs chroniques* ».

Ces deux items ont été élaborés pour observer si la formation avait permis aux médecins, souvent découragés par les difficultés du sevrage, de débuter le sevrage voire de le réussir.

III. Elaboration du barème du questionnaire (cf. Annexe 1)

3.1. Généralités

Le barème du questionnaire d'évaluation des pratiques a été élaboré à partir de la formation Ce barème a été approuvé par le Docteur Denys de Bonnaventure, auteur de la formation. Une note a été attribuée pour chaque grande partie du questionnaire. Chaque note de chaque grande partie a été ramenée sur un total de 20 points selon la règle de trois. Le coefficient appliqué à chaque note sur 20 de chaque grande partie était de 1. Ainsi, l'intégralité du questionnaire était notée sur 80 points.

3.2. Barème de la première partie consacrée à l'insomnie

Cette partie consacrée à l'insomnie était notée sur 18 points. La note a ensuite été ramenée sur 20 points selon la règle de trois. Le barème est détaillé entre parenthèses, à côté des propositions.

3.2.1. Barème de la première sous-partie : aide à l'évaluation de la plainte insomnie

« *Quand votre patient se plaint d'insomnie :*

- *vous prévoyez une consultation dédiée afin de mieux préciser ce symptôme* (/2 points)

- *vous utilisez un agenda/calendrier du sommeil afin de mieux préciser ce symptôme* (/2 points) ».

Ces deux propositions consacrées aux aides à l'évaluation de la plainte insomnie ont été notées de la même façon, chacune sur 2 points. Le total de cette sous-partie était donc de 4 points. Il fallait que les médecins participants répondent par « *oui* » aux deux propositions de réponses pour obtenir ces 4 points.

3.2.2. Barème de la deuxième sous-partie : conduite à tenir devant une insomnie

- Premier item : conduite à tenir devant une insomnie transitoire

Le premier item, consacré à la conduite à tenir en cas d'insomnie transitoire était noté sur 7 points. Voici l'item, les propositions et le barème entre parenthèses :

« *Quand l'insomnie est d'apparition récente (moins de 3 semaines), vous prescrivez d'emblée :*

- *une benzodiazépine ou une classe apparentée (exemples : zolpidem, zopiclone…)* (/3 points, /2 points seulement si « *oui* » à la proposition suivante)

- *une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, carbamate,…)* (/2 points)

- *de l'homéopathie* (/0 point)

- *de la phytothérapie* (/0 point)

- *des règles hygiéno-diététiques, des conseils* (/4 points)

- *une psychothérapie de soutien (par vous-même)* (/0 point)

- *une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue, spécialiste du sommeil,…)* (/0 point) ».

Le schéma thérapeutique à adopter en cas d'insomnie transitoire a été exposé lors de la formation. La formation préconisait l'utilisation des règles hygiéno-diététiques et d'un hypnotique pour une durée inférieure de 4 semaines (cf. Annexe 2).

La proposition la plus cotée est celle sur les règles hygiéno-diététiques et les conseils. Les médecins obtenaient 4 points s'ils répondaient « *oui* » à cette proposition. Il a été rappelé lors de la formation qu' « *elles* [pouvaient] *suffire en cas d'insomnie légère, et* [faisaient] *partie du traitement dans les insomnies modérées et sévères* »[29].

De ce fait, si cette pratique est utilisée en cas d'insomnie transitoire, l'initiation d'un traitement hypnotique peut être évitée, ou, dans une moindre mesure, la posologie et la durée de prescription de cette classe thérapeutique, si son recours est nécessaire, peuvent être plus limitées. Cette pratique étant indispensable dans la prise en charge de l'insomnie transitoire, nous avons jugé nécessaire de coter fortement cette proposition, c'est-à-dire sur 4 points.

Les deux autres propositions qui étaient cotées concernaient la prescription des benzodiazépines (ou d'une classe apparentée) et des autres classes médicamenteuses, les anti-histaminiques, carbamates ou encore buspirone étant précisés entre parenthèses. Les benzodiazépines ou classes apparentées utilisées seules rapportaient 3 points aux médecins qui remplissaient le questionnaire. Lorsque les autres classes médicamenteuses étaient utilisées, seules ou en association avec les benzodiazépines en cas d'insomnie transitoire, les médecins n'obtenaient que 2 points.

En effet, lors de la formation, il a été rappelé que « *les antihistaminiques H1 seuls sont souvent utilisés malgré une utilisation discutée chez les personnes âgées en particulier* »[30] et qu' « *ils peuvent avoir un intérêt en seconde intention dans le traitement de l'insomnie transitoire, après échec des règles hygiéno-diététiques et des autres traitements hypnotiques* [...] »[30].

Il en va de même pour la MEPRONIZINE® qui est une association d'un antihistaminique et d'une carbamate, dont « *l'indication est restreinte à l'insomnie occasionnelle chez l'adulte lorsque le rapport bénéfices/risques des benzodiazépines n'est pas favorable* »[13].

Par ailleurs, il est ressorti des focus groupes que les médecins généralistes ne prescrivaient pas d'emblée des benzodiazépines. Ils préféraient d'autres molécules moins fortes, par peur du risque de dépendance avec les benzodiazépines[20]. Pourtant, les autres classes médicamenteuses devraient être prescrites en deuxième intention.

Tout cela explique ce barème, qui valorise la prescription des benzodiazépines et des classes apparentées en cas d'insomnie transitoire, par rapport aux autres classes médicamenteuses.

Le reste des propositions n'était pas coté. Elles permettaient d'observer plus en détail les pratiques des médecins généralistes qui participaient à l'étude, en particulier en ce qui concerne l'homéopathie et la phytothérapie qui « *n'ont pas montré suffisament de preuve d'efficacité* »[13].

➢ <u>Deuxième item : conduite à tenir devant une insomnie chronique</u>

Le deuxième item, consacré à la conduite à tenir en cas d'insomnie chronique était noté sur 7 points également. Voici l'item, les propositions et le barème entre parenthèses :

« *Quand l'insomnie persiste au-delà d'1 mois, vous prescrivez :*

- *une benzodiazépine ou une classe apparentée (exemples : zolpidem, zopiclone…)* (/-2 points)
- *un antidépresseur* (/0 point)
- *une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, carbamate…)* (/-1 point)
- *de l'homéopathie* (/0 point)
- *de la phytothérapie* (/0 point)
- *des règles hygiéno-diététiques, des conseils* (/3 points)
- *une psychothérapie de soutien (par vous-même)* (/0 point)
- *une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue, spécialiste du sommeil…)* (/4 points) ».

Dans la formation, le schéma thérapeutique spécifique à l'insomnie chronique préconisait la prescription d'une thérapie cognitivo-comportementale et le sevrage des hypnotiques au long cours devenus inefficaces (cf. Annexe 2).

Dans les propositions, le terme de thérapie cognitivo-comportementale n'a pas été utilisé par souci de clarté à l'égard des médecins remplissant le questionnaire. En effet, le terme de thérapie cognitivo-comportementale ne semblait pas être connu des médecins participants aux focus groupes, ce terme n'ayant pas été utilisé. Nous avons donc choisi de leur proposer le recours à une « *consultation spécialisée* », en précisant entre parenthèses les spécialistes

susceptibles de pratiquer la thérapie cognitivo-comportementale (psychiatre, psychologue, spécialiste du sommeil...).

La thérapie cognitivo-comportementale étant le traitement de référence de l'insomnie chronique (cf. Annexe 2), cette proposition valait 4 points en cas de réponse affirmative.
Tout comme pour l'insomnie transitoire, les « *règles hygiéno-diététiques* » font partie de la prise en charge thérapeutique de l'insomnie chronique[29] (cf. Annexe 2). En répondant « *oui* » à cette proposition, les médecins participants obtenaient 3 points.

Le sevrage des hypnotiques utilisés au long cours devenus inefficaces fait également partie de la prise en charge thérapeutique de l'insomnie chronique (cf. Annexe 2). De ce fait, la prescription de benzodiazépines par les participants, dans cet item, les pénalisait de 2 points et la prescription des autres classes médicamenteuses hypnotiques les pénalisait de 1 point.

Comme pour l'insomnie transitoire, les autres propositions n'étaient pas cotées et permettaient de compléter l'observation des pratiques des participants à cette étude.

3.3. Barème de la deuxième partie consacrée à l'anxiété

Cette partie était notée sur 23 points. Cette note a ensuite été ramenée sur 20 points comme pour la partie sur l'insomnie.

3.3.1. Barème de la première sous-partie : évaluation de la plainte anxiété

Voici l'item avec la proposition :

« *Quand votre patient se plaint d'anxiété :*

- *vous évaluez ce symptôme afin de déterminer dans quel cadre il s'intègre* (/4 points) ».

Les médecins participant à l'étude obtenaient 4 points s'ils répondaient « *oui* » à cet item.

3.3.2. Barème de la deuxième sous-partie : conduite à tenir en cas d'anxiété

Cette partie était notée sur 19 points.

➢ Premier item : conduite à tenir devant l'anxiété transitoire et réactionnelle

Le premier item consacré à la conduite à tenir en cas d'anxiété transitoire et réactionnelle était noté sur 9 points. Voici l'item, les propositions et le barème entre parenthèses :

« *En cas d'anxiété transitoire et/ou réactionnelle (moins de 6 mois), vous prescrivez :*

- *une benzodiazépine* (/2 points)

- *une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, etifoxine STRESAM®, buspirone...)* (/3 points, /2 points si « *oui* » à la proposition précédente)

- *de l'homéopathie* (/0 point)

- *de la phytothérapie* (/1 point)

- *des règles hygiéno-diététiques, des conseils* (/3 points)

- *une psychothérapie de soutien (par vous-même)* (/2 points)

- *une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue…)* (/0 point) ».

Il n'a pas été facile d'établir le barème pour cette partie, étant donnée l'inexistence de recommandations officielles pour cette pathologie. D'après les recherches qui ont été faites pour élaborer la formation, ce sont la psychothérapie de soutien, les règles hygiéno-diététiques et les conseils qui semblent apporter une aide dans ce cas (cf. Annexe 2). Ainsi, les médecins obtenaient 3 points en cas d'utilisation des règles hygiéno-diététiques et des conseils, 2 points s'ils pratiquaient une psychothérapie de soutien eux-mêmes.

La formation évoquait également la possibilité d'utiliser un anxiolytique en cas de retentissement important en préférant des « *non-benzodiazépines* »[31] (cf. Annexe 2). Les médecins remplissant le questionnaire obtenaient donc 3 points lorsqu'ils utilisaient une autre classe médicamenteuse que les benzodiazépines, à condition d'utiliser seulement ces autres classes. Lorsqu'ils répondaient qu'ils prescrivaient des benzodiazépines seules ou des benzodiazépines associées aux autres classes médicamenteuses, ils ne récoltaient que 2 points.

La phytothérapie a également été évoquée lors de la formation. Selon une étude[32], l'EUPHYTOSE® a montré une meilleure efficacité que le placebo dans le cadre de l'anxiété réactionnelle et transitoire[31-32]. Les médecins participants obtenaient donc 1 point lorsqu'ils répondaient « *oui* » à cette proposition.

Comme pour l'insomnie, le reste des propositions n'était pas coté et permettait de compléter l'observation des pratiques des participants à cette étude.

➢ <u>Deuxième item : conduite à tenir devant les troubles anxieux caractérisés</u>

Le deuxième item consacré à la conduite à tenir en cas de passage à la chronicité de l'anxiété était noté sur 10 points. Voici l'item, les propositions et le barème entre parenthèses :

« *En cas de passage à la chronicité de l'anxiété (trouble panique, anxiété généralisée, etc.) vous prescrivez :*

- *une benzodiazépine* (/-2 points)
- *un antidépresseur* (/3 points)
- *une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, etifoxine STRESAM®, buspirone...)* (/-1 point)
- *de l'homéopathie* (/0 point)
- *de la phytothérapie* (/0 point)
- *des règles hygiéno-diététiques, des conseils* (/2 points)
- *une psychothérapie de soutien (par vous-même)* (/2 points)
- *une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue…)* (/3 points) ».

Dans la formation, il a été rappelé que les règles hygiéno-diététiques, les conseils et la psychothérapie de soutien par le médecin traitant sont toujours importants à prodiguer en cas de troubles anxieux caractérisés[33]. Les médecins obtenaient donc 2 points en cas de réponse affirmative à la proposition « *des règles hygiéno-diététiques, des conseils* », et 2 points en cas de réponse affirmative à la proposition « *une psychothérapie de soutien (par vous-même)* ».

Dans la formation, il a été dit que les troubles anxieux caractérisés nécessitaient un traitement de fond. Dans ce cadre, deux démarches sont possibles : « *on peut proposer en première*

intention une prise en charge spécialisée (thérapie cognitivo-comportementale) ou un traitement antidépresseur »[33]. Les médecins récoltaient donc 3 points en cas de réponse affirmative à la proposition « *une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue...)* » et également 3 points en cas de réponse affirmative à la proposition « *un antidépresseur* ».

En revanche, les anxiolytiques n'ont pas leur place dans le traitement de fond des troubles anxieux généralisés. En effet, « *ils sont indiqués sur des périodes courtes, en association au traitement de fond, en cas d'exacerbations anxieuses invalidantes* »[33]. Etant donnés la dépendance et le nombre important de risques qu'occasionnent les différentes classes d'anxiolytiques, leur prescription dans le cadre des troubles anxieux généralisés a été pénalisée. Ainsi, les médecins participants étaient pénalisés de 2 points s'ils répondaient « *oui* » à la proposition « *une benzodiazépine* » et de 1 point s'ils répondaient « *oui* » à la proposition « *une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, etifoxine STRESAM®, buspirone...)* », le risque de dépendance étant moins important avec ces traitements qu'avec les benzodiazépines en cas de prescription au long cours[34].

3.4. Barème de la troisième partie concernant les règles de prescription d'une benzodiazépine

Cette partie était notée sur 14 points. Comme pour les deux premières parties, la note a ensuite été ramenée sur 20 points.

3.4.1. Barème de la première sous-partie concernant les précautions à prendre avant la prescription d'une benzodiazépine

Cette première sous-partie était notée sur 6 points.

Voici l'item, les propositions et le barème entre parenthèses :

« *Avant de prescrire une benzodiazépine (ou apparentée), vous :*

- *déterminez si votre patient présente d'autres facteurs de risque de chute* (/1 point)

- *évaluez le profil de dépendance du patient* (/1 point)

- *informez le patient que le traitement devra être pris pour une durée limitée afin d'éviter le phénomène de dépendance* (/2 points)

- *informez le patient que le traitement devra être pris à la posologie minimale efficace afin d'éviter le phénomène de dépendance* (/2 points) ».

Comme nous l'expliquions dans la partie consacrée à l'élaboration du questionnaire, il n'était pas évident pour les médecins participants aux focus groupes que l'évaluation du patient fasse partie de la démarche précédant la prescription des benzodiazépines.

Les deux premières propositions « *déterminez si votre patient présente d'autres facteurs de risque de chute* » et « *évaluez le profil de dépendance du patient* » rapportaient donc 1 point chacune en cas de réponse affirmative.

Les deux dernières propositions de cet item consacrées aux règles « contractuelles » sur l'information du patient rapportaient 2 points pour chacune en cas de réponse affirmative.

3.4.2. Barème de la deuxième sous-partie concernant l'information des patients sur les risques encourus lors de la prise des benzodiazépines

Cette sous-partie était notée sur 8 points.

Voici l'item, les propositions et le barème entre parenthèses :

« *Lorsque vous prescrivez une benzodiazépine ou une classe apparentée à vos patients vous les informez du risque :*

- *de somnolence (risque de la conduite automobile, au travail…)* (/2 points)
- *de dépendance* (/2 points)
- *d'agressivité paradoxale* (/1 point)
- *de chute* (/2 points)
- *de troubles cognitifs* (/1 point) ».

Pour les propositions concernant l'information sur les risques « *de somnolence* », « *de dépendance* », « *de chute* », les médecins interrogés obtenaient deux points pour chaque proposition en cas de réponse affirmative. En effet, de nombreuses études[35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45] montrent le lien existant entre les benzodiazépines et ces risques[18-46-47] .

En revanche, en ce qui concerne le risque de survenue de troubles cognitifs, cet effet négatif possible du traitement par benzodiazépines ne se produirait qu'après une prise au long cours de ce traitement. De plus, la récupération partielle des fonctions cognitives est possible[47]. Devant l'incertitude de survenue de ce risque, la proposition « *de troubles cognitifs* » n'était notée que sur 1 point en cas de réponse affirmative.

En ce qui concerne le risque de survenue d'agressivité paradoxale, sa prévalence est estimée à moins de 1% dans la population générale[46]. D'où le choix de n'attribuer qu'un seul point en cas de réponse affirmative à cette proposition.

3.5. Barème de la quatrième partie concernant le sevrage des benzodiazépines

Cette dernière partie du questionnaire était notée sur 14 points. Comme les trois parties précédentes, cette note a été ramenée sur 20 points.

3.5.1. Barème de la première sous-partie concernant l'utilisation des «outils» d'aide au sevrage

Cette première sous-partie était notée sur 8 points. Voici l'item, les propositions et le barème entre parenthèses :

« *Lorsque vous envisagez un sevrage des benzodiazépines (et apparentées) chez vos patients, vous :*

- *négociez de manière répétée lors des consultations pour commencer ce sevrage* (/2 points)
- *informez du manque d'efficacité de ces traitements au long cours* (/2 points)
- *expliquez les symptômes du sevrage et les aides que vous pouvez leur apporter* (/1point)
- *arrêtez le traitement en diminuant progressivement les doses* (/2 points)
- *changez de molécule* (/1 point) ».

La première proposition « *négociez de manière répétée lors des consultations pour commencer ce sevrage* » qui fait directement référence à l'intervention brève[26-48], rapportait 2 points aux médecins participants s'ils répondaient « *oui* ». En effet, son impact est positif, peu chronophage[26] et a été souligné à plusieurs reprises dans la formation.

La deuxième proposition « *informez du manque d'efficacité de ces traitements au long cours* » rapportait 2 points aux médecins participants s'ils répondaient « *oui* ».

La troisième proposition concernait les explications à fournir concernant les symptômes du sevrage et les aides possibles. Elle rapportait 1 point en cas de réponse affirmative.

La quatrième proposition concernait la diminution progressive des doses comme technique de sevrage. Elle rapportait 2 points en cas de réponse affirmative, cette technique de sevrage ayant été présentée comme la technique de référence dans la formation[26-48] (cf. Annexe 2).

La cinquième et dernière proposition suggérait le changement de molécule pour sevrer. Elle faisait référence d'une part, à la substitution d'une benzodiazépine de demi-vie courte par une benzodiazépine de demi-vie longue[48] et d'autre part, à l'utilisation de l'imipramine ou de la carbamazépine pour aider au sevrage[27-49-50]. Ces deux techniques ont été présentées lors de la formation. Cependant, « *les données* [étant] *encore insuffisantes pour les recommander* »[27], la réponse affirmative à cette proposition ne rapportait qu'un seul point.

3.5.2. <u>Barème de la deuxième sous-partie sur l'auto-évaluation des médecins participants concernant le sevrage</u>

Cette deuxième sous-partie était notée sur 6 points. Voici l'item, les propositions et le barème entre parenthèses :

« *Au cours de la dernière année, vous :*

- *avez débuté le sevrage de patients consommateurs chroniques* (/3 points)

- *avez réussi le sevrage de patients consommateurs chroniques* (/3 points) ».

Chaque proposition rapportait 3 points.

3.6. Barème de la totalité du questionnaire

Les médecins participants à l'étude étaient notés sur un total de 80 points, chaque partie du questionnaire pouvant rapporter un maximum de 20 points. Ce total de 80 points a été ramené sur 20 points en faisant la moyenne des notes des quatre parties du questionnaire. Le coefficient appliqué à chaque partie était de 1.

IV. Recrutement des médecins généralistes participants à l'étude (cf. Annexe 3)

4.1. Secteur de recrutement

Les médecins généralistes ont été recrutés dans 31 villes appartenant à 9 cantons des arrondissements de Valenciennes et de Douai :

- Arrondissement de Valenciennes :

- Canton d'Anzin : Beuvrages, Anzin.
- Canton de Denain : Abscon, Denain, Douchy-les-Mines, Escaudain, Haveluy.
- Canton de Bouchain : Avesnes-le Sec, Roeulx, Lourches, Neuville-sur-Escaut.
- Canton de Valenciennes Nord : Petite-Forêt, Valenciennes, Wallers.
- Canton de Valenciennes Est : Marly, Valenciennes.

- Canton de Valenciennes Sud : Haulchin, Herin, Prouvy.

➢ Arrondissement de Douai :

- Canton de Marchiennes : Bruille-les-Marchiennes, Erre, Fenain, Hornaing, Marchiennes, Pecquencourt, Rieulay, Somain.
- Canton de Douai Sud : Aniche, Auberchicourt, Guesnain.
- Canton d'Orchies : Beuvry-la-Forêt, Orchies.

Le point central à partir duquel a commencé le recrutement était la ville d'Abscon, lieu d'installation du Docteur Thierry Dazin, maître de stage en Médecine Générale et Directeur de cette thèse. Nous avons ensuite étendu le recrutement de proche en proche.

Ces cantons ont également été choisis car ils recouvraient à la fois des secteurs ruraux et des secteurs urbains. Pour faciliter la participation des médecins à la formation et afin de trouver un lieu commun de réunion facilement accessible pour tous, il fallait que les secteurs d'installation ne soient pas trop éloignés les uns des autres.

4.2. Critères d'inclusion

Tout médecin généraliste du secteur de recrutement pouvait participer à l'étude. La seule obligation était d'avoir, pour activité principale, l'exercice de la Médecine Générale en cabinet libéral.

4.3. Critères d'exclusion

Etaient exclus de l'étude, les médecins généralistes ayant participé aux focus groupes, les médecins généralistes n'exerçant pas principalement la Médecine Générale dans un cabinet libéral et les médecins généralistes qui prévoyaient l'arrêt de leur activité libérale dans l'année.

4.4. Constitution des groupes « formés » et « témoins »

Les médecins du service de Santé Publique du CHRU de Lille ont été sollicités. Un effectif de 20 à 30 médecins minimum par groupe était souhaitable pour une analyse statistique correcte.

En tout, environ 240 médecins généralistes ont été contactés, principalement par téléphone, par mail ou par courrier. Nous avons récupéré les coordonnées sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Après avoir vérifié que les critères d'inclusion et d'exclusion étaient respectés, la participation à l'étude était proposée aux médecins généralistes contactés.
Lorsqu'ils étaient d'accord pour participer à cette étude, les médecins généralistes choisissaient d'intégrer soit le groupe « formé », ce qui impliquait la participation à la formation, soit le groupe « témoin ».

Dans les deux groupes, les médecins généralistes s'engageaient à remplir et à rendre le questionnaire d'évaluation des pratiques avant la date de formation, puis 6 mois après la date de formation.

Sur environ 240 médecins généralistes contactés, 75 ont accepté, dans un premier temps, de participer à l'étude : 35 ont intégré le groupe « formé » et 40 ont intégré le groupe « témoin ».

4.5. Evolution des effectifs des groupes avant la formation

Dans le groupe « formé », les deux dates de formation proposées ne convenaient pas à 2 médecins généralistes. Ils ont été redirigés vers le groupe « témoin ». 33 médecins généralistes étaient donc prévus pour la formation. 7 médecins généralistes ont annulé au dernier moment. 5 médecins généralistes parmi les 7 ont été redirigés vers le groupe « témoin », les 2 autres médecins généralistes sont sortis de l'étude. Au total, 26 médecins généralistes parmi les 35 qui avaient choisi d'intégrer initialement le groupe « formé » ont participé à la formation.

Dans le groupe « témoin », parmi les 40 médecins généralistes intégrés initialement, ils ont été 26 à rendre le questionnaire. L'effectif du groupe « témoin » a été renforcé par l'intégration des 7 médecins généralistes initialement prévus dans le groupe « formation ». Au total, 33 médecins généralistes ont rendu le questionnaire d'évaluation des pratiques avant la date de formation dans le groupe « témoin ».

4.6. Evolution des effectifs des groupes après la formation

Dans le groupe « formé », parmi les 26 médecins généralistes qui ont participé à la formation, 23 ont rendu une deuxième fois le questionnaire, 6 mois après la date de la dernière formation.

Dans le groupe « témoin », parmi les 33 médecins généralistes ayant rendu le questionnaire avant la formation, 29 l'ont rendu une deuxième fois, 6 mois après la date de la dernière formation.

Au final, l'analyse statistique a porté sur 23 participants dans le groupe « formé » et sur 29 participants dans le groupe « témoin ».

V. Méthode statistique

5.1. Méthode statistique utilisée pour répondre à l'objectif principal de la thèse

Les médecins participants des deux groupes ont rendu une première fois le questionnaire avant la formation, puis une deuxième fois 6 mois après la formation. Une note totale leur a été attribuée avant la formation puis 6 mois après la formation.

Nous avons donc pu ainsi calculer la moyenne des notes totales des médecins du groupe « témoin » et du groupe « formé », avant la formation et 6 mois après la formation.

Pour répondre à l'objectif principal de la thèse, qui était de déterminer si la participation à la formation sur la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques dispensée en juin 2011 avait permis une amélioration des pratiques des médecins généralistes l'ayant suivie, nous avons observé si la moyenne des notes totales dans le groupe « formé » avait augmenté après la formation.

En outre, nous avons observé comment la moyenne des notes totales dans le groupe « témoin » avait évolué afin de comparer l'évolution de cette moyenne avec celle du groupe « formé ».

La différence des moyennes des notes totales obtenues 6 mois après la formation et des moyennes des notes totales obtenues avant la formation a été calculée pour le groupe « témoin » et pour le groupe « formé ».

La différence entre la moyenne totale du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et la moyenne totale du groupe « témoin » avant la formation a été appelée ΔT.

La différence entre la moyenne totale du groupe « formé » obtenue 6 mois après la formation et la moyenne totale du groupe « formé » avant la formation a été appelée ΔF.

Le ΔF a été comparé au ΔT à l'aide du test de Student, afin d'observer si l'évolution des pratiques dans le groupe « formé » était statistiquement significative par rapport à l'évolution des pratiques dans le groupe « témoin ».

Le seuil de significativité retenu était de 0,05 (p-valeur < 5%).

5.2. Méthode statistique utilisée pour répondre aux objectifs secondaires

5.2.1. Premier objectif secondaire : observer si l'amélioration des pratiques a été constatée dans un domaine particulier de la formation

Une note sur 20 a été attribuée à chaque médecin pour chaque partie du questionnaire, dans le groupe « témoin » et le groupe « formé », avant et 6 mois après la formation.

Ainsi, comme pour les moyennes des notes de la totalité du questionnaire, la moyenne de chacune des quatre parties du questionnaire a été calculée dans le groupe « formé », à partir des notes des médecins du groupe « formé », et dans le groupe « témoin », à partir des notes du groupe « témoin »,avant la formation et 6 mois après la formation.

Nous avons observé si la moyenne des notes de chaque partie dans le groupe « formé » avait augmenté après la formation. Pour chaque partie, la moyenne des notes du groupe « formé » a été comparée à la moyenne des notes du groupe « témoin ».

Comme pour les moyennes portant sur la totalité du questionnaire, la différence des moyennes des notes obtenues 6 mois après la formation et des moyennes des notes obtenues avant la formation a été calculée pour chacune des quatre parties dans le groupe « témoin » et dans le groupe « formé ».

Ces différences de moyennes du groupe « formé » ont été comparées à celles du groupe « témoin » avec le test de Student, pour chaque partie du questionnaire.

Le seuil de significativité retenu était de 0,05 (p-valeur < 5%).

Cela nous a permis d'observer si l'évolution des pratiques des médecins du groupe « formé » 6 mois après la formation était statistiquement significative par rapport au groupe « témoin », en comparant ces différences dans chacune des quatre parties du questionnaire.

Nous avons nommé ainsi ces différences :

- <u>pour la première partie consacrée à l'insomnie</u> :

- La différence de la moyenne du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « témoin » obtenue avant la formation a été nommée δTins.
- La différence de la moyenne du groupe « formé » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « formé » obtenue avant la formation a été nommée δFins.

- <u>pour la deuxième partie consacrée à l'anxiété</u> :

- La différence de la moyenne du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « témoin » obtenue avant la formation a été nommée δTanx.
- La différence de la moyenne du groupe « formé » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « formé » obtenue avant la formation a été nommée δFanx.

- <u>pour la troisième partie concernant les règles de prescription d'une benzodiazépine</u> :

- La différence de la moyenne du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « témoin » obtenue avant la formation a été nommée δTreg.
- La différence de la moyenne du groupe « formé » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « formé » obtenue avant la formation a été nommée δFreg.

- pour la quatrième partie concernant le sevrage des benzodiazépines :

- La différence de la moyenne du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « témoin » obtenue avant la formation a été nommée δTsev.
- La différence de la moyenne du groupe « formé » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « formé » obtenue avant la formation a été nommée δFsev.

5.2.2. Deuxième objectif secondaire : observation des pratiques des médecins généralistes participants à l'étude

Le nombre d'items pour chaque proposition était large et varié pour nous permettre d'effectuer précisément l'observation des pratiques des médecins participants.

Nous avons pu observer en détail quelles étaient les pratiques des médecins généralistes participants dans les deux groupes, et leur évolution après la formation.

Deuxième partie : résultats

I. Description des populations de médecins généralistes qui ont participé à l'étude

1.1. Description de la totalité des médecins

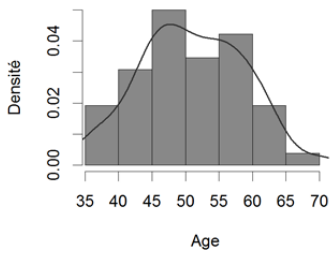
1.1.1. Répartition des médecins dans les groupes

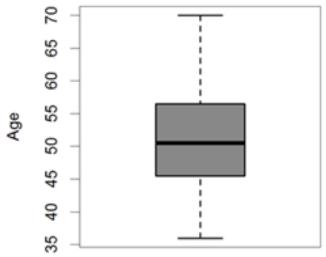
Au total, 52 médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude. 29 ont été intégrés dans le groupe « témoin » et 23 dans le groupe « formé ».

1.1.2. Age des médecins participants

La moyenne d'âge des médecins généralistes participant à l'étude était de 51 ans, avec un minimum de 36 ans et un maximum de 70 ans.

	Valeur
Effectif	52
Moyenne	51
Ecart.type	7.64
Minimum	36
Quartile.1	45.75
Médiane	50.5
Quartile.3	56.25
Maximum	70
Manquante	0

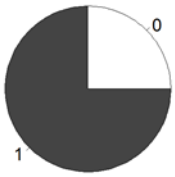




1.1.3. Sexe des médecins généralistes participants

Parmi les 52 médecins participant à l'étude, 39 étaient des hommes, soit 75% de l'effectif total et 13 étaient des femmes, soit 25% de l'effectif total.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	13	25	[14.03-38.95]
1	39	75	[61.05-85.97]

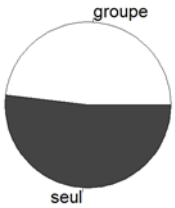


Sexe (0 : femme, 1 : homme)

1.1.4. Mode d'activité des médecins généralistes participants

Parmi les 52 médecins généralistes participant à l'étude, 27 exerçaient leur activité seuls, soit 52 %, 25 exerçaient en cabinet de groupe, soit 48 %.

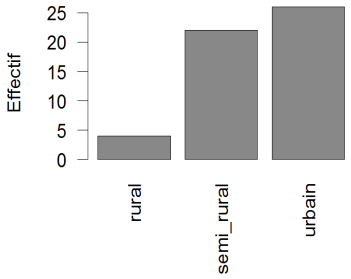
	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Groupe	25	48	[34.01-62.37]
Seul	27	52	[37.63-65.99]



1.1.5. Secteur d'activité des médecins généralistes participants

Parmi les 52 médecins généralistes participant à l'étude, 26 exerçaient en secteur urbain, 22 exerçaient en secteur semi-rural et 4 en secteur rural.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Rural	4	8	[2.14-18.54]
Semi-rural	22	42	[28.73-56.8]
Urbain	26	50	[35.81-64.19]



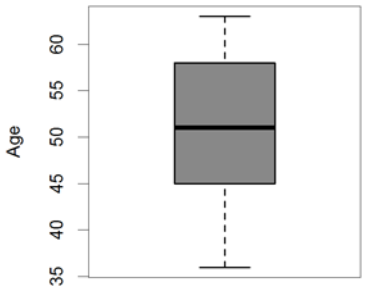
1.2. Description du groupe « témoin »

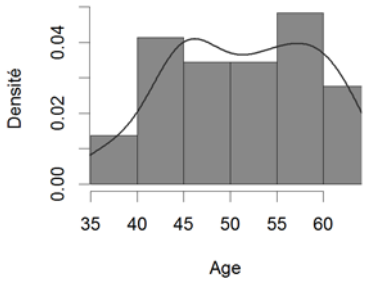
Parmi les 52 médecins généralistes qui ont participé à l'étude, 29 ont choisi d'intégrer le groupe « témoin ».

1.2.1. Age des médecins généralistes du groupe « témoin »

La moyenne d'âge des médecins généralistes du groupe « témoin » était de 51,34 ans avec un minimum de 36 ans et un maximum de 63 ans.

	Valeur
Effectif	29
Moyenne	51.34
Ecart.type	7.70
Minimum	36
Quartile.1	45
Médiane	51
Quartile.3	58
Maximum	63
Manquante	0

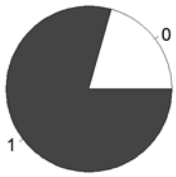




1.2.2. Sexe des médecins généralistes du groupe « témoin »

Parmi les 29 médecins généralistes qui ont intégré le groupe « témoin », 23 étaient des hommes, soit 79 % de la totalité du groupe, 6 étaient des femmes, soit 21 % de la totalité du groupe.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	6	21	[7.99-39.72]
1	23	79	[60.28-92.01]

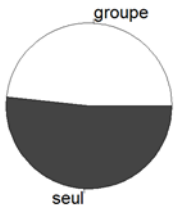


Sexe (0 : femme, 1 : homme)

1.2.3. Mode d'activité des médecins généralistes du groupe « témoin »

Parmi les 29 médecins généralistes du groupe « témoin », 15 exerçaient leur activité seuls, soit 52 %, 14 exerçaient leur activité en cabinet de groupe soit 48 %.

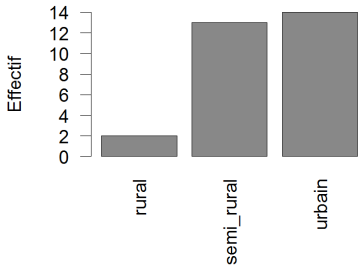
	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Groupe	14	48	[29.45-67.47]
Seul	15	52	[32.53-70.55]



1.2.4. Secteur d'activité des médecins généralistes du groupe « témoin »

Parmi les 29 médecins généralistes du groupe « témoin », 14 exerçaient en secteur urbain, 13 exerçaient en secteur semi-rural et 2 en secteur rural.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Rural	2	7	[0.85-22.77]
Semi-rural	13	45	[26.45-64.31]
Urbain	14	48	[29.45-67.47]



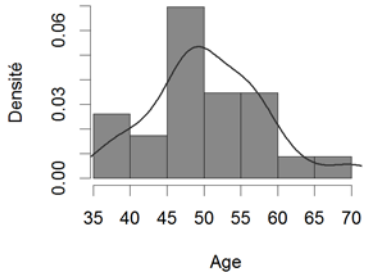
1.3. Description du groupe « formé »

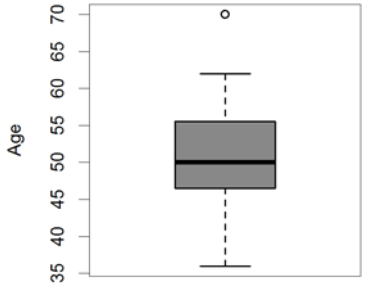
Parmi les 52 médecins généralistes qui ont participé à l'étude, 23 ont choisi d'intégrer le groupe « formé ».

1.3.1. Age des médecins généralistes du groupe « formé »

La moyenne d'âge des médecins généralistes du groupe « formé » était de 50,56 ans avec un minimum de 36 ans et un maximum de 70 ans.

	Valeur
Effectif	23
Moyenne	50.56
Ecart.type	7.72
Minimum	36
Quartile.1	46.5
Médiane	50
Quartile.3	55.5
Maximum	70
Manquante	0

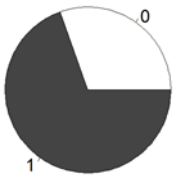




1.3.2. Sexe des médecins généralistes du groupe « formé »

Parmi les 23 médecins généralistes qui ont intégré le groupe « formé », 16 étaient des hommes, soit 70 % de la totalité du groupe, 7 étaient des femmes, soit 30 % de la totalité du groupe.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
0	7	30	[13.21-52.92]
1	16	70	[47.08-86.79]

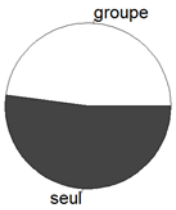


Sexe (0 : femme, 1 : homme)

1.3.3. Mode d'activité des médecins généralistes du groupe « formé »

Parmi les 23 médecins généralistes du groupe « formé », 12 exerçaient leur activité seul, soit 52 %, 11 exerçaient leur activité en cabinet de groupe soit 48 %.

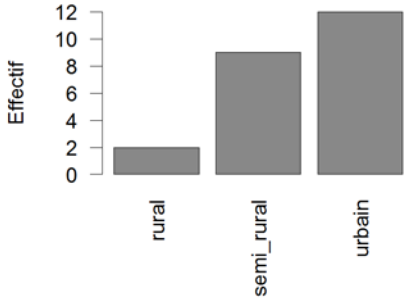
	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Groupe	11	48	[26.82-69.41]
Seul	12	52	[30.59-73.18]



1.3.4. Secteur d'activité des médecins généralistes du groupe « formé »

Parmi les 23 médecins généralistes du groupe « formé », 12 exerçaient en secteur urbain, 9 exerçaient en secteur semi-rural et 2 en secteur rural.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Rural	2	9	[1.07-28.04]
Semi-rural	9	39	[19.71-61.46]
Urbain	12	52	[30.59-73.18]



II. Moyennes des notes dans les deux groupes avant et après la formation

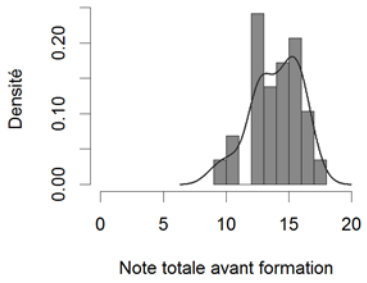
2.1. Moyennes des notes du groupe « témoin »

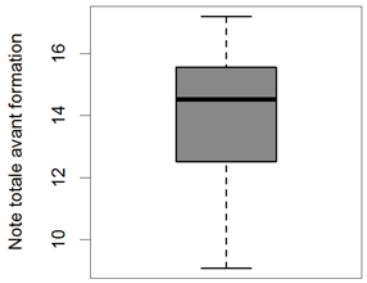
2.1.1. Moyennes des notes du groupe « témoin » sur la totalité du questionnaire

- Moyenne des notes totales obtenues dans le groupe « témoin » avant la formation

La moyenne des notes totales obtenues dans le groupe « témoin » avant la formation était de 13,95/20, avec une note totale minimum de 9,08/20 et une note totale maximum de 17,2/20.

	Valeur
Effectif	29
Moyenne	13.95
Ecart.type	1.99
Minimum	9.08
Quartile.1	12.52
Médiane	14.52
Quartile.3	15.56
Maximum	17.2
Manquante	0

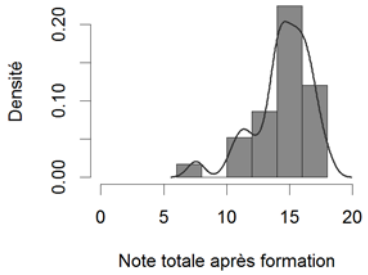


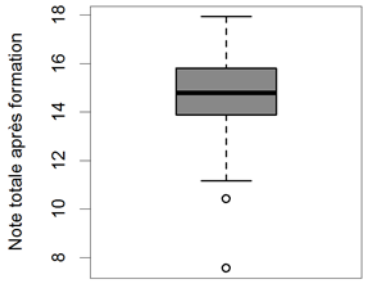


➢ <u>Moyenne des notes totales obtenues dans le groupe « témoin » après la formation</u>

La moyenne des notes totales obtenues dans le groupe « témoin » après la formation était de 14,46/20, avec une note totale minimum de 7,57/20 et une note totale maximum de 17,94/20.

	Valeur
Effectif	29
Moyenne	14.46
Ecart.type	2.28
Minimum	7.57
Quartile.1	13.87
Médiane	14.79
Quartile.3	15.81
Maximum	17.94
Manquante	0





➢ Evolution de la moyenne des notes totales dans le groupe « témoin »

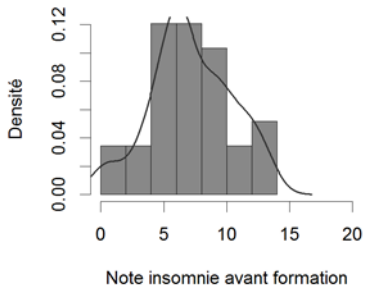
La moyenne des notes totales a augmenté de 0,51/20 après la formation dans le groupe « témoin ». Cette valeur, qui est la différence entre la moyenne totale du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et la moyenne totale du groupe « témoin » avant la formation a été appelée ΔT.

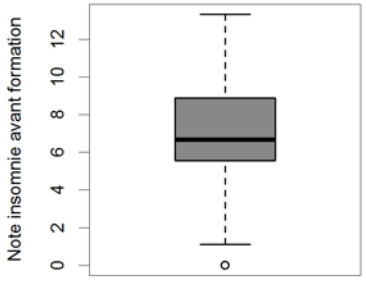
2.1.2. Moyennes des notes du groupe « témoin » sur la première partie du questionnaire consacrée à l'insomnie

➢ Moyenne des notes obtenues sur la première partie consacrée à l'insomnie dans le groupe « témoin » avant la formation

La moyenne des notes obtenues sur la partie consacrée à l'insomnie dans le groupe « témoin » avant la formation était de 7,16/20, avec une note minimum de 0/20 et une note maximum de 13,33/20.

	Valeur
Effectif	29
Moyenne	7.16
Ecart.type	3.25
Minimum	0
Quartile.1	5.55
Médiane	6.66
Quartile.3	8.88
Maximum	13.33
Manquante	0

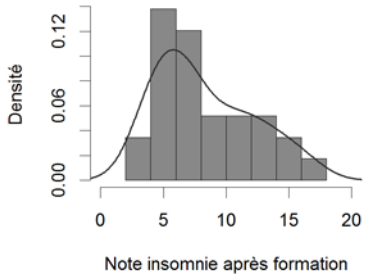


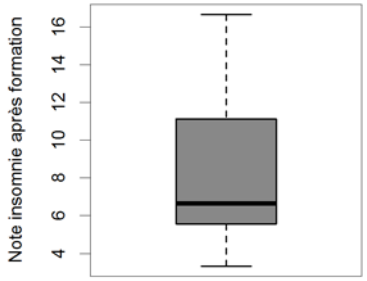


➢ Moyenne des notes obtenues sur la première partie consacrée à l'insomnie dans le groupe « témoin » après la formation

La moyenne des notes obtenues sur la partie consacrée à l'insomnie dans le groupe « témoin » après la formation était de 8,31/20, avec une note minimum de 3,33/20 et une note maximum de 16,66/20.

	Valeur
Effectif	29
Moyenne	8.31
Ecart.type	3.84
Minimum	3.33
Quartile.1	5.55
Médiane	6.66
Quartile.3	11.11
Maximum	16.66
Manquante	0





➢ Evolution de la moyenne des notes obtenues sur la première partie consacrée à l'insomnie dans le groupe « témoin »

La moyenne des notes obtenues sur la première partie du questionnaire consacrée à l'insomnie a augmenté de 1,15/20 après la formation dans le groupe « témoin ». La différence de la moyenne du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe

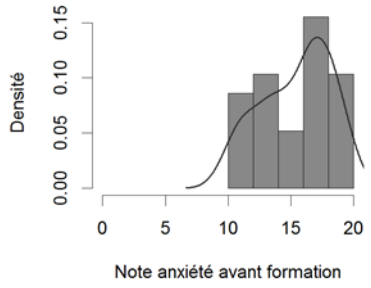
« témoin » obtenue avant la formation sur cette partie de questionnaire consacrée à l'insomnie a été nommée δTins.

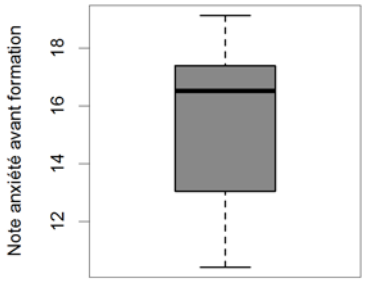
2.1.3. Moyennes du groupe « témoin » sur la deuxième partie du questionnaire consacrée à l'anxiété

➢ Moyenne des notes obtenues sur la deuxième partie consacrée à l'anxiété dans le groupe « témoin » avant la formation

La moyenne des notes obtenues sur la partie consacrée à l'anxiété dans le groupe « témoin » avant la formation était de 15,38/20, avec une note minimum de 10,43/20 et une note maximum de 19,13/20.

	Valeur
Effectif	29
Moyenne	15.38
Ecart.type	2.75
Minimum	10.43
Quartile.1	13.04
Médiane	16.52
Quartile.3	17.39
Maximum	19.13
Manquante	0

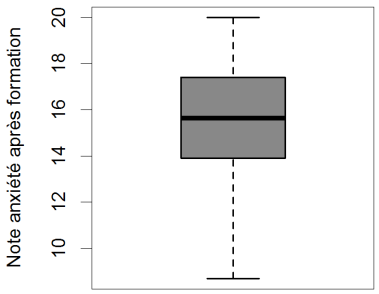


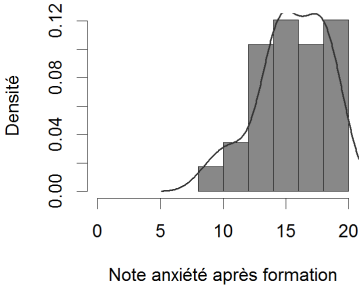


➢ <u>Moyenne des notes obtenues sur la deuxième partie consacrée à l'anxiété dans le groupe « témoin » après la formation</u>

La moyenne des notes obtenues sur la partie consacrée à l'anxiété dans le groupe « témoin » après la formation était de 15,53/20, avec une note minimum de 8,69/20 et une note maximum de 20/20.

	Valeur
Effectif	29
Moyenne	15.53
Ecart.type	2.81
Minimum	8.69
Quartile.1	13.91
Médiane	15.65
Quartile.3	17.39
Maximum	20
Manquante	0





➢ <u>Evolution de la moyenne des notes obtenues sur la deuxième partie consacrée à l'anxiété dans le groupe « témoin »</u>

La moyenne des notes obtenues sur la deuxième partie du questionnaire consacrée à l'anxiété a augmenté de 0,15/20 après la formation dans le groupe « témoin ». La différence de la moyenne du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe

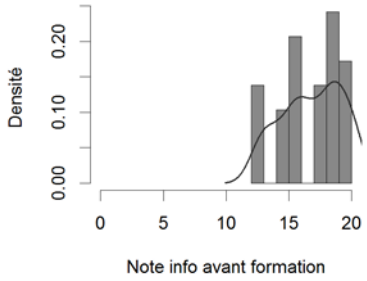
« témoin » obtenue avant la formation sur cette partie du questionnaire consacrée à l'anxiété a été nommée δTanx.

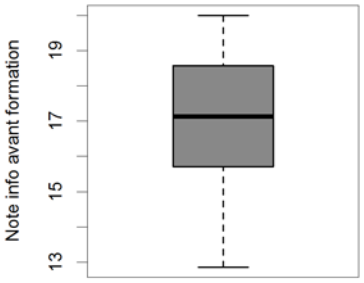
2.1.4. Moyennes du groupe « témoin » sur la troisième partie du questionnaire consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine

➢ Moyenne des notes obtenues sur la troisième partie consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine dans le groupe « témoin » avant la formation

La moyenne des notes obtenues sur cette troisième partie dans le groupe « témoin » avant la formation était de 16,80/20, avec une note minimum de 12,86/20 et une note maximum de 20/20.

	Valeur
Effectif	29
Moyenne	16.80
Ecart.type	2.40
Minimum	12.86
Quartile.1	15.71
Médiane	17.14
Quartile.3	18.57
Maximum	20
Manquante	0

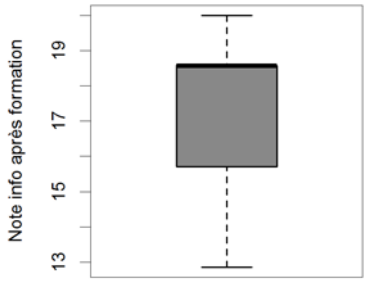


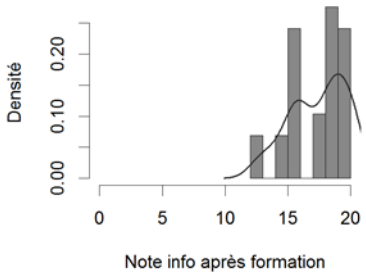


➢ Moyenne des notes obtenues sur la troisième partie consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine dans le groupe « témoin » après la formation

La moyenne des notes obtenues sur cette troisième partie dans le groupe « témoin » après la formation était de 17,39/20, avec une note minimum de 12,86/20 et une note maximum de 20/20.

	Valeur
Effectif	29
Moyenne	17.39
Ecart.type	2.23
Minimum	12.86
Quartile.1	15.71
Médiane	18.57
Quartile.3	18.57
Maximum	20
Manquante	0





➢ Evolution de la moyenne des notes obtenues sur la troisième partie consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine dans le groupe « témoin »

La moyenne des notes obtenues sur la troisième partie du questionnaire consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine a augmenté de 0,59/20 après la formation dans le groupe « témoin ». La différence de la moyenne du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « témoin » obtenue avant la formation sur cette partie

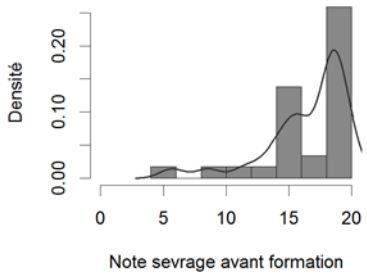
de questionnaire consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine a été nommée δTreg.

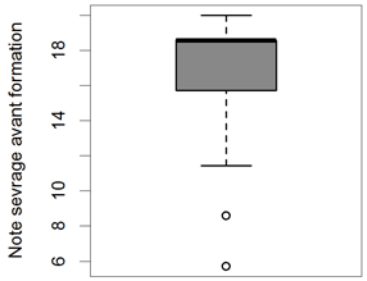
2.1.5. Moyennes du groupe « témoin » sur la quatrième partie du questionnaire consacrée au sevrage des benzodiazépines

➢ Moyenne des notes obtenues sur la quatrième partie consacrée au sevrage des benzodiazépines dans le groupe « témoin » avant la formation

La moyenne des notes obtenues sur cette partie consacrée au sevrage des benzodiazépines dans le groupe « témoin » avant la formation était de 16,45/20, avec une note minimum de 5,71/20 et une note maximum de 20/20.

	Valeur
Effectif	29
Moyenne	16.45
Ecart.type	3.41
Minimum	5.71
Quartile.1	15.71
Médiane	18.57
Quartile.3	18.57
Maximum	20
Manquante	0

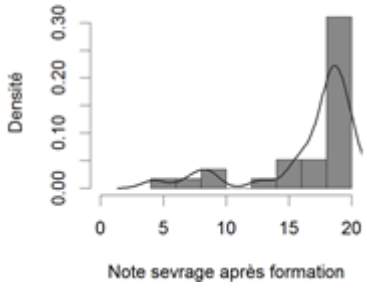


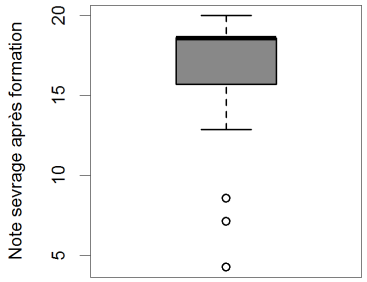


➢ <u>Moyenne des notes obtenues sur la quatrième partie consacrée au sevrage des benzodiazépines dans le groupe « témoin » après la formation</u>

La moyenne des notes obtenues sur cette partie consacrée au sevrage des benzodiazépines dans le groupe « témoin » après la formation était de 16,60/20, avec une note minimum de 4,28/20 et une note maximum de 20/20.

	Valeur
Effectif	29
Moyenne	16.60
Ecart.type	4.21
Minimum	4.28
Quartile.1	15.71
Médiane	18.57
Quartile.3	18.57
Maximum	20
Manquante	0





➢ Evolution de la moyenne des notes obtenues sur la quatrième partie consacrée au sevrage des benzodiazépines dans le groupe « témoin »

La moyenne des notes obtenues sur la quatrième partie du questionnaire consacrée au sevrage des benzodiazépines a augmenté de 0,15/20 après la formation dans le groupe « témoin ». La différence de la moyenne du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « témoin » obtenue avant la formation sur cette partie de questionnaire consacrée au sevrage des benzodiazépines a été nommée δTsev.

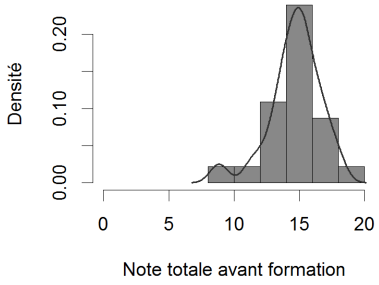
2.2. Moyennes des notes du groupe « formé »

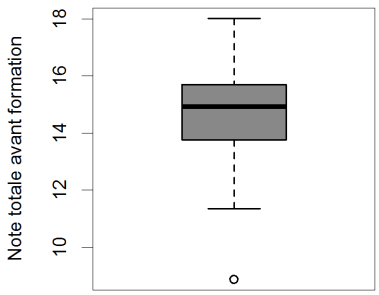
2.2.1. Moyennes du groupe « formé » sur la totalité du questionnaire

➢ Moyenne des notes totales obtenues dans le groupe « formé » avant la formation

La moyenne des notes totales obtenues dans le groupe « formé » avant la formation était de 14,65/20, avec une note totale minimum de 8,87/20 et une note totale maximum de 18,02/20.

	Valeur
Effectif	23
Moyenne	14.65
Ecart.type	2.01
Minimum	8.87
Quartile.1	13.76
Médiane	14.93
Quartile.3	15.7
Maximum	18.02
Manquante	0

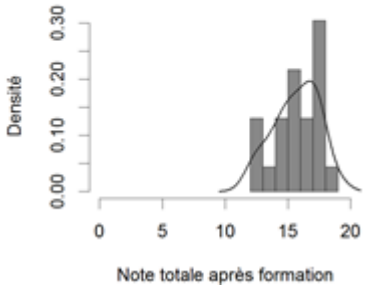


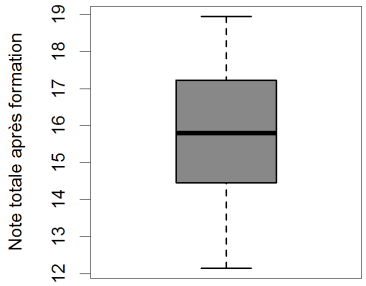


➢ <u>Moyenne des notes totales obtenues dans le groupe « formé » après la formation</u>

La moyenne des notes totales obtenues dans le groupe « formé » après la formation était de 15,66/20, avec une note totale minimum de 12,15/20 et une note totale maximum de 18,95/20.

	Valeur
Effectif	23
Moyenne	15.66
Ecart.type	1.808
Minimum	12.15
Quartile.1	14.46
Médiane	15.8
Quartile.3	17.22
Maximum	18.95
Manquante	0





➢ <u>Evolution de la moyenne des notes totales dans le groupe « formé »</u>

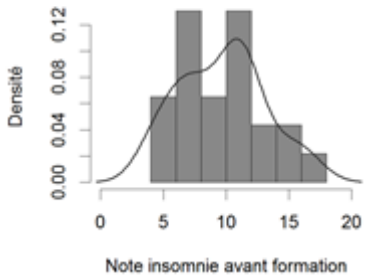
La moyenne des notes totales a augmenté de 1,01/20 après la formation dans le groupe « formé ». Cette valeur, qui est la différence entre la moyenne totale du groupe « formé » obtenue 6 mois après la formation et la moyenne totale du groupe « formé » avant la formation a été appelée ΔF.

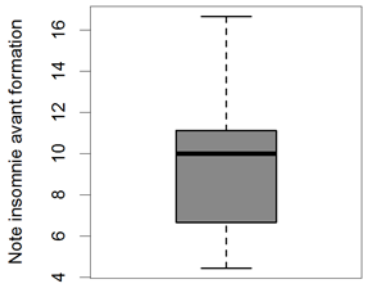
2.2.2. Moyennes du groupe « formé » sur la première partie du questionnaire consacrée à l'insomnie

➢ Moyenne des notes obtenues sur la première partie consacrée à l'insomnie dans le groupe « formé » avant la formation

La moyenne des notes obtenues sur la partie consacrée à l'insomnie dans le groupe « formé » avant la formation était de 9,66/20, avec une note minimum de 4,44/20 et une note maximum de 16,66/20.

	Valeur
Effectif	23
Moyenne	9.66
Ecart.type	3.42
Minimum	4.44
Quartile.1	6.66
Médiane	10
Quartile.3	11.11
Maximum	16.66
Manquante	0

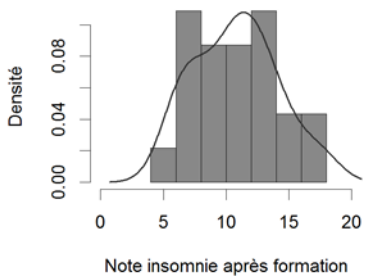


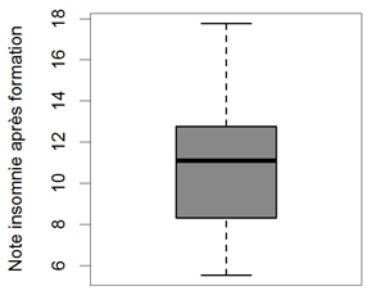


➢ Moyenne des notes obtenues sur la première partie consacrée à l'insomnie dans le groupe « formé » après la formation

La moyenne des notes obtenues sur la partie consacrée à l'insomnie dans le groupe « formé » après la formation était de 10,82/20, avec une note minimum de 5,55/20 et une note maximum de 17,77/20.

	Valeur
Effectif	23
Moyenne	10.82
Ecart.type	3.32
Minimum	5.55
Quartile.1	8.32
Médiane	11.11
Quartile.3	12.77
Maximum	17.77
Manquante	0





➢ Evolution de la moyenne des notes obtenues sur la première partie consacrée à l'insomnie dans le groupe « formé »

La moyenne des notes obtenues sur la première partie du questionnaire consacrée à l'insomnie a augmenté de 1,16/20 après la formation dans le groupe « formé ». La différence de la moyenne du groupe « formé » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe

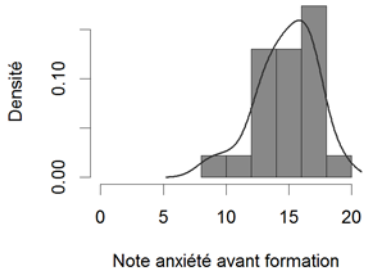
« formé » obtenue avant la formation sur cette partie de questionnaire consacrée à l'insomnie a été nommée δFins.

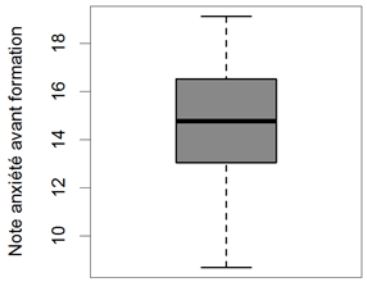
2.2.3. Moyennes du groupe « formé » sur la deuxième partie du questionnaire consacrée à l'anxiété

➢ Moyenne des notes obtenues sur la deuxième partie consacrée à l'anxiété dans le groupe « formé » avant la formation

La moyenne des notes obtenues sur la partie consacrée à l'anxiété dans le groupe « formé » avant la formation était de 14,78/20, avec une note minimum de 8,69/20 et une note maximum de 19,13/20.

	Valeur
Effectif	23
Moyenne	14.78
Ecart.type	2.40
Minimum	8.69
Quartile.1	13.04
Médiane	14.78
Quartile.3	16.52
Maximum	19.13
Manquante	0

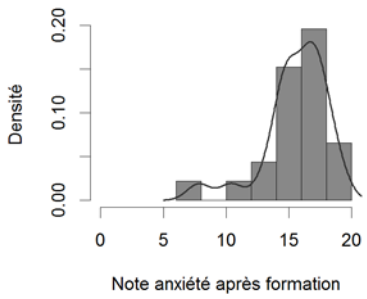


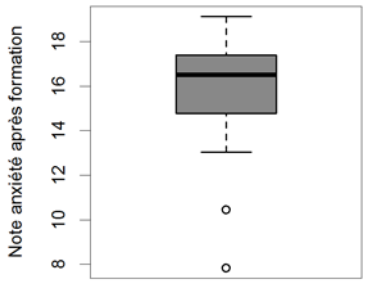


➢ <u>Moyenne des notes obtenues sur la deuxième partie consacrée à l'anxiété dans le groupe « formé » après la formation</u>

La moyenne des notes obtenues sur la partie consacrée à l'anxiété dans le groupe « formé » après la formation était de 15,54/20, avec une note minimum de 7,83/20 et une note maximum de 19,13/20.

	Valeur
Effectif	23
Moyenne	15.54
Ecart.type	2.56
Minimum	7.83
Quartile.1	14.78
Médiane	16.52
Quartile.3	17.39
Maximum	19.13
Manquante	0





➢ <u>Evolution de la moyenne des notes obtenues sur la deuxième partie consacrée à l'anxiété dans le groupe « formé »</u>

La moyenne des notes obtenues sur la deuxième partie du questionnaire consacrée à l'anxiété a augmenté de 0,76/20 après la formation dans le groupe « formé ». La différence de la moyenne du groupe « formé » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe

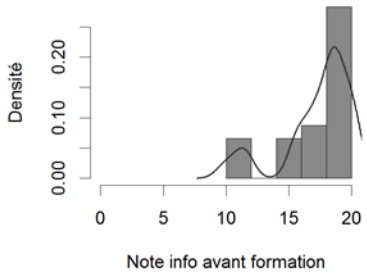
« formé » obtenue avant la formation sur cette partie de questionnaire consacrée à l'anxiété a été nommée δFanx.

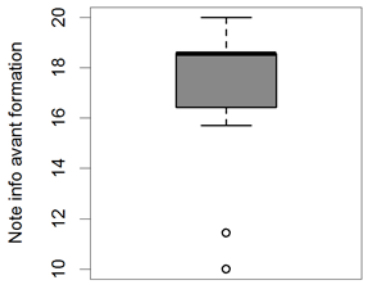
2.2.4. Moyennes du groupe « formé » sur la troisième partie du questionnaire consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine

➢ Moyenne des notes obtenues sur la troisième partie consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine dans le groupe « formé » avant la formation

La moyenne des notes obtenues sur cette troisième partie dans le groupe « formé » avant la formation était de 17,27/20, avec une note minimum de 10/20 et une note maximum de 20/20.

	Valeur
Effectif	23
Moyenne	17.27
Ecart.type	2.85
Minimum	10
Quartile.1	16.42
Médiane	18.57
Quartile.3	18.57
Maximum	20
Manquante	0

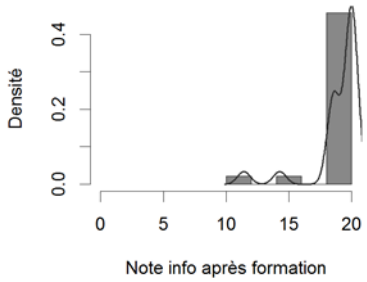


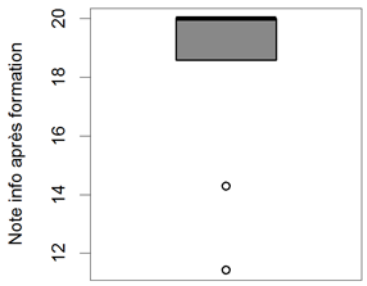


➢ Moyenne des notes obtenues sur la troisième partie consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine dans le groupe « formé » après la formation

La moyenne des notes obtenues sur cette troisième partie dans le groupe « formé » après la formation était de 18,94/20, avec une note minimum de 11,43/20 et une note maximum de 20/20.

	Valeur
Effectif	23
Moyenne	18.94
Ecart.type	2.08
Minimum	11.43
Quartile.1	18.57
Médiane	20
Quartile.3	20
Maximum	20
Manquante	0





➢ Evolution de la moyenne des notes obtenues sur la troisième partie consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine dans le groupe « formé »

La moyenne des notes obtenues sur la troisième partie du questionnaire consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine a augmenté de 1,68/20 après la formation dans le groupe « formé ». La différence de la moyenne du groupe « formé » obtenue 6 mois après la

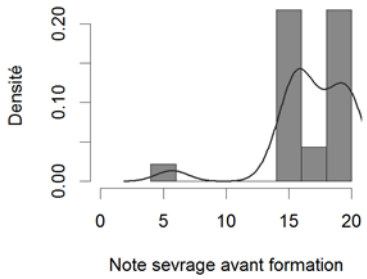
formation et de la moyenne du groupe « formé » obtenue avant la formation sur cette partie de questionnaire consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine a été nommée δFreg.

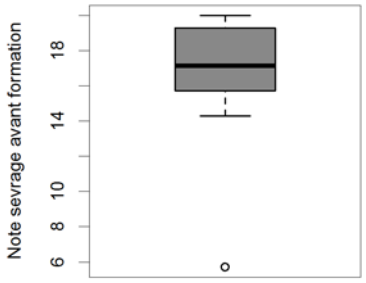
2.2.5. Moyennes du groupe « formé » sur la quatrième partie du questionnaire consacrée au sevrage des benzodiazépines

➢ Moyenne des notes obtenues sur la quatrième partie consacrée au sevrage des benzodiazépines dans le groupe « formé » avant la formation

La moyenne des notes obtenues sur cette partie consacrée au sevrage des benzodiazépines dans le groupe « formé » avant la formation était de 16,89/20, avec une note minimum de 5,71/20 et une note maximum de 20/20.

	Valeur
Effectif	23
Moyenne	16.89
Ecart.type	3.16
Minimum	5.71
Quartile.1	15.71
Médiane	17.14
Quartile.3	19.28
Maximum	20
Manquante	0

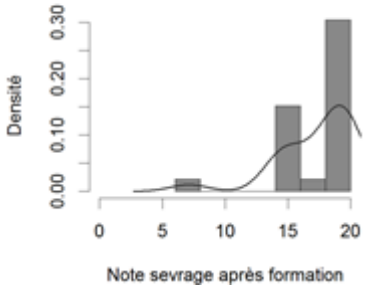


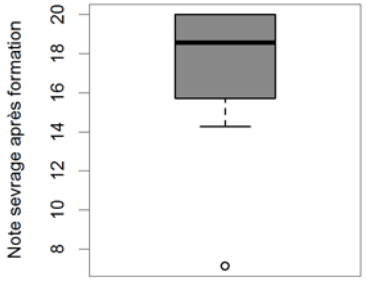


➢ Moyenne des notes obtenues sur la quatrième partie consacrée au sevrage des benzodiazépines dans le groupe « formé » après la formation

La moyenne des notes obtenues sur cette partie consacrée au sevrage des benzodiazépines dans le groupe « formé » après la formation était de 17,33/20, avec une note minimum de 7,14/20 et une note maximum de 20/20.

	Valeur
Effectif	23
Moyenne	17.33
Ecart.type	3.09
Minimum	7.14
Quartile.1	15.71
Médiane	18.57
Quartile.3	20
Maximum	20
Manquante	0





➢ Evolution de la moyenne des notes obtenues sur la quatrième partie consacrée au sevrage des benzodiazépines dans le groupe « formé »

La moyenne des notes obtenues sur la quatrième partie du questionnaire consacrée au sevrage des benzodiazépines a augmenté de 0,43/20 après la formation dans le groupe « formé ». La différence de la moyenne du groupe « formé » obtenue 6 mois après la formation et de la

moyenne du groupe « formé » obtenue avant la formation sur cette partie de questionnaire consacrée au sevrage des benzodiazépines a été nommée δFsev.

III. Comparaison du groupe « témoin » et du groupe « formé » avant la formation

Le seuil de significativité retenu était de 0,05 (p-valeur < 5%) pour chaque point de comparaison.

3.1. Recherche d'une association entre le groupe et l'âge des médecins généralistes qui ont participé à l'étude

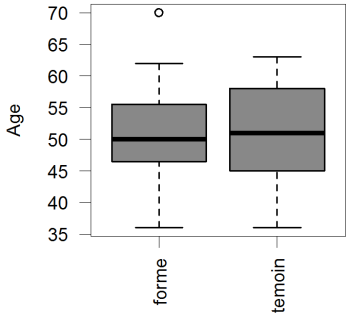
Un test de Student a été réalisé à cette fin. Nous n'avons pas observé d'association statistiquement significative entre l'âge et le groupe au risque 5% (p=0,72).

ligne : Groupe

colonne : Age

	Effectif	Moyenne	Ecart.type	Minimum	Médiane	Maximum
Forme	23	50.56	7.72	36	50	70
Témoin	29	51.34	7.70	36	51	63

Test de Student : p = 0.72



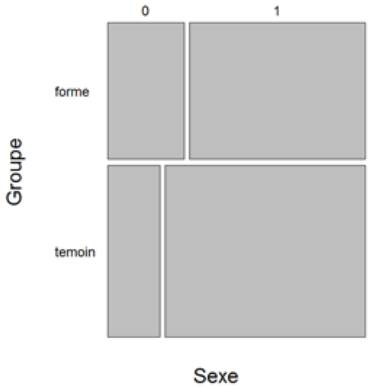
3.2. Recherche d'une association entre le groupe et le sexe des médecins généralistes qui ont participé à l'étude

Un test du chi2 a été réalisé à cette fin. Nous n'avons pas observé d'association statistiquement significative entre le groupe et le sexe au risque de 5% (p=0,42).

ligne : Groupe

colonne : Sexe

	0	1	Total
Forme	7 (30.43%)	16 (69.57%)	23
Témoin	6 (20.69%)	23 (79.31%)	29
Total	13	39	52



Sexe (0 : femme, 1 : homme)

Test du chi2 : p=0.42

3.3. Recherche d'une association entre le groupe et le type d'activité des médecins généralistes qui ont participé à l'étude

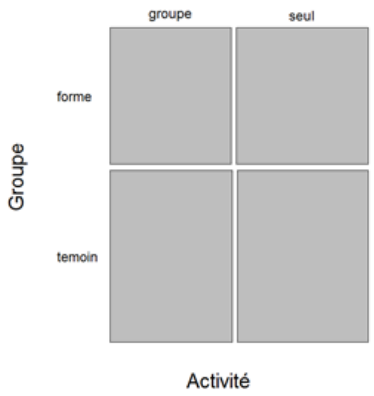
Un test du chi2 a été réalisé à cette fin. Nous n'avons pas observé d'association statistiquement significative entre le groupe et le type d'activité au risque de 5% (p=0,97).

ligne : Groupe

colonne : Activité

	Groupe	**Seul**	**Total**
Forme	11 (47.83%)	12 (52.17%)	23
Témoin	14 (48.28%)	15 (51.72%)	29
Total	25	27	52

Test du chi2 : p = 0.97



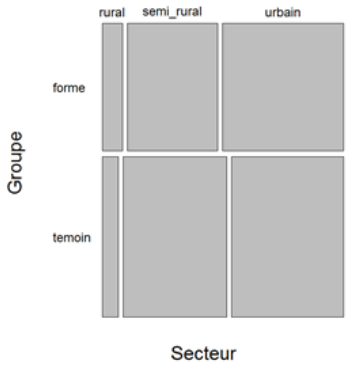
3.4. Recherche d'une association entre le groupe et le secteur d'activité des médecins généralistes qui ont participé à l'étude

Un test de Fischer exact a été réalisé à cette fin. Nous n'avons pas observé d'association statistiquement significative entre le groupe et le secteur d'activité au risque de 5% (p=0,91).

ligne : Groupe

colonne : Secteur

	Rural	Semi-rural	Urbain	Total
Forme	2 (8.7%)	9 (39.13%)	12 (52.17%)	23
Témoin	2 (6.9%)	13 (44.83%)	14 (48.28%)	29
Total	4	22	26	52



Test de Fischer exact : p=0.91

3.5. Recherche d'une association entre le groupe et la moyenne des notes totales des médecins généralistes qui ont participé à l'étude avant la formation

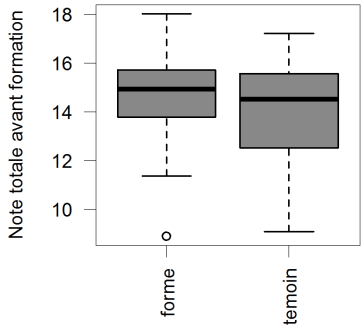
Un test de Student a été réalisé à cette fin. Nous n'avons pas observé d'association statistiquement significative entre la moyenne des notes totales avant la formation et le groupe au risque 5% (p=0,21).

ligne : Groupe

colonne : Note totale avant formation

	Effectif	Moyenne	Ecart.type	Minimum	Médiane	Maximum
Forme	23	14.65	2.01	8.87	14.93	18.02
Témoin	29	13.95	1.99	9.08	14.52	17.2

Test de Student : p = 0.21



3.6. Recherche d'une association entre le groupe et la moyenne des notes de la première partie, consacrée à l'insomnie, des médecins généralistes qui ont participé à l'étude avant la formation

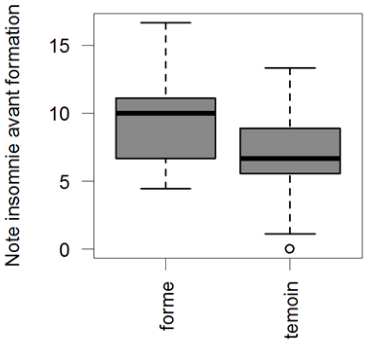
Un test de Student a été réalisé à cette fin. Nous avons observé une association statistiquement significative entre la moyenne des notes de la première partie consacrée à l'insomnie avant la formation et le groupe au risque 5% (p=0,0097).

ligne : Groupe

colonne : Note insomnie avant formation

	Effectif	Moyenne	Ecart.type	Minimum	Médiane	Maximum
Forme	23	9.66	3.42	4.44	10	16.66
Témoin	29	7.16	3.25	0	6.66	13.33

Test de Student : p = 0.0097



3.7. Recherche d'une association entre le groupe et la moyenne des notes de la deuxième partie, consacrée à l'anxiété, des médecins généralistes qui ont participé à l'étude avant la formation

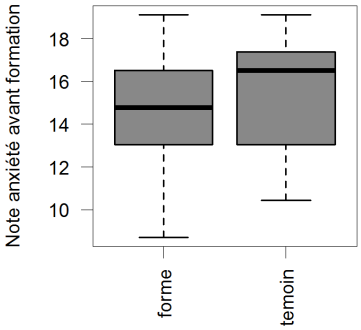
Un test de Student a été réalisé à cette fin. Nous n'avons pas observé d'association statistiquement significative entre la moyenne des notes de la deuxième partie consacrée à l'anxiété avant la formation et le groupe au risque 5% (p=0,41).

ligne : Groupe

colonne : Note anxiété avant formation

	Effectif	Moyenne	Ecart.type	Minimum	Médiane	Maximum
Forme	23	14.78	2.40	8.69	14.78	19.13
Témoin	29	15.38	2.75	10.43	16.52	19.13

Test de Student : p = 0.41



3.8. Recherche d'une association entre le groupe et la moyenne des notes de la troisième partie, consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine, des médecins généralistes qui ont participé à l'étude avant la formation

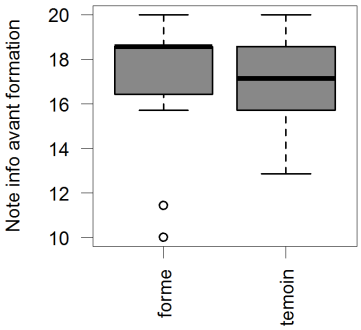
Un test de Student a été réalisé à cette fin. Nous n'avons pas observé d'association statistiquement significative entre la moyenne des notes de la troisième partie consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine avant la formation et le groupe au risque 5% (p=0,52).

ligne : Groupe

colonne : Note règle de prescription benzodiazépine avant formation

	Effectif	Moyenne	Ecart.type	Minimum	Médiane	Maximum
Forme	23	17.26	2.85	10	18.57	20
Témoin	29	16.80	2.40	12.86	17.14	20

Test de Student : p = 0.52



3.9. Recherche d'une association entre le groupe et la moyenne des notes de la quatrième partie, consacrée au sevrage des benzodiazépines, des médecins généralistes qui ont participé à l'étude avant la formation

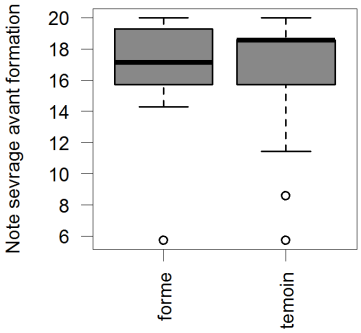
Un test de Student a été réalisé à cette fin. Nous n'avons pas observé d'association statistiquement significative entre la moyenne des notes de la quatrième partie consacrée au sevrage des benzodiazépines avant la formation et le groupe au risque 5% (p=0,63).

ligne : Groupe

colonne : Note sevrage avant formation

	Effectif	Moyenne	Ecart.type	Minimum	Médiane	Maximum
Forme	23	16.89	3.16	5.71	17.14	20
Témoin	29	16.45	3.41	5.71	18.57	20

Test de Student : p = 0.63



IV. Comparaison des deltas des moyennes entre les deux groupes

4.1. Comparaison des deltas des moyennes des notes totales entre les deux groupes

Pour rappel :

- la différence entre la moyenne totale du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et la moyenne totale du groupe « témoin » avant la formation a été appelée ΔT. Le ΔT est égal à 0,51.

- La différence entre la moyenne totale du groupe « formé » obtenue 6 mois après la formation et la moyenne totale du groupe « formé » avant la formation a été appelée ΔF. Le ΔF est égal à 1,01.

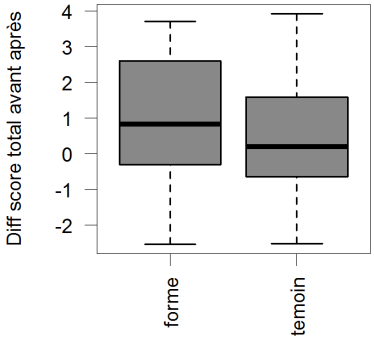
Le ΔF a été comparé au ΔT avec le test de Student. Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative entre le ΔF et le ΔT au risque 5% (p=0,31).

ligne : Groupe

colonne : Différence score total avant après

	Effectif	Moyenne	Ecart.type	Minimum	Médiane	Maximum
Forme	23	1.01	1.81	-2.54	0.83	3.71
Témoin	29	0.51	1.69	-2.51	0.20	3.93

Test de Student : p = 0.31



4.2. Comparaison des deltas des moyennes de la première partie du questionnaire consacrée à l'insomnie entre les deux groupes

Pour rappel, en ce qui concerne la première partie du questionnaire consacrée à l'insomnie :

- la différence de la moyenne du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « témoin » obtenue avant la formation a été nommée δTins. Le δTins est égal à 1,15.

- La différence de la moyenne du groupe « formé » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « formé » obtenue avant la formation a été nommée δFins. Le δFins est égal à 1,16.

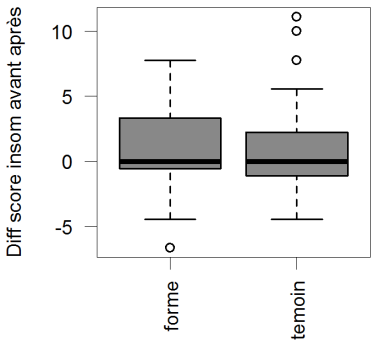
Le δFins a été comparé au δTins avec le test de Student. Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative entre le δFins et le δTins au risque 5% (p=0,99).

ligne : Groupe

colonne : Différence score insomnie avant après

	Effectif	Moyenne	Ecart.type	Minimum	Médiane	Maximum
Forme	23	1.16	3.49	-6.66	0	7.77
Témoin	29	1.15	3.9	-4.45	0	11.11

Test de Student : p = 0.99



4.3. Comparaison des deltas des moyennes de la deuxième partie du questionnaire consacrée à l'anxiété entre les deux groupes

Pour rappel, dans la deuxième partie du questionnaire consacrée à l'anxiété :

- la différence de la moyenne du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « témoin » obtenue avant la formation a été nommée δTanx. Le δTanx est égal à 0,15.

- La différence de la moyenne du groupe « formé » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « formé » obtenue avant la formation a été nommée δFanx. Le δFanx est égal à 0,76.

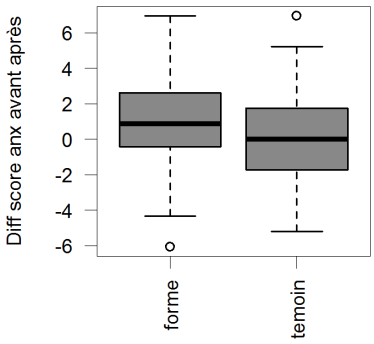
Le δFanx a été comparé au δTanx avec le test de Student. Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative entre le δFanx et le δTanx au risque 5% (p=0,45).

ligne : Groupe

colonne : Différence score anxiété avant après

	Effectif	Moyenne	Ecart.type	Minimum	Médiane	Maximum
Forme	23	0.76	2.84	-6.09	0.87	6.96
Témoin	29	0.15	2.85	-5.22	0	6.96

Test de Student : p = 0.45



4.4. Comparaison des deltas des moyennes de la troisième partie du questionnaire consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine entre les deux groupes

Pour rappel, dans la troisième partie du questionnaire consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine :

- la différence de la moyenne du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « témoin » obtenue avant la formation a été nommée δTreg. Le δTreg est égal à 0,59.
- La différence de la moyenne du groupe « formé » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « formé » obtenue avant la formation a été nommée δFreg. Le δFreg est égal à 1,68.

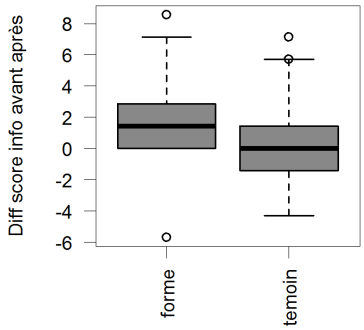
Le δFreg a été comparé au δTreg avec le test de Student. Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative entre le δFreg et le δTreg au risque 5% (p=0,18).

ligne : Groupe

colonne : Différence score règles de prescription benzodiazépine avant après

	Effectif	Moyenne	Ecart.type	Minimum	Médiane	Maximum
Forme	23	1.68	2.81	-5.71	1.43	8.57
Témoin	29	0.59	2.87	-4.29	0	7.14

test de Student : p = 0.18



4.5. Comparaison des deltas des moyennes de la quatrième partie du questionnaire consacrée au sevrage des benzodiazépines entre les deux groupes

Pour rappel, dans la quatrième partie du questionnaire consacrée au sevrage des benzodiazépines :

- la différence de la moyenne du groupe « témoin » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « témoin » obtenue avant la formation a été nommée δTsev. Le δTsev est égal à 0,15.

- La différence de la moyenne du groupe « formé » obtenue 6 mois après la formation et de la moyenne du groupe « formé » obtenue avant la formation a été nommée δFsev. Le δFsev est égal à 0,43.

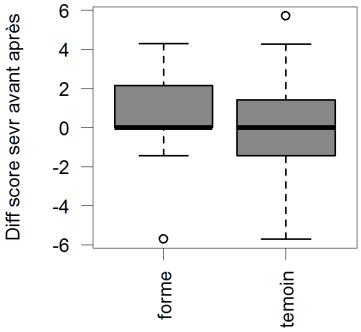
Le δFsev a été comparé au δTsev avec le test de Student. Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative entre le δFsev et le δTsev au risque 5% (p=0,69).

ligne : Groupe

colonne : Différence score sevrage avant après

	Effectif	Moyenne	Ecart.type	Minimum	Médiane	Maximum
Forme	23	0.43	2.53	-5.72	0	4.29
Témoin	29	0.15	2.54	-5.71	0	5.72

Test de Student : p = 0.69



V. Observation des pratiques des médecins généralistes dans les deux groupes

5.1. Observation des pratiques concernant la première partie du questionnaire consacrée à l'insomnie

5.1.1. Première sous-partie : aide à l'évaluation de la plainte insomnie

Le premier item et la première proposition étaient les suivants :

« *Quand votre patient se plaint d'insomnie :*

- *vous prévoyez une consultation dédiée afin de mieux préciser ce symptôme* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	6 (21%)	11 (38%)	7 (30%)	10 (43%)
NON	23 (79%)	18 (62%)	16 (70%)	13 (57%)

Nous constatons une amélioration des pratiques dans les deux groupes avec 17% de réponses affirmatives en plus dans le groupe « témoin » et 13% de réponses affirmatives en plus dans le groupe « formé », après la formation.

La deuxième proposition était la suivante :

« - *vous utilisez un agenda/calendrier du sommeil afin de mieux préciser ce symptôme* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	2 (7%)	2 (7%)	7 (30%)	17 (74%)
NON	27 (93%)	27 (93%)	16 (70%)	6 (26%)

Nous constatons une amélioration importante des pratiques dans le groupe « formé » avec 44% de réponses affirmatives en plus, après la formation.

5.1.2. <u>Deuxième sous-partie : conduite à tenir devant une insomnie</u>

Le premier item et la première proposition étaient les suivants :

« *Quand l'insomnie est d'apparition récente (moins de 3 semaines), vous prescrivez d'emblée :*

- *une benzodiazépine ou une classe apparentée (exemples : zolpidem, zopiclone…)* »

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	1 (3%)	1 (3%)	4 (17%)	0 (0%)
NON	28 (97%)	28 (97%)	19 (83%)	23 (100%)

Nous constatons une diminution de 17% des réponses affirmatives dans le groupe « formé » après la formation.

La deuxième proposition était la suivante :

« - *une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, carbamate…)* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	14 (48%)	11 (38%)	14 (61%)	7 (30%)
NON	15 (52%)	18 (62%)	9 (39%)	16 (70%)

Nous observons une diminution de 31% de réponses affirmatives dans le groupe « formé » après la formation.

La troisième proposition était la suivante :

« - *de l'homéopathie* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	16 (55%)	15 (52%)	10 (43%)	16 (70%)
NON	13 (45%)	14 (48%)	13 (57%)	7 (30%)

Nous observons une augmentation de 27% des réponses affirmatives dans le groupe « formé » après la formation.

La quatrième proposition était la suivante :

« - *de la phytothérapie* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	23 (79%)	23 (79%)	20 (87%)	18 (78%)
NON	6 (21%)	6 (21%)	3 (13%)	5 (22%)

Nous observons une diminution de 9% des réponses affirmatives dans le groupe « formé » après la formation.

La cinquième proposition était la suivante :

« - *des règles hygiéno-diététiques, des conseils* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	28 (97%)	29 (100%)	23 (100%)	23 (100%)
NON	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Nous observons 100% de réponses affirmatives dans le groupe « formé » avant la formation. Il n'y a pas eu de diminution du nombre de réponses affimatives après la formation.

La sixième proposition était la suivante :

« - *une psychothérapie de soutien (par vous-même)* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	13 (45%)	15 (52%)	12 (52%)	13 (57%)
NON	16 (55%)	14 (48%)	11 (48%)	10 (43%)

Nous observons une augmentation de 7% des réponses affirmatives dans le groupe « témoin » et une augmentation de 5% des réponses affirmatives dans le groupe « formé » après la formation.

La septième proposition était la suivante :

« - *une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue, spécialiste du sommeil…)* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	0 (0%)	1 (3%)	2 (9%)	1 (4%)
NON	29 (100%)	28 (97%)	21 (91%)	22 (96%)

Le deuxième item et la première proposition étaient les suivants :

« *Quand l'insomnie persiste au-delà d'1 mois, vous prescrivez :*

- *une benzodiazépine ou une classe apparentée (exemples : zolpidem, zopiclone…)* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	24 (83%)	24 (83%)	21 (91%)	13 (57%)
NON	5 (17%)	5 (17%)	9 (9%)	10 (43%)

Nous observons une diminution de 34% des réponses affirmatives dans le groupe « formé » et une stagnation à 83% des réponses affirmatives dans le groupe « témoin », après la formation.

La deuxième proposition était la suivante :

« - *un antidépresseur* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	2 (7%)	3 (10%)	5 (22%)	7 (30%)
NON	27 (93%)	26 (90%)	18 (78%)	16 (70%)

La troisième proposition était la suivante :

« - *une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, carbamate…)* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	17 (59%)	20 (69%)	13 (57%)	12 (52%)
NON	12 (41%)	9 (31%)	10 (43%)	11 (48%)

La quatrième proposition était la suivante :

« - *de l'homéopathie* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	6 (21%)	7 (24%)	7 (30%)	7 (30%)
NON	23 (79%)	22 (76%)	16 (70%)	16 (70%)

La cinquième proposition était la suivante :

« - *de la phytothérapie* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	11 (38%)	12 (41%)	12 (52%)	9 (39%)
NON	18 (62%)	17 (59%)	11 (48%)	14 (61%)

Nous observons une diminution de 13% des réponses affirmatives dans le groupe « formé » après la formation.

La sixième proposition était la suivante :

« - *des règles hygiéno-diététiques, des conseils* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	24 (83%)	27 (93%)	23 (100%)	22 (96%)
NON	5 (17%)	2 (7%)	0 (0%)	1 (4%)

Nous observons une augmentation de 10% des réponses affirmatives dans le groupe « témoin » et une stagnation des résultats dans le groupe « formé », après la formation.

La septième proposition était la suivante :

« - *une psychothérapie de soutien (par vous-même)* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	20 (69%)	20 (69%)	14 (61%)	13 (57%)
NON	9 (31%)	9 (31%)	9 (39%)	10 (43%)

La huitième proposition était la suivante :

« - *une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue, spécialiste du sommeil…)* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	6 (21%)	10 (34%)	8 (35%)	9 (39%)
NON	23 (79%)	19 (66%)	15 (65%)	14 (61%)

Nous observons une stagnation des réponses affirmatives dans le groupe « formé » après la formation.

5.2. Observation des pratiques concernant la deuxième partie du questionnaire consacrée à l'anxiété

5.2.1. Première sous-partie : évaluation de la plainte « anxiété »

Voici le premier item et la première proposition :

« *Quand votre patient se plaint d'anxiété :*

- *vous évaluez ce symptôme afin de déterminer dans quel cadre il s'intègre* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	25 (86%)	29 (100%)	23 (100%)	23 (100%)
NON	4 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Nous observons une augmentation de 14% des réponses affirmatives dans le groupe « témoin » et une stagnation à 100% des réponses affirmatives dans le groupe « formé », après la formation.

5.2.2. Deuxième sous-partie : conduite à tenir devant une anxiété

Le deuxième item et la première proposition étaient les suivants :

« *En cas d'anxiété transitoire et/ou réactionnelle (moins de 6 mois), vous prescrivez :*

- *une benzodiazépine* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	15 (52%)	15 (52%)	14 (61%)	9 (39%)
NON	14 (48%)	14 (48%)	9 (39%)	14 (61%)

Nous observons une diminution de 22% des réponses affirmatives dans le groupe « formé » après la formation.

La deuxième proposition était la suivante :

« - *une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, etifoxine STRESAM®, buspirone…)* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	23 (79%)	24 (83%)	18 (78%)	19 (83%)
NON	6 (21%)	5 (17%)	5 (22%)	4 (17%)

Nous observons une augmentation de 4% des réponses affirmatives dans le groupe « témoin » et une augmentation de 5% des réponses affirmatives dans le groupe « formé », après la formation.

La troisième proposition était la suivante :

« - *de l'homéopathie* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	15 (52%)	13 (45%)	11 (48%)	14 (61%)
NON	14 (48%)	16 (55%)	12 (52%)	9 (39%)

Nous observons une diminution de 7% des réponses affirmatives dans le groupe « témoin » et une augmentation de 13% des réponses affirmatives dans le groupe « formé », après la formation.

La quatrième proposition était la suivante :

« - *de la phytothérapie* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	22 (76%)	18 (62%)	18 (78%)	14 (61%)
NON	7 (24%)	11 (38%)	5 (22%)	9 (39%)

Nous observons une diminution des réponses affirmatives de 14% dans le groupe « témoin » et de 17% dans le groupe « formé », après la formation.

La cinquième proposition était la suivante :

« - *des règles hygiéno-diététiques, des conseils* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	25 (86%)	27 (93%)	20 (87%)	22 (96%)
NON	4 (14%)	2 (7%)	3 (13%)	1 (4%)

Nous observons une augmentation des réponses affirmatives de 13% dans le groupe « témoin » et de 9% dans le groupe « formé », après la formation.

La sixième proposition était la suivante :

« - *une psychothérapie de soutien (par vous-même)* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	23 (79%)	22 (76%)	15 (65%)	18 (78%)
NON	6 (21%)	7 (24%)	8 (35%)	5 (22%)

Nous observons une augmentation des réponses affirmatives de 13% dans le groupe « formé » après la formation.

La septième proposition était la suivante :

« - *une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue…)* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	7 (24%)	8 (28%)	6 (26%)	10 (43%)
NON	22 (76%)	21 (72%)	17 (74%)	13 (57%)

Nous observons une augmentation des réponses affirmatives de 17% dans le groupe « formé » après la formation.

Le deuxième item et la première proposition étaient les suivants :

« *En cas de passage à la chronicité de l'anxiété (trouble panique, anxiété généralisée, etc.) vous prescrivez :*

- *une benzodiazépine* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	18 (62%)	17 (59%)	18 (78%)	16 (70%)
NON	11 (38%)	12 (41%)	5 (22%)	7 (30%)

Nous constatons une diminution de 8% des réponses affirmatives dans le groupe « formé » après la formation.

La deuxième proposition était la suivante :

« - *un antidépresseur* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	27 (93%)	24 (83%)	19 (83%)	19 (83%)
NON	2 (7%)	5 (17%)	4 (17%)	4 (17%)

Nous constatons une diminution des réponses affirmatives de 10% dans le groupe « témoin » et une stagnation des réponses affirmatives à 83% dans le groupe « formé », après la formation.

La troisième proposition était la suivante :

« - *une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, etifoxine STRESAM®, buspirone…)* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	8 (28%)	12 (41%)	11 (48%)	8 (35%)
NON	21 (72%)	17 (59%)	12 (52%)	15 (65%)

Nous observons une diminution de 13% des réponses affirmatives dans les deux groupes après la formation.

La quatrième proposition était la suivante :

« - *de l'homéopathie* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	2 (7%)	5 (17%)	3 (13%)	6 (26%)
NON	27 (93%)	24 (83%)	20 (87%)	17 (74%)

Nous observons une augmentation des réponses affirmatives de 10% dans le groupe « témoin » et de 13 % dans le groupe « formé », après la formation.

La cinquième proposition était la suivante :

« - *de la phytothérapie* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	3 (10%)	3 (10%)	3 (13%)	6 (26%)
NON	26 (90%)	26 (90%)	20 (87%)	17 (74%)

Nous observons une augmentation de 13% des réponses affirmatives dans le groupe « formé » après la formation.

La sixième proposition était la suivante :

« - *des règles hygiéno-diététiques, des conseils* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	24 (83%)	26 (90%)	21 (91%)	22 (96%)
NON	5 (17%)	3 (10%)	2 (9%)	1 (4%)

Nous observons une stagnation des résultats dans les deux groupes.

La septième proposition était la suivante :

« - *une psychothérapie de soutien (par vous-même)* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	19 (66%)	20 (69%)	14 (61%)	17 (74%)
NON	10 (34%)	9 (31%)	9 (39%)	6 (26%)

Nous observons une augmentation des réponses affirmatives de 13% dans le groupe « formé » après la formation.

La huitième proposition était la suivante :

« - *une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue…)* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	26 (90%)	26 (90%)	20 (87%)	19 (83%)
NON	3 (10%)	3 (10%)	3 (13%)	4 (17%)

Nous observons une stagnation des résultats dans les deux groupes après la formation.

5.3. Observation des pratiques concernant la troisième partie du questionnaire consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine

5.3.1. Première sous-partie : précautions à prendre avant la prescription d'une benzodiazépine

Le premier item et la première proposition étaient les suivants :

« *Avant de prescrire une benzodiazépine (ou apparentée), vous :*

- déterminez si votre patient présente d'autres facteurs de risque de chute ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	23 (79%)	26 (90%)	21 (91%)	23 (100%)
NON	6 (21%)	3 (10%)	2 (9%)	0 (0%)

Nous observons une augmentation de 11% des réponses affirmatives dans le groupe « témoin » et de 9% dans le groupe « formé », après la formation.

La deuxième proposition était la suivante :

« - *évaluez le profil de dépendance du patient* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	23 (79%)	25 (86%)	18 (78%)	23 (100%)
NON	6 (21%)	4 (14%)	5 (22%)	0 (0%)

Nous observons une augmentation des réponses affirmatives de 7% dans le groupe « témoin » et de 22% dans le groupe « formé », après la formation.

La troisième proposition était la suivante :

« - *informez le patient que le traitement devra être pris pour une durée limitée afin d'éviter le phénomène de dépendance* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	29 (100%)	28 (97%)	22 (96%)	22 (96%)
NON	0 (0%)	1 (3%)	1 (4%)	1 (4%)

Nous observons une stagnation des résultats dans les deux groupes après la formation.

La quatrième proposition était la suivante :

« - *informez le patient que le traitement devra être pris à la posologie minimale efficace afin d'éviter le phénomène de dépendance* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	27 (93%)	29 (100%)	22 (96%)	23 (100%)
NON	2 (7%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)

Nous observons une augmentation de 7% des réponses affirmatives dans le groupe « témoin » et de 4% dans le groupe « formé », après la formation.

5.3.2. <u>Deuxième sous-partie : information des patients sur les risques encourus lors de la prise des benzodiazépines</u>

Le deuxième item et la première proposition étaient les suivants :

« *Lorsque vous prescrivez une benzodiazépine ou une classe apparentée à vos patients vous les informez du risque :*

- *de somnolence (risque de la conduite automobile, au travail…)* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	29 (100%)	29 (100%)	23 (100%)	23 (100%)
NON	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Nous observons une stagnation à 100% des réponses affirmatives dans les deux groupes après la formation.

La deuxième proposition était la suivante :

« - *de dépendance* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	29 (100%)	29 (100%)	23 (100%)	22 (96%)
NON	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)

Nous observons une stagnation des résultats dans les deux groupes.

La troisième proposition était la suivante :

« - *d'agressivité paradoxale* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	7 (24%)	9 (31%)	8 (35%)	14 (61%)
NON	22 (76%)	20 (69%)	15 (65%)	9 (39%)

Nous observons une augmentation des réponses affirmatives de 7% dans le groupe « témoin » et de 26% dans le groupe « formé », après la formation.

La quatrième proposition était la suivante :

« - *de chute* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	19 (66%)	19 (66%)	16 (70%)	22 (96%)
NON	10 (34%)	10 (34%)	7 (30%)	1 (4%)

Nous observons une stagnation des réponses affirmatives à 66% dans le groupe « témoin » et une augmentation des réponses affirmatives de 26% dans le groupe « formé », après la formation.

La cinquième proposition était la suivante :

« - *de troubles cognitifs* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	22 (76%)	25 (86%)	20 (87%)	21 (91%)
NON	7 (24%)	4 (14%)	3 (13%)	9 (9%)

5.4. Observation des pratiques concernant la quatrième partie du questionnaire consacrée au sevrage des benzodiazépines

5.4.1. Première sous-partie : utilisation des « outils » d'aide au sevrage

Le premier item et la première proposition étaient les suivants :

« *Lorsque vous envisagez un sevrage des benzodiazépines (et apparentées) chez vos patients, vous :*

- *négociez de manière répétée lors des consultations pour commencer ce sevrage* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	28 (97%)	25 (86%)	22 (96%)	23 (100%)
NON	1 (3%)	4 (14%)	1 (4%)	0 (0%)

Nous observons une diminution des réponses affirmatives de 9% dans le groupe « témoin » après la formation.

La deuxième proposition était la suivante :

« - *informez du manque d'efficacité de ces traitements au long cours* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	20 (69%)	22 (76%)	16 (70%)	19 (83%)
NON	9 (31%)	7 (24%)	7 (30%)	4 (17%)

Nous observons une augmentation de 13% des réponses affirmatives dans le groupe « formé » après la formation.

La troisième proposition était la suivante :

« - *expliquez les symptômes du sevrage et les aides que vous pouvez leur apporter* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	26 (90%)	27 (93%)	22 (96%)	22 (96%)
NON	3 (10%)	2 (7%)	1 (4%)	1 (4%)

Nous observons une stagnation des résultats dans les deux groupes après la formation.

La quatrième proposition était la suivante :

« - *arrêtez le traitement en diminuant progressivement les doses* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	29 (100%)	29 (100%)	23 (100%)	23 (100%)
NON	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Nous observons une stagnation des résultats avec 100% de réponses affirmatives dans les deux groupes après la formation.

La cinquième proposition était la suivante :

« - *changez de molécule* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	10 (34%)	8 (28%)	11 (48%)	10 (43%)
NON	19 (66%)	21 (72%)	12 (52%)	13 (57%)

5.4.2. <u>Deuxième sous-partie : auto-évaluation des médecins participants concernant le sevrage</u>

Le premier item et la première proposition étaient les suivants :

« *Au cours de la dernière année, vous :*

- *avez débuté le sevrage de patients consommateurs chroniques* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	26 (90%)	26 (90%)	22 (96%)	22 (96%)
NON	3 (10%)	3 (10%)	1 (4%)	1 (4%)

Nous observons une stagnation des résultats dans les deux groupes après la formation.

La deuxième proposition était la suivante :

« - *avez réussi le sevrage de patients consommateurs chroniques* ».

Voici les résultats des réponses à cette proposition :

	Groupe « témoin » avant formation	Groupe « témoin » après formation	Groupe « formé » avant formation	Groupe « formé » après formation
OUI	22 (76%)	24 (83%)	17 (74%)	17 (74%)
NON	7 (24%)	5 (17%)	6 (26%)	6 (26%)

Nous observons une augmentation des réponses affirmatives de 7% dans le groupe « témoin » et une stagnation des réponses affirmatives à 74% dans le groupe « formé », après la formation.

Troisième partie : discussion

I. Comparabilité du groupe « formé » et du groupe « témoin »

Pour réaliser cette étude intégrant la caractéristique « avant/ après », il était important que le groupe « formé » et le groupe « témoin » soient comparables. Les deux groupes étaient comparables sur le plan de l'âge, de la répartition des sexes, du type d'activité (groupe ou seul) et du secteur d'activité (rural, semi-rural ou urbain). Il fallait également que les résultats du groupe « formé » et du groupe « témoin » soient comparables avant la formation. Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative entre la moyenne des notes totales du groupe « formé » et la moyenne des notes totales du groupe « témoin » avant la formation. Au niveau de chacune des grandes parties de l'évaluation, nous n'avons pas non plus retrouvé de différence statistiquement significative entre les moyennes du groupe « formé » et les moyennes du groupe « témoin » avant la formation, sauf pour la première partie consacrée à l'insomnie. En effet, la moyenne obtenue pour cette partie avant la formation par le groupe « formé » était de 9,66/20 et de 7,16/20 pour le groupe « témoin ». La différence entre la moyenne des notes du groupe « formé » et la moyenne des notes du groupe « témoin » était statistiquement significative avant la formation au risque 5% (p=0,0097).

II. Réponse à l'objectif principal

Nous avons constaté une amélioration des pratiques concernant la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques des médecins généralistes du groupe « formé » après la formation avec un gain de 1,01 point sur 20 sur la moyenne des notes totales.

Néanmoins, ce résultat est à relativiser. En effet, nous avons également observé une amélioration des pratiques, certes moins importante que dans le groupe « formé », chez les médecins généralistes du groupe « témoin » après la formation avec un gain de 0,51 point sur 20 sur la moyenne des notes totales. L'amélioration des pratiques des médecins du groupe « formé » a été comparée à celle des médecins du groupe « témoin ». Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative entre l'amélioration du groupe « formé » et l'amélioration du groupe « témoin » au risque 5% (p=0,31).

III. Réponse au premier objectif secondaire

Pour chaque grande partie de l'évaluation, nous avons constaté, comme pour l'évaluation totale, une amélioration des pratiques des médecins généralistes du groupe « formé » après la formation. Pour chaque grande partie de l'évaluation, les pratiques des médecins généralistes du groupe « témoin » ont, elles aussi, été améliorées. Pour chaque grande partie de l'évaluation, l'amélioration des pratiques des médecins du groupe « formé » a été comparée à celle des médecins du groupe « témoin » et nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative entre les deux au risque 5%.

A ce propos, les résultats concernant la première partie de l'évaluation des pratiques consacrée à l'insomnie méritent d'être soulignés. En effet, bien que les résultats du groupe « formé» et du groupe « témoin » étaient statistiquement différents avant la formation sur cette partie, l'amélioration des pratiques a été sensiblement identique dans les deux groupes, avec un gain de 1,16 point sur 20 dans le groupe « formé » et de 1,15 point sur 20 dans le groupe « témoin » après la formation.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer l'amélioration des pratiques dans le groupe « témoin » qui était parfois aussi importante que dans le groupe « formé ».

➢ Première hypothèse

Nous pouvons supposer que l'évaluation a eu un effet bénéfique sur les pratiques. Le fait de remplir le questionnaire a pu réactiver les connaissances des médecins participants, ou les rendre plus vigilants vis-à-vis de leurs pratiques, ou encore les inciter à se former par leurs propres moyens sur le sujet. D'ailleurs, en ce qui concerne ce dernier point, il n'y avait pas de clause dans notre étude interdisant le suivi d'une autre formation dans le délai compris entre la formation et la seconde évaluation par le questionnaire.

➢ Seconde hypothèse

Une autre hypothèse qui peut être avancée est celle d'une contamination du groupe « témoin » par le groupe « formé ». En effet, les médecins généralistes de notre étude ont été recrutés dans le même secteur. Certains médecins du groupe « formé » exerçaient dans la même commune, voire dans le même cabinet que certains médecins du groupe « témoin ». Certains médecins du groupe « formé » ont peut-être discuté du contenu de la formation avec leurs collègues du groupe « témoin », ce qui a pu indirectement améliorer les pratiques de ces derniers.

IV. Réponse au deuxième objectif secondaire

Lorsque nous regardons de plus près les résultats des évaluations des pratiques, des améliorations ont été constatées dans les quatre grandes parties de cette évaluation.

4.1. Amélioration des pratiques du groupe « formé »

En ce qui concerne la première partie de l'évaluation consacrée à l'insomnie, nous avons observé une augmentation de 44% du nombre de médecins qui utilisaient un agenda/calendrier du sommeil dans le groupe « formé » après la formation. En cas d'insomnie chronique, le nombre de médecins qui utilisaient une benzodiazépine ou une classe apparentée a diminué de 34% dans le groupe « formé » après la formation.

En ce qui concerne la deuxième partie de l'évaluation consacrée à l'anxiété, nous avons observé une diminution de 22% du nombre de médecins qui prescrivaient une benzodiazépine dans le groupe « formé » après la formation en cas d'anxiété transitoire et/ou réactionnelle. Le nombre de médecins du groupe « formé » qui pratiquaient une psychothérapie de soutien a augmenté de 13% en cas d'anxiété transitoire et/ou réactionnelle et en cas d'anxiété chronique après la formation.

En ce qui concerne la troisième partie de l'évaluation consacrée aux règles de prescription d'une benzodiazépine, le nombre de médecins qui évaluaient les facteurs de risque de chute chez les patients avant la prescription d'une benzodiazépine a augmenté de 11% dans le groupe « témoin » et de 9% dans le groupe « formé » après la formation. Le nombre de médecins qui évaluaient le profil de dépendance du patient a augmenté de 22% dans le groupe « formé » après la formation. Le nombre de médecins qui informaient leurs patients des différents risques encourus avec la prise d'une benzodiazépine a augmenté dans le groupe « formé » après la formation, notamment sur le risque d'agressivité paradoxale (+26%) et de chute (+26%).

En ce qui concerne la dernière partie de l'évaluation consacrée au sevrage des benzodiazépines, nous avons principalement constaté une augmentation de 13% du nombre de médecins dans le groupe « formé » qui informaient du manque d'efficacité de ces traitements au long cours, après la formation.

4.2. Non amélioration de certaines pratiques du groupe « formé »

Certaines pratiques n'ont pas été améliorées après la formation. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer l'absence d'amélioration de ces pratiques.

➢ Première observation : certaines pratiques étaient conformes au contenu de la formation avant la formation

Nous avons observé que sur certains points, la majorité des médecins qui ont participé à cette étude avaient déjà les bonnes pratiques avant la formation et il n'y avait donc pas d'amélioration possible. C'était le cas, par exemple, des règles hygiéno-diététiques et des conseils en cas d'insomnie ou d'anxiété, déjà largement utilisés avant la formation. Certains résultats des médecins avant la formation étaient même en contradiction avec les besoins exprimés par les médecins généralistes des séances de focus groupes de la thèse du Docteur Denys de Bonnaventure. C'était le cas, par exemple, de l'évaluation de la plainte anxiété qui était retrouvée chez 86% des médecins du groupe « témoin » et 100% des médecins du groupe « formé » avant la formation, alors que lors des séances de focus groupes, les médecins avaient tendance à prescrire un anxiolytique en réponse au symptôme sans en rechercher la cause[14].

Cette tendance se vérifie aussi dans l'évaluation des risques avant la prescription d'une benzodiazépine, dans l'information des patients par les médecins participants sur les risques liés à la prise d'une benzodiazépine, dans l'information des patients par les médecins participants sur le traitement qui doit être pris sur une durée courte et à la posologie minimale efficace, et pour certaines stratégies de sevrage : les médecins généralistes de notre étude avaient, en majorité, de bonnes pratiques sur ces points avant la formation contrairement aux médecins qui avaient participé aux focus groupes.

Pour expliquer cette inadéquation entre les besoins en terme de formation exprimés par les médecins généralistes qui ont participé au focus groupes et les résultats avant la formation des médecins généralistes qui ont été recrutés pour notre étude, nous pouvons nous demander s'il y a eu un biais de sélection lors du recrutement. Il est vrai que lorsque nous avons contacté les 240 médecins généralistes pour participer à cette étude, très peu étaient enthousiastes à l'idée d'être évalués sur leurs pratiques. De ce fait, peut-être que nous avons recruté les médecins généralistes les moins réticents à être évalués car ils avaient déjà de bonnes pratiques concernant la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques. Une question se pose alors : ne faut-il pas que les focus groupes fassent partie intégrante de la démarche de formation pour chaque groupe de médecins donné ?

La « standardisation » de la formation au contenu élaboré à partir de séances de focus groupes, lors desquelles ont été identifiés les besoins de médecins différents des médecins participant à la formation, ne semble pas être une technique pertinente car les besoins identifiés chez les participants aux focus groupes n'étaient pas les mêmes que ceux des participants à la formation. Peut-être que si nous formions les médecins à partir de leurs

propres besoins identifiés au cours de séances de focus groupes, nous pourrions espérer améliorer davantage leurs pratiques.

Nous pouvons également nous poser la question d'un éventuel biais de déclaration. Pour réaliser cette étude, nous n'avons pu compter que sur la bonne foi des médecins généralistes qui ont rempli les questionnaires d'évaluation des pratiques. En effet, ils avaient eu pour consigne de remplir ce questionnaire conformément à leurs pratiques, mais nous n'avons pas pu vérifier la correspondance de leurs déclarations avec leurs pratiques.

- **Seconde observation : certaines pratiques n'étaient pas conformes au contenu de la formation avant la formation**

Nous avons observé que sur certains points, les médecins généralistes du groupe formé n'ont pas amélioré leurs pratiques, alors que ces pratiques n'étaient pas les bonnes avant la formation. C'était le cas du recours à la consultation dédiée pour évaluer la plainte « insomnie ». Cette technique consiste à reporter l'évaluation de la plainte « insomnie » lors d'une consultation ultérieure, à un moment où le praticien aura plus de temps pour le faire. Nous pouvons supposer que les emplois du temps très souvent chargés des médecins généralistes ont pu limiter le recours à cette pratique. De la même façon, le nombre de médecins qui ont recouru à la consultation spécialisée en cas d'insomnie chronique, pourtant préconisée lors de la formation (cf. Annexe 2), n'a pas augmenté. Une des explications était déjà évoquée par les médecins généralistes qui ont participé aux focus groupes : le délai pour obtenir une consultation spécialisée était trop long[51].

4.3. Changements de pratiques en contradiction avec le contenu de la formation

Certains changements de pratiques sont apparus dans le groupe « formé » après la formation, en contradiction avec ce qui a été dit lors de la formation. C'est le cas de la prescription des benzodiazépines et des classes apparentées dont le nombre de médecins généralistes prescripteurs de ces molécules a baissé de 17% dans l'insomnie transitoire. Pourtant, la formation suggérait que l'hypnotique à prescrire en première intention dans l'insomnie transitoire était une benzodiazépine ou une classe apparentée, les autres hypnotiques comme les antihistaminiques ou la mépronizine étant des molécules de deuxième intention[13-30]. Mais, le nombre de médecins généralistes prescripteurs de ces autres hypnotiques a également diminué de 31% alors que le nombre de médecins généralistes prescripteurs d'homéopathie a augmenté de 27%.

Cette tendance à la diminution du nombre de prescripteurs de benzodiazépines dans le groupe « formé » au profit de l'homéopathie a également été retrouvée dans le cas de l'anxiété transitoire et/ou réactionnelle. Lors des séances de focus groupes, Docteur Denys de Bonnaventure avait constaté que « *le domaine le moins connu de tous les médecins* [était] *la démarche diagnostique et thérapeutique face à un patient anxieux* »[14] et que pour les médecins généralistes des focus groupes, « *il* [était] *plus facile d'éviter l'initiation d'un traitement anxiolytique ou hypnotique que de l'arrêter* »[52]. Un des objectifs principaux de la formation était « *que les médecins formés distinguent le caractère aigu ou chronique de l'insomnie ou de l'anxiété, afin de déterminer les bonnes indications du traitement hypnotique ou anxiolytique* »[10]. La formation aurait donc eu un effet paradoxal sur les pratiques des médecins généralistes qui l'ont suivie, concernant la conduite à tenir en cas d'insomnie transitoire et l'anxiété réactionnelle et/ou transitoire.

Une des hypothèses pour expliquer cet effet est que la densité de l'information donnée au cours de la formation était trop importante. Les messages importants délivrés au cours de la formation n'ont peut-être pas tous été bien perçus, ce qui a pu accentuer l'incertitude des médecins généralistes du groupe « formé » vis-à-vis de l'indication d'un anxiolytique ou d'un hypnotique. Cela a donc pu les inciter à se tourner vers l'homéopathie réputée sans danger, et remboursée, à la différence de la phytothérapie. D'ailleurs, c'est peut-être cette incertitude qui a conduit les médecins du groupe « formé » à avoir davantage recours à la consultation spécialisée en cas d'anxiété transitoire après la formation (+17%). Peut-être que l'étalement de la formation sur plusieurs soirées aurait permis une amélioration de l'assimilation de son contenu et donc une amélioration plus importante des pratiques.

Conclusion

Les médecins du groupe « formé » ont amélioré leurs pratiques après avoir suivi la formation. Mais cette amélioration n'était pas statistiquement significative par rapport à l'amélioration du groupe « témoin ». L'amélioration des pratiques n'a pas été constatée sur tous les points de la formation. Des obstacles comme le manque de temps et les difficultés d'accès aux consultations spécialisées peuvent expliquer l'absence d'amélioration de certaines pratiques.

De plus, nous n'avons pas constaté d'augmentation du nombre de médecins généralistes qui ont réussi le sevrage des benzodiazépines après la formation. A propos de ce dernier point, il serait intéressant de répéter l'évaluation à distance, le délai de six mois après la formation ayant peut-être été trop court pour observer un effet sur la réussite du sevrage des benzodiazépines.

En outre, l'étalement, sur plusieurs soirées, de la formation dont le contenu était dense et complexe permettrait peut-être une meilleure assimilation de ce contenu par les médecins participants et donc, d'améliorer davantage leurs pratiques, surtout en ce qui concerne la prise en charge de l'anxiété. De la même façon, la participation aux focus groupes des médecins généralistes à former permettrait de mieux répondre à leurs besoins et peut-être d'améliorer davantage leurs pratiques.

Par ailleurs, le recrutement d'un groupe « témoin » dans un secteur différent de celui du groupe « formé » permettrait de limiter le risque de contamination et peut-être de mieux établir le lien entre la formation et l'amélioration des pratiques.

Il serait intéressant d'observer si l'amélioration des pratiques des médecins du groupe « formé » a permis d'améliorer l'état de santé de leurs patients. Il serait également intéressant d'observer comment ont évolué les représentations des médecins du groupe « formé » et de leurs patients vis-à-vis de la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques.

Annexes

Annexe 1 : questionnaire d'évaluation des pratiques et son barème entre parenthèses

	OUI	NON
Quand votre patient se plaint d'insomnie : (Insomnie/ 18 points)		
-vous prévoyez une consultation dédiée afin de mieux préciser ce symptôme (/2 points)	□	□
-vous utilisez un agenda/calendrier du sommeil afin de mieux préciser ce symptôme (/2 points)	□	□
Quand l'insomnie est d'apparition récente (moins de 3 semaines), vous prescrivez d'emblée :		
-une benzodiazépine ou une classe apparentée (exemples : zolpidem, zopiclone…) (/3points, 2 points si oui à la proposition suivante)	□	□
-une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, carbamate, …) (/2 points)	□	□
-de l'homéopathie (/0 point)	□	□
-de la phytothérapie (/0 point)	□	□
-des règles hygiéno-diététiques, des conseils (/4 points)	□	□
-une psychothérapie de soutien (par vous-même) (/0 point)	□	□
-une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue, spécialiste du sommeil,…) (/0 point)	□	□
Quand l'insomnie persiste au-delà d'1 mois, vous prescrivez :		
-une benzodiazépine ou une classe apparentée (exemples : zolpidem, zopiclone…) (/-2 points)	□	□
-un antidépresseur (/0 point)	□	□
-une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, carbamate, …) (/-1 point)	□	□
-de l'homéopathie (/0 point)	□	□
-de la phytothérapie (/0 point)	□	□
-des règles hygiéno-diététiques, des conseils (/3 points)	□	□

	OUI	NON
-une psychothérapie de soutien (par vous-même) (/0 point)	□	□
-une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue, spécialiste du sommeil,…) (/4 points)	□	□
Quand votre patient se plaint d'anxiété : (Anxiété/ 23 points)		
-vous évaluez ce symptôme afin de déterminer dans quel cadre il s'intègre (/4 points)	□	□
En cas d'anxiété transitoire et/ou réactionnelle (moins de 6 mois), vous prescrivez :		
-une benzodiazépine (/2 points)	□	□
-une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, etifoxine STRESAM®, buspirone...) (/3 points, 2 points si oui à la proposition précédente)	□	□
-de l'homéopathie (/0 point)	□	□
-de la phytothérapie (/1 point)	□	□
-des règles hygiéno-diététiques, des conseils (/3 points)	□	□
-une psychothérapie de soutien (par vous-même) (/2 points)	□	□
-une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue,…) (/0 point)	□	□
En cas de passage à la chronicité de l'anxiété (trouble panique, anxiété généralisée, etc…) vous prescrivez :		
-une benzodiazépine (/-2 points)	□	□
-un antidépresseur (/3 points)	□	□
-une autre classe médicamenteuse (antihistaminique, etifoxine STRESAM®, buspirone...) (/-1 point)	□	□
-de l'homéopathie (/0 point)	□	□
-de la phytothérapie (/0 point)	□	□
-des règles hygiéno-diététiques, des conseils (/2 points)	□	□
-une psychothérapie de soutien (par vous-même) (/2 points)	□	□
-une consultation spécialisée (psychiatre, psychologue,…) (/3 points)	□	□

	OUI	NON
Avant de prescrire une benzodiazépine (ou apparentée), vous : (prescription /14 points)		
- déterminez si votre patient présente d'autres facteurs de risque de chute (/1 point)	□	□
-évaluez le profil de dépendance du patient (/1 point)	□	□
-informez le patient que le traitement devra être pris pour une durée limitée afin d'éviter le phénomène de dépendance (/2 points)	□	□
-informez le patient que le traitement devra être pris à la posologie minimale efficace afin d'éviter le phénomène de dépendance (/2 points)	□	□
Lorsque vous prescrivez une benzodiazépine ou une classe apparentée à vos patients vous les informez du risque :		
-de somnolence (risque de la conduite automobile, au travail…) (/2 points)	□	□
-de dépendance (/2 points)	□	□
-d'agressivité paradoxale (/1 point)	□	□
-de chute (/2 points)	□	□
-de troubles cognitifs (/1 point)	□	□
Lorsque vous envisagez un sevrage des benzodiazépines (et apparentées) chez vos patients, vous : (Sevrage /14 points)		
-négociez de manière répétée lors des consultations pour commencer ce sevrage (/2 points)	□	□
-informez du manque d'efficacité de ces traitements au long cours (/2 points)	□	□
-expliquez les symptômes du sevrage et les aides que vous pouvez leur apporter (/1point)	□	□
-arrêtez le traitement en diminuant progressivement les doses (/2 points)	□	□
-changez de molécule (/1 point)	□	□
Au cours de la dernière année, vous :		
-avez débuté le sevrage de patients consommateurs chroniques (/3 points)	□	□
-avez réussi le sevrage de patients consommateurs chroniques (/3 points)	□	□

Annexe 2 : Diaporama résumé de la formation diffusée aux médecins généralistes, réalisée par le Docteur Denys de Bonnaventure[53]

Prescription des Anxiolytiques et Hypnotiques en Médecine Générale

Cécile Denys- 07 juin 2011

Objectifs

- Pour les Médecins Généralistes: plus de facilité à éviter la prescription initiale plutôt que de sevrer des traitements de longue durée.
- ➢Bien cibler les indications d'une primo-prescription (**consultation dédiée**)
- ➢Etablir un **contrat** avec le patient pour anticiper l'arrêt:
  - ✓durée courte
  - ✓posologie minimale efficace
  - ✓arrêt progressif

Classification

- Anxiolytiques
- ➢BZD
- ➢Non-BZD:
  - ✓antihistaminiques sédatifs (hydroxyzine ATARAX®)
  - ✓carbamates (méprobamate EQUANIL®)
  - ✓autres (buspirone BUSPAR®, etifoxine STRESAM®)
- Hypnotiques
- ➢BZD et apparentés
- ➢antihistaminiques seuls ou en association (NOCTRAN®, MEPRONIZINE®)

CAT devant un trouble du sommeil (1)

1. Affirmer l'insomnie

➢Agenda du sommeil: www.reseau-morphee.fr/vous-etes-un-professionnel-de-sante/formations

2. Diagnostic différentiel

➢Ne pas oublier le Syndrome d'Apnée du Sommeil

CAT devant un trouble du sommeil (2)

3. Différencier insomnie transitoire et chronique

➢Insomnie transitoire (<3 semaines) liée à un évènement aigu

➢Insomnie chronique (>1 mois): explorer

- ✓comportement: règles hygiéno-diététiques ++++
- ✓environnement
- ✓comorbidité (dont dépression) ou traitement médicamenteux favorisant

CAT devant un trouble du sommeil (3)

4. Degré de sévérité

5. Bilan complémentaire

➢Orienté, au moins TSH chez le sujet âgé

Insomnie: schémas thérapeutiques

- **Dans tous les cas**: analyser le contexte, rassurer le patient (**psychothérapie de soutien**), traiter une pathologie associée, **RHD**+++
- **Formes non sévères**: intérêt de l'**homéopathie** ou **phytothérapie**
- **Insomnie aigüe**
  - **Traitement hypnotique <4 semaines**
  - Si l'insomnie dure plusieurs semaines, proposer une consultation spécialisée psy (TCC)
- **Insomnie chronique**
  - Insomnie sans comorbidités: **cs spécialisée** (dont TCC)
  - **Sevrage d'hypnotiques au long cours** devenus inefficaces
  - Possible **prescription ponctuelle d'hypnotiques** à faible dose.

Conduite à tenir devant une anxiété (1)

1. **Deux motifs de consultations:**
   - Pas de plainte anxieuse: recherche d'un trouble anxieux sur points d'appel.
   - Plainte anxieuse: distinguer anxiété normale et pathologique.
2. **Diagnostic différentiel: dépression**+++

Conduite à tenir devant une anxiété (2)

3. **Diagnostic étiologique:** 2 types
   - Pathologie psychiatrique confirmée (troubles anxieux caractérisés):
     - ✓critères précis
     - ✓durée > 1 an
     - ✓conséquences fonctionnelles majeures
   - Anxiété réactionnelle et transitoire (<6mois) et réactions à une pathologie somatique

Conduite à tenir devant une anxiété (3)

4. **Evaluation de la gravité**
   - Retentissement: conditionne le traitement
   - Risque suicidaire

Information éducation et psychothérapie

- **Information du patient**
  - Association Française des Troubles Anxieux et de la Dépression: www.anxiete-depression.org
- **Education**: exercice physique et arrêt des excitants
- **Psychothérapie de soutien** par le médecin traitant
- **Consultation spécialisée psy** (thérapies cognitivo-comportementales)
  - Adresses de thérapeutes: site de l'Association Française de TCC: www.aftcc.org

Gestion par soi-même

Manuels de Self-Help

- Peuvent être bénéfiques comme seul traitement dans les formes mineures et modérées.
- Références:
  - Emery J-L. Surmontez vos peurs. Vaincre le trouble panique et l'agoraphobie. Odile Jacob. Paris, 2000.
  - Servant D. Soigner le stress et l'anxiété par soi-même. Odile Jacob. Paris, 2003.
  - Servant D. Relaxation et méditation. Odile Jacob. Paris, 2007.

Anxiété: schémas thérapeutiques

- Toujours: information et conseils(**RHD**, manuels de self-help), psychothérapie de soutien.
- Troubles anxieux caractérisés
  - Traitement de **fond**: **antidépresseur** ou cs psy (TCC)
  - Place des **AX**: périodes courtes, en association au traitement de fond, si **exacerbations anxieuses** invalidantes
- Anxiété réactionnelle et transitoire
  - **Phytothérapie**: EUPHYTOSE®
  - Si retentissement important: anxiolytiques sur une courte durée. Préférer des **non-benzodiazépines** (etifoxine, buspirone)

Effets indésirables des Benzodiazépines

- **Information** du patient: responsabilité médico-légale

1. Accidents de la route et du travail (somnolence)
2. Réaction paradoxale d'agressivité
3. Chutes et blessures (évaluer les **facteurs de risque de chutes** avant prescription)
4. Déclin cognitif

- Ne pas être faussement rassuré par une demi-vie courte ou une faible posologie

Facteurs de risque de dépendance liés au produit

- Posologie élevée: dépendance plus rapide
- Durée de traitement prolongée

- Importance du **contrat** lors de la prescription initiale (posologie minimale efficace, durée limitée)

Profil du consommateur chronique

- Age plus élevé
- Antécédents d'éthylisme ou autre dépendance
- Antécédents psychiatriques dont dépression
- Affections organiques invalidantes
- Troubles du sommeil
- Mauvaise perception de sa santé
- Isolement social

Evaluation préalable

Recherche des facteurs pronostiques d'échec pour réduction plus lente et suivi rapproché:

- Durée longue et posologie élevée +++
- Produits consommés
  - Plusieurs benzodiazépines
  - BZD à visée anxiolytique
  - Consommation d'alcool
  - Demi-vie longue
- Facteurs cliniques: dépression/ troubles anxieux caractérisés non traités, insomnie sévère, perception mauvaise de l'état de santé.

Syndrome de sevrage

- Prévention
  - Prise-en-charge d'une **dépression** ou d'un **trouble anxieux**: si besoin **traitement anti-dépresseur avant sevrage**
  - **Réduction progressive**
  - **Information** du patient sur le sevrage, le rebond, la rechute
- Prise en charge d'un sd de sevrage sans gravité
  - Pendant la phase de décroissance: **retour au palier antérieur** puis réduction plus lente
  - Après arrêt: ne pas reprendre, soutien psychologique

	Définitions	Symptômes	Evolution
Syndrome de sevrage	Syndrome spécifique d'une substance dû à l'arrêt ou la diminution de la prise, causant une souffrance et un retentissement fonctionnel. 10% si prise 3-12 mois. 25-50% si prise > 1 an	Signes généraux fréquents: anxiété, insomnie, céphalées. Signes spécifiques: confusion, hallucinations Plus rares: troubles de vigilance, convulsions, incoordination motrice, coma.	Apparition pendant décroissance, jusqu'à 3 jours après arrêt. Pic d'intensité 1 semaine. Atténuation progressive 3 à 6 semaines.
Effet rebond	Réapparition des signes cliniques initiaux avec intensité augmentée. Prévalence: 15-30%	Anxiété, insomnie	Début dans les 24 h après arrêt. Atténuation en 1 à 3 semaines.
Rechute	Réapparitions des signes cliniques antérieurs au traitement	Anxiété, insomnie...	Apparition plusieurs jours à plusieurs semaines après la dernière prise.

Stratégies d'arrêt des benzodiazépines

- Arrêt toujours **progressif**
- Objectif:
  - Arrêt complet
  - Une réduction est un résultat favorable
- Si échec: évaluer les causes et nouvel essai à distance
- Stratégie par palier
  - Palier 1: Intervention brève → si échec →
  - Palier 2: Réduction progressive → si échec →
  - Palier 3: Réduction+ psychothérapie?
    Réduction + médicament?

Intervention brève

- Peu chronophage pour le médecin traitant
- Deux types
  - Information orale au cours d'une consultation **(lors du renouvellement: négociation répétée)**
  - Lettre personnalisée remise par le médecin
- Contenu
  - Absence d'efficacité au long cours
  - Risques de la consommation au long cours
  - Proposition d'arrêt progressif
  - Proposition d'une consultation dédiée
- Consultation dédiée: informations et proposition d'outils (calendrier de décroissance, agenda du sommeil)

Réduction progressive seule

- Arrêt progressif
  - 4 à 10 semaines
  - Plusieurs mois si durée ou posologie élevée
- Pas de schéma standard, dépend des FDR d'échec
- Surveillance: rythme des consultations
  - A chaque réduction
  - 3 à 7 jours après l'arrêt
  - Suivi régulier sur 6 mois
- Nature de la surveillance: symptômes à l'arrêt, adhésion au protocole.

Quelques références bibliographiques (1)

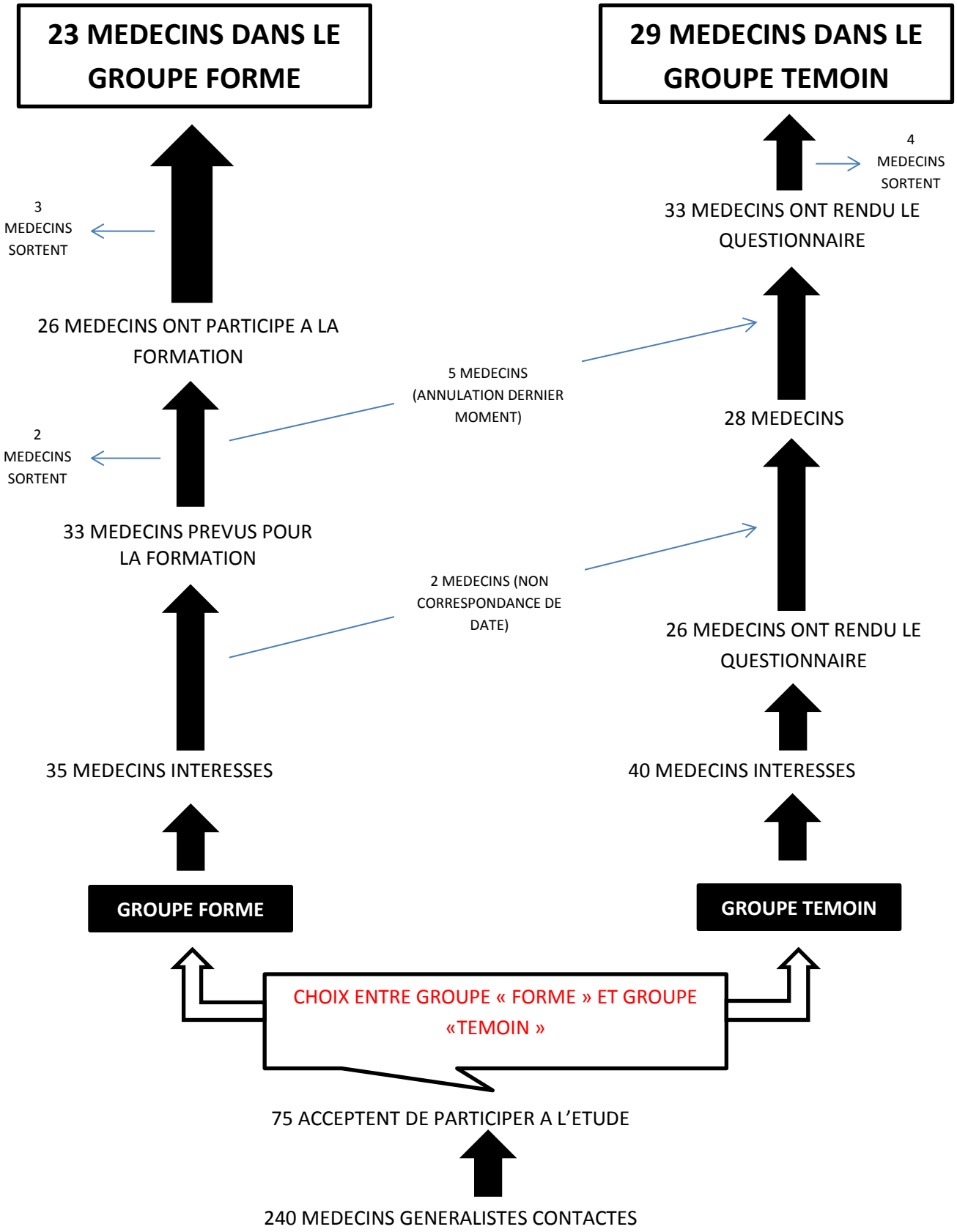
- Sevrage: études sur populations dont la moyenne d'âge se situe entre 60 et 70 ans, consommant des BZD depuis plus de 10 ans le plus souvent.
  - Intervention brève: 3 fois plus d'arrêt par rapport à un suivi classique
  - Réduction progressive: 6 fois plus d'arrêt par rapport à un suivi classique

- Paar JM et al. Effectiveness of current traitment approaches for benzodiazepines discontinuation: a meta-analysis. Addiction 2009; 104 (1): 13-24
- Oude Voshaar R.C. et al. Strategies for disconinuing long-term benzodiazepines use. Meta-analysis. British Journal of Psychiatry 2006; 189: 213-220

Quelques références bibliographiques (2)

- HAS:
  - Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandations professionnelles. Décembre 2006.
  - Guide ALD- Affections psychiatriques de longes durée. Troubles anxieux graves. Juin 2007.
  - Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez la personne âgée. Octobre 2007.
- AFFSAPS. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Octobre 2006.
- Ouvrages:
  - Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété. Paris: Masson; 2007.
  - Graziani P et al. Stress, anxiété et trouble de l'adaptation. Paris: Masson; 2001.

Annexe 3 : Recrutement des médecins généralistes participant à l'étude, évolution des effectifs



Références

1. Code de la Santé Publique. Article R4127-32. (page consultée le 15/07/12). Code de déontologie médicale. Sous-section 2 : Devoirs envers les patients, [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

2. Code de la Santé Publique. Article R4127-11 modifié par décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 – art.1. (page consultée le 15/07/12). Code de déontologie médicale. Sous-section 1 : Devoirs généraux des médecins, [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

3. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Article. L. 367-2. JORF n°98 du 25 avril 1996. (page consultée le 21/06/12). Titre II : Formation des médecins et adaptation de l'offre de soins en ville, [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

4. Lebras PL, Duhamel G (Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales). Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Paris: La Documentation française; 2008. Rapport n° RM2008-124P: 5-12.

5. Code de la Santé Publique. Article L4133-1-1 créé par Loi n°2004-810 du 13 août 2004 - art. 14 JORF 17 août 2004. (page consultée le 13/04/12). [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

6. Code de la Santé Publique modifié par Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – art. 59. (page consultée le 14 avril 2012). [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

7. HAS. (page consultée le 10/08/12). Questions-réponses : améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée, [en ligne]. www.has-santé.fr/

8. Volcler N. Etude d'impact d'une action de formation médicale continue sur la prise en charge du patient insomniaque en médecine générale [Thèse de Doctorat en Médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier - Faculté de Médecine de Grenoble; 2010.

9. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011.

10. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 68.

11. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 12.

12. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 37.

13. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 48.

14. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 33.

15. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 39.

16. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 16.

17. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 18.

18. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 58.

19. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 19.

20. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 20.

21. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 60.

22. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 31.

23. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 17.

24. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 32.

25. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 62.

26. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 63.

27. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 65.

28. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 28.

29. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 46.

30. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 47.

31. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 56.

32. Bourin M, Bougerol T, Guitton B et al. A combination of plant extract in the treatment of outpatients with adaptation disorder with anxious mood: controlled study versus placebo. *Fundam Clin Pharmacol* 1997; 11(2): 127-132.

33. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 55.

34. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 54.

35. Mura P, Kintz P, Ludes B et al. Comparison of the prevalence of alcohol, cannabis and other drugs between 900 injured drivers and 900 control subjects: results of a French collaborative study. *Forensic Science International* 2003; 133: 79-85.

36. Dubois S, Bédard M, Weaver B. The impact of benzodiazepines on safe driving. *Traffic Injury Prevention* 2008; 9(5): 404-413.

37. Barbone F, McMahon AD, Davey PG et al. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *The Lancet* 1998; 352: 1331-1336.

38. Saïas T, Gallarda T. Réactions d'agressivité sous benzodiazépines: une revue de la littérature. *L'Encéphale* 2008; 34: 330-336.

39. Wang P, Bohn R, Glynn R et al. Hazardous benzodiazepines regimens in the elderly: effects of half-life, dosage and duration on risk of hip fracture. *Ann J Psychiatry* 2001; 158(6): 892-898.

40. French D, Campbell R, Spehar A and al. Benzodiazepines and injury: a risk adjusted model. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2005; 14: 17-24.

41. Wagner AK, Zhang F, Soumerai SB et al. Benzodiazepines use and hip fracture in the elderly: who is at greatest risk ? *Arch Intern Med* 2004; 164: 1567-1572.

42. Tamblyn R, Abrahamowicz M, du Berger R et al. A 5-year prospective assessment of the risk associated with individual benzodiazepines and doses in new elderly users. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(2): 233-241.

43. Bierman EJ, Comijs HC, Gundy CM et al. The effect of chronic benzodiazepines use on cognitive functioning in older persons : good, bad or indifferent ? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2007; 22: 1194-1200.

44. MacAndrews MP, Weiss RT, Sandor P et al. Cognitive effect of long-term benzodiazepine use in olders adults. *Clin Exp* 2003; 18: 51-57.

45. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M et al. Persistence of cognitive effects after withdrawal for long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Archive of Clinical Neuropsychology* 2004; 19: 437-454.

46. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 57.

47. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 59.

48. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 64.

49. Lader M, Tylee A, Donoghue J et al. Withdrawing benzodiazepines in primary care (abstract). *CNS Drugs* 2009; 23(1): 19-34.

50. Oude Voshaar RC, Couvée JE, van Balkom AJ et al. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2006; 189: 213-220.

51. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 14.

52. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 30.

53. Denys de Bonnaventure C. Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : élaboration d'une formation destinée à des médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011: 75-78.

AUTEUR : Nom : DESQUILBET **Prénom : Charles-Henri**

Date de Soutenance : 07 janvier 2013

Titre de la Thèse : Prescription des anxiolytiques et des hypnotiques : évaluation des pratiques de médecins généralistes ayant suivi une formation

Thèse, Médecine, Lille, 2013
Cadre de classement : DES de Médecine Générale
Mots-clés : anxiolytiques, hypnotiques, psychotropes, Médecine Générale, formation médicale continue, évaluation des pratiques professionnelles, développement professionnel continu.

Résumé :

Introduction : Le travail de thèse du Docteur Denys de Bonnaventure, réalisé entre l'année 2010 et 2011, a consisté en l'élaboration d'une formation à destination de médecins généralistes sur la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques. Les besoins de formation ont été déterminés à partir de focus groupes. Nous avons réalisé une étude d'observation, comparative, entre les pratiques d'un groupe de médecins ayant reçu cette formation (groupe « formé ») et un groupe « témoin », afin de déterminer si cette formation avait permis d'améliorer les pratiques des médecins généralistes l'ayant suivie.
Méthode : Nous avons élaboré un questionnaire afin d'observer et évaluer les pratiques des médecins des deux groupes. Chaque médecin obtenait une note totale avant et après la formation. La moyenne des notes totales a été calculée dans chaque groupe, avant et après la formation. Nous avons observé si la moyenne du groupe « formé » avait été améliorée après la formation. Les différences de moyennes, entre les moyennes obtenues avant et après la formation dans chaque groupe, ont été comparées afin de déterminer si l'éventuelle amélioration observée dans le groupe « formé » était significative par rapport au groupe « témoin ».
Résultats : Nous avons observé une amélioration des pratiques du groupe « formé » après la formation, avec une augmentation de la moyenne totale de 1,01 point sur 20. Nous avons également observé une augmentation de la moyenne totale du groupe « témoin » de 0,51 point sur 20 après la formation. Les deux différences de moyennes ont été comparées : nous n'avons pas constaté de différence statistiquement significative entre les deux au risque 5% (p=0,31). L'amélioration des pratiques du groupe « formé » a également été constatée après la formation pour chaque partie de l'évaluation.
Conclusion : La participation aux focus groupes des médecins généralistes à former permettrait de mieux répondre à leurs besoins, et peut-être, d'améliorer davantage leurs pratiques. Un groupe « témoin » d'un secteur différent de celui du groupe « formé » permettrait de limiter le risque de contamination et peut-être de mieux établir le lien entre la formation et l'amélioration des pratiques. L'étalement de la formation sur plusieurs soirées permettrait peut-être d'améliorer davantage les pratiques, surtout en ce qui concerne la prise en charge de l'anxiété.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Thomas
Assesseurs : Monsieur le Professeur Bordet, Monsieur le Professeur Glantenet, Monsieur le Docteur Dazin (Directeur de Thèse).

[redacted]