



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Sevrage ambulatoire des personnes âgées de plus de 65 ans,
consommatrices au long cours d'hypnotiques.**

Propositions d'amélioration des professionnels de santé concernés.

Présentée et soutenue publiquement le 11 février 2015 à 18h
Au Pôle Recherche
Par Hélène PERESSONI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Glantenet

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Puisieux

Monsieur le Professeur Cottencin

Monsieur le Docteur Stalnikiewicz

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Stalnikiewicz

« On ne possède rien, jamais, qu'un peu de temps » Eugène Guillevic

Liste des abréviations

BZD	Benzodiazépines.
BZDA	Benzodiazépines et apparentés.
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché.
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament.
HAS	Haute Autorité de Santé.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
MG	Médecin Généraliste.
Ph	Pharmacien.
IL	Infirmière Libérale.
AV	Auxiliaire de vie.
MHD	Mesures Hygiéno- Diététiques.

Table des matières

Résumé	11
Introduction générale.....	12
I. Etat des lieux et caractéristiques de la consommation.....	12
II. Problématiques liées à l'usage actuel.....	12
III. Réflexion scientifique actuelle sur le sevrage ambulatoire.....	13
IV. Facteurs de résistance.....	14
V. Fondements de l'étude.....	15
Article.....	17
<u>I.</u> Introduction.....	17
II. Méthode.....	17
III. Résultats.....	18
1. Groupe des Médecins Généralistes.....	18
2. Groupe des Pharmaciens.....	20
3. Groupe des Infirmières Libérales.....	22
4. Groupe des Auxiliaires de Vie.....	24
5. Synthèse des propositions.....	26
IV. Discussion.....	28
1. Méthode.....	28
2. Résultats.....	28
V. Conclusion.....	30

Discussion générale	31
I. Consensus interprofessionnel.....	31
1. Recherche de la cause des troubles du sommeil.....	31
2. Campagne médiatique nationale d'information sur les hypnotiques.....	31
a. Communication à destination des professionnels de santé.....	31
b. Communication à destination des patients.....	32
3. Dérembourser les hypnotiques.....	33
II. Autres propositions.....	34
1. Mesures Hygiéno-Diététiques.....	34
2. Propositions non citées.....	34
a. Sélection des patients "répondeurs"	34
b. Renforcer la confiance du praticien dans sa pratique.....	34
III. Approche pluriprofessionnelle.....	35
IV. Conclusion.....	35
Références bibliographiques	36
Annexe.....	40
Annexe 1 : Bulletin de vote pré-rempli remis aux participants.....	40

RÉSUMÉ

Contexte: La consommation au long cours d'hypnotiques est un problème de santé publique. Le sevrage de ces patients est un exercice difficile. L'objectif de l'étude est d'explorer les capacités d'amélioration du sevrage ambulatoire de ces sujets, par une approche pluriprofessionnelle.

Méthode : La technique du groupe nominal a été utilisée. 7 médecins généralistes, 5 pharmaciens, 7 infirmières libérales et 8 auxiliaires de vie ont émis une liste de propositions, secondairement hiérarchisées à l'aide d'un vote. Chaque proposition obtenait un score, définissant son niveau de priorité, ainsi qu'un nombre de vote, définissant sa popularité. Les propositions obtenant un score compris entre les 75^e et 100^e percentiles étaient considérées comme consensuelles.

Résultats : Après discussion, 115 énoncés ont été validés dont 28 pour les médecins généralistes, 19 pour les pharmaciens, 37 pour les infirmières et 31 pour les auxiliaires de vie. Ont été retenus comme prioritaires dans la majorité des groupes : l'élaboration d'une campagne médiatique nationale, la recherche des causes des troubles du sommeil et le déremboursement des hypnotiques au-delà de la durée de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

Conclusion : Médecins et pharmaciens s'attardaient sur leurs pratiques de soin, tandis que les groupes infirmières et auxiliaires de vie favorisaient les mesures d'accompagnement. De nombreuses propositions d'amélioration du sevrage ambulatoire ont été émises grâce à cette étude. L'approche pluriprofessionnelle de la problématique a permis un abord efficient du patient en l'appréhendant dans sa globalité. La proposition du déremboursement des hypnotiques au-delà de la durée de l'AMM témoignait de l'existence d'une pratique non conforme à la réglementation.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I. Etat des lieux et caractéristiques de la consommation(1)

Découvertes dans les années 60, les Benzodiazépines (BZD) ont vu leur consommation croître de façon constante jusqu'aux années 90 (2). En France, elle est l'une des plus élevées d'Europe et les principaux prescripteurs sont les médecins généralistes.

Il existe quatre indications faisant l'objet d'une AMM : l'anxiolyse, les troubles du sommeil, l'épilepsie et les contractures musculaires. Il convient cependant de préciser que pour la grande majorité, ces molécules sont utilisées à visée anxiolytique ou hypnotique.

Les durées de prescription sont limitées respectivement à quatre et douze semaines, pour les hypnotiques et les anxiolytiques.

En 2012, l'ANSM évaluait la consommation de Benzodiazépines et Apparentés (BZDA). Elle observait une diminution globale de leur consommation à visée anxiolytique et ce depuis une dizaine d'année, tandis que la consommation à visée hypnotique restait stable.

En 2007, la HAS ciblait les sujets âgés de plus de 65 ans, comme étant la principale population à risque, nécessitant donc l'élaboration d'un plan d'actions de sevrage (3).

L'étude actuelle reprend les critères retenus par la HAS, en s'intéressant aux consommateurs au long cours de BZDA    visée hypnotique au-delà des durées recommandées de prescription, âgés de plus de 65 ans.

II. Problématiques liées à l'usage actuel (4)

- Troubles du comportement : aussi qualifiés de réaction paradoxale. Rares (moins de 1% des cas) mais graves, ils sont plus fréquemment rencontrés chez la personne âgée.
- Risque de chute et de fracture chez la personne âgée (5): la plupart du temps, lié à la survenue d'effets secondaires de type troubles de la vigilance. Ces troubles ne sont pas un effet indésirable rencontré chez des consommateurs chroniques de BZDA puisqu'ils apparaissent uniquement en début de traitement et sont rapidement jugul  s par l'organisme sous l'effet du processus de tolérance.

Toutefois, ils peuvent poser problème chez ces consommateurs lors d'une éventuelle augmentation de dose, cet effet étant dose-dépendant.

- Rebond à l'arrêt du traitement : il s'agit d'une réapparition rapide des symptômes d'anxiété ou d'insomnie, souvent plus intenses qu'à l'origine, survenant quelques jours après l'arrêt du traitement.
- Tolérance/Accoutumance : se traduit par la nécessité de majorer les doses afin d'obtenir un effet pharmacologique constant.
- Addiction : processus adaptatif de consommations répétées et chronicisées d'une ou plusieurs substances, entraînant des conséquences néfastes pour le patient.
- Dépendance et syndrome de sevrage : on définit la dépendance comme un processus responsable de la survenue d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt du traitement. L'anxiété et les troubles du sommeil en sont les principaux symptômes, ce qui peut perturber le bon déroulement du sevrage et induire l'usage de ces thérapeutiques en dehors des recommandations.

Parmi les autres effets secondaires, citons les abus, l'usage criminel, les accidents de la route et les effets secondaires somatiques non spécifiques.

Il est important de noter que ces effets indésirables sont d'autant plus fréquents que l'âge du patient augmente (1).

Ces éléments font de l'usage chronique de BZDA en dehors des durées de prescriptions définies dans le cadre de leur AMM, un problème de santé publique.

En ce qui concerne le risque de survenue d'une pathologie démentielle, il est préférable de l'exposer à part des autres effets indésirables reconnus. En effet, les études convergent vers l'existence d'une association entre survenue de troubles de la mémoire et consommation au long cours de BZDA, sans pouvoir pour autant affirmer un lien de causalité (6)(7)(8).

III. Réflexion scientifique actuelle sur le sevrage ambulatoire

Cette problématique profondément ancrée dans le champ de la médecine générale, fait l'objet de nombreuses publications dans ce domaine où la recherche connaît une dynamique de croissance constante (9).

Une récente étude s'intéressant aux réflexions auxquelles les médecins traitants de patients consommateurs au long cours de BZDA sont confrontés, mettait en avant la volonté de préserver la relation d'aide,

rejetant le stéréotype du médecin démissionnaire dépourvu de son autonomie professionnelle. Ses auteurs concluaient à la nécessité de stimuler la recherche clinique en vue d'évaluer une méthode de sevrage réalisable et efficace, secondairement diffusée à grande échelle, afin d'aider le médecin généraliste dans cet exercice difficile (10).

Cependant, la littérature s'intéresse au sujet depuis de nombreuses années, des schémas concrets incluant les modalités médicamenteuses et non pharmacologiques au sevrage ambulatoire de ces patients ont été édités (11)(12).

De nombreuses études, françaises et européennes ont démontré les caractères efficaces et réalisables en pratique de médecine générale ambulatoire des protocoles de sevrage (13)(14)(15).

La mise application de ces études cliniques reste néanmoins difficile et vécue comme complexe par les médecins généralistes.

IV. **Facteurs de résistance** (14)(15)

Bien que l'ensemble des résultats des études publiées soient encourageants, il convient de souligner que la plupart d'entre elles exposaient des résultats obtenus chez les patients ayant accepté d'initier un sevrage. Or ce taux d'acceptation restait faible, atteignant péniblement les 25%, pour des études de faible effectif (14)(16).

La littérature s'est donc logiquement intéressée à l'identification de facteurs de résistance à l'instauration d'un protocole de sevrage.

1. Liés aux caractéristiques de consommation :

- Durée de consommation (3), plus longue signifiant plus difficile à sevrer.
- Dose utilisée, de la même façon (12).

2. Liés au patient (17)(18)

- Peur de l'insomnie et plus largement, peur de la persistance des situations ayant motivé l'instauration du traitement.
- Manque de motivation, lié à l'attachement du patient au médicament, minimisation voire déni des effets secondaires.
- Perte de l'effet anxiogène de la prise elle-même.
- Existence de troubles cognitifs rendant difficile l'acceptation par le patient lui-même, mais également pour l'entourage de ces patients, qui présente parfois des troubles du comportement à chronologie vespérale.
- Echec d'une précédente tentative.

3. Liés au médecin (17)

- Manque de formation (10).
- Manque d'expérience.
- Manque de temps.
- Anticipation de la résistance du patient (18).
- Déni de la problématique.

V. **Fondements de l'étude (figure 1)**

Depuis les années 90, l'impact des BZDA sur la santé des consommateurs chroniques fait l'objet d'une prise de conscience de la part des scientifiques (19), qui constatent une consommation excessive de ces substances, responsable d'effets indésirables notables.

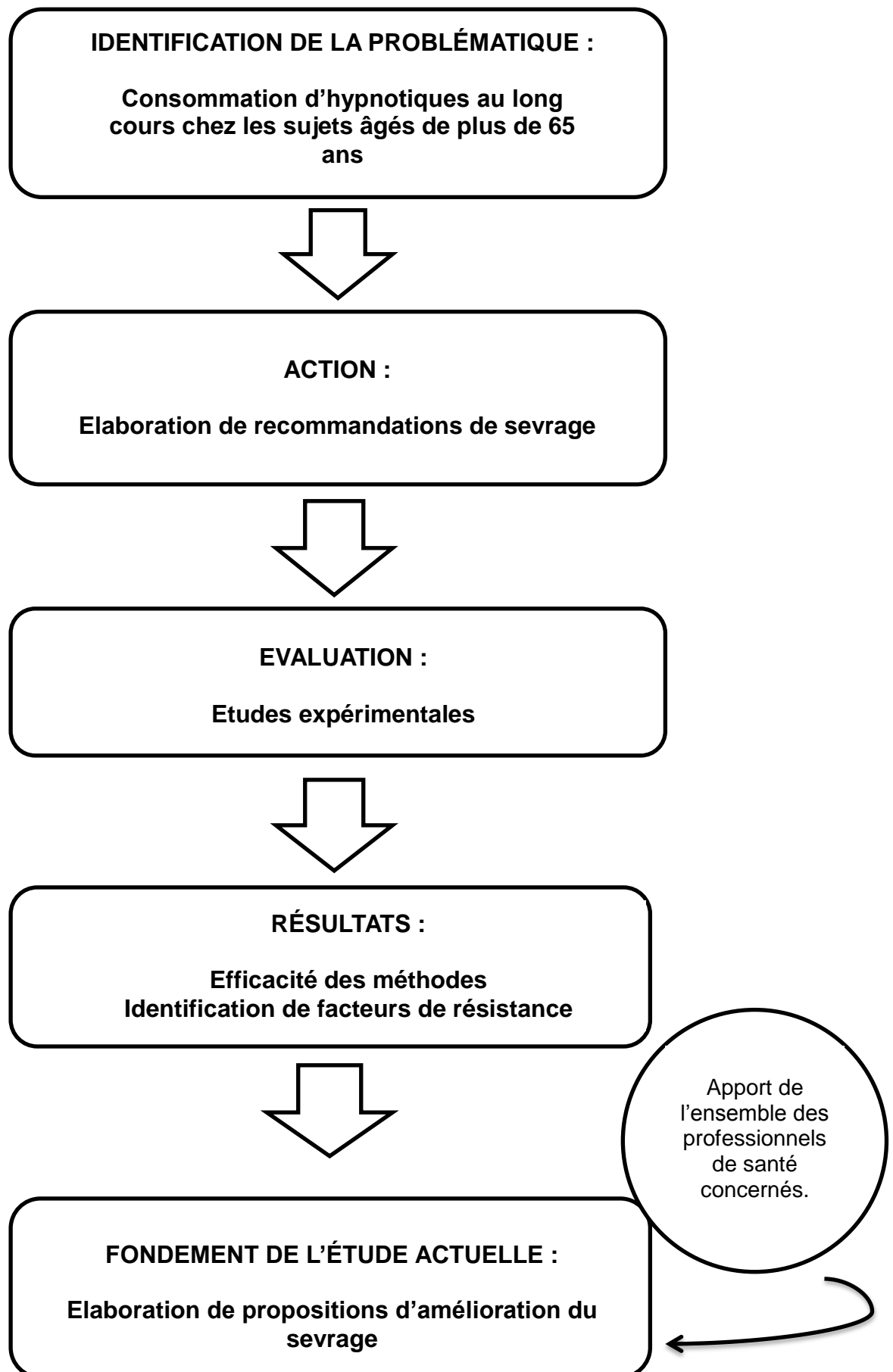
En 2007, les autorités sanitaires s'accordaient à encadrer la prescription de ces molécules par des recommandations sur les modalités de sevrage de ces consommateurs au long cours.

Des études précédemment réalisées expérimentaient, pour la plupart d'entre elles avec succès, l'efficacité de diverses méthodes de sevrage. Ces méthodes, synthétisées par la HAS, ont par la suite été réévaluées, avec des résultats équivalents.

Du point de vue du médecin généraliste, d'autres études ont également mis en avant certaines difficultés face à ces patients. Un article s'intéressant au ressenti des médecins généralistes face aux patients consommateurs au long cours de BZDA concluait au rejet de la notion de perte d'autonomie d'une part, et à l'expression d'un besoin de formation, d'autre part (10).

Il existe ainsi à tous niveaux, des freins à la pratique du sevrage ambulatoire qu'il convient d'explorer en considérant le patient dans son intégralité en tant qu'individu bio-psycho-social, afin d'élaborer des propositions d'amélioration.

Notre travail s'inscrit dans cette réflexion et élargit le champ d'investigation à l'ensemble des professionnels de santé concernés, par une vision réaliste de ce que doit être la médecine moderne, à savoir une médecine « pluriprofessionnelle », à même de percevoir au mieux l'ensemble de la problématique exposée. En effet, depuis de nombreuses années, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) incite les professionnels de santé à associer leurs compétences respectives en vue d'améliorer la prise en charge communautaire (20).

Figure 1 : Fondements de l'étude.

ARTICLE

I. Introduction

Les BZDA sont plus prescrits en France que dans d'autres pays européens. Les effets secondaires de ces molécules ont conduit à la modification des AMM, restreignant leur durée de prescription. Chez le sujet de plus de 65 ans, des recommandations précisent l'utilité et les modalités d'un sevrage (3).

Les médecins généralistes expriment des difficultés à mettre en œuvre le sevrage selon les modalités décrites par la HAS, chez ces patients qui connaissent les effets indésirables des benzodiazépines mais valorisent leurs priorités hypnotiques (21).

Que proposent les professionnels de santé de premier recours pour faciliter le sevrage en benzodiazépines des patients de plus de 65 ans ?

II. Méthode (22)(23)(24)

La technique du groupe nominal a été utilisée. Sept médecins généralistes, cinq pharmaciens, sept infirmières libérales et huit auxiliaires de vie travaillant tous sur le même secteur ont participé à quatre groupes nominaux monoprofessionnels.

Un animateur expérimenté et un observateur étaient présents à chaque séance. Après un temps d'accueil, les consignes étaient données aux participants et du papier était distribué pour la rédaction des propositions.

La même question était posée à chaque groupe : « Quelles sont vos propositions d'amélioration du sevrage ambulatoire des patients âgés de plus de 65 ans, consommateurs au long cours d'hypnotiques ? »

Après un temps de production individuelle, les propositions de chaque participant étaient recueillies par un tour de table jusqu'à épuisement des réponses. Elles étaient notées dans un tableur Excel® telles qu'énoncées avec projection simultanée sur écran. Une fois toutes les propositions inscrites, l'ensemble du groupe recherchait et fusionnait les éventuels doublons. Chaque participant procédait ensuite à la hiérarchisation de l'ensemble des propositions du groupe, en les notant par ordre d'importance décroissante de 10 à 1 (annexe 1). Pour chacune d'elle, était colligés le total des points obtenus, reflet de leur priorité et le total des votes, reflet de leur popularité.

Les propositions au score compris entre les 75^e et 100^e percentiles étaient retenues. Les propositions avec une priorité et une popularité supérieures à 75% étaient incluses dans le consensus.

La durée moyenne des séances était de 2 heures 30.

III. Résultats

1. Groupe des Médecins Généralistes (MG)

28 propositions ont été formulées (Tableau 1). Le score médian est de 13,75.

Les énoncés dont les scores étaient supérieurs à 20 points soit 5 (18%) ont été retenus prioritaires.

Les propositions ayant recueilli plus de 4 citations ont été retenues comme populaires, soit 7 propositions (25%)

Les propositions 7 ; 5 ; 21 ; 27 étaient concordantes en terme de priorité et de popularité, elles représentaient le consensus du groupe.

La priorité de la proposition 16 était importante, justifiant son maintien malgré une popularité moindre.

Les propositions 13 ; 23 ; 24 avaient une popularité importante mais une priorité faible, elles n'ont pas été retenues dans le consensus.

Les propositions du groupe MG ayant fait consensus sont :

- Informer le patient des effets secondaires, de la durée de prescription, de la dépendance et de l'accoutumance.
- Campagne médiatique nationale sur les hypnotiques.
- Éviter les renouvellements systématiques sans réévaluation clinique.
- Expliquer les mesures hygiéno-diététiques.
- Plan de traitement incluant le sevrage en partenariat avec le pharmacien

Tableau 1 : Propositions des médecins généraliste. Résultat des votes.

Liste des énoncés	Score/Nombre de vote(s)
Enoncé 1 : Adopter les mêmes règles de prescription que celles des toxiques	4/1
Enoncé 2 : Dialogue pour la recherche de l'étiologie de l'insomnie	12/2
Enoncé 3 : Argumenter le sevrage comme une décision de la sécurité sociale	0/0
Enoncé 4 : Proposer une ou des alternatives (homéopathie, sophrologie, relaxation, psychologue, activité physique)	12/2
Enoncé 5 : Informer le patient des effets secondaires, de la durée de prescription, de la dépendance et de l'accoutumance	38/5
Enoncé 6 : Remboursement d'une séance chez le psychologue pour identifier les besoins	15/3
Enoncé 7 : Campagne médiatique nationale sur les hypnotiques	49/5
Enoncé 8 : Délivrance à la semaine	12/2
Enoncé 9 : Forme galénique inadaptée (volume, goût,...)	4/1
Enoncé 10 : Eviter la promotion des hypnotiques au niveau de l'entourage	0/0
Enoncé 11 : Présenter les hypnotiques comme une solution de dernier recours	10/2
Enoncé 12 : Annoncer l'arrêt de commercialisation des hypnotiques et la nécessité de trouver une autre solution	0/0
Enoncé 13 : Dérembourser les hypnotiques au-delà d'une certaine durée de traitement	18/4
Enoncé 14 : Dérembourser les demi-vies longues	14/2
Enoncé 15 : Ne pas associer systématiquement BZD aux antidépresseurs	8/1
Enoncé 16 : Eviter les renouvellements systématiques sans réévaluation clinique	22/3
Enoncé 17 : Prévenir des possibles interactions médicamenteuses	10/2
Enoncé 18 : Insister sur le risque de chute, d'accident domestique, d'accident de la voie publique	16/3
Enoncé 19 : Limiter la quantité prescrite pour imposer une prise à la demande	8/3
Enoncé 20 : Rembourser la phytothérapie	7/1
Enoncé 21 : Expliquer les Mesures Hygiéno-Diététiques (MHD)	27/5
Enoncé 22 : Expliquer la physiologie du sommeil	9/3
Enoncé 23 : Rechercher d'autres addictions avant de prescrire des hypnotiques	14/4
Enoncé 24 : Développer et commercialiser des placebos	14/4
Enoncé 25 : Avoir des posologies dégressives	12/3
Enoncé 26 : Diagnostic éducatif du patient (explorer le bénéfice du traitement, les possibilités de changement, ...)	7/2
Enoncé 27 : Plan de traitement incluant le sevrage en partenariat avec le pharmacien	27/4
Enoncé 28 : Créer une consultation spécifique pour le sevrage avec une rémunération au minimum à 2C	16/3

2. Groupe des pharmaciens (Ph)

19 propositions ont été formulées (tableau 2), pour un score médian de 14,47.

Les propositions au score supérieur ou égal à 24 ont été retenues prioritaires. Les propositions ayant recueilli 4 votes ou plus ont été retenues populaires.

Les énoncés 13, 14 et 16, prioritaires et populaires, faisaient l'objet d'un consensus.

L'énoncé 1, proposé par 3 participants, soit 60% du groupe, avait un score élevé et a été inclus au consensus.

L'énoncé 8, bien que populaire, n'était pas retenu, en raison de son score faible.

L'énoncé 6 avait une popularité importante, son score de priorité était à la limite inférieure du seuil choisi (23), il a été conservé dans le consensus.

Les propositions du groupe Ph ayant fait consensus sont :

- Prescription restreinte à certaines spécialités sans renouvellement possible par d'autres.
- Remboursement limité dans le temps (suivant la durée de traitement de l'AMM).
- Consultation en centre du sommeil obligatoire au moins une fois par an, réévaluation du traitement.
- Consultation approfondie (faite par le médecin ou le pharmacien) sur l'origine des troubles du sommeil.
- Mettre en place une campagne médiatique sur le mésusage des BZD.

Tableau 2 : Propositions des pharmaciens. Résultat des votes.

Liste des énoncés	Score/Nombre de vote(s)
Enoncé 1 : Prescription restreinte à certaines spécialités sans renouvellement possible par d'autres	28/3
Enoncé 2 : Entretien thérapeutique réalisé par le pharmacien	23/3
Enoncé 3 : Consultation en centre du sommeil obligatoire avant la prescription pour s'assurer de la bonne indication	19/2
Enoncé 4 : Proposer une médecine alternative (hypnose, homéopathie, acupuncture) de façon préventive pour éviter la chronicisation	8/2
Enoncé 5 : Délivrance quotidienne des thérapeutiques par les pharmaciens	0/0
Enoncé 6 : Remboursement limité dans le temps (suivant la durée de traitement de l'AMM)	23/4
Enoncé 7 : Proposer des cures de sevrage	15/3
Enoncé 8 : Imposer un nombre de boîtes maximum par an par classe thérapeutique	15/4
Enoncé 9 : Délivrance avec décroissance en fonction de la durée de traitement de l'AMM	10/2
Enoncé 10 : Déremboursement ou somme forfaitaire à régler chez les plus de 65 ans	13/3
Enoncé 11 : Imposer un système d'amende chez les patients qui ne respectent pas la durée de traitement de l'AMM	14/2
Enoncé 12 : Avoir une alternative de type phytothérapie remboursée par le Sécurité Sociale (légitimité du produit)	7/3
Enoncé 13 : Consultation en centre du sommeil obligatoire au moins une fois par an, réévaluation du traitement	29/5
Enoncé 14 : Consultation approfondie (faite par le médecin ou le pharmacien) sur l'origine des troubles du sommeil	31/4
Enoncé 15 : Rappeler les MHD et remettre une fiche explicative sur les MDH et les BZD	6/2
Enoncé 16 : Mettre en place une campagne médiatique sur le mésusage des BZD	24/5
Enoncé 17 : Interdire la prescription à partir d'un certain âge	4/1
Enoncé 18 : Application smartphone	0/0
Enoncé 19 : Proposer une cure thermale pour l'indication trouble du sommeil	6/2

3. Groupe des infirmières libérales (IL)

37 propositions ont été formulées (tableau 3), pour un score médian de 10,40.

Les propositions avec un score supérieur ou égal à 20, soit 7 propositions (19%) ont été retenues comme prioritaires. Celles avec un nombre de votes supérieur ou égal à 4 ont été retenues comme populaires.

Il y avait concordance entre popularité et priorité pour les énoncés 2, 7, 17, 23 et 27, qui faisaient l'objet d'un consensus.

Les propositions 1 et 10 n'ont pas été incluses au consensus en raison d'une popularité inférieure à 50% du groupe.

Les propositions du groupe IL ayant fait l'objet d'un consensus sont :

- Rechercher la cause des troubles du sommeil.
- Faire le point avec le patient sur l'utilité réelle du traitement.
- Dédramatiser les troubles du sommeil.
- Proposer une consultation médicale par un gériatre ou un autre médecin que le médecin traitant.
- Dérembourser les somnifères.

Tableau 3 : Propositions des infirmières libérales. Résultat des votes.

Liste des énoncés	Score/Nombre de votes
Enoncé 1 : Accompagnement par un psychologue, une AMP (Aide Médico-Psychologique)	21/3
Enoncé 2 : Rechercher la cause des troubles du sommeil	42/5
Enoncé 3 : Proposer une décroissance rapide dès l'instauration du traitement	3/1
Enoncé 4 : Redynamiser la personne	10/1
Enoncé 5 : Mettre en avant le bien être après l'arrêt du traitement	17/3
Enoncé 6 : Développer les parcours de santé afin d'augmenter l'activité physique	8/1
Enoncé 7 : Faire le point avec le patient sur l'utilité réelle du traitement	37/4
Enoncé 8 : Mettre en avant le risque de somnolence dans la journée	7/1
Enoncé 9 : Utiliser des techniques de relaxation, de sophrologie	13/3
Enoncé 10 : Proposer des activités physiques et intellectuelles en favorisant le lien social	22/3
Enoncé 11 : Prendre en charge la douleur	2/1
Enoncé 12 : Contrôler la non prise du médicament	14/2
Enoncé 13 : Rétablir la place du médicament pour soigner ou soulager	8/1
Enoncé 14 : Réexpliquer le cycle du sommeil	12/3
Enoncé 15 : Remplacer les médicaments par un placebo	0/0
Enoncé 16 : Remplacer les médicaments par des plantes	3/1
Enoncé 17 : Dédramatiser les troubles du sommeil	20/4
Enoncé 18 : Réapprendre à conduire	0/0
Enoncé 19 : Interdire les siestes dans la journée	0/0
Enoncé 20 : Mobiliser la famille	13/3
Enoncé 21 : Proposer un suivi avec une diététicienne (améliorer l'équilibre alimentaire)	1/1
Enoncé 22 : Eviter les excitants: alcool, café, thé, cannabis	12/3
Enoncé 23 : Proposer une consultation médicale par un gériatre ou un autre médecin que le médecin traitant	22/4
Enoncé 24 : Faire un suivi biologique à l'arrêt du traitement pour dépister les éventuelles améliorations	0/0
Enoncé 25 : Proposer un accompagnement dans la journée ou la nuit de type "dame de compagnie"	0/0
Enoncé 26 : Inciter les patients à s'informer sur les activités proposées dans les communes	0/0
Enoncé 27 : Dérembourser les somnifères	23/6
Enoncé 28 : Rembourser les soins d'accompagnement à domicile	0/0
Enoncé 29 : S'appuyer sur le rôle important de l'infirmière dans la distribution à domicile des médicaments	11/2
Enoncé 30 : Coordination des soins entre IL et MG pour la réduction du traitement	11/3
Enoncé 31 : Empêcher les prescriptions systématiques d'hypnotiques à l'hôpital	5/2
Enoncé 32 : Expliquer la différence entre somnifères et anxiolytiques	14/2
Enoncé 33 : Campagne médiatique d'information sur les dangers de la prise d'hypnotiques	3/1
Enoncé 34 : Campagne d'information sur les dangers de l'autoprescription	3/1
Enoncé 35 : Mettre un cahier de transmission à domicile	0/0
Enoncé 36 : Délivrance du nombre exact de comprimés pour le mois	16/3
Enoncé 37 : Mettre une armoire à pharmacie fermée à clé au domicile, clé conservée par l'infirmière	12/2

4. Groupe des auxiliaires de vie (AV)

31 propositions ont été recueillies (tableau 4), pour un score médian de 14,19.

Les propositions ayant un score supérieur ou égal à 26 ont été retenues comme prioritaires, celles ayant recueilli plus de 5 votes comme populaires.

Les énoncés 2, 12, 26 et 17 faisaient l'objet d'un consensus.

Les énoncés 8 et 19 recueillaient un score supérieur à 26 mais une popularité inférieure à 50 %. Ils n'ont pas été inclus au consensus.

L'énoncé 1 recueillait un nombre de votes de 6 et avait un score de 25. Il a été inclus au consensus en raison de sa popularité.

Les propositions du groupe AV ayant fait l'objet d'un consensus sont :

- Remplacer le traitement par un placebo.
- Remplacer progressivement par un produit naturel (tisane, verre de lait chaud, etc.).
- Respecter les habitudes de vie du patient (lever, coucher tard, etc.).
- Vérifier la température et la luminosité de la chambre.
- Proposer des sorties en journée pour favoriser l'activité physique.

Tableau 4 : Propositions des auxiliaires de vie. Résultat des votes.

Liste des énoncés	Score/Nombre de vote(s)
Enoncé 1 : Remplacer le traitement par un placebo	25/6
Enoncé 2 : Remplacer progressivement par un produit naturel (tisane, verre de lait chaud, etc.)	43/7
Enoncé 3 : Arrêt du traitement	21/3
Enoncé 4 : Utiliser la musicothérapie	10/3
Enoncé 5 : Utiliser un contact physique apaisant avec le patient (massage, etc.)	14/4
Enoncé 6 : Rassurer le patient	12/3
Enoncé 7 : Utiliser l'aromathérapie	4/1
Enoncé 8 : Discuter avec le patient pour connaître la cause des troubles du sommeil	32/4
Enoncé 9 : Discuter avec le patient pour faire le lien entre les effets indésirables qu'il a et la prise du médicament	0/0
Enoncé 10 : Lui faire la lecture	2/1
Enoncé 11 : Lui proposer une sucrerie (bonbon, chocolat, etc.)	4/1
Enoncé 12 : Respecter les habitudes de vie du patient (lever, coucher tard, etc.)	38/5
Enoncé 13 : Proposer un arrêt dans le but de leur permettre de voir la différence	7/1
Enoncé 14 : Faire un changement de sens du lit	12/3
Enoncé 15 : Vérifier l'état de la literie	4/1
Enoncé 16 : Favoriser les couleurs apaisantes dans la chambre	0/0
Enoncé 17 : Vérifier la température et la luminosité de la chambre	26/5
Enoncé 18 : Vérifier et essayer de corriger les habitudes alimentaires	3/1
Enoncé 19 : Essayer de faire verbaliser les craintes du patient (mort, traumatisme, etc.)	29/4
Enoncé 20 : Leur proposer d'écrire le récit de leur journée	0/0
Enoncé 21 : Eviter les activités physiques trop intenses, les films trop violents ou angoissants	7/1
Enoncé 22 : Limiter la consommation d'excitants (café, alcool, tabac, etc.)	18/2
Enoncé 23 : Proposer une activité calme dans un endroit calme	14/4
Enoncé 24 : Proposer la présence d'un animal de compagnie (chat, chien, poisson, etc.)	7/1
Enoncé 25 : Mettre une veilleuse, un réveil	19/4
Enoncé 26 : Proposer des sorties en journée pour favoriser l'activité physique	30/5
Enoncé 27 : Eviter les stimulations excessives dans la journée	6/1
Enoncé 28 : Favoriser les discussions ayant pour sujet leurs enfants	8/1
Enoncé 29 : Prendre un bain le soir	13/2
Enoncé 30 : Faire un change avec une toilette dans la nuit en cas de réveil	9/1
Enoncé 31 : Vérifier s'il existe une douleur	23/4

5. Synthèse des propositions

La substitution des hypnotiques par des produits de phytothérapie était citée dans tous les groupes, mais n'était consensuelle que dans le groupe des auxiliaires de vie.

Le déremboursement des hypnotiques a été proposé dans 3 groupes (MG, Ph et IL), de façon consensuelle.

Certaines propositions ont été consensuelles dans certains groupes, et citées dans d'autres sans avoir obtenu le consensus. C'était le cas de la campagne médiatique nationale d'information sur les hypnotiques et de la recherche de causes aux troubles du sommeil.

Certaines mesures étaient proposées dans plusieurs groupes, mais avec des formulations différentes. C'était en particulier le cas des mesures hygiéno-diététiques dont la formulation, générale dans le groupe des médecins, était plus détaillée chez les auxiliaires de vie et les infirmières.

La nature des propositions différait en fonction des groupes.

Les médecins généralistes privilégiaient l'information du patient soit par une campagne nationale, soit lors de la prescription par le praticien.

Les pharmaciens favorisaient des mesures de restriction de prescription à certains spécialistes

Les infirmières libérales tout comme les pharmaciens valorisaient des consultations auprès des spécialistes des troubles du sommeil. Elles proposaient également des mesures d'éducation du patient sur le sommeil et les hypnotiques.

Les auxiliaires de vie retenaient des mesures environnementales et d'hygiène de vie, mais aussi la substitution par un placebo ou d'autres produits « naturels », mesure citée dans tous les groupes mais consensuelle uniquement dans le groupe des auxiliaires de vie.

Une analyse des propositions incluant l'ensemble des groupes a été menée. La recherche d'une cause au trouble du sommeil, et la campagne médiatique nationale d'information étaient les deux mesures prioritaires. Le déremboursement des hypnotiques était la mesure la plus populaire avec 14 citations.

Tableau 5 : Analyse des propositions de l'ensemble des participants.

	M G	Ph	I L	A V
Informé le patient des effets secondaires, de la durée de prescription, de la dépendance de l'accoutumance	38 /5		7/1	
Campagne médiatique nationale d'information sur les hypnotiques	49/5	24/5	3/1	
Dérembourser les hypnotiques au-delà de la durée de prescription recommandée	18/4	23/4	23/6	
Réévaluer avant de renouveler	22/3			
Expliquer les MHD	27/5	6/2		
Rechercher d'autres addictions avant de prescrire les BZD	14/4			
Plan de sevrage en partenariat avec le pharmacien / IL	27/4		11/3	
Rechercher la cause des troubles du sommeil	12/2		42/5	32/4
Faire le point avec le patient sur l'utilité du traitement	7/2		37/4	
Dédramatiser les troubles du sommeil			20/4	
Consultation avec un autre spécialiste (gériatre, neurologue)		29/5	22/4	
Restriction de prescription à certains spécialistes		28/3		
Limiter le nombre annuel de boîtes		15/4		
Consultation approfondie à la recherche d'une cause aux troubles du sommeil (MG ou Pharmacien)	16/3	31/4		
Remplacer le traitement par un placebo	14/4			25/6
Remplacer par un produit naturel	7/1	7/3	3/1	43/7
Respecter les habitudes de vie du patient				38/5
Vérifier la température et la luminosité de la chambre				26/5
Favoriser l'activité physique				30/5

IV. Discussion

1. Méthode

Dans certaines études, le niveau d'expertise est estimé par la durée d'exercice (16), cette donnée n'était pas recueillie.

Un nombre de participants de 6 à 12 est recommandé (17)(18). Le choix de professionnels exerçant sur le même secteur a limité le nombre de pharmaciens à 5.

La compréhension de la question n'était pas testée au préalable. Aucun problème de compréhension n'était cependant constaté durant les séances.

2. Résultats

Les propositions reflétaient la pratique professionnelle des participants, centrée sur le soin pour les médecins et pharmaciens, sur l'accompagnement pour les auxiliaires de vie, incluant le soin et l'accompagnement pour les infirmières.

La question posée était les mesures favorisant le sevrage des benzodiazépines. Les réponses abordaient aussi les mesures pouvant conduire à une prescription moindre.

La proposition d'une campagne médiatique nationale d'information a probablement été faite par analogie avec celle sur la prescription d'antibiotiques dans les infections saisonnières. Les médecins généralistes connaissent l'utilité du sevrage des benzodiazépines mais éprouvent des difficultés dans sa mise en œuvre (7). Ils attendent probablement d'une telle campagne une aide à la proposition d'un sevrage.

La restriction des prescriptions à certaines spécialités médicales n'a pas été faite par les médecins généralistes qui expriment néanmoins des difficultés dans la mise en œuvre du sevrage des benzodiazépines chez les patients de plus de 65 ans (7). Il faut probablement y voir une défense de leurs prérogatives de prescriptions.

Des participants des groupes MG et Ph avaient proposé de conditionner le remboursement à une durée de prescription, ce qui aurait induit un déremboursement au-delà d'un certain délai. Cette mesure existe déjà. Les AMM des hypnotiques précisent une durée maximale de prescription. Le dépassement de celle-ci devrait induire l'apposition de la mention « non remboursable » sur l'ordonnance. Cette pratique r  glementaire n'  st vraisemblablement pas appliquée dans une grande majorité des cas.

La notion de majoration du reste à charge par la diminution du remboursement des hypnotiques, proposée dans 3 groupes professionnels a conduit, aux Pays Bas ainsi qu' en Allemagne , à une réduction non significative de l'usage des hypnotiques (25)(26). Cette

mesure favoriserait plutôt la réduction de prescription initiale que le sevrage. Cependant, il s'agissait d'études réalisées sur une période de 2 ans, qui concluaient elles-mêmes à la nécessité d'explorer l'impact de la mesure sur une période plus longue.

La recherche d'une étiologie aux troubles du sommeil est préconisée pour identifier les situations à risque d'échec du sevrage (3), elle est supposée préalable à la prescription, comme pour toute prescription. Sa citation peut laisser supposer qu'elle manque parfois, ou qu'une réévaluation aurait été nécessaire.

L'utilisation d'alternative de type phytothérapie ne s'appuie pas sur des données démontrant une efficacité de ce type de produit. La valériane a certes démontré une efficacité, mais dans la prise en charge des troubles du sommeil récents. Son efficacité modérée ne peut être suffisante au sevrage des benzodiazépines (27).

Les mesures hygiéno-diététiques qui étaient proposées par 3 des groupes professionnels sont préconisées par la HAS dans le sevrage des benzodiazépines chez le sujet âgé (3)(28).

Contrairement aux précédentes études, les participants n'ont pas proposé l'élaboration de critères d'évaluation du degré de résistance afin d'identifier et de prioriser l'intervention aux patients à profil « répondeurs » (18), ni la réassurance du MG en ses capacités de négociation (10).

V. Conclusion

On observe une certaine congruence entre les propositions faites par les participants et celles retrouvées dans la littérature, par ailleurs mises en place par les autorités sanitaires depuis 2007. D'autre part, de nouvelles propositions ont émergé telle que l'élaboration d'une campagne médiatique nationale.

Notre étude intègre dans sa réflexion, l'ensemble des professionnels de santé liés à la problématique des consommateurs au long cours de BZDA, ce qui n'apparaît dans aucune autre jusqu'alors. Actuellement, l'ensemble des publications sont des travaux qui regroupent exclusivement des médecins ou des pharmaciens, bien qu'ils concluent à la nécessité d'engager l'ensemble des professionnels de santé. Or, on constate que les groupes des infirmières et des auxiliaires de vie ont été les plus productifs et les plus enclins à analyser et à modifier leurs pratiques. Il existe donc un intérêt à intégrer ces catégories professionnelles dans les travaux liés à la problématique étudiée, et plus largement liés à toute problématique les impliquant. La satisfaction générale ressentie à l'issue de chaque réunion et l'enclin des participants à réitérer cette démarche interprofessionnelle nous renforce dans l'idée qu'une pratique efficiente de la médecine générale ne peut se faire de façon isolée mais doit engager l'ensemble des professionnels concernés.

DISCUSSION GÉNÉRALE

I. Consensus interprofessionnel

En 2007, on constatait l'émergence d'une politique de santé publique en charge des troubles du sommeil (29). De nombreuses publications s'intéressant à la problématique chez les personnes âgées ont été   dit  es, parmi lesquelles nous retrouvons certaines des propositions de l'étude (30).

1. Rechercher la cause des troubles du sommeil

La recherche de l'étiologie des troubles du sommeil, avant toute instauration de traitement est une proposition retrouvée dans la littérature. Chez les patients consommateurs au long cours, cela ne peut s'appliquer. Cependant, l'intérêt d'explorer la cause de la persistance de ces troubles demeure.

Ces causes peuvent être multiples :

- Maladie chronique occasionnant douleur, gêne fonctionnelle nocturne (urinaire, respiratoire, etc.). La recherche d'une douleur était une proposition citée par le groupe IL.
- Iatrog  nique : l'abus d'hypnotiques, les inhibiteurs calciques, les b  ta-bloquants, les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS), etc.
- Maladie psychiatrique : trouble anxieux, épisode dépressif majeur.
- Maladie neurologique : démence, Parkinson, AVC.

2. Campagne médiatique nationale d'information sur les hypnotiques

a. Communication à destination des professionnels de santé

En 2001, la HAS publiait une mise au point sur les troubles du comportement liés à l'utilisation de BZDA.

En 2007, elle lançait le programme « Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées », conjointement à l'élaboration de recommandations sur les modalités de sevrage des consommateurs au long cours de BZDA.

En 2008, l'Assurance Maladie initiait le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles dont l'item « iatrogénie chez les personnes âgées » s'intéressait à la consommation de BZD (31). Cependant, il s'agissait de réduire la prescription de BZD à demi-vies longues et de prévenir les durées de prescription hors AMM.

En 2011, à l'occasion du retrait du Noctran[®] et de la Mépronizine[®], l'AFSSAPS élaborait une mise au point sur les modalités d'arrêt d'un traitement hypnotique:

- Explication des motivations du retrait de ces spécialités.
- Explication des bénéfices escomptés de l'arrêt.
- Réévaluation de l'insomnie.
- Evaluation des difficultés de sevrage.
- Rappel des modalités pratiques d'arrêt.

En janvier 2012, elle concluait son étude épidémiologique sur la consommation de BZDA en France par la nécessité de communiquer avec les médecins généralistes (1).

En septembre 2012, l'ASNM, établissait un plan d'actions sur le mésusage de BZD, qui comportait des mesures d'information à l'égard des professionnels de santé, médecins généralistes en particulier, telles que l'envoi de lettres consultables sur le site de l'agence (32).

L'information des médecins généralistes sur le mésusage des BZDA est opérante depuis de nombreuses années, mais elle n'est pas suffisante à l'obtention d'une diminution de la consommation globale de BZDA à visée hypnotique (1). Cependant cette démarche informative doit être poursuivie, dans un objectif de diminution du nombre de primo-prescriptions.

b. Communication à destination des patients (33)

En 2012, de la même façon que pour les médecins généralistes, l'AFSSAPS concluait à la nécessité de développer l'information « grand public ».

La même année, l'INSERM, sollicitée par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) réalisait une expertise collective sur les consommations de médicaments psychotropes ainsi que sur leurs mésusages et le risque de dépendance et proposait (34) :

- La sensibilisation de l'ensemble de la population par des campagnes nationales d'information.
- La favorisation du travail en réseau.
- L'orientation du patient selon un parcours de soins adapté à ses besoins.

Depuis, plusieurs institutions sanitaires ont travaillé à l'édition de brochures d'information à l'attention des personnes âgées, consommatrices ou non d'hypnotiques, relatives à la problématique du sommeil, rappelant ainsi:

- Les mesures hygiéno-diététiques.
- La surestimation des véritables insomnies.
- La nécessité d'établir un diagnostic précis.
- Le risque de dépendance aux hypnotiques et leurs effets indésirables (chute, troubles de la mémoire, fatigue).
- Le cas échéant, la nécessité du traitement bref, régulièrement réévalué.
- Les avantages d'un arrêt progressif d'un traitement au long cours.

Cependant, le caractère médiatique de la campagne nationale, telle qu'elle a été proposée de façon consensuelle, intègre la notion popularité. Or, le format actuel de la communication destinée aux patients ne peut être considéré comme populaire.

3. Dérembourser les hypnotiques

Depuis octobre 2014, le taux de remboursement des hypnotiques est passé de 65% à 15% suite à la réévaluation de leur SMR (Service Médical Rendu) par la Commission de transparence de la HAS (35).

Il existe de nombreux écueils au déremboursement complet de ces traitements :

- L'existence d'exceptions pour lesquelles un traitement par BZD au long cours est justifié et doit être maintenu (épilepsie, pathologie psychiatrique sévère, etc.).
- Le faible coût de ces thérapeutiques, pouvant ainsi être supporté par certains patients d'une part, ce qui signifierait, d'autre part, l'augmentation de leurs budgets santé.
- Une offre de soin limitée pour le patient ne pouvant pas supporter ce coût, l'exposant aux risques de complications d'un arrêt non adapté (36).
- L'absence d'efficacité en termes de sevrage (25).
- L'absence de réduction des effets indésirables liés à la consommation chronique comme le risque de fracture de la hanche (37).
- Une diminution prévisible du nombre de diagnostic de troubles du sommeil chez les autres patients, qui ne consulteraient pas leur médecin, en l'absence de thérapeutique médicamenteuse remboursée (38).

II. Autres propositions

1. Mesures hygiéno-diététiques

Les propositions telles que la dédramatisation des troubles du sommeil, la favorisation de l'activité physique ou le respect des habitudes de vie du patient, citées dans les groupes IL et AV, en sont des exemples.

Ces mesures ont une efficacité démontrée dans le sevrage des consommateurs au long cours de BZDA (16)(39).

Elles sont retrouvées dans la majorité des publications s'intéressant aux traitements des insomnies.

Retenons la proposition de favoriser l'activité physique, dont on a prouvé qu'elle était corrélée à un sommeil de qualité (40)(41)(42). Cette constatation est étroitement liée aux principes de la synchronisation entre l'horloge interne du patient, qui définit son rythme de vie, et les synchronisateurs externes. Le vieillissement entraîne souvent un décalage entre ces derniers. L'activité physique, de même que l'exposition à la lumière, permettrait de palier à cette dégradation du sommeil engendré par cette perturbation (40).

2. Propositions non citées

a. Sélection des patients « répondeurs » (18)

Une étude américaine proposait d'identifier les différentes caractéristiques des patients susceptibles d'adhérer à une démarche de sevrage progressif et de concentrer les efforts sur ces derniers, ainsi que sur la prévention de l'usage chronique. Les patients à profil résistant ne seraient pas inclus dans la démarche de réduction des consommations de BZDA. La proposition faite par le groupe MG de « rechercher d'autres addictions avant de prescrire un hypnotique », facteur pronostique du sevrage (43), s'en rapproche. Cependant, n'ayant pas fait consensus, cet énoncé n'a pu être retenu.

b. Renforcer la confiance du praticien dans sa pratique

Ces mêmes auteurs mettaient en évidence une sous-estimation des capacités de négociation et plus largement de l'autorité naturelle que possède le médecin généraliste (18). En parallèle, une étude française proposait de « *promouvoir des pratiques susceptibles de renforcer la confiance des praticiens sur leur capacité à soigner sans toujours prescrire.* » (10).

III. Approche pluriprofessionnelle

Un article s'intéressant à la délégation des tâches et plus largement aux modes d'exercices pluriprofessionnels posent plusieurs questions inhérentes au fonctionnement du système de soins primaires en France, telles que la cotation à l'acte, la création de nouveaux métiers de soins et donc, de nouvelles filières de formations (44).

En effet, le développement de filières de formations interprofessionnelles en complément de l'enseignement médical, est un élément indispensable aux modes d'exercices collaboratifs qui permettent une approche efficiente des problématiques de santé publique (20).

Il nécessite :

- L'identification et le soutien des défenseurs de ces formations.
- Un changement des représentations actuelles de la formation médicale.
- Une volonté de renouvellement des pratiques.
- Une mise à jour de la législation en vigueur.

La mise en place de ces pratiques nécessite également la formation d'enseignants qualifiés. Ces derniers ont évalué de nombreuses techniques d'apprentissage interprofessionnelle et mis en avant leurs efficacités et leurs nécessaires généralisations au plus grand nombre de filières d'enseignement (45).

De même, le succès de la démarche de soin interprofessionnel dépend d'une amélioration de la qualité des soins, mais aussi de la satisfaction des soignants et des patients (44). De ce point de vue, le contentement général de l'ensemble des participants de l'étude, sentiment retrouvé qu'au décours d'autres expériences de travail en réseau (46), nous incite de nouveau à promouvoir cette pratique.

IV. Conclusion

Le patient consommateur au long cours de BZDA à visée hypnotique est une problématique de santé publique.

A ce titre, l'ensemble des professionnels impliqués doivent être sollicités afin d'obtenir une approche holistique du patient, à même d'améliorer les pratiques de soins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cavalié P, Richard N. Etat des lieux de la consommation de benzodiazépines en France. Afssaps; 2012 janv.
2. Monnier E. Le point sur: 50 ans après la mise au point du Valium, où en est la lutte contre l'angoisse? *Sci Vie*. déc 2013;112-22.
3. Haute Autorité de Santé -. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé [Internet]. 2007 [cité 8 mai 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601509/fr/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age
4. Bougerol T, Lançon C, Llorca P-M. Anxiolytiques - EM|Premium [Internet]. 1997 [cité 2 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/4276/resultatrecherche/1>
5. Chang CM, Wu EC, Chang IS, Lin KM. Benzodiazepine and risk of hip fractures in older people: a nested case-control study in Taiwan. *Am J Og Geriatr Psychiatry*. août 2008;16(8):686-92.
6. ANSM. Consommation des benzodiazépines : Bien respecter les règles de bon usage pour limiter les risques dont celui de démence [Internet]. 2012 [cité 19 févr 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1721119/fr/les-pratiques-collaboratives-se-developpent-naturellement-si-la-formation-est-interprofessionnelle-des-le-depart
7. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *Br Med J*. 2014;349(g5205).
8. Wu CS, Wang SC, Chang IS, Lin KM. The association between dementia and long-term use of benzodiazepine in the elderly: nested case-control study using claims data. *Am J Og Geriatr Psychiatry*. juill 2009;17(7):614-20.
9. Frappé P. Les acteurs et la production de recherche en médecine générale. Initiation à la recherche. *GMSanté, CNGE*. 2011. p. 16-7.
10. Canévet J-P, Bonnaud- Antignac A, Mollet V, Le Mauff P. Consommateur de benzodiazépines au long cours: qu'en pensent leurs médecins généralistes prescripteurs? *Exercer*. 2012;23(101):52-8.
11. Traitement de l'insomnie et benzodiazépines. *UNAFORMEC*. 2 mars 2000;(175).

12. Lemoine P. Tranquillisants hypnotiques. Vivre avec ou sans? 1999. p. 85-101.
13. Vicens C, Fiol F, Llobera J, Campoamor F, Mateu C, Alegret S, et al. Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomised trial in family practice. *Br J Gen Pract.* 1 déc 2006;56(533):958.
14. Boudaire, Victoire. Benzodiazépines et apparentés chez les plus de 75 ans: état des lieux de la consommation et sevrage ambulatoire au cours d'une étude interventionnelle. Paris 7 Denis Diderot; 2011.
15. Lardillon, Gilles. Sevrage ambulatoire des patients consommateurs chroniques de benzodiazépines: étude menée par un groupe de pairs à partir des recommandations de la HAS. Nantes; 2010.
16. Voshaar R, Gorgels W, Van Balkom A, Van de Lisdonk E, Breteler M, Van Den Hoogen H, et al. Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: three-condition, randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* juin 2003;(182):498-504.
17. M. Cook J, Marshall R, MD, PhD, Masci C, MS, et al. Physicians' Perspectives on Prescribing Benzodiazepines for Older Adults: A Qualitative Study. *J Gen Intern Med.* mars 2007;22(3):303-7.
18. M. Cook J, PhD, Biyanova T, Masci C, C. Coyne J. Older Patient Perspectives on Long-Term Anxiolytic Benzodiazepine Use and Discontinuation: A Qualitative Study. *J Gen Intern Med.* aout 2007;22(8):1094-100.
19. Zarifian E. Rapport Zarifian sur l'utilisation des médicaments psychotropes en France. *Prescrire.* déc 1996;16(168):895-7.
20. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Genève : WHO, 2010.
21. Blanckaert L, Descarpentries C. La représentation des hypnotiques par les patients en soins primaires dans le département du Nord en France : étude qualitative par entretiens semi-dirigés de patients [Thèse d'exercice]. Lille 2; 2013.
22. Meunier J-M. L'utilisation du groupe nominal dans l'identification des besoins d'une clientèle de soins palliatifs à domicile. Québec; 1994.
23. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche d'un consensus: quelle méthode utiliser? *Exercer.* 2011;22(99):170-7.
24. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Méthodes de consensus: revue des méthodes originales et de leurs grandes variations utilisées en santé publique. *Rev Epidémiologie Santé Publique.* 2008;56:415-23.
25. Boudewijn J Kollen, Willem Kan van der Veen, Feikje Groenhof, Klaas van der Meer. Discontinuation of reimbursement of benzodiazepines in Netherlands: does it make a difference? *BMC Fam Pract.* 2012;13(111).
26. Hoebert J, Souverein P, Mantel-Teeuwisse A, Leufkens H, van Dijk L. Reimbursement

- restriction and moderate decrease in benzodiazepine use in general practice. *Ann Fam Med.* janv 2012;10(1):42-9.
27. Plaintes de mauvais sommeil. Autant que possible, éviter les somnifères. *Prescrire.* 2008;28(292):111-8.
 28. Mauvais sommeil. L'essentiel sur les soins de premier choix. *Prescrire.* mars 2014;34(365):206-9.
 29. Discours de Xavier Bertrand (sous réserve du prononcé). Programme d'action sur le sommeil. 2007.
 30. Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 2007;104-7.
 31. Rémunération sur résultats: objectifs de soins et de coûts (n°14 à n° 24). *Prescrire.* 2013;33(356):456-63.
 32. Plan d'actions de l'ANSM visant à réduire le mésusage des benzodiazépines. ANSM; 2012.
 33. Brochures disponible sur le site « médicaments.gouv.fr » <http://www.sante.gouv.fr/le-bon-usage-des-benzodiazepines-par-les-patients.html>. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des Femmes; 2014.
 34. Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances Une expertise collective de l'Inserm. INSERM; 2012.
 35. HAS. Benzodiazépines hypnotiques au long cours: un intérêt thérapeutique limité. 2014.
 36. Bambauer KZ, Sabin JE, Soumerai SB. The exclusion of benzodiazepine coverage in medicare: simple steps for avoiding a public health crisis. *Psychiatr Serv.* sept 2005;56(9):1143-6.
 37. Wagner AK, Ross-Degnan D, Gurwitz JH, Zhang F, Gilden DB, Cosler L, et al. Effect of New York State regulatory action on benzodiazepine prescribing and hip fracture rates. *Ann Intern Med.* 16 janv 2007;(146(2)):96-103.
 38. Joëlle M. Hoebert, Patrick C. Souverein, Aukje K. Mantel-Teeuwisse, Hubert G. M. Leufkens, Liset van Dijk. Reimbursement Restriction and Moderate Decrease in Benzodiazepine Use in General Practice. *Ann Fam Med.* janv 2012;(10(1)):42-9.
 39. Boyce, P. Gradual reduction of benzodiazepines, with or without cognitive behavioural therapy, increases successful withdrawal rates compared with no support in long-term users. *Evid- Based Ment Health.* nov 2003;6(4):119.
 40. Corman B. Le sommeil des séniors. *Gérontologie Société.* 2006;(116):45-61.
 41. Hood B., Bruck D., Kennedy G. Les propositions telles que la dédramatisation des troubles, la favorisation de l'activité physique ou le respect des habitudes de vie du patient en sont des exemples cités par les groupes IL et AV. *Age Ageing.* 2004;33:159-

- 65.
42. Benloucif S., Orbeta., Ortiz R., Janssen I., Finkel S.I, Bleiberg J, et al. Morning or evening activity improves neuropsychological performance and subjective sleep quality in older adults. *Sleep*. 2004;27(8):1542-51.
43. Retrait de l'AMM de Noctran® et de Mépronizine® : l'Afssaps émet des recommandations sur la conduite à tenir pour arrêter un traitement par hypnotique - Communiqué. Afssaps; 2011.
44. Riisgaard H, Søndergaard S, Ledderer L, et al. Délégation des tâches en médecine générale. *Exercer*. 2013;(106(suppl 2):40S-1S.).
45. Hall LW, Zierler BK. Interprofessional Education and Practice Guide No 1: Developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. *J Interprof Care*. janv 2015;29(1):3-7.
46. Garnier F, Pech B, Faure S. L'interprofessionnalité commence là !Travailler ensemble dans l'intérêt du patient : médecins-pharmaciens. *Exercer*. 2013;106(suppl: 2)64S.

ANNEXE**1. Annexe 1 : Bulletin de vote pré-rempli remis aux participants**

Note	Enoncé
10	n��
9	n��
8	n��
7	n��
6	n��
5	n��
4	n��
3	n��
2	n��
1	n��

AUTEUR : Nom : PERESSONI

Prénom : Hélène

Date de Soutenance : Mercredi 11 février 2015

Titre de la Thèse : Sevrage ambulatoire des personnes âgées de plus de 65 ans, consommatrices au long cours d'hypnotiques.

Propositions d'amélioration des professionnels de santé concernés.

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Benzodiazépines et apparentés ; Hypnotiques ; Sevrage ; plus de 65 ans ;

Approche pluriprofessionnelle.

Contexte: La consommation au long cours d'hypnotiques est un problème de santé publique. Le sevrage de ces patients est un exercice difficile. L'objectif de l'étude est d'explorer les capacités d'amélioration du sevrage ambulatoire de ces sujets, par une approche pluriprofessionnelle.

Méthode : La technique du groupe nominal a été utilisée. 7 médecins généralistes, 5 pharmaciens, 7 infirmières libérales et 8 auxiliaires de vie ont émis une liste de propositions, secondairement hiérarchisées à l'aide d'un vote. Chaque proposition obtenait un score, définissant son niveau de priorité, ainsi qu'un nombre de vote, définissant sa popularité. Les propositions obtenant un score compris entre les 75^e et 100^e percentiles étaient considérées comme consensuelles.

Résultats : Après discussion, 115 énoncés ont été validés dont 28 pour les médecins généralistes, 19 pour les pharmaciens, 37 pour les infirmières et 31 pour les auxiliaires de vie. Ont été retenus comme prioritaires dans la majorité des groupes : l'élaboration d'une campagne médiatique nationale, la recherche des causes des troubles du sommeil et le déremboursement des hypnotiques au-delà de la durée de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

Conclusion : Médecins et pharmaciens s'attardaient sur leurs pratiques de soin, tandis que les groupes infirmières et auxiliaires de vie favorisaient les mesures d'accompagnement. De nombreuses propositions d'amélioration du sevrage ambulatoire ont été émises grâce à l'étude. L'approche pluriprofessionnelle a permis un abord efficient du patient en l'appréhendant dans sa globalité. La proposition du déremboursement des hypnotiques au-delà de la durée de l'AMM témoignait de l'existence d'une pratique non conforme à la réglementation.

Composition du Jury :

Président : Professeur Raymond Glantenet.

Assesseurs : Professeur François Puisieux ; Professeur Olivier Cottencin ; Docteur Bertrand Stalnikiewicz.