



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Facteurs facilitant et limitant le sevrage en benzodiazépines et
apparentés chez la personne âgée en médecine générale**

Méthode d'analyse SWOT

Présentée et soutenue publiquement le 01 octobre 2015 à 14h
Au Pôle Formation
Par Julien LELIEVRE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur PUISIEUX François

Assesseurs :

Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Monsieur le Professeur LEROUGE Patrick

Monsieur le Docteur VERRIEST Olivier

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur STALNIKIEWICZ Bertrand

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
DGS	Direction Générale de la Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
DPC	Développement Professionnel Continu
TCC	Thérapies Cognitivo Comportementales
CAPI	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Méthodes.....	7
I. Population	7
II. Méthode	7
Résultats	9
I. Population	9
II. Forces	9
A. Discuter des effets indésirables potentiels	9
B. Evaluer le bien-fondé d'une demande	10
C. Impliquer le patient	10
D. L'intérêt d'une sensibilisation répétée.....	11
E. La confiance témoignée envers son médecin	12
F. La place des alternatives.....	12
G. Les règles de bonne prescription	13
H. L'initiative du médecin	14
I. L'optimisme et la patience du médecin.....	14
J. La place de l'autoformation et de la réactualisation des connaissances ...	15
III. Faiblesses	16
A. La banalisation des benzodiazépines.....	16
B. Les difficultés de changer les habitudes des personnes âgées.....	17
C. Les facteurs liés au patient.....	17
D. La forte demande de prescription.....	18
E. Les effets de la surprescription.....	19
F. Le manque de sensibilisation des patients	20
G. La minimisation des effets indésirables	20
H. Le faible succès des alternatives non médicamenteuses.....	21
I. La place de l'autoformation et de la réactualisation des connaissances ...	21
J. La résignation du prescripteur.....	22
K. La résurgence des troubles initiaux.....	23
L. Le manque de temps dans une consultation	23
IV. Opportunités	24
A. Faire appel aux confrères.....	24
B. L'intérêt de la sensibilisation renforcée.....	24
C. L'autoformation	25
D. Le ressenti optimiste du médecin	26
E. Le rôle positif de l'hôpital	26
F. Le rôle positif du ROSP	27
G. S'aider de la survenue d'effets indésirables pour justifier le sevrage	27
H. Susciter la prise de conscience du patient	28
V. Menaces	29
A. La critique du ROSP	29
B. L'automédication	29
C. L'efficacité de la molécule.....	30

D. Les français surconsomment les benzodiazépines et apparentés	30
E. Les prescriptions anciennes posent problème	30
F. Les recommandations sont peu adaptées.....	31
G. L'impact du contexte socio-économique actuel	31
H. Le manque de sensibilisation	32
I. Le manque de volonté politique	33
J. La place de l'autoformation et de la réactualisation des connaissances ...	34
K. Le poids de l'hôpital.....	34
L. La politique économique peu adaptée.....	35
Discussion	37
I. Méthode	37
II. Résultats	37
Discussion générale	39
I. La sensibilisation des patients et des professionnels de santé.....	39
II. La politique économique	40
III. Le ROSP	41
IV. Les alternatives non benzodiazépiniques	41
V. Le poids de l'hôpital	42
VI. La banalisation des benzodiazépines.....	42
Références bibliographiques	43
Annexes	46
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	46
Annexe 2 : Caractéristiques des participants.....	47

RESUME

Contexte : La consommation de benzodiazépines et apparentés au long cours chez les personnes âgées est un problème de santé publique. Les médecins généralistes sont en première ligne pour conduire le sevrage chez ces patients. L'objectif de ce travail est d'identifier les facteurs facilitant et limitant le sevrage en benzodiazépines et apparentés chez la personne âgée.

Méthode : Une étude qualitative et analysée selon l'outil managérial SWOT a été réalisée. Les données étaient recueillies par la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés de la métropole lilloise.

Résultats : Les forces principales étaient le respect strict des règles de prescriptions, la nécessité d'une sensibilisation répétée auprès du patient et la discussion autour des effets indésirables potentiels. Les faiblesses étaient la banalisation de l'utilisation des benzodiazépines, la forte demande de prescription et le manque de temps à consacrer au sevrage. Les opportunités étaient consacrées au rôle décisif de l'hôpital, au rôle positif du ROSP et à la prise de conscience du patient. Les menaces comportaient le poids du contexte socio-économique actuel, le manque de volonté politique et le manque de sensibilisation externe des patients et des médecins.

Conclusion : Les médecins généralistes mettent en évidence le manque de temps nécessaire à consacrer au sevrage, le manque de volonté politique et la réponse inadaptée des pouvoirs publics au mésusage des benzodiazépines. Susciter la prise de conscience à travers une sensibilisation accrue et d'une meilleure coopération avec le milieu hospitalier sont des pistes à envisager.

INTRODUCTION

Le dernier état des lieux de la consommation de benzodiazépines et apparentés en France a été publié en janvier 2014 par l'ANSM (1). Il réactualise un précédent état des lieux datant de janvier 2012 (2). Il avait pour but d'étudier l'évolution de la consommation de benzodiazépines et apparentés depuis 2012, suite à la mise en place de restrictions d'accès ou de retrait du marché de certaines molécules (clonazépam, tétrazépam, flunitrazépam).

Dans ce rapport, l'ANSM constate qu'en 2012, la consommation globale de benzodiazépines a augmenté en raison d'une augmentation de la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques. Cette augmentation est survenue malgré une diminution de consommation de 35% de tétrazépam entre 2010 et 2012 et de 70% de clonazépam entre 2011 et 2012.

Les molécules les plus utilisées en 2012 étaient l'alprazolam, le zolpidem et le bromazépam. Le nombre de consommateurs est resté stable, en 2012 près de 11,5 millions de français ont consommé au moins une fois une benzodiazépine. L'âge moyen des consommateurs était de 56 ans, 64,5% étaient des femmes. Il est constaté que la prévalence d'utilisation de benzodiazépines augmente avec l'âge.

Dans la population de français de plus de 65 ans, près d'un tiers des femmes consomment une benzodiazépine anxiolytique et 18% une benzodiazépine hypnotique. Chez les hommes les proportions sont respectivement de 16% et 11%.

Concernant la population âgée de plus de 80 ans, il a été constaté une augmentation de 8% de la consommation de benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques dans la période 2007-2012.

S'appuyant sur le rapport de l'ANSM de 2012, la DGS a engagé un plan d'action conjoint avec l'ensemble des grandes instances de la santé en France. Celui-ci réaffirme dans son ensemble la nécessité de mieux utiliser les benzodiazépines et apparentés.

La même année, la HAS a lancé une campagne d'information incitant à la diminution de la prescription d'hypnotiques et à une réévaluation de la prise en charge des troubles du sommeil chez la personne âgée. Cette campagne comprenait une série de points d'informations et divers outils d'aide à l'arrêt des benzodiazépines et apparentés. Simultanément, l'ANSM a publié un point d'information relatif au plan d'action visant à réduire le mésusage des benzodiazépines et apparentés.

Fin 2012, L'ANSM émet un nouveau point d'information sensibilisant les médecins sur le risque accru de démence chez les sujets âgés consommant des benzodiazépines et apparentés au long cours.

La HAS et l'ANSM se sont appuyés sur un partenariat avec le conseil national de l'ordre des médecins et le conseil national de l'ordre des pharmaciens pour mieux diffuser ces messages à l'ensemble des professions de santé et des patients.

De son côté le ministère de la Santé s'était engagé à renforcer la formation des médecins concernant la problématique du mésusage des benzodiazépines et apparentés.

Parallèlement l'AFSSAPS a instauré une restriction d'accès concernant le clonazépam afin de limiter le risque d'abus, de pharmacodépendance, d'usage détourné, ainsi que l'usage hors-AMM de cette molécule. Depuis le 7 septembre 2011, la prescription des formes orales de clonazépam doivent être faites en toutes lettres sur ordonnance sécurisée. Depuis le 15 mars 2012, la prescription initiale est restreinte aux neurologues et aux pédiatres. Le tétrazépam a quant à lui été retiré du

marché le 8 juillet 2013 devant un rapport bénéfice-risque jugé défavorable. Il a été mis en évidence la possibilité de survenue de syndrome de Stevens-Johnson, de Lyell, ou des syndromes d'hypersensibilité médicamenteuse (syndrome DRESS). Le flunitrazépam a été retiré du marché, pour des motifs commerciaux, en septembre 2013.

Le 25 juin 2014, la commission de transparence de la HAS a réévalué le service médical rendu des benzodiazépines hypnotiques. Devant la faible efficacité supposée sur la durée du sommeil, leurs effets indésirables notables et les phénomènes de mésusages constatés, la commission de transparence a conclu à un intérêt thérapeutique limité de ces molécules. La HAS a donc préconisé une diminution du taux de remboursement des benzodiazépines hypnotiques de 65% à 15%. Elle souligne par ailleurs la nécessité de prescrire ces médicaments à la dose la plus faible et sur une durée la plus courte possible, en seconde intention après échec des thérapies cognitivo-comportementales.

Cette mesure est entrée en vigueur le 1 décembre 2014, les molécules concernées sont: estazolam, loprazolam, lormétazépam, nitrazépam, témazépam, zolpidem, zopiclone et leurs génériques.

La réévaluation du service médical rendu des benzodiazépines anxiolytiques a été réalisée en juin 2015.

La HAS a publié en novembre 2007 une recommandation professionnelle visant à proposer aux médecins des stratégies pour faciliter l'arrêt de la consommation de benzodiazépines et apparentés par les patients âgés (3). Il y est rappelé les principaux risques liés à la consommation de ces molécules chez le sujet âgé ainsi que les bénéfices attendus à l'arrêt de ces médicaments. La recommandation rappelle les grands principes de prescription des benzodiazépines et apparentés en

préconisant un strict respect des modalités de prescription prévues par l'AMM. Elle incite les prescripteurs à informer les patients des effets attendus, des effets secondaires possibles en expliquant entre autres le risque d'accoutumance et de dépendance qui motive la durée limitée de prescription. La recommandation souligne la nécessité de remettre systématiquement en question la prescription chez le sujet âgé lorsque celle-ci dépasse 30 jours, en proposant une stratégie d'arrêt progressif du médicament.

La recommandation propose alors la réalisation d'interventions brèves en ambulatoire par le médecin traitant, par la délivrance d'informations orales ou écrites suivies d'une consultation spécifique dédiée à la mise en place d'une stratégie de sevrage. Il est aussi proposé au médecin d'évaluer le degré d'attachement aux benzodiazépines et d'évaluer les attentes du patient afin d'aboutir à une décision commune de sevrage, en s'aidant par exemple du questionnaire ECAB (Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines). La HAS préconise de proposer au patient et à son entourage d'établir un calendrier de décroissance de posologie du médicament en y consignant la survenue de symptômes inhabituels, ainsi que la tenue d'un agenda du sommeil.

Enfin, la recommandation détaille les modalités d'arrêt des benzodiazépines et apparentés. Il est proposé un sevrage progressif sur 4 à 10 semaines pour les patients traités depuis une courte période à des dosages faibles. Cette durée pouvant aller jusqu'à plusieurs mois pour les patients recevant un traitement sur une plus longue durée et à des doses plus importantes.

Le médecin est incité à réaliser un suivi régulier dans les suites immédiates de l'instauration du sevrage, hebdomadaire à l'initiation, puis mensuel lorsque la décroissance se fait sans difficultés. Il est préconisé aux médecins de proposer aux

patients des thérapies cognitivo-comportementales lors de la décroissance du traitement.

Les troubles cognitifs, les risques accrus de démence, les troubles du comportement, les troubles de la vigilance et les chutes avec leurs conséquences traumatiques sont au premier plan des effets indésirables potentiels (4)(5). Le médecin généraliste doit concilier cet enjeu de santé publique et la consommation banalisée et fréquente des benzodiazépines et apparentés chez la personne âgée.

Comment améliorer le taux de sevrage réussi aux benzodiazépines et apparentés chez la personne âgée ?

METHODES

I. Population

Un recrutement aléatoire puis par effet boule de neige a été réalisé chez les médecins généralistes de la métropole lilloise. Le critère d'inclusion était l'exercice de la médecine générale, il n'y avait pas de critères d'exclusion. Le recrutement a été poursuivi jusqu'à saturation des données.

II. Méthode

Ce travail a été mené en utilisant une méthode qualitative, inductive et analysé selon la méthode d'analyse SWOT (Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats) (6). Les forces (Strenghts) sont les aspects positifs internes de la question étudiée sur lesquels on peut se baser. Les faiblesses (Weaknesses) sont les aspects négatifs internes. Les opportunités (Opportunities) sont les possibilités extérieures positives dont on peut potentiellement tirer parti. Les menaces (Threats) sont les obstacles extérieurs à la réalisation du processus étudié.

Le recueil des données a été effectué par la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Les entretiens étaient réalisés avec l'aide d'un guide d'entretien préalablement établi par l'interviewer sur la base d'une revue de la littérature (Annexe 1). Ce guide d'entretien a été implémenté après chaque entretien afin d'explorer les thématiques émergentes. Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone puis retranscrits intégralement et de manière littérale selon les règles en vigueur de la recherche qualitative, après anonymisation. Une analyse avec codage ouvert puis catégorisation cadrée selon les critères SWOT a été réalisée avec le

logiciel Nvivo 10. Dans un premier temps a été réalisé un codage ouvert inductif par deux chercheurs. Secondairement était réalisé un codage axial avec catégorisation cadrée regroupant les codes ouverts dans les 4 thèmes décrits de l'analyse SWOT : force, faiblesse, opportunités et menaces.

RESULTATS

I. Population

La saturation des données a été obtenue au 10^{ème} entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour confirmer cette saturation. Au total 11 entretiens ont été réalisés (annexe 2).

II. Forces

A. Discuter des effets indésirables potentiels

Codes	Verbatims
a) Le médecin a conscience des effets indésirables des benzodiazépines et apparentés	« Il ne faut pas donner des demi-vies longues pour les chutes, les vertiges etc...ça c'est évident ! » (M6)
b) Le médecin est vigilant sur la prescription d'hypnotiques depuis peu	« On a une remplaçante qui passe sa thèse au mois de juin, son sujet, c'est la déprescription en général...c'est vraiment des trucs de maintenant je dirais ! » (M11)
c) Le médecin parle des effets indésirables à l'initiation du traitement	« Oui, je leur parle des effets indésirables, je leur parle de l'action anxiolytique qui est au prix d'une baisse de la vigilance, de l'attention, c'est pas forcément quelque chose de recherché, et ça peut altérer la qualité de vie qui peut potentiellement être dangereuse... » (M9)
d) Le médecin utilise les effets indésirables du traitement comme argument pour réaliser un sevrage	« Enfin je leur explique, je mets toujours en avant les troubles cognitifs etc... » (M1)
e) De nos jours, les prescriptions de benzodiazépines ou apparentés sont plus justifiées d'un point de vue médical	« Oui en général maintenant c'est plus lorsqu'il y a un problème neuropsychiatrique, qu'avant où ça pouvait être... » (M3)
f) Parler des effets potentiels indésirables favorise le sevrage chez la personne âgée	« Je commence par leur expliquer que ce n'est pas bon pour eux comme je te disais, je parle des troubles cognitifs

	<i>etc... généralement, pour moi, c'est la seule chose qui puisse les faire avancer parce qu'ils ont très peur de ça ! Ça c'est leur angoisse... Et puis dans leur entourage il y en a toujours un qui a une maladie d'Alzheimer etc...donc ça les affole un peu. » (M1)</i>
--	--

B. Evaluer le bien-fondé d'une demande

Codes	Verbatims
a) Le médecin a déjà refusé des demandes de patients	<i>« Parce que l'anxiolytique peut être vite un refuge et ça me semblait pas la bonne réponse au problème, faut pas tomber dans « une pilule pour chaque problème » quoi...c'est un peu le piège quoi et je considère que c'est pas rendre service à la personne que de lui prescrire une benzodiazépine. » (M9)</i>
b) Le médecin n'hésite pas à refuser le renouvellement d'une prescription instaurée par un confrère qu'il juge dangereuse	<i>« Bon après, moi je suis désolé, j'ai un neurologue qui a prescrit 3 antidépresseurs à un de mes patients, moi je ne peux pas prescrire ça (rires) donc je l'ai déjà prévenu, je ne renouvelerai pas son traitement... » (M3)</i>
c) La recherche de l'origine du trouble chez le patient	<i>« Je dirais que le syndrome anxieux, justement ils ont des troubles du sommeil liés à des problèmes d'anxiété mais il ne faut jamais mettre en avant le trouble anxieux. Ils vont plus dire « je ne dors pas », mais quand tu creuses un peu, ils ont des soucis familiaux... » (M1)</i>
d) La remise en question d'une prescription hospitalière de benzodiazépines ou apparentés	<i>« J'essaye de voir si c'est utile de poursuivre et si c'est pas le cas de l'arrêter... » (M9)</i>

C. Impliquer le patient

Codes	Verbatims
a) La demande de sevrage émane parfois du patient	<i>« C'est parfois un souhait du patient. » (M5)</i>
b) La patientèle du médecin a parfois refusé une prescription de benzodiazépines	<i>« Ah oui, il y a des gens qui me disent « je ne dors pas mais je veux rien », ils sont plus rares ! Il y a des gens qui</i>

	<i>viennent me voir, parfois je suis un peu étonné, et qui disent « toute façon je dors pas, je suis fatigué » et avant même d'avoir fini leur phrase ils me disent « mais de toute façon je ne veux rien pour dormir »... » (M5)</i>
c) Le médecin implique directement le patient dans le sevrage	<i>« Je leur dis qu'eux aussi, d'eux même ils peuvent diminuer aussi quoi. » (M1)</i>
d) L'entretien motivationnel	<i>« Je sais que ça va être long, ce n'est pas quelque chose qui peut s'aborder de manière brève. Sinon j'l'aborde sans objectif immédiat de réussite...j'initie, j'essaie de faire prendre conscience, j'essaie de faire en sorte que la personne puisse se motiver puisque ça conditionnera la réussite et voilà, c'est quelque chose qui se travaille dans le temps quoi. » (M9)</i>
e) Un sevrage a plus de chance de réussir si c'est le patient qui le demande	<i>« Ce qui est paradoxal, quand c'est le patient qui décide, il n'y a pas de problème de sevrage ! » (M3)</i>

D. L'intérêt d'une sensibilisation répétée

Codes	Verbatims
a) La sensibilisation répétée des patients favorise le sevrage	<i>« Et puis finalement à force de lui dire, il me dit « ah en fait j'ai réfléchi et puis à la télé on en parle quand même...et puis finalement j'ai arrêté, c'est dur mais j'ai arrêté ! » » (M1)</i>
b) L'adhésion du patient est primordiale	<i>« Quand on les incite et que c'est leur souhait de diminuer, on arrive à un bon résultat. Si c'est pas vraiment dans leur idée et qu'ils ont vraiment envie de dormir, ils disent « si j'ai pas mon somnifère j'dors pas de la nuit » bon c'est tout, on a beau leur dire...vous avez malgré tout un sommeil...vous vous réveillez, vous vous endormez...ça ne suffit pas ! Il y a des gens on a beau dire tout ce qu'on veut, on y arrive pas. » (M6)</i>

E. La confiance témoignée envers son médecin

Codes	Verbatims
a) La patientèle du médecin ne va pas voir d'autres médecins pour avoir une prescription de benzodiazépines	« Non jamais. Ici ça ne fonctionne pas comme ça. » (M1)
b) Le médecin estime qu'il doit se montrer digne de confiance vis à vis de ses patients	«Après faut être convaincant, c'est à nous d'être convaincant...leur dire que si l'on est leur médecin traitant, dire voilà, vous me suivez depuis quelques années je vous dis qu'il faudrait essayer de...c'est un beau discours, il faut essayer de... » (M4)
c) Les patients écoutent et ont confiance en leur médecin	« On est médecin quand même, dans ma clientèle mes patients m'écoutent... » (M1)

F. La place des alternatives

Codes	Verbatims
a) L'éducation des patients sur les RHD	« Je leur dis que ça finira par passer, soyez patient...en étant âgé on dort moins, j'essaie de leur expliquer qu'il y a des choses à faire et ne pas faire etc... » (M1)
b) Le médecin est favorable aux psychothérapies et aux alternatives type yoga, relaxation, sophrologie	« Ça dépend des patients, vous allez probablement me parler de psychothérapie et des choses comme ça...moi j'y suis favorable mais le problème c'est que tous les autres machins comme la sophrologie, la relaxation, le yoga, je prescris souvent le yoga à mes patients...c'est une activité que les patients acceptent plus facilement. » (M3)
c) L'introduction d'une alternative aux benzodiazépines et apparentés a facilité le sevrage	« Après ça souvent je passe par un traitement style phytothérapie ou homéopathie comme ça ils ont toujours l'impression d'avoir quelque chose qui les aide... » (M5)
d) Le médecin propose des alternatives aux benzodiazépines et apparentés	« Bah tout ça, comme je vous dis, je leur propose, ça va des activités de détente, de loisir, parfois la prise de conscience qu'ils n'en ont pas, en passant par d'autres thérapeutiques sédatives non benzodiazépiniques, en passant par un

	<i>suivi psychologique, une aide...bien sûr...on a pas abordé ce thème là mais je veux dire que la benzo elle est rarement efficace seule ! » (M9)</i>
e) Le yoga est facilement accepté par les patients en tant qu'alternative non médicamenteuse	<i>« Je prescris souvent le yoga à mes patients...c'est une activité que les patients acceptent plus facilement. » (M3)</i>

G. Les règles de bonne prescription

Codes	Verbatims
a) Eviter la polymédication	<i>« En général on essaye de limiter le nombre de lignes sur l'ordonnance » (M3)</i>
b) La nécessité de suivi précoce pour entreprendre le sevrage rapidement	<i>« Ca je leur dis toujours depuis pas mal de temps, lorsque j'instaure un anti dépresseur, si j'associe à une benzo, je leur dis que ça on l'arrêtera le plus vite possible quoi, que c'est seulement en instauration de traitement et qu'après faudra apprendre à diminuer. » (M1)</i>
c) Parler de la durée limitée de prescription à l'introduction d'un traitement	<i>« On leur dit tout de suite qu'on va essayer de ne pas le prendre trop longtemps, de ne pas trop s'y habituer parce que si on le prend pendant plus de 3 mois, on risque de ne plus savoir l'arrêter. » (M7)</i>
d) Prendre en compte les demi-vies dans ses prescriptions	<i>« En ce qui concerne les hypnotiques on dit toujours que le Stilnox est un peu plus inducteur de sommeil que l'Imovane et qu'il agit moins longtemps donc si il se réveille la nuit je donne plus de l'Imovane. » (M1)</i>
e) La prescription de benzodiazépines et apparentés sur la plus courte période possible et à la posologie minimale efficace	<i>« Le plus court possible, ça peut être à la demande...Par exemple un hypnotique ça peut être de dire voilà vous le prenez 3 jours, un demi comprimé et puis vous arrêtez, si ça revient vous passez à un comprimé 2-3 jours et puis vous arrêtez... » (M3)</i>
f) Privilégier les benzodiazépines à demi-vies courtes	<i>« La seule possibilité que j'ai pu faire c'était de changer les demi-vies longues en demi-vies courtes...et encore...non j'suis pas satisfait de moi, ça je le dis mais au moins y'a peut-être moins de risque en mettant une demi-vie courte. »</i>

	(M8)
g) Un sevrage lent et progressif	« Ça dépend la molécule, on arrête vraiment par palier, on réévalue la personne au bout d'une semaine...très progressif de toute façon quand ça concerne des médicaments qui sont là depuis très longtemps... » (M10)

H. L'initiative du médecin

Codes	Verbatims
a) Le médecin prend l'initiative du sevrage	« Sevrage programmé essentiellement... et surtout euh...par le souhait du médecin. » (M2)
b) La programmation des sevrages	« Donc oui, c'est programmé, on ne se dit pas « tiens allez hop... » non...c'est des gens même parfois on se dit que la prochaine fois on essaiera de diminuer... » (M7)
c) Le rôle d'accompagnateur du médecin dans la réalisation d'un sevrage	« Après sur le sevrage, je pense que c'est comme tous les sevrages, que ce soit l'alcool, les toxiques ou autres, il faut bien expliquer au patient qu'on est là pour l'accompagner, et qu'on est pas là pour le gendарmer, même si de temps en temps il faut le secouer un petit peu.» (M3)

I. L'optimisme et la patience du médecin

Codes	Verbatims
a) Une simple diminution de la posologie est une réussite	« Ah oui ! Si on diminue les doses, c'est déjà ça de gagné. Ça peut être une étape. » (M7)
b) Absence de difficultés lors de la réalisation d'un sevrage	« Bah y'a pas de difficultés ! » (M3)
c) Absence d'appréhension avant d'entamer une consultation qui porte sur un sevrage	« Non je n'ai pas d'appréhension... » (M4)
d) Absence d'appréhension à la reprise de patientèle	« Alors le fait de reprendre comme ça, bon bien sûr on ne peut pas tout révolutionner du jour au lendemain, c'est peut-être de dire, je travaille différemment, ça m'est déjà arrivé avec

	<i>des médecins qui partaient en retraite ou qui décédaient... » (M3)</i>
e) Le médecin a de bons retours des personnes âgées suite à un sevrage réussi	<i>« Quand c'est une réussite ils sont plutôt contents, ils sont même contents d'eux même d'avoir fait l'effort et d'avoir réussi à arrêter le médicament » (M7)</i>
f) Il faut consacrer le temps nécessaire lors de la réalisation d'un sevrage	<i>« Ça c'est à moi de le décider, je donne des rendez-vous donc quand j'ai des cas qui sont compliqués ou difficiles, je mets une plage horaire plus importante. Ça c'est à moi de l'organiser ! » (M9)</i>

J. La place de l'autoformation et de la réactualisation des connaissances

Codes	Verbatims
a) L'impression d'apprendre en permanence	<i>« Un médecin généraliste peut se former sur 14500 trucs donc pourquoi plus celui-là qu'un autre...j'en sais rien...à chaque fois que j'ai fait une formation dans n'importe quel domaine, j'ai toujours eu l'impression d'apprendre quelque chose ce qui quelque part est effrayant ! On a constamment à se remettre en question, à apprendre...la médecine c'est vaste ! » (M9)</i>
b) Le médecin estime avoir été bien formé pour la prise en charge des troubles géro-psi-chiatriques	<i>« Oui, c'est-à-dire que j'ai fait pas mal d'hôpitaux psychiatriques au départ, Lommelet...oui je pense que oui en formation personnelle. » (M6)</i>
c) La tendance actuelle est de moins en moins prescrire de benzodiazépines et apparentés	<i>« J'allais dire de moins en moins, parce que maintenant on fait gaffe, nous on est 3 générations de médecins, mon associé, qui n'est pas là a 62 ans je pense qu'il y va, il largue à mains nues voilà, moi un peu moins et ma jeune collègue encore moins, c'est dans l'air du temps d'y aller de façon plus parcimonieuse. » (M11)</i>
d) Garder un œil critique sur les recommandations	<i>« Bah ça dépend dans quel thème aussi, parfois c'est bien utile d'avoir des recos mais après parfois c'est plus économique que scientifique...on est obligé de jongler avec ça et ce qu'on pense bien pour le patient... » (M10)</i>

III. Faiblesses

A. La banalisation des benzodiazépines

Codes	Verbatims
a) Suite à un échec de sevrage, les personnes âgées sont heureuses de reprendre leur traitement	« <i>Et ben, ils reprennent leur médicament d'avant...et ils sont bien contents.</i> » (M2)
b) Les patients sont dans le déni de leur trouble anxieux	« <i>Ils vont plus dire « je ne dors pas », mais quand tu creuses un peu, ils ont des soucis familiaux...</i> » (M1)
c) Les patients ne refusent pas ouvertement la prescription du médecin	« <i>Refuser ouvertement, je ne sais pas, mais ne pas le prendre, oui probablement ! Dire, je ne dis rien et je ne le prends pas, oui...Refuser ouvertement, c'est rare chez une personne âgée.</i> » (M7)
d) Le traitement médicamenteux ne règle pas tous les problèmes	« <i>Je leur explique aussi que quel que soit le médicament, on ne peut pas tout régler et que si ils ont un conflit avec leur chef de service, bon pas pour les personnes âgées...mais une personne âgée qui a perdu un enfant, ce sont des situations que l'on voit maintenant</i> » (M3)
e) La consommation de benzodiazépines est souvent évoquée en fin de consultation	« <i>Souvent quand ils demandent leur somnifère, c'est tout à fait à la fin de la consultation...et même quelque fois l'ordonnance est faite, elle sort de l'ordi et puis ils disent « ah bah vous n'avez pas mis mon somnifère » bon c'est tout à ce moment-là on peut en rediscuter et quitte à remettre à la main autre chose comme de l'Atarax ou autre...c'est comme avec les pilules chez les jeunes femmes...</i> » (M6)
f) Il est difficile de faire prendre conscience aux patients du caractère néfaste des benzodiazépines	« <i>Enfin souvent le patient n'est pas conscient que le médicament nuit à sa santé...</i> » (M2)

B. Les difficultés de changer les habitudes des personnes

âgées

Codes	Verbatims
a) Il est difficile de changer les habitudes des personnes âgées	« C'est bien de vouloir nous motiver financièrement mais je pense que le problème est tellement différent que là c'est relationnel, les gens qui vivent avec leur benzo, si j'ai pas mon comprimé pour dormir...alors je leur dis que ça ne les fait pas dormir...ça ne fait rien, ils veulent leur comprimé pour dormir! » (M8)
b) Il est difficile de réaliser un sevrage chez une personne âgée	« Parce que c'est toujours un peu difficile...les patients qui prennent leur benzo depuis des années, c'est beau de l'arrêter mais en pratique c'est toujours un peu difficile. » (M4)
c) Le médecin considère ne pouvoir que proposer et non imposer un sevrage	« C'est toujours une proposition, enfin je pense que mes confrères sont comme moi...on ne peut pas être sur la brèche tout le temps. » (M3)
d) Les personnes âgées réclament leurs hypnotiques à leur retour à la maison en cas d'arrêt à l'hôpital	« où alors ils reviennent sans somnifères dans l'ordonnance de l'hôpital et les gens réclament en sortant... » (M6)
e) Les personnes âgées sont souvent sous benzodiazépines à demi-vies longues	« Effectivement moi j'estimais qu'à l'époque, des patients de plus de 80 ans et ben ils étaient mariés avec leur Témesta parce que malheureusement, tous ces patients de cette génération-là ont des benzo à demi-vie longue » (M1)
f) Plus la prise de benzodiazépines est ancienne, plus le sevrage est difficile	« Ben en fait ça dépend de quand ça a été introduit. Si ça a été introduit récemment ça ne sera pas plus difficile qu'avec un autre mais si c'est quelqu'un qui a son somnifère depuis des années, là ça devient très compliqué oui... » (M10)

C. Les facteurs liés au patient

Codes	Verbatims
a) L'ambivalence des patients	« C'est extrêmement variable, je fais un peu d'homéopathie et j'ai des patients qui veulent de l'homéopathie mais qui

	<i>réclament des hypnotiques...ce qui est à mon sens un peu contradictoire (rires) mais voilà » (M3)</i>
b) Le médecin estime qu'il y a des patients plus difficiles que d'autres à prendre en charge	<i>« Je parlais de mentalités tout à l'heure.... » (M9)</i>
c) Le médecin estime qu'un patient poly pathologique est plus difficile à prendre en charge	<i>« Bien sûr ! Ah oui ! Bien sûr, celui qui est moins malade est plus facile à prendre en charge que celui qui est plus malade ! Un patient qui vient pour renouveler un traitement antihypertenseur ce sera beaucoup plus simple qu'un polymédiqué diabétique et qui a fait 3 AVC, ça c'est évident. » (M7)</i>
d) Le niveau intellectuel des patients peut influencer sur la réussite d'un sevrage	<i>« C'est une famille cortiquée. » (M1)</i>

D. La forte demande de prescription

Codes	Verbatims
a) Le médecin se laisse parfois attendrir par ses patients	<i>« Même si c'est de l'Alprazolam 0.25, ils me disent qu'ils ne peuvent pas s'en séparer et je me laisse entre guillemets attendrir... » (M1)</i>
b) Le médecin instaure de plus en plus souvent des benzodiazépines chez les personnes âgées en raison de l'augmentation de troubles anxieux avec l'âge	<i>« Ouais c'est quand même relativement fréquent...les patients âgés sont facilement anxieux. Pour des motifs médicaux, familiaux et bien sûr l'anxiété d'arriver au bout ! Donc oui, les personnes âgées sont souvent anxieuses, on est donc souvent amenés à prescrire des benzo sur des courtes durées. » (M7)</i>
c) Le médecin est conscient de la durée limitée de prescription des benzodiazépines et apparentés mais estime que c'est un élément théorique difficile à respecter	<i>« Bien qu'en théorie on ne peut pas prescrire plus de 12 semaines, mais ça n'existe pas ça, c'est que dans les livres. » (M2)</i>
d) Le médecin craint que les patients aillent voir un autre médecin en cas de refus de prescription	<i>« Pis de toute façon on sait bien, si je leur dis ah bah non moi je ne vous en prescris plus ils vont aller voir le collègue d'à côté qui aura une autre politique, je ne dis pas qu'il fera mal ou moins bien que moi mais, il n'aura peut-être pas les mêmes sensibilités et il va leur en prescrire...du coup je ne change pas ma façon de faire...mais on en prescrit</i>

	<i>trop... » (M8)</i>
e) La surconsommation de benzodiazépines est favorisée par l'apparition d'une dépendance à la molécule	<i>« Je pense qu'il y a une surconsommation de benzodiazépines en France parce que les gens quand ils y goutent...après ça...ils demandent tous pour quelques jours puis après ça ils deviennent dépendants dirons-nous... » (M5)</i>
f) La demande de prescription des patients peut être influencée par leur entourage	<i>« Quand vous avez passé 2 nuits horribles à l'hôpital et que la voisine vous dit moi je prends ça, prenez en vous verrez, quand on vous en propose le soir d'avant, c'est vite vu quoi hein... » (M3)</i>
g) Il existe une forte demande de prescription de benzodiazépines et apparentés	<i>« je pense que la demande est tellement forte de la part des patients que de toute façon on n'a pas trop le choix... » (M2)</i>
h) Il est difficile d'être catégorique et de refuser une prescription ou un renouvellement	<i>« Alors c'est sûr je ne vais pas leur dire « ah ben non je ne prescris plus », je ne peux pas faire ça non plus je pense. » (M1)</i>

E. Les effets de la surprescription

Codes	Verbatims
a) Le médecin a plus de difficultés de sevrage avec les hypnotiques	<i>« C'est plus souvent les somnifère chez la personne âgée, plus que les anxiolytiques. » (M10)</i>
b) Le médecin estime avoir eu plus d'effets indésirables avec les benzodiazépines à demi-vies longues qu'avec les demi-vies courtes	<i>« Des chutes sous benzo, t'as pas l'impression que les gens qui sont sous benzo à demi-vies courtes chutent plus que les personnes qui ne sont pas sous benzo. Par contre t'as quand même l'impression que ceux qui sont sous benzo à demi-vies longues...ouais là ils sont plus dans le coltard ! Mais autrement non... » (M7)</i>
c) Le médecin estime trop prescrire de benzodiazépines et apparentés	<i>« Par la force des choses oui, puisque j'ai pas mal de patients âgés qui ont des benzo, donc oui, je pense que j'en prescris trop. » (M8)</i>
d) Le médecin induit dans ses prescription des surconsommations qui induisent des dépendances	<i>« On a peut-être trop prescrit à défaut et puis après les patients en sont devenus dépendants et puis on est parti dans un cercle vicieux. » (M4)</i>
e) Le sevrage en benzodiazépines est une préoccupation récente	<i>« J'allais dire de moins en moins, parce que maintenant on fait gaffe, nous on est 3 générations de médecins, mon</i>

	<i>associé, qui n'est pas là a 62 ans je pense qu'il y va, il largue à mains nues voilà, moi un peu moins et ma jeune collègue encore moins, c'est dans l'air du temps d'y aller de façon plus parcimonieuse. » (M11)</i>
--	---

F. Le manque de sensibilisation des patients

Codes	Verbatims
a) Il est plus simple de gérer l'arrêt d'un traitement avec une personne qui en avait réellement besoin	<i>« Une personne âgée qui a perdu un enfant, ce sont des situations que l'on voit maintenant, ben c'est des évènements qui sont très difficiles donc après le fait de ne pas dormir, c'est très désocialisant et donc là ponctuellement ça les aide, en général ceux-là, si ils ne prennent déjà pas quelque chose, ils sont très compliants. » (M3)</i>
b) Le médecin n'arrive pas à sensibiliser tous les patients	<i>« Mais même si avec certains patients, j'arrive à les sensibiliser, il y en a d'autres qui sont obtus... » (M1)</i>
c) Les patients ne sont pas sensibilisés au problème des benzodiazépines	<i>« Et le patient n'est pas forcément sensibilisé au fait qu'effectivement il est dépendant de cette molécule en fait...ils y restent attachés parce que, que ce soit un jeune ou un vieux qui prend un hypnotique, voilà après il a instauré sa dépendance... » (M4)</i>

G. La minimisation des effets indésirables

Codes	Verbatims
a) Des effets indésirables plus marqués favoriseraient la prise de conscience chez le patient	<i>« Ce qui favoriserait le sevrage ça serait probablement un effet secondaire plus important, le fait de se sentir mal. On arrête plus facilement un médicament quand on se sent mal, quand il y a plus d'inconvénients que d'avantages à le prendre ! C'est à mon avis la seule chose. Il faudrait que l'on renforce les effets indésirables des benzo ! (rires). Là c'est sûr que ça marcherait ! » (M2)</i>
b) Le médecin n'explique pas forcément les effets indésirables potentiels à	<i>« Si t'instauras un traitement et que tu dis que tu vas l'arrêter vite autrement il va avoir une maladie d'Alzheimer, il ne</i>

l'introduction d'un traitement par benzodiazépines ou apparentés	<i>va pas le prendre du tout ! Donc tu donnes comme argument que tu vas l'arrêter vite pour éviter l'accoutumance parce que après ça va être plus difficile d'arrêter mais tu ne commences pas à parler des effets indésirables autrement il ne va pas le prendre du tout... » (M7)</i>
c) Le médecin rassure son patient sur des effets indésirables transitoires	<i>« Par contre je leur dis qu'ils peuvent être un peu somnolents dans la journée etc...en début de traitement mais que ça devrait en principe vite s'estomper. »</i>
d) Présenter les effets indésirables aux personnes consommant des benzodiazépines depuis très longtemps ne favoriserait pas un sevrage ultérieur	<i>« Ah bah lui il s'en fout, à son âge les troubles cognitifs, il en a rien à cirer ! » (M1)</i>

H. Le faible succès des alternatives non médicamenteuses

Codes	Verbatims
a) Les alternatives non médicamenteuses ont peu de succès chez les personnes âgées	<i>« A 60 ans, oui c'est possible. A 85 peut être pas (rires) » (M3)</i>
b) Les TCC sont peu efficaces ou difficilement réalisables chez les personnes âgées	<i>« (rires) Pourquoi pas mais mis en place comment ? J'aimerais bien savoir ça par contre...parce que c'est bien sur le papier mais pratiquement ? Ceux qui sont en maison de retraite ils ne vont pas se déplacer ! Si les gens viennent chez eux pourquoi pas mais est-ce qu'il y aura suffisamment de personnel...l'idée me séduit mais je n'y ai jamais eu le recours...Et on a jamais eu d'incitation à ce genre de chose donc je ne sais pas si il y a l'offre suffisante. » (M8)</i>

I. La place de l'autoformation et de la réactualisation des connaissances

Codes	Verbatims
a) Il n'y aurait pas de lien entre une consommation prolongée de benzodiazépines et démence chez la	<i>« Le problème c'est que j'ai pas le sentiment qu'il y a un rapport direct entre l'Alzheimer et les benzo...c'est mon avis perso. Il y a des gens qui ont pris du</i>

personne âgée	<i>Témesta toute leur vie qui arrivent à 85-90 ans et qui ont une mémoire excellente et d'autre qui en ont jamais pris et qui démarrent un Alzheimer à 65 ans. Faut voir les études...mais moi j'ai pas l'impression que... » (M6)</i>
b) Le médecin estime ne pas avoir été bien formé pour la prise en charge des troubles géronto-psychiatriques	<i>« Bah je dirais qu'on a pas été bien formé puisqu'on n'a pas eu de formation de médecin généraliste donc clairement non ! On n'a pas été formé à la médecine générale. Maintenant votre génération, ça commence à se faire...nous on a été formé pour être multi spécialiste ! On a été mal formé ! » (M7)</i>
c) Le médecin n'a pas conscience de la tendance à la hausse de la consommation de benzodiazépines depuis 2010	<i>« Bah alors je sais pas la date butoir de 2010, je m'en rends pas bien compte mais j'ai l'impression en tout cas que ça ne part pas à la baisse, j'ai pas trouvé que dernièrement... » (M10)</i>

J. La résignation du prescripteur

Codes	Verbatims
a) Appréhension à réaliser une consultation portant sur un sevrage	<i>« Je sais que c'est un peu plus angoissant et un peu plus difficile parce que je me demande les arguments qui font que je vais réussir à y arriver... » (M5)</i>
b) Diminuer les doses est un échec de sevrage	<i>« J'en vois une qui prenait toujours un comprimé et maintenant elle me dit que de temps en temps elle en prend un demi quand même...elle dure plus longtemps avec sa boîte qu'avant. C'est un arrêt incomplet quoi... » (M1)</i>
c) Les prescriptions de benzodiazépines et apparentés du médecin sont issues le plus souvent d'un renouvellement	<i>« Souvent un renouvellement ! On est un peu pris dans l'habitude et c'est malheureusement plus facile de renouveler plutôt que de dire bah il faudrait peut-être arrêter... » (M5)</i>
d) Résignation envers certains patients	<i>« Elle était à 9 mg, là elle doit être 2 mg mais je pense qu'elle décèdera en prenant des benzo... » (M3)</i>
e) Le sevrage hospitalier pas toujours poursuivi en ambulatoire	<i>« Ils prescrivent de l'Atarax au lieu du Témesta...mais dès qu'ils reviennent à la maison on remet du Témesta ! » (M2)</i>
f) Une diminution simple des doses est plus réaliste qu'un arrêt total	<i>« Ils ont pris l'habitude de prendre leur petit cachet pour dormir...on va peut-être</i>

	essayer de diminuer le dosage...alors supprimer complètement, non » (M4)
--	--

K. La résurgence des troubles initiaux

Codes	Verbatims
a) Le médecin s'est déjà senti en difficulté envers un patient en raison de la persistance d'éléments anxieux après avoir traité une dépression	« Oui parce que si le patient est dépressif, parfois il reste anxieux et après on est un peu coincé... » (M4)
b) Le phénomène de rebond entrave souvent le sevrage	« Quelqu'un qui se sent moins bien en diminuant le traitement, il est bien certain qu'il va vouloir augmenter le traitement et t'arriveras pas à le convaincre de continuer à diminuer si il est moins bien ! » (M7)

L. Le manque de temps dans une consultation

Codes	Verbatims
a) Il faudrait un temps de consultation plus long dédié à l'éducation du patient sur la consommation de benzodiazépines	« Plus de temps parce que sur 15 minutes...voilà le problème ils ne viennent pas que pour ça, ils viennent pour renouveler leur traitement...le temps qu'on aura passé à renouveler le traitement faudrait qu'on fasse que ça...les gens ne comprennent pas toujours, ils viennent pour 5 motifs différents alors qu'on a que un quart d'heure...faudrait que les gens apprennent à revenir pour ça. » (M10)
b) Le mode de rémunération des généralistes ne permet pas de passer le temps nécessaire à la réalisation d'un sevrage	« Ah ben si tu as besoin de plus de temps ! De toute façon, 15 minutes, à partir du moment où tu parles un peu, c'est trop court...l'idéal ça serait 20 minutes, si on était rémunéré convenablement... » (M7)
c) Le sevrage est un travail de longue haleine	« Tu vois, c'est du travail de longue haleine, faut peut-être en parler pendant un an avant que ça ne soit porteur. » (M1)

IV. Opportunités

A. Faire appel aux confrères

Codes	Verbatims
a) Le médecin estime que l'exercice de groupe favorise la bonne prise en charge du patient	« Ah oui c'est une évidence ! Je suis persuadé que j'aurai pas bossé comme ça en étant seul, tu es obligé d'être pointu, de bien suivre ton patient, tu ne peux pas te permettre de...enfin tu le fais d'abord pour le patient mais en dehors de ça tu ne peux pas te permettre de ne pas faire les choses dans les règles en médecine de groupe...t'imagines si ce patient est vu par un autre... » (M1)
b) La possibilité d'adresser à un confrère en cas de difficulté	« Après il y a l'option médecin traitant mais rien n'empêche d'aller consulter un autre praticien... » (M3)

B. L'intérêt de la sensibilisation renforcée

Codes	Verbatims
a) Le besoin d'une communication destinée aux patients	« Quand on discute avec les gens je pense qu'il y a aussi des informations à faire là-dessus sur l'usage de ces produits, des hypnotiques, les informer sur les risques à long terme...là y'a du travail à faire. » (M3)
b) Des courriers de sensibilisation auprès des personnes âgées favoriseraient les sevrages	« Je pense que ce qui est important, c'est des courriers de sensibilisation notamment pour les personnes âgées parce que paradoxalement ils font attention à ça...tant pis pour le médecin traitant mais quand ils reçoivent un courrier, quand ils veulent pas le générique et qu'ils reçoivent un courrier en disant que le générique c'est mieux etc... » (M8)
c) L'intervention d'un tiers peut favoriser un sevrage	« Que le conjoint incite la personne à diminuer...faut quelqu'un de l'extérieur, un enfant qui dit « papa tu ne devrais pas prendre de somnifère »...d'ailleurs ça peut influencer. » (M6)
d) L'outil informatique peut aider le médecin à faire prendre conscience au patient d'une prescription inappropriée	« L'avantage de l'informatique c'est ça, vous rentrez le traitement habituel du patient et puis vous tournez l'écran et

	<i>vous pouvez dire, vous voyez tous les points rouges là, c'est des interactions, des contre-indications ...du coup les gens là ils comprennent, ils réagissent un peu... » (M3)</i>
e) Le rôle de la sensibilisation extérieure	<i>« C'est parfois un souhait du patient après il y a des gens qui nous disent bah tiens j'ai arrêté tel médicament parce que j'ai entendu à la télé ou j'ai lu dans je ne sais quelle revue qu'il fallait arrêter, que ça pouvait être mauvais pour la mémoire et tout et inversement » (M5)</i>

C. L'autoformation

Codes	Verbatims
a) L'exercice de groupe favorise l'autoformation	<i>« Ah bah oui c'est sûr, c'est la panacée je dirais, tu continues à évoluer parce que t'es en groupe. Je pense que voilà, avec l'expérience que je peux avoir aujourd'hui, t'es tout seul, tu t'enkystes, à moins d'être particulièrement passionné par ton boulot... » (M7)</i>
b) L'expérience professionnelle est importante	<i>« Oui ! C'est l'expérience, le fait d'avoir travaillé ici avec mon père et tout, je pense que c'est l'expérience et les stages. » (M6)</i>
c) La participation au DPC	<i>« Donc on se forme sur le tas, on fait des FMC et puis régulièrement, là dernièrement, je suis allé au Formathon, y'avait un topo sur la iatrogénicité chez les personnes âgées... » (M11)</i>
d) Le rôle positif des labos dans l'autoformation	<i>« Et auparavant j'allais souvent aux trucs de labos, parfois il y avait des intervenants, c'était intéressant, on apprenait des choses quoi. » (M1)</i>
e) La sensibilisation via les recommandations des organismes de santé	<i>« Je vais souvent sur le site de la HAS, parce qu'effectivement il y a toujours des conseils, des choses pour des problèmes pour lesquels on ne sait pas trop par quel bout les prendre donc y'a des aides y'a des arbres décisionnels, je trouve que la HAS c'est pas mal fait ! » (M8)</i>

D. Le ressenti optimiste du médecin

Codes	Verbatims
a) Il n'est pas plus difficile de réaliser un sevrage chez une personne âgée	« Si ce n'est qu'à la limite, la personne âgée vous dira plus facilement « non vous m'ennuyez » en restant polie, alors que le jeune nous dira oui pour nous faire plaisir...le patient âgée nous dira carrément « ben écoutez, moi il me faut mon cachet pour dormir » en gros, cassez moi pas les pieds...alors que le jeune il dira peut-être oui et une fois qu'il sera sorti...il n'en tiendra pas compte tandis que la personne âgée aura peut-être un discours plus franc... » (M5)
b) Le suivi au long cours d'un patient rend le médecin optimiste	« Non, mes patients je les connais depuis 20 ans, ça fait 22 ans que je suis installé donc, en difficulté, non. » (M1)
c) Les personnes âgées sont moins sensibles à la conjoncture actuelle	« Ah oui je crois, ça n'aide pas les gens à bien dormir, enfin pas tellement les personnes âgées, plus les gens au chômage ou les personnes qui ont des problèmes professionnels. Entre 25 et 55 ans... » (M2)

E. Le rôle positif de l'hôpital

Codes	Verbatims
a) La révision de l'ordonnance d'une personne âgée en hospitalisation est une bonne initiative	« Ben, souvent c'est vrai que quand il y a des allègements de traitement en hôpital, c'est vrai qu'on en profite, on saute dessus, c'est l'occasion d'éclaircir l'ordonnance, ça peut nous aider avec certains patients qui ont vu qu'à l'hôpital ils l'avaient pas... » (M10)
b) Le médecin est soulagé lorsqu'une benzodiazépine est supprimée lors d'une hospitalisation	« Et là quand ils sortent, si ils sortent sans tant mieux ! Dans ces cas-là on se dit qu'à l'hosto ils nous ont bien rendu service, parfois ils ont réussi à faire ce que nous on n'a pas réussi à faire depuis des années, donc on est bien contents et on fait en sorte de ne surtout pas les réinstaurer dans la mesure du possible et tant mieux ! » (M7)
c) Le médecin prescrit plus de demi-vies courtes suite à des discussions avec un	« Depuis quelque temps j'utilise pas mal le Séresta suite à un conseil d'un confrère gériatre de l'hôpital. » (M5)

gériatre	
d) Le sevrage hospitalier permet parfois au moins de diminuer les doses	« Bah je leur remets une demi-dose... » (M6)
e) L'hôpital a plus de poids pour conduire un sevrage	« Plus de force pour faire un sevrage oui c'est sûr ! A l'hôpital le patient ne discute pas, il n'a rien choisi, c'est pas du tout la même manière de faire et de voir les choses, ça clairement oui, d'ailleurs ils ne se gênent pas pour le faire ! » (M9)

F. Le rôle positif du ROSP

Codes	Verbatims
a) Le médecin prescrit moins de benzodiazépines et apparentés depuis le début des années 2000	« Au départ j'étais pas du tout bon au tout début, au début des années 2000... » (M1)
b) Le ROSP aide à mieux prescrire	« On est peut-être un peu plus attentif, on réfléchit peut-être un peu plus facilement à cette prescription là... » (M4)

G. S'aider de la survenue d'effets indésirables pour justifier

le sevrage

Codes	Verbatims
a) Refuser une prescription de benzodiazépines ou apparentés en raison de la présence de troubles cognitifs chez la personne âgée	« Enfin aussi, un autre effet secondaire, c'est les troubles de la mémoire, ça on en voit...Alors on essaie d'arrêter et de prescrire de l'Atarax... » (M2)
b) S'appuyer sur la peur des patients d'une pathologie pour justifier un sevrage	« Généralement, pour moi, c'est la seule chose qui puisse les faire avancer parce qu'ils ont très peur de ça ! Ça c'est leur angoisse... Et puis dans leur entourage il y en a toujours un qui a une maladie d'Alzheimer etc...donc ça les affole un peu. » (M1)
c) S'appuyer sur la survenue d'effets indésirables	« Il y a un peu une accoutumance donc les gens nous demandent des médicaments puis nous disent « vous savez, ça fait plus effet faudrait donner autre chose »...dans ces cas-là je dis non...selon ce qu'ils ont je veux dire, il

	ne faut pas non plus faire une escalade...puis ben je refuse les gens qui prendraient le double de traitement qui diraient « mettez une boîte de plus parce que souvent j'en prends deux... » ben là je leur dis que non...là on peut pas faire ce qu'on veut, il y a l'AMM. » (M5)
--	---

H. Susciter la prise de conscience du patient

Codes	Verbatims
a) La prise de conscience de l'amélioration de son état de santé peut aider le patient à entamer un sevrage	« Peut-être ouais, c'est pas dit...c'est sûr que le patient, il faut qu'il adhère au truc, qu'il ait conscience... » (M7)
b) L'état de santé du patient conditionne le renouvellement d'une prescription de benzodiazépines ou apparentés	« Alors c'est sûr que lorsqu'un patient a des troubles cognitifs, on l'enlève » (M1)
c) Relativiser les troubles du sommeil avancés par les patients	« Après ça vaut le coup parfois de discuter parce que les gens vous disent « j'ai pas dormi de la nuit » mais en gros si il y a le conjoint qui est là et qui dit « ben t'as ronflé toute la nuit »...il dort pas mais il ronfle...il y a des gens qui disent ne pas dormir mais ils dorment tout de même... » (M5)
d) Trouver le moment propice avec le patient pour réaliser un sevrage	« On le resollicitera à distance...après il faut essayer de trouver, c'est comme le tabac, si vous venez de perdre votre boulot c'est peut-être pas le moment d'arrêter de fumer, mais d'essayer de trouver un moment plus favorable, des circonstances qui permettront de mettre plus de chances de notre côté quoi... » (M3)

V. Menaces

A. La critique du ROSP

Codes	Verbatims
a) Le ROSP n'a pas modifié la pratique du médecin	« <i>Bon si je gagne des sous tant mieux (rires), mais je veux dire que ça n'a pas impacté ma façon de faire parce que j'en ai pris conscience avant et donc comme je vous disais j'ai entre guillemets au moins cette satisfaction de changer une demi-vie longue en demi-vie courte.</i> » (M8)
b) Le ROSP n'est pas forcément fiable dans les indicateurs qu'il délivre	« <i>Nous de base on est contre ! Il y a beaucoup d'items déjà qui sont pas, par rapport à notre pratique, là on parle des anxiolytiques, mais y'a plein d'autres items notamment chez le diabétique où ça ne suit même pas les recommandations donc après le fait d'être contrôlé par la sécu pour tout ce qu'on fait on ne peut pas adhérer donc voilà. En soit, ils ont raison mais c'est pas adapté au cas par cas...</i> » (M10)
c) Le ROSP peut parfois culpabiliser les médecins	« <i>Ça peut parfois culpabiliser les médecins...</i> » (M2)
d) Les mauvais résultats sur le ROSP peuvent être dû à la hausse des syndromes anxio-dépressifs	« <i>Ouais...euh pourquoi...parce que peut-être que...peut-être pas pour les 65 ans et plus, chez les jeunes il y a peut-être un peu plus de dépressifs et puis j'ai peut-être été moins vigilant sur la prescription.</i> » (M4)

B. L'automédication

Codes	Verbatims
a) Le médecin note l'aspect de l'automédication dans le mésusage des benzodiazépines et de la survenue d'effets indésirables	« <i>Oui oui ! Attention à l'automédication aussi, une fois que la personne a la boîte et qu'elle est vraiment très anxieuse...on n'est pas derrière pour voir ce qu'elle fait...</i> » (M9)
b) Les patients peuvent s'automédiquer en ce qui concerne les troubles du sommeil	« <i>Ah non, non. Enfin j'ai une dame qui prend du Toplexil pour dormir...qui est en vente libre ! Moi aussi j'en prends quand je veux dormir ! (rires)</i> » (M3)

C. L'efficacité de la molécule

Codes	Verbatims
a) L'effet indésirable le plus dérangent des benzodiazépines ou apparentés est la dépendance	« <i>Le gros effet secondaire, c'est la dépendance !</i> » (M2)
b) Les benzodiazépines apportent un certain confort	« <i>Ça apporte un confort certain</i> » (M2)
c) Les benzodiazépines et apparentés sont des bons médicaments	« <i>Parce que je pense que c'est de très bons médicaments</i> » (M3)

D. Les français surconsomment les benzodiazépines et apparentés

Codes	Verbatims
a) La consommation de benzodiazépines et apparentés augmente avec l'âge	« <i>Effectivement moi j'estimais qu'à l'époque, des patients de plus de 80 ans et ben ils étaient mariés avec leur Témesta parce que malheureusement, tous ces patients de cette génération-là ont des benzo à demi-vie longue donc chez eux c'est très difficile pour les sevrer et c'est parfois très compliqué hein ! Très très compliqué !</i> » (M1)
b) La surconsommation des benzodiazépines et apparentés en France	« <i>Et je pense que pour les sevrages de benzo on pourrait y arriver, on est quand même pas des délinquants j pense hein ! On a tous conscience que les benzo ce n'est pas bon et qu'il faudrait les arrêter, qu'il y a beaucoup trop de personnes en France qui en consomment !</i> » (M8)

E. Les prescriptions anciennes posent problème

Codes	Verbatims
a) Il est difficile d'arrêter une prescription de benzodiazépine instaurée par son prédécesseur suite à une reprise de patientèle	« <i>Moi personnellement j'ai repris une patientèle et c'est vrai que ben inévitablement il y a des habitudes qui ont été prises par mon prédécesseur qui sont un peu ancrées et que les gens disent « ah bah votre prédécesseur il</i>

	<i>faisait ça, pourquoi vous ne le faites pas ? » » (M5)</i>
b) Une prescription plus raisonnée dans le passé aurait pu éviter la surconsommation actuelle	<i>« Je dirais qu'il y a une tradition qui existe. Il y a une époque où ça a été prescrit, largué à main nue...dans les années 70-80 où y'avait que ça...chez toute une frange de la population, des gens plus âgés qui ont toujours connu le Témesta pour dormir et tout ça, ces gens-là ils sont toujours aux benzo quoi... » (M4)</i>

F. Les recommandations sont peu adaptées

Codes	Verbatims
a) Certaines recommandations ne sont pas adaptées à la pratique quotidienne	<i>« Ca dépend...c'est toujours entre l'idéal sur le papier et la pratique quotidienne, il y a toujours un décalage on va dire. » (M4)</i>
b) Critique de l'aspect opposable des recommandations malgré leur caractère facultatif	<i>« Le problème des recommandations c'est que maintenant elles nous deviennent opposables également. » (M3)</i>
c) Le médecin n'est pas satisfait de la qualité des données de la HAS	<i>« C'est pas du tout personnalisé, ils s'adaptent pas du tout au profil du patient, c'est des mesures générales, c'est très difficile en ville de prendre ces mesures générales et de les plaquer sur un patient en particulier. » (M2)</i>
d) Le médecin subit les recommandations des organismes de santé	<i>« Bah on les subit ! Il y a des bonnes choses et d'autres choses un petit peu légères... » (M6)</i>

G. L'impact du contexte socio-économique actuel

Codes	Verbatims
a) La hausse des arrêts de travail depuis ces dernières années dû aux problèmes socio-économiques	<i>« Beaucoup d'arrêts... La sécu m'avait dit que depuis 2006, ils sont passés de 2% d'arrêts de travail liés à des problèmes professionnels, à entre 20 et 30 % aujourd'hui. C'est énorme quand même. » (M1)</i>
b) La hausse récente de la consommation de benzodiazépines et	<i>« Je dirais que globalement oui parce que tu vois de plus en plus, mais bon c'est sociétal, tu vois de plus en plus de</i>

apparentés due au contexte socio-économique actuel	<i>gens qui vont mal dans le monde du travail en particulier, c'est aussi politique, en gros t'as les gens qui n'ont pas de boulot et les gens qui en ont trop et qui ne s'en sortent pas, ils sont sous pression et puis burnout ! Les burnout on en voit de plus en plus, clairement ! Il y a de ça 5-6 ans t'en voyais 3 par an et maintenant c'est 2-3 par mois ! » (M7)</i>
c) Il est difficile d'appliquer les recommandations en pratique en raison du contexte socio-économique	<i>« Il faut prendre tous ces paramètres en comptes et pas occulter les conditions socio-économiques, dans l'emploi et tout ça...c'est-à-dire quand vous n'avez pas de boulot, que votre femme vous quitte et que vous avez des dettes et que l'huissier vient vous saisir on peut comprendre que vous dormiez mal... » (M3)</i>
d) L'état de santé psychologique de la population se dégrade	<i>« Non, là je pense que c'est réellement un fait de société, tu as de plus en plus de syndromes anxio-dépressifs, de plus en plus...pourquoi, j'en sais rien... » (M7)</i>

H. Le manque de sensibilisation

Codes	Verbatims
a) L'absence de sensibilisation auprès des patients	<i>« A la limite, c'est vrai qu'on a fait beaucoup de campagnes sur les antibiotiques mais pas tellement de campagnes sur les benzo...j'ai pas l'impression que les gens soient sensibilisés là-dessus ! » (M10)</i>
b) La hausse de la consommation de benzodiazépines à cause d'une pression moindre de la sécu depuis 2010	<i>« J'ai pas de raison...supposition...est-ce que c'est parce que la sécurité sociale en 2010 nous a mis un peu la pression en nous disant, vous en tant que médecin généraliste, vous consommez trop de médicaments, euh de benzo, vous prescrivez trop de benzodiazépines, faites attention, diminuez...et on a fait attention. Puis ils nous ont plus restimulé quand on a relâché...c'est possible... » (M5)</i>
c) La HAS devrait revoir ses méthodes de communication avec les médecins	<i>« Au début ils nous faisaient des fiches papiers qui étaient dans un format inclassable, c'était pas de l'A4 ou du demi A4 donc ça je pense que eux ils ont</i>

	<i>du travail à faire sur leur marketing... » (M3)</i>
d) La reprise de la consommation de benzodiazépines et apparentés est due à la diminution de la sensibilisation des médias	<i>« Il y a certainement eu des campagnes de pub contre la prescription de benzo et on n'en parle plus maintenant ! Donc voilà. Il suffit qu'il y ait des spots publicitaires pour que...des spots publicitaires disant qu'il ne faut pas prescrire trop de benzo ou des campagnes d'information pour les médecins où les patients pour qu'on en prescrive moins. » (M2)</i>
e) La sensibilité des personnes âgées aux effets indésirables en tant qu'argument de sevrage dépend de beaucoup de facteurs	<i>« Ca dépend de la personnalité, de la raison pour laquelle on l'a mise, du contexte, de leur situation familiale, de leur entourage... » (M9)</i>
f) Les instances de la santé devraient faire des messages plus clairs à destination des médecins et des patients	<i>« Je ne trouve pas ! Il faudrait peut-être que la caisse fasse des messages un peu plus clairs... » (M4)</i>

I. Le manque de volonté politique

Codes	Verbatims
a) La politique de santé publique n'est pas bonne concernant la surconsommation de benzodiazépines et apparentés	<i>« La politique de santé publique....laquelle ? » (M9)</i>
b) Les aides proposées par la sécu ne sont pas très appropriées	<i>« La sécu avait mis en place un truc qui s'appelle SOFIA, une véritable connerie qui marche pas par ce que ces gens-là ils ne connaissent pas les patients ! Moi j'ai un patient qui a une jambe en moins, il a d'énormes difficultés pour marcher, il m'a dit « qu'est-ce que vous en pensez », je lui dis « je veux bien vous le faire », il a été contacté par la personne de chez SOPHIA et il m'a dit « tout ce qu'elle m'a dit c'est faites de l'exercice ! », il me dit « comment voulez-vous que je fasse de l'exercice ? »...effectivement...Donc il faut nous donner à nous les moyens de faire notre boulot voilà ! » (M8)</i>
c) Le médecin se sent peu aidé	<i>« C'est une question de système, ça englobe beaucoup de choses, je trouve que globalement le médecin généraliste est peu aidé dans...c'est tellement vrai</i>

	<i>pour ça et aussi pour plein de choses que...oui y'a moyen de faire beaucoup de choses...pas plus là qu'ailleurs là...c'est une question de mentalité. » (M9)</i>
--	---

J. La place de l'autoformation et de la réactualisation des connaissances

Codes	Verbatims
a) Il est difficile et peu fréquent de faire appel à un confrère au sein d'une maison médicale afin de solliciter un avis	<i>« Mais à chaque fois que j'ai parlé d'association avec des confrères, pour moi l'association ça serait de pouvoir dire, ben attendez je vais demander à mon collègue si il est là il va venir nous donner son avis, tout ça, et quand on dit ça à une communauté de médecin, y'en a 90% qui nous regardent avec des gros yeux en disant qu'est-ce qu'il a fumé celui-là...c'est rarement réalisé » (M3)</i>
b) Le DPC n'est pas ou peu adapté à sa pratique quotidienne	<i>« J'ai pas le temps, c'est pas adapté, c'est toujours fait par des gens qui réfléchissent et qui agissent peu, en gros c'est ça. On ne peut pas être à la fois dans la réflexion et dans l'action donc, c'est souvent mal conçu, mal fait... » (M7)</i>
c) Le médecin ne participe pas au DPC	<i>« Euh je l'ai fait en son temps mais...non plus maintenant... » (M7)</i>
d) Le médecin ne tient pas compte de l'avis de ses confrères	<i>« Qu'ils prescrivent de l'Atarax au lieu du Témesta...mais dès qu'ils reviennent à la maison on remet du Témesta ! » (M2)</i>

K. Le poids de l'hôpital

Codes	Verbatims
a) La prescription hospitalière de benzodiazépines et apparentés n'est pas toujours remise en question	<i>« Bah ça ne me choque pas trop...c'est surtout à mon avis pour leur bien à eux. » (M2)</i>
b) Le médecin essaye systématiquement d'arrêter les benzodiazépines instaurées en hospitalisation au retour du patient	<i>« Si ils sortent d'hospitalisation gériatrique ou autre où on leur a mis un peu de benzo parce qu'ils étaient un peu énervés ou autre, si ça fait pas trop longtemps, quand ils reviennent dans</i>

	<i>leur milieu naturel, si on peut dire ça comme ça (rires) on essaye de rapidement diminuer les doses voire même, si ça fait que quelques jours, on les arrête simplement. » (M7)</i>
c) Le sevrage hospitalier est réalisé sans l'accord du patient	<i>« Ah oui ! D'autant plus que quand les patients sont dans un lit avec une infirmière qui dit « non je ne vous le donnerais pas », si c'est non c'est non ! » (M7)</i>
d) L'hôpital est un gros prescripteur de benzodiazépines et apparentés	<i>« J'ai remarqué que par exemple les benzo...il y a l'histoire des ROSP qui nous disent de faire gaffe mais paradoxalement à ça on a remarqué que les neuros, les psys, les géronto-psychiatres qui avant, je pense à tous nos déments, il fallait surtout pas de benzo, pas de benzo...on mettait de l'atarax mais maintenant l'Atarax c'est terminé, on peut plus en donner, ils redonnent des benzo donc... » (M11)</i>
e) Révisions d'ordonnances insuffisantes à l'hôpital	<i>« Pas plus que ça...la plupart du temps les gens reviennent d'hospitalisation avec quasiment les même traitements... » (M6)</i>
f) Une benzodiazépine instaurée en hospitalisation peut potentiellement poser problème en ambulatoire	<i>« Ca peut nous poser problème pour la suite oui effectivement... » (M10)</i>

L. La politique économique peu adaptée

Codes	Verbatims
a) Il faudrait dérembourser complètement les benzodiazépines pour avoir un impact modéré sur la consommation	<i>« Tant que les patients sont remboursés, que ce soit la sécu ou les mutuelles qui payent, ils s'en foutent, et c'est légitime...et je le conçois bien ! Il faut bien dissocier la politique économique de la politique de santé publique. Tu fais une politique de santé publique, tu dérembourses purement et simplement, tu fais des économies de santé ben tu descends à 5% et les mutuelles remboursent le reste ! » (M7)</i>
b) Il serait plus simple d'interdire que d'inciter à mieux prescrire	<i>« Il aurait été peut-être plus simple de dire que chez les personnes âgées, on n'a pas le droit de prescrire ces médicaments là, mais de façon ferme quoi. Et puis on n'en prescrirait pas. »</i>

	(M2)
c) La politique de la sécu est plus comptable qu'orientée patient	« Ben oui ! Avec toute la réforme actuellement, ce n'est qu'une politique économique point ! On s'en fout de la manière dont les médecins font leur boulot et du comment les gens vont être soignés ! C'est clair ! » (M8)
d) Le déremboursement des hypnotiques est inutile tant que les mutuelles prennent en charge le remboursement de ces médicaments	« Donc ça veut dire que la plus grosse partie est remboursée par les mutuelles ? En fait c'est ça ?! Donc au final cela ne change pas grand-chose pour les patients qui ont des mutuelles. ça ne va pas changer beaucoup les choses sur les prescriptions des médecins. » (M2)
e) Le déremboursement des médicaments devrait être accompagné d'un encadrement de leur prix	« Ce qu'il faudrait c'est encadrer le prix dans ces cas-là. Si c'est encore remboursé à 15%, le prix est encadré donc ce n'est pas gênant. Le problème c'est que les médicaments qui ne sont plus remboursés voient leur prix multiplié par 3, par 5... » (M3)
f) Le non remboursement des méthodes cognitivo-comportementales et assimilés est un problème	« Mais tout ce qui est « psy » quelque chose, ce n'est pas pris en charge. Et ça c'est quand même un gros écueil... » (M3)
g) Le prix du médicament n'a pas de poids face à la dépendance qu'il engendre	« A notre niveau, pour les hypnotiques, ça n'a rien changé ! Les gens prennent toujours leur hypnotique...ils m'ont pas dit « je veux plus parce qu'il n'est plus bien remboursé » contrairement à d'autres produits. » (M8)
h) Les déremboursements pénaliseront plus les utilisateurs chroniques et les patients ayant réellement besoin du traitement	« Ben, ce qui est embêtant c'est que ça va pénaliser les patients qui en ont réellement besoin, c'est toujours pareil...quand quelque chose est déremboursé, parfois c'est quand même nécessaire mais on peut pas faire autrement... » (M10)
i) Manque de communication des instances de santé sur les déremboursements des hypnotiques	« Et le problème c'est qu'on n'est même pas au courant de ce changement de remboursement... » (M6)
j) Risque de trafic en cas de déremboursement total ou d'augmentation des prix	« Après on partirait dans du trafic...Si on augmente les prix il y aura des dérives de trafic. » (M4)

DISCUSSION

I. Méthode

Le recrutement, réalisé dans un seul secteur de soins a pu conduire à une sélection de typologie de médecins généralistes. L'interviewer était peu expérimenté ce qui a pu influencer sur le discours recueilli. Le codage ouvert, croisé entre les deux chercheurs avec un taux de concordance >90% a garanti l'objectivité de l'analyse. La concordance des données a été recherchée une seconde fois lors de la distribution des codes issus du codage ouvert dans les 4 thèmes de l'analyse SWOT. Le codage axial cadré par catégorisation a été réalisé en utilisant les caractéristiques du SWOT. Le SWOT, utilisé initialement dans le cadre de l'entreprise est adapté à l'analyse de décisions (6).

II. Résultats

La question posée par ce travail était d'identifier les facteurs d'échecs ainsi que les facteurs favorisant la mise en œuvre d'un sevrage en benzodiazépines.

La banalisation de la consommation de benzodiazépine par la personne âgée est un phénomène récurrent constaté à l'issue des entretiens. Celle-ci ne permet pas au patient de s'inscrire dans un processus de sevrage tant que la prise de conscience du potentiel néfaste de la molécule n'était pas actée (7).

La sensibilisation des patients sur le problème que pose ce mésusage est un élément clé que les médecins généralistes souhaitent voir amélioré, par plus d'intervention de la part des instances de santé et des médias.

Le manque de temps à consacrer à l'éducation thérapeutique était un frein qui ne permettait pas d'obtenir une sensibilisation satisfaisante des personnes âgées (8).

Le médecin généraliste appelle à plus de coopération et coordination avec l'hôpital qui se révèle avoir plus de poids chez les personnes âgées pour instaurer et conduire un sevrage, bien que parfois des prescriptions inappropriées s'y produisent.

La mise en place d'alternatives non médicamenteuses préconisées par la HAS telle que la TCC se révélaient être difficilement réalisables. Leur efficacité couplée au sevrage progressif en benzodiazépine est démontrée à court terme (9)(10)(11)(12). La mise en place du ROSP est globalement bien accueillie de la part des prescripteurs et a permis à ces derniers de remettre en question leurs pratiques et de diminuer sensiblement la prescription de benzodiazépines chez les personnes âgées. Ce qui irait à contre-courant d'une étude qui a mis en évidence entre 2011 et 2012, une stagnation de la prescription des benzodiazépines à demi-vies longues et une augmentation de la prescription de demi-vies courte (13). D'autres études ont démontré l'absence d'influence de la rémunération à la performance sur les changements de pratique (14).

La politique de santé publique vis-à-vis du mésusage des benzodiazépines en France est mal perçue de la part des médecins généralistes ; la politique économique de déremboursement de certaines molécules n'y faisant pas l'unanimité. Au Pays-Bas, les restrictions de remboursements ont conduit à une diminution modérée des prescriptions mais sur de courtes périodes et avec une significativité des résultats à pondérer (15).

DISCUSSION GENERALE

I. La sensibilisation des patients et des professionnels de santé

Depuis les années 90, de nombreux rapports ont fait état du mésusage des benzodiazépines en France (16)(17). En 1991 est instauré la durée maximale de prescription de 4 semaines pour les hypnotiques et de 12 semaines pour les anxiolytiques. En 2007, la HAS publie une recommandation pratique concernant les modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé (3).

En 2012, la DGS, la HAS et L'ANSM se sont engagées dans une campagne d'information visant à promouvoir le bon usage de ces molécules afin d'en limiter la consommation. Plusieurs états des lieux ont été réalisés en 2012 et en 2014 notamment afin d'évaluer les conséquences de restrictions d'accès et de retraits du marché de certaines molécules entrepris en 2011. En juin 2014, le service médical rendu des hypnotiques est réévalué, le remboursement de ces molécules est abaissé à 15%.

En juin 2015, la HAS a réévalué le service médical rendu des benzodiazépines anxiolytiques. Elle insiste sur les particularités de la prise en charge des personnes âgées consommatrices de benzodiazépines. Elle souligne l'absence d'étude concernant l'efficacité des benzodiazépines dans cette population et incite à tenir compte des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge, de l'incidence élevées des comorbidités, de la polymédication et de la survenue plus

fréquente d'effets indésirables tels que les chutes et troubles cognitifs (18)(19)(20)(21).

La HAS évoque l'instauration de mesures réglementaires sur les conditionnements de ces médicaments et la prescription sur ordonnances sécurisées.

La commission recommande l'instauration de campagnes médiatiques répétée à destination du grand public, de renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé, de développer les alternatives non médicamenteuses.

II. La politique économique

La plupart des médecins généralistes interrogés pensaient qu'un déremboursement partiel des médicaments ne permettrait pas de diminuer leur prescription.

Les médecins mettent en évidence l'aspect de la dépendance des patients à la molécule qui inciteraient ces derniers à se procurer le médicament quel qu'en soit le prix à payer (15)(22). Aux Pays-Bas, le déremboursement total a permis une diminution significative des prescriptions malgré le faible coût mensuel du traitement (23). Les médecins interrogés craignent que le remboursement des mutuelles en France ne rende cette mesure inefficace. Ils avancent le risque encouru pour les patients nécessitant un traitement au long cours par benzodiazépines en cas de pathologies psychiatriques lourdes ou pour des patients sans ressources financières.

Le taux de prescription repartirait à la hausse dès la deuxième année suivant le déremboursement des benzodiazépines, ce qui amène à proposer une évaluation sur le plus long terme de l'efficacité de la mesure (21). Par ailleurs, cette mesure ne

permettrait pas de diminuer la survenue de fracture de hanche chez les personnes âgées (24).

III. Le ROSP

Le ROSP a succédé au CAPI au 1^o Janvier 2012. Deux indicateurs concernent la prescription de benzodiazépines: la prescription de benzodiazépines à demi-vie longue chez les personnes âgées et la durée de prescription des benzodiazépines (incitant à la prescription de traitements de moins de 12 semaines). D'après les chiffres de l'Assurance Maladie, la part de patients de plus de 65 ans traitée par benzodiazépines à demi-vie longue a baissé de 2.9% entre 2011 et 2014, la part de patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines a diminué de 0.3% sur la même période (25). D'après une étude de cohorte réalisée entre 2011 et 2012 en France, la baisse de prescription de benzodiazépines à demi-vie longue s'est accompagnée d'une augmentation de la prescription de benzodiazépines à demi-vies courtes. Chez ces patients, il a été constaté une prise plus fréquente de benzodiazépines à demi-vies courtes au-delà de 12 semaines qu'avec les benzodiazépines à demi-vies longues (13).

IV. Les alternatives non benzodiazépiniques

Les médecins généralistes interrogés pointaient la difficulté de réaliser de la TCC chez les personnes âgées qu'ils jugeaient non adaptée et difficilement applicable. La TCC, couplée au sevrage progressif est efficace à court terme pour réaliser un sevrage en benzodiazépines chez la personne âgée. La TCC seule aurait démontré sa supériorité à long terme dans la prise en charge non médicamenteuse

de l'insomnie (9)(10)(11)(12). Dans sa recommandation de 2007, la HAS posait déjà le problème de l'accessibilité de la TCC en pratique (3) et préconisait alors une meilleure formation des professionnels de santé à cet effet.

On ne dispose à ce jour d'aucune étude prouvant l'efficacité de la phytothérapie, les études existantes souffrent de problèmes méthodologiques et les résultats sont contradictoires (26).

V. Le poids de l'hôpital

Les médecins interrogés étaient ambivalents sur le rôle de l'hôpital dans le processus de sevrage. La prescription hospitalière de benzodiazépines demeure fréquente et peut souvent poser problème en ambulatoire (27). En revanche les médecins interrogés estiment que l'hôpital permet souvent d'instaurer un sevrage alors impossible à initier en ambulatoire.

VI. La banalisation des benzodiazépines

La différence de perception des effets néfastes et bénéfiques d'une consommation inappropriée de benzodiazépines est source d'un manque de compliance et d'adhésion au processus de sevrage (28)(29).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 1]. Available from: http://ansm.sante.fr/content/download/57511/738785/version/2/file/ANSM_Rapport+Benzo_09012014.pdf
2. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Etat des lieux de la consommation de benzodiazépines en France [Internet]. 2012 [cited 2015 Mar 1]. Available from: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf
3. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé [Internet]. 2007. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_bzd_-_version_finale_2008.pdf
4. 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. *BMJ*. 2014;349:g5205.
5. Zint K, Haefeli WE, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J, Stürmer T. Impact of drug interactions, dosage, and duration of therapy on the risk of hip fracture associated with benzodiazepine use in older adults. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010 Dec;19(12):1248–55.
6. Johnson, G., Scholes, K., & Sexty, R. W. Exploring strategic management. Scarborough, Ontario: Prentice Hall.; 1989.
7. Pérodeau G, Grenon É, Savoie-Zajc L, Forget H, Green-Demers I, Suissa A. Attitudes envers les benzodiazépines et intentions de sevrage des personnes âgées de 50 ans et plus. *Drogue Santé Société*. 2008;7(1):391.
8. Midlöv P, Bondesson A, Eriksson T, Nerbrand C, Höglund P. Effects of educational outreach visits on prescribing of benzodiazepines and antipsychotic drugs to elderly patients in primary health care in southern Sweden. *Fam Pract*. 2006 Feb;23(1):60–4.
9. Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallières A. Randomized Clinical Trial of Supervised Tapering and Cognitive Behavior Therapy to Facilitate Benzodiazepine Discontinuation in Older Adults With Chronic Insomnia. *Am J Psychiatry*. 2004 Feb;161(2):332–42.
10. Darker CD, Sweeney BP, Barry JM, Farrell MF, Donnelly-Swift E. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;5:CD009652.

11. 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*. 2003 Nov 1;6(4):119–119.
12. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2012;13:40.
13. Rat C, Penhouet G, Gaultier A, Chaslerie A, Pivette J, Nguyen JM, et al. Did the new French pay-for-performance system modify benzodiazepine prescribing practices? *BMC Health Serv Res*. 2014;14:301.
14. Michel-Lepage A, Ventelou B. The true impact of the French pay-for-performance program on physicians' benzodiazepines prescription behavior. *Eur J Health Econ*. 2015 Aug 25;1–10.
15. Hoebert JM, Souverein PC, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, van Dijk L. Reimbursement restriction and moderate decrease in benzodiazepine use in general practice. *Ann Fam Med*. 2012 Feb;10(1):42–9.
16. SFTG. Société de formation thérapeutique du généraliste. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Argumentaire. Paris. 2006.
17. Assemblée nationale. Assemblée Nationale, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. Paris. 2006.
18. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2012 Jun;16(2):77–84.
19. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller H-J, WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry*. 2008;9(4):248–312.
20. Dell'osso B, Lader M. Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2013 Jan;28(1):7–20.
21. HAS. Commission de la transparence Avis 20 mai 2015. 2015.
22. Barbui C, Campomori A, Mezzalana L, Lopatriello S, Cas RD, Garattini S. Psychotropic drug use in Italy, 1984-99: the impact of a change in reimbursement status. *Int Clin Psychopharmacol*. 2001 Jul;16(4):227–33.
23. Kollen BJ, van der Veen WJ, Groenhouf F, Donker GA, van der Meer K. Discontinuation of reimbursement of benzodiazepines in the Netherlands: does it make a difference? *BMC Fam Pract*. 2012;13:111.

24. 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.* 2007 Jan 16;146(2):96–103.
25. Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique, une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins, Bilan à 3 ans. 2015.
26. Nunes A, Sousa M. [Use of valerian in anxiety and sleep disorders: what is the best evidence?]. *Acta Médica Port.* 2011 Dec;24 Suppl 4:961–6.
27. Bell CM, Fischer HD, Gill SS, Zagorski B, Sykora K, Wodchis WP, et al. Initiation of Benzodiazepines in the Elderly After Hospitalization. *J Gen Intern Med.* 2007 Jul;22(7):1024–9.
28. Mah L, Upshur RE. Long term benzodiazepine use for insomnia in patients over the age of 60: discordance of patient and physician perceptions. *BMC Fam Pract.* 2002 May 8;3:9.
29. Britten N. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ.* 2000 Feb 19;320(7233):484–8.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Pouvez-vous me raconter la dernière consultation où vous avez eu à entreprendre un sevrage en benzodiazépines ou apparentés chez une personne âgée ?

Facteurs liés à la prescription des benzodiazépines ou apparentés en général

- La surconsommation en France et la prescription personnelle du médecin
- La recrudescence de la prescription de benzodiazépines depuis 2010 (ANSM, 2014, sur l'état des lieux de la consommation de benzodiazépines en France)
- La politique de santé publique (déremboursement des hypnotiques)
- Le rôle du ROSP

Facteurs liés au profil des patients âgés

- La part de la patientèle âgée dans la patientèle du médecin
- Les particularités des patients
- L'état de santé général de la patientèle âgée
- La prescription ou la déprescription hospitalière de benzodiazépines
- La problématique de la reprise d'une patientèle âgée
- Les difficultés du sevrage chez la personne âgée (par rapport aux patients plus jeunes)

Facteurs liés à la prescription du médecin

- Les circonstances de prescription (initiation, demande, renouvellement, raisons médicales, refus de prescription)
- Les modalités de prescription (molécules, doses, présentation des effets indésirables)
- L'observation d'effets indésirables chez le patient (comment vous en servez-vous ?)

Facteurs liés à la réalisation du sevrage

- L'état d'esprit du médecin lors de l'initiation d'un sevrage
- Les circonstances de l'initiation du sevrage
- Les modalités du sevrage
- Les difficultés potentielles
- La place des alternatives
- Les facteurs d'échecs ou de réussites d'un sevrage

Profil du médecin

- Genre et âge du médecin
- Type d'activité (médecine générale, DU, acupuncture, homéopathie et autre)
- Durée d'installation
- Modalités d'exercice (seul ou en groupe)
- L'autoformation du médecin (DPC, suivi des recommandations)
- La formation initiale concernant les troubles géro-psycho-geriatriques

Annexe 2 : Caractéristiques des participants

	Sexe	Age (années)	Durée d'installation (années)	Mode d'activité	Médecine à exercice particulier*	Durée de l'entretien (minutes)
M1	M	52	22	Groupe	Non	42.10
M2	M	49	20	Seul	Oui	15.44
M3	M	57	27	Seul	Oui	36.52
M4	M	46	14	Groupe	Non	29.07
M5	M	52	22	Groupe	Non	20.12
M6	M	71	43	Groupe	Oui	27.09
M7	M	45	15	Groupe	Oui	35.48
M8	M	54	23	Seul	Oui	27.58
M9	M	55	25	Seul	Oui	21.54
M10	F	35	4	Groupe	Non	15.51
M11	M	48	16	Groupe	Oui	16.00

* Comprend : l'homéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie, l'ostéopathie, la médecine du sport et la médecine tropicale

AUTEUR : Nom : LELIEVRE

Prénom : Julien

Date de Soutenance : Jeudi 01 octobre 2015

Titre de la Thèse : Facteurs facilitant et limitant le sevrage en benzodiazépines et apparentés chez la personne âgée en médecine générale. *Méthode d'analyse SWOT.*

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Benzodiazépines et apparentés, sevrage, plus de 65 ans, soins primaires, SWOT

Résumé :

Contexte La consommation de benzodiazépines et apparentés au long cours chez les personnes âgées est un problème de santé publique. Les médecins généralistes sont en première ligne pour conduire le sevrage chez ces patients. L'objectif de ce travail est d'identifier les facteurs facilitant et limitant le sevrage en benzodiazépines et apparentés chez la personne âgée.

Méthode : Une étude qualitative et analysée selon l'outil managérial SWOT a été réalisée. Les données étaient recueillies par la réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés de la métropole lilloise.

Résultats : Les forces principales étaient le respect strict des règles de prescription, la nécessité d'une sensibilisation répétée auprès du patient et la discussion autour des effets indésirables potentiels. Les faiblesses étaient la banalisation de l'utilisation des benzodiazépines, la forte demande de prescription et le manque de temps à consacrer au sevrage. Les opportunités étaient consacrées au rôle décisif de l'hôpital, au rôle positif du ROSP et à la prise de conscience du patient. Les menaces comportaient le poids du contexte socio-économique actuel, le manque de volonté politique et le manque de sensibilisation externe des patients et des médecins.

Conclusion : Les médecins généralistes mettent en évidence le manque de temps nécessaire à consacrer au sevrage, le manque de volonté politique et la réponse inadaptée des pouvoirs publics au mésusage des benzodiazépines. Susciter la prise de conscience à travers une sensibilisation accrue et d'une meilleure coopération avec le milieu hospitalier sont des pistes à envisager.

Composition du Jury :

Président : Professeur PUISIEUX François

Asseseurs : Professeur COTTENCIN Olivier, Professeur LEROUGE Patrick, Docteur VERRIEST Olivier

Directeur de thèse : Docteur STALNIKIEWICZ Bertrand