



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

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**SEVRAGE EN BENZODIAZEPINES DES PATIENTS AGES EN
MEDECINE GENERALE : UTOPIE OU REALITE?**

Présentée et soutenue publiquement le 14 Septembre 2017 à 18H
au Pôle Formation

Par Adrien DEMOUVEAUX

JURY

Présidente :

Madame le Professeur PASQUIER Florence

Assesseurs :

Mr le Professeur PUISIEUX François

Mr le Professeur LEROUGE Patrick

Directeur :

Mr le Docteur DELFORGE François

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARNm : Acide Ribonucléique Messager

BZD : Benzodiazépines

HAS : Haute Autorité de Santé

GABA : Acide Gamma-Amminobutyrique

HPN : Hypnotiques

MG : Médecins généralistes

PA : Personnes Âgées

ROSP : Revenus sur Objectifs de Santé Publique

SNC : Système Nerveux Central

SOMMAIRE

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	2
I. Prévalence de la consommation de benzodiazépines et d’hypnotiques au long cours chez les sujets âgés	2
II. Rappels sur les indications et les recommandations de bon usage des benzodiazépines et des hypnotiques	3
III. Rappels pharmacologiques sur les Benzodiazépines	4
IV. Effets indésirables des benzodiazépines et hypnotiques au long cours ..	5
V. Objectifs de cette étude	6
METHODE	8
I. Type d’étude	8
II. Recrutement des participants à l’étude	9
III. Déroulement des entretiens	9
IV. Analyse des données	10
A. Codage ouvert.....	10
B. Triangulation.....	11
C. Codage axial.....	11
D. Codage sélectif.....	12
E. Saturation des données.....	12
RESULTATS	13
I. Caractéristiques des entretiens	13

II. Les benzodiazépines chez les personnes âgées : Perception d'un problème de sante publique.....	15
A. Conscience du problème posé par les benzodiazépines chez les personnes âgées	15
B. Une prise en charge idéale à ce problème ?.....	18
III. Vision de la prescription de benzodiazépines chez les personnes âgées par les médecins généralistes	20
A. Une prescription souvent inappropriée.....	20
B. Des renouvellements de prescriptions anciennes mais peu d'instauration de traitement.....	22
C. Des patients ou des consommateurs ?	23
IV. Vision du sevrage en benzodiazépines des personnes âgées par les médecins généralistes.....	24
A. Quelles contraintes rencontrées ?.....	24
B. Le sevrage en benzodiazépines est-il vraiment réalisable ?.....	29
C. Le sevrage en benzodiazépines est-il vraiment utile ?.....	30
V. Solutions évoquées par les médecins généralistes.....	31
A. Des médecins tournés vers l'avenir	31
B. Prévention et éducation thérapeutique.....	32
C. Accès à la psychothérapie.....	33
D. Une implication nécessaire des pouvoirs publics ?.....	35
DISCUSSION.....	36
I. Principaux résultats	36
A. Un problème de santé connu et reconnu	36
B. Un idéal contrarié	36

C. Dédouanement	37
D. Idéalistes malgré tout	37
II. Discussion autour de la méthode	38
A. Pourquoi une étude qualitative ?	38
B. Pourquoi la théorisation ancrée ?	39
III. Discussion autour des résultats	40
A. Une connaissance juste du problème	40
B. Des médecins désabusés	41
C. L'idée d'un effort global	44
D. Solutions proposées	45
CONCLUSION	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	51

RESUME

Contexte : En France 20% des personnes âgées (PA) consomment des benzodiazépines (BZD) au long cours alors que la durée de consommation maximum recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) est de douze semaines. Cette surconsommation est responsable d'une accoutumance et d'effets indésirables tels que des chutes et une altération cognitive accélérée. Les médecins généralistes (MG) sont les principaux prescripteurs de BZD. L'objectif de cette étude est de comprendre les raisons qui poussent les MG à continuer à prescrire des BZD à leurs patients âgés.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par théorisation ancrée. Douze entretiens compréhensifs ont été menés entre Janvier et Juillet 2017 auprès de MG thésés, installés ou remplaçant régulièrement dans les mêmes cabinets des Hauts-De-France. Ces entretiens ont été analysés avec l'aide du logiciel NVivo11®. L'analyse de chaque entretien a été triangulée. Une fois arrivé à saturation des données, deux entretiens supplémentaires ont été nécessaires afin de la confirmer.

Résultats : Les MG sont conscients du problème de santé publique causé par les BZD au long cours chez les PA. Ils trouvent ces médicaments dangereux et inutiles dans les troubles du sommeil qu'ils ne considèrent pas comme pathologiques pour l'âge. Ils consacrent plus d'énergie à ne pas instaurer de BZD plutôt qu'au sevrage. À leurs yeux, notre société de consommation, la surcharge de travail du MG et la sympathie pour les patients, sont des freins au sevrage. Ils doutent de la faisabilité et parfois de l'utilité de celui-ci. Les solutions qu'ils proposent pour le problème des BZD chez les PA sont : la prévention et l'éducation thérapeutique, l'amélioration de l'accès à la psychothérapie et une implication des pouvoirs publics dans la lutte contre la consommation de BZD chez les PA.

Conclusion : Les MG sont convaincus de l'utilité du sevrage mais pas de sa faisabilité. Ils se tournent vers l'avenir en limitant les instaurations de traitement et en proposant des solutions innovantes.

INTRODUCTION

I. Prévalence de la consommation de benzodiazépines et d'hypnotiques au long cours chez les sujets âgés

Nous définissons dans ce travail les personnes âgées (PA) par un âge supérieur ou égal à 65 ans.

Selon un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) d'octobre 2007⁽¹⁾, 20% des PA françaises consomment des hypnotiques ou des anxiolytiques au long cours, et une personne française sur deux de plus de 70 ans consomme des psychotropes.

Dans un rapport de 2013⁽²⁾, l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) rapporte qu'un tiers des femmes françaises de plus de 65 ans consomme des benzodiazépines (BZD) anxiolytiques et 18% des BZD hypnotiques. 17% des consommateurs d'hypnotiques (HPN), tout âge confondu, consomment leur traitement sans l'interrompre. De plus, il a été noté entre 2007 et 2012 une augmentation de 4,8% des consommateurs de BZD hypnotiques réguliers.

Ces chiffres mettent en évidence une consommation importante et au long cours de BZD et d'HPN en France chez les PA.

Les médecins généralistes sont les premiers concernés car 90% des prescriptions de BZD émanent de prescripteurs libéraux, dont 90% sont des médecins généralistes.⁽²⁾

II. Rappels sur les indications et les recommandations de bon usage des benzodiazépines et des hypnotiques

Selon les recommandations d'Octobre 2007 de l'HAS concernant la prescription de BZD et molécules associées chez les sujets âgés⁽³⁾, la durée de leur prescription dans l'indication de troubles du sommeil est de quelques jours à quatre semaines maximum, y compris la période de réduction de la posologie. Pour l'indication de troubles anxieux, la durée de traitement ne doit pas excéder huit à douze semaines, y compris la période de réduction de la posologie.

Toujours selon ces mêmes recommandations, il convient dès la première prescription d'informer le patient sur la durée du traitement et sur les modalités d'arrêt. De plus, au delà de trente jours d'utilisation, il est recommandé de proposer une stratégie d'arrêt des benzodiazépines.

Pour favoriser l'adhésion au sevrage en BZD, il est recommandé d'informer les patients sur les risques de leur consommation au long cours, de présenter les bénéfices de l'arrêt, voire d'une simple réduction de la posologie, d'informer sur l'ensemble des signes pouvant survenir lors de l'arrêt, sur les risques d'un arrêt trop rapide (syndrome de sevrage) et de donner des conseils adaptés pour réduire puis arrêter la consommation de BZD, comme par exemple la tenue d'un calendrier de

décroissance de posologie avec relevé des symptômes ressentis par le patient au cours de la décroissance de la posologie. On peut proposer en parallèle la tenue d'un agenda de sommeil.⁽³⁾

III. Rappels pharmacologiques sur les Benzodiazépines

Les BZD sont des molécules qui agissent sur le système nerveux central (SNC). Elles ont une activité anxiolytique, hypnotique, sédative, myorelaxante, anti-convulsivante et amnésiante.⁽⁴⁾

L'acide gamma-aminobutyrique (GABA) est le principal neurotransmetteur inhibiteur du SNC. Le récepteur GABA est constitué de cinq sous-unités protéiniques organisées sous la forme d'une rosette. Les BZD agissent en potentialisant l'effet inhibiteur du GABA sur le SNC en se liant aux sous unités α , β et γ de la rosette. Il existe des variantes de la sous unité α :

- La variante $\alpha 1$ est principalement présente dans le tronc cérébral. La liaison d'une BZD à $\alpha 1$ entraîne un effet sédatif.
- La variante $\alpha 2$ est plus représentée dans le système limbique. La liaison d'une BZD à $\alpha 2$ entraîne un effet anxiolytique.

L'usage prolongé de BZD provoque une modification de l'expression génique qui aboutit à la diminution de la synthèse des ARNm codant pour les sous unités $\alpha 1$, $\alpha 2$, $\alpha 3$ et possiblement β . Cette modification du récepteur GABA explique le phénomène de tolérance aux BZD. L'accoutumance apparaît de la même façon lors de la consommation prolongée de n'importe quelle BZD.⁽⁵⁾

Les HPN tels que le *zolpidem* et le *zopiclone* ne sont pas à proprement parler des BZD mais ont des effets pharmacologiques qualitativement similaires aux BZD.⁽⁶⁾

Les effets habituellement recherchés lors de l'utilisation des BZD en médecine sont les effets anxiolytique, hypnotique, parfois anticonvulsivant et plus rarement myorelaxant. Les effets sédatif et amnésiant sont donc des effets indésirables.

IV. Effets indésirables des benzodiazépines et hypnotiques au long cours.

Les effets indésirables des BZD et des HPN au long cours chez les patients âgés sont bien connus. Les recommandations professionnelles de l'HAS d'Octobre 2007 sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé⁽³⁾ mentionnent en particulier :

- Les chutes et leurs conséquences, dues aux effets hypnotiques et sédatifs de ces molécules.
- Une altération cognitive, due aux propriétés amnésiantes des BZD.
- Des accidents de la voie publique, induits par leur effet sédatif et hypnotique.

La société espagnole de psychiatrie a publié en Mai 2017 une étude qui met en évidence une consommation de BZD ou d'HPN chez plus de 40% des personnes âgées de plus de 65 ans se présentant aux urgences pour chute dans l'échantillon étudié.⁽⁷⁾

Des études datant respectivement de 2012 et de 2014 ont exploré les potentiels liens entre l'apparition d'une démence⁽⁸⁾ ou de la maladie d'Alzheimer⁽⁹⁾ et la

consommation chronique de BZD chez des sujets âgés. Ces études ont mis en évidence un lien statistiquement significatif entre l'initiation d'une BZD et l'apparition d'une démence (majoration du risque de 50% par rapport à la population témoin) ainsi qu'une association entre la consommation de BZD chronique (plus de trois mois dans l'étude) et la majoration du risque de maladie d'Alzheimer avec une relation entre dose cumulée et apparition de la maladie.

Une publication de 2014 parue dans *BMC geriatrics*® met en évidence une amélioration de la force musculaire et de l'équilibre dès les premiers mois après sevrage en *temazepam*, *zolpidem* ou *zopiclone*. À noter dans cette étude, l'amélioration était plus importante chez les femmes et visible même en l'absence de sevrage à partir du moment où la posologie était diminuée.⁽¹⁰⁾

Cela laisse penser que le risque de chute est réduit chez les personnes âgées après sevrage en BZD même après un court délai.

La société américaine de gériatrie a même classé en 2015 les BZD et le HPN dans les médicaments à ne plus utiliser chez les PA avec une forte puissance de recommandation.⁽¹¹⁾

V. Objectifs de cette étude

Ces données démontrent que la consommation au long cours de BZD et d'HPN chez les PA entraîne une accoutumance, une majoration des risques de chute et accélère le déclin cognitif.

Malgré cela la prescription de ces molécules ne diminue pas dans cette tranche de la population et a même tendance à augmenter. Nous avons donc penser qu'il serait utile de rencontrer les principaux prescripteurs de ces molécules, à savoir les MG, afin d'explorer le processus aboutissant à la poursuite de ces prescriptions.

L'objectif de cette étude est de comprendre les raisons qui poussent les MG à continuer de prescrire des BZD et des HPN à leurs patients âgés afin d'envisager des moyens de remédier à la situation actuelle de sur-prescription et ainsi améliorer la prise en charge des patients âgés en ambulatoire.

METHODE

I. Type d'étude

Cette étude est une recherche qualitative. Cette méthodologie permet d'étudier le vécu et l'expérience d'une population. Contrairement à la recherche quantitative, les procédures statistiques et les autres moyens de quantification ne sont pas utilisés en recherche qualitative.

Il existe différents types d'études qualitatives. Nous utilisons ici la théorisation ancrée qui consiste à étudier un domaine d'intérêt sans hypothèse établie préalablement. Le but est de créer une théorie au fur et à mesure du recueil des données d'où le terme de théorisation ancrée (la théorie s'ancre dans les données).

Le processus d'analyse et d'interprétation se fait en continu et non une fois toutes les données recueillies. C'est pour cette raison que les recherches bibliographiques se limitent au minimum avant le recueil des données. Le travail de recherche bibliographique se fait à la fin de l'étude dans le but de comparer la théorie obtenue à la littérature. Les moteurs de recherche utilisés pour cette étude sont PubMed® et Google Scholar®.

II. Recrutement des participants à l'étude

Les médecins généralistes interrogés ont été recrutés par échantillonnage non orienté, en essayant de sélectionner un panel représentatif de la population des médecins de la région en âge, sexe et lieu d'installation. Ils ont été contactés par téléphone ou par mail parmi le cercle de connaissance de l'investigateur et du directeur de thèse, puis de proche en proche en questionnant les MG interrogés sur de potentielles personnes intéressées par l'étude.

Les critères d'inclusions étaient :

- Être médecin généraliste thésé
- Être installé ou remplacer régulièrement dans les mêmes cabinets
- Exercer dans la région Hauts De France
- Accepter de participer à l'étude et d'être enregistré par dictaphone

III. Déroulement des entretiens

Les participants ont été interrogés entre Janvier 2017 et Juillet 2017. Les entretiens étaient toujours menés par la même personne, à savoir l'auteur de cette étude. Les MG étaient interrogés chez eux ou dans leur cabinet, en dehors des heures de consultation.

Chaque entretien a été enregistré dans sa totalité sur dictaphone numérique après accord du participant et retranscrit intégralement sur le logiciel de traitement de texte

Word®. Les retranscriptions sont appelées verbatim et sont disponibles en annexe. Les données recueillies étaient anonymisées et le participant en été informé.

Le concept de la recherche qualitative par théorisation ancrée et le champ d'investigation de l'étude étaient expliqués par mail ou par téléphone aux participants au moment de leur recrutement puis juste avant le début de l'entretien. Leur âge, ancienneté d'installation et milieu d'exercice étaient également recueillis à ce moment là.

Chaque entretien débutait par une question ouverte volontairement large sur le sujet puis la parole était laissée au participant. L'investigateur relançait le participant si nécessaire en fonction de l'orientation que prenait l'entretien en restant le plus neutre possible. Il n'y avait pas de grille d'entretien préétablie.

IV. Analyse des données

A. Codage ouvert

Chaque verbatim a été « codé ». Cela signifie que les retranscriptions ont été analysées par l'investigateur en utilisant le logiciel d'aide au codage NVivo11®. Les entretiens ont été découpés en fonction de la signification de chaque mot, groupe de mots, phrase ou paragraphe. À chaque partie d'entretien correspondant à une idée, l'investigateur attribuait un « code » qui traduisait cette idée. Les codes doivent être expérientiels et non descriptifs. C'est à dire qu'ils doivent être issus du vécu de la

personne interrogée afin de comprendre son raisonnement. Cette étape de l'analyse est le codage ouvert.

B. Triangulation

Chaque verbatim était codé par l'investigateur mais également par un deuxième chercheur : Le Docteur DELVALLÉ Justine, médecin généraliste remplaçant.

Le résultat du codage du même verbatim par les deux chercheurs était comparé au cours d'une réunion avant de procéder au recueil de l'entretien suivant. La poursuite de l'étude était possible uniquement si le sens des codes obtenus par les deux chercheurs était similaire. En cas de discordance, les codes étaient affinés par discussion et échange d'idées afin d'aboutir à un résultat satisfaisant pour les deux protagonistes. L'étape de triangulation permet la validité interne du travail de recherche.

Aux décours de chaque triangulation l'investigateur réalisait un compte-rendu de codage qui synthétisait les principales idées émanant du verbatim.

C. Codage axial

Le codage axial consiste en la mise en relation des codes ouverts obtenus afin d'établir progressivement une théorie. On appelle cela la catégorisation. Le codage axial se déroule en parallèle du codage ouvert tout au long de la recherche.

D. Codage sélectif

Les résultats obtenus par la catégorisation sont assemblés sous la forme d'un schéma représentant les principales idées et leur articulation ainsi que la manière dont ces idées influent les unes sur les autres.

Certaines idées ne sont pas exploitées dans le codage sélectif car elles s'écartent du sujet exploré. D'autres n'apportent pas d'élément supplémentaire à la réflexion, n'étant que des détails. Elles ne sont pas non plus intégrées au codage sélectif.

À l'issue de cette étape on obtient une représentation schématique de l'expérience et du vécu des participants sur le champ d'intérêt de l'étude.

E. Saturation des données

La saturation des données correspond au moment où aucun code nouveau n'émerge de l'analyse d'un nouveau verbatim. Cela signifie que les codes recueillis jusque là représentent la totalité de la théorie qui s'est construite au fur et à mesure de l'étude. À partir de ce moment, le recueil de données peut s'arrêter. Cependant, par soucis de rigueur méthodologique deux entretiens supplémentaires sont réalisés pour s'assurer de l'absence d'émergence de nouveaux codes.

RESULTATS

I. Caractéristiques des entretiens

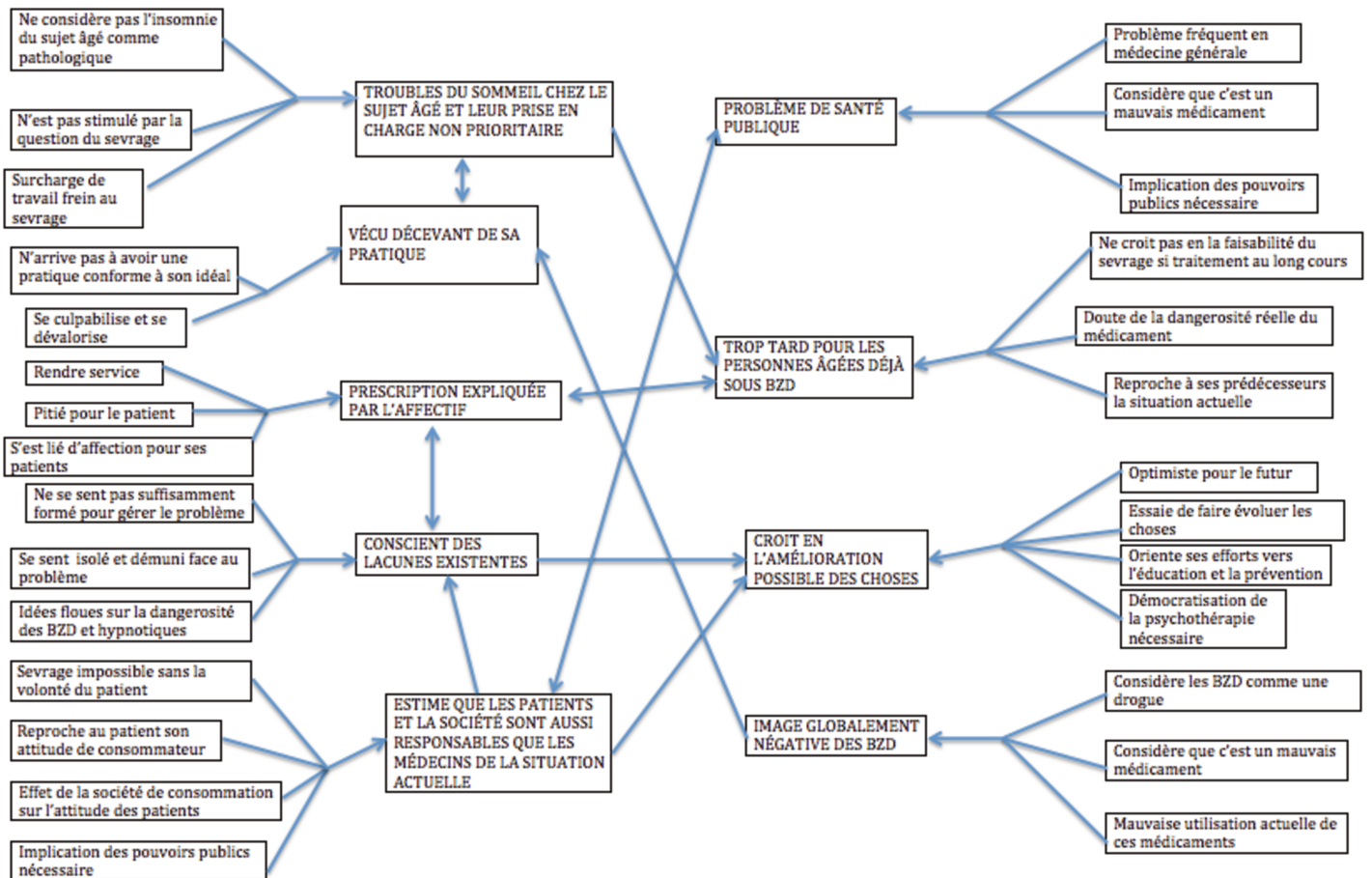
Le recueil des données s'est effectué entre le 3 Janvier et le 29 Juin 2017. Treize MG ont été sollicités et douze ont répondu positivement. Les entretiens ont duré de 18 à 59 minutes. La saturation des données est apparue au dixième entretien et deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour la confirmer. Les MG interrogés exerçaient tous dans la région des Hauts-De-France. Ils étaient âgés de 31 à 67 ans.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.

Médecin	Sexe	Âge	Durée d'installation	Milieu d'exercice
M1	Homme	> 65 ans	31 – 40 ans	Semi rural
M2	Femme	26 - 35 ans	0 – 10 ans (remplaçant fixe)	Urbain
M3	Homme	56 – 65 ans	21 – 30 ans	Urbain
M4	Homme	46 – 55 ans	11 – 20 ans	Rural
M5	Femme	46 – 55 ans	21 – 30 ans	Urbain
M6	Homme	56 – 65 ans	31 – 40 ans	Semi rural
M7	Femme	36 – 45 ans	0 – 10 ans	Semi rural
M8	Homme	26 – 35 ans	0 – 10 ans	Semi rural
M9	Homme	56 – 65 ans	31 – 40 ans	Semi rural
M10	Homme	36 – 45 ans	11 – 20 ans	Semi rural
M11	Homme	46 – 55 ans	11 – 20 ans	Semi rural
M12	Homme	26 – 35 ans	0 – 10 ans	Semi rural

Les entretiens débutaient par une question d'introduction qui était la même pour chaque médecin : « Si je vous parle de benzodiazépines ou d'hypnotiques et de sujets âgés ? Qu'évoque pour vous cette association ? » Puis la discussion suivait son cours jusqu'à ce que le sujet ait été épuisé. L'analyse des verbatim obtenus a conduit à un codage en trois niveaux (ouvert, axial et sélectif) dont les résultats ont été schématisés.

Document 1 : Présentation schématique du codage axial et sélectif des verbatims :



II. Les benzodiazépines chez les personnes âgées : Perception d'un problème de santé publique

A. Conscience du problème posé par les benzodiazépines chez les personnes âgées

Les MG interrogés ont exprimé que la consommation de BZD par les personnes âgées était un problème fréquent voir quotidien.

M2 : « La dernière consultation où il y a eu des renouvellements de benzo... Pour moi il y en a tous les jours... c'est très fréquent quoi. »

M4 : « Jeudi dernier, donc ça fait une semaine. Mais c'est fréquent hein... Pas exactement la même situation... Mais c'est au moins une à deux fois par jour moi que j'ai des consultations comme ça avec le problème du renouvellement des benzo oui... »

M 1 : « Voilà... c'est un sujet euh... c'est un sujet en médecine générale pour lequel on est souvent fréquenté. On a souvent des demandes et... »

Ils ont également exprimé le fait qu'ils trouvaient ces médicaments dangereux et pourvoyeurs de nombreux effets indésirables importants.

M1 : « Sachant que... on joue beaucoup sur leur mémoire, on leur fait perdre également de la mémoire. (...) On sait très bien aujourd'hui avec l'espérance de vie qui a augmenté, quand on commence à prescrire ça à une personne qui a 70 ans, elle va jusque 90, pendant 20 ans elle est sous benzodiazépines, on lui bousille un peu le cerveau et tout hein. Ça c'est évident. On doit le savoir. »

M10 : « Ça connote également un risque de chute. J'ai déjà des patients qui ont chuté à cause de ça. Chutes parfois avec des conséquences hein ! Des hospitalisations par exemple. Des chutes responsables de fractures ou de petites plaies... et tous les intermédiaires possibles. »

M6 : « Puisque c'est quand même prouvé qu'il y a des accidents, des chutes... Probablement des gens qui se prennent les pieds dans le tapis ou qui tombent dans l'escalier suite au fait que les personnes âgées sont sous benzo. C'est myorelaxant. Il y a des fractures de hanches... À mon avis il y a toute une pathologie qui est provoquée par ça. »

Certains ont même assimilé les BZD et les HPN à des drogues.

M1« Je pense que là il faut passer du temps avec les gens et leur dire que effectivement quand ils vont taper là dedans, ils risquent de se trouver bien, de bien dormir, mais qu'en contre partie, à la longue, avec les années qui vont passer, ils vont se détruire, ils ne seront vraiment pas eux-mêmes. Ce sont des drogues ! Là il faut bien leur expliquer que si ils peuvent, il faut essayer de faire autrement, trouver d'autres solutions, surtout quand ils sont valides ! »

M4 : « Il y a, à mon avis, une dépendance réelle, par rapport à la molécule, ça c'est sûr et certain, notamment pour les hypnotiques et certaines benzodiazépines. »

Tous ces éléments faisaient de la consommation de BZD et d'HPN par les PA un problème d'actualité inquiétant pour les MG.

M3 : « Je ne sais pas trop... à mon avis il y a une prise en charge de la fragilité de la personne âgée qui est beaucoup plus protocolisée, où on parle plus... Les médecins discutent plus entre eux, avant ils restaient un peu dans leur exercice et c'était ... de

l'abattage. Moi je pense qu'il y a une prise de conscience progressive, de part les travaux qui sont sortis, et de part le fait que la parole des patients compte de plus en plus par rapport à la parole du médecin. »

M8 : « Ben il faut s'en occuper dès maintenant ! C'est à dire... c'est tout aussi embêtant chez un jeune que chez une personne âgée. »

B. Une prise en charge idéale à ce problème ?

Les MG interrogés étaient conscients du problème. Ils approuvaient sur le fond les recommandations de l'HAS concernant le bon usage et le sevrage des BZD chez les PA.

M11 : « Moi je suis tout à fait d'accord. Autant l'HAS de temps en temps je me méfie... Autant sur les benzo je trouve qu'elles sont très bien. Et le fait qu'on évite les benzo de demi-vie longue je trouve ça très bien. »

M9 : « Oh ben je pense qu'elle sont... Elles sont bien faites ! (rire) Il faut essayer de les respecter ! »

Bien qu'ils étaient d'accord avec ces recommandations, ils les trouvaient non adaptées à leur pratique quotidienne.

M3 : « Ah ben il y a un pas entre les recommandations et ce qui se passe sur le terrain. Pourtant je suis sensibilisé à ces benzo mais... c'est vrai que chaque situation est différente. C'est sûr que sur le papier ça a l'air simple. »

M4 : « Ben pour des raisons de dépendance et d'habitude... La règle des douze semaines par exemple c'est compliqué. On ne peut pas. C'est extrêmement compliqué. »

M5 : « Mais ceux qui ont déjà commencé... Faudrait tous les arrêter mais ça c'est... la théorie. »

Ils allaient même plus loin que celles-ci en affirmant qu'il ne faudrait plus initier de traitement par BZD ou HPN chez les sujets âgés. En particulier quand la plainte exprimée par le patient concernait des troubles du sommeil.

M4 : « ...moi je limite considérablement l'instauration de nouveaux traitements, pour les hypnotiques ! Et les anxiolytiques également, surtout pour le sommeil. (...) Et euh... Oui oui on essaye de limiter considérablement en tout cas la prescription de ce type de produits, voire ne pas en donner du tout. »

M1 : « Elles fonctionnent très bien... mais elles sont très nocives, faut le reconnaître. Moi je... elles n'ont pas lieu d'être hein les benzo, pour dormir non. »

M6 : « Alors ce qu'il faut maintenant, ce qu'il y a de plus facile à faire, c'est de ne plus en prescrire chez des nouveaux patients jeunes entre guillemets, des gens de 50, 60, voire 70 ans. Refuser de les prescrire ! »

III. Vision de la prescription de benzodiazépines chez les personnes âgées par les médecins généralistes

A. Une prescription souvent inappropriée

L'un des principaux facteurs d'incompréhension entre le patient et le médecin décrit au cours de ces entretiens, était que les médecins ne considéraient pas les troubles du sommeil décrits par les sujets âgés comme pathologiques. Ils qualifiaient souvent les plaintes exprimées par leurs patients comme des modifications physiologiques du sommeil dues au vieillissement. Selon cette logique ils n'estimaient pas nécessaire la prescription de BZD ou d'HPN.

M4 : « Donc on a quand même des pratiques pour trouble du sommeil... enfin des troubles du sommeil qui sont à mon avis euh (...) Qui ne sont pas pathologiques en fait, que je ne ressens pas moi comme pathologique parce qu'on sait bien que le sommeil va se transformer avec le temps... »

M1 : « Parce que c'est pas une maladie hein le fait de pas dormir. C'est pas pathologique. »

M9 : « Il n'y a pas de raison ! Pourquoi il faudrait absolument un médicament à chaque fois pour dormir. »

Ils avaient en revanche souvent l'impression de prescrire ces molécules non pas dans le cadre d'une insomnie ou d'un trouble anxieux mais pour aider leurs patients à supporter leurs difficultés quotidiennes.

M3 : « Faut savoir que quand on voit les personnes âgées, surtout quand elles sont chez elles. (...) et puis surtout quand t'as un temps de brun et que c'est l'hiver... Je veux dire à partir de 5h il fait noir et c'est long le soir... c'est très très long. S'il n'y a pas beaucoup de famille ou de passage c'est quand même pas évident hein. C'est pas simple. Je veux dire... Pour eux c'est le médicament qui permet de... pour eux c'est une bouée. Une bouée parce que ça leur permet de ne pas trop angoisser le soir. »

M5 : « Les somnifères sont utilisés pour cacher le problème et ne pas voir la nuit passer. Moi je leur dis « Ben qu'est-ce que vous voulez ? On ne va pas vous anesthésier ! » Je fais le parallèle avec une anesthésie... Je leur dis c'est tout quoi... Faut faire avec ! C'est un confort... c'est un médicament de confort pour eux. Ils ont pris ça et c'est devenu leur béquille. Une béquille pour se rassurer, pour s'endormir sans se poser de question. »

B. Des renouvellements de prescriptions anciennes mais peu
d'instauration de traitement

De manière quasiment systématique les MG signalaient que la plupart des traitements par BZD ou HPN au long cours dans leur patientèle ont été instaurés par leurs prédécesseurs.

M11 : « Parce que moi j'ai des patients que j'ai récupérés hein ! De médecins qui partent à la retraite. Ben je les ai récupérés avec du Temesta® ! Donc arrêter du Temesta® c'est très compliqué ! »

M5 : « Ben je pense qu'avant c'était prescrit et on ne s'inquiétait pas. Ça se prescrivait larga manu... On ne dort pas on a un médicament... mais comme dans plein de pathologies. Avant c'était « vite un médicament ! » quoi... »

Ils ont déclaré ne pratiquement plus initier de traitement pas BZD ou HPN chez des sujets âgés car ils ont été sensibilisés aux effets indésirables de ces médicaments.

M3 : « J'en ai de moins en moins quand même. Oui de moins en moins... Mais pour moi, je ne prescris plus de benzo à une personne âgée. »

M5 : « Ben c'est qu'à la longue, forcément comme je n'en instaure pas, je n'ai plus à renouveler. »

C. Des patients ou des consommateurs ?

Les MG ont décrit des patients spontanément demandeurs de somnifères ou d'anxiolytiques sans que ces thérapeutiques n'aient été évoquées par le médecin.

M1 : « C'est une demande ! De nous même on ne le prescrit pas. On ne le prescrit pas. La personne qui dit « ah Docteur j'ai des difficultés pour dormir » tout ça, on essaie de trouver une autre thérapeutique, autre chose. Mais nous même, de but en blanc on ne le prescrit pas. Mais par contre les gens quand ils sont demandeurs, qu'ils disent ' Docteur vous pourriez pas me donner quelque chose quand même, euh non j'dors pas, j'dors pas ! ' »

Ils ont décrit chez certaines personnes une attitude plus proche de celle du consommateur que du patient. Le motif de la consultation n'était plus une pathologie à proprement parler mais une demande de réponse à un besoin immédiat.

M9 : « C'est tellement facile de dire ' Je veux un médicament pour dormir, je veux ceci, je veux un truc pour ça, pour ça...' Le système français il est trop généreux ! Donc... à chaque mal un médicament c'est pas possible ! »

M4 : « Ah et puis aussi lutter contre les croyances populaires... aujourd'hui c'est un peu devenu normal d'avoir son petit cachet pour dormir, c'est entré dans les mœurs... c'est un peu une prescription plaisir, un prescription de confort pour le patient. »

IV. Vision du sevrage en benzodiazépines des personnes âgées par les médecins généralistes

Malgré le fait qu'ils étaient convaincus du bien-fondé des recommandations, être seul devant le patient ne leur permettait pas toujours de faire ce qu'ils souhaitaient. Ils se trouvaient obligés de s'adapter aux contraintes de la réalité.

A. Quelles contraintes rencontrées ?

Ils remarquaient que les hospitalisations pourraient aider à solutionner ce problème mais que la communication entre l'hôpital et la ville n'était pas toujours optimale et devrait être améliorée. Les sevrages brutaux et parfois les initiations de traitement en cours d'hospitalisation mettaient souvent en difficulté les MG.

M5 : « Mais je te dis j'étais un peu déçue. Je pense que le passage en hospitalisation devrait être propice à ça. Et au final on s'aperçoit que quand ils vont à l'hôpital on continue... Voir parfois on en instaure ! Alors là ça merci... »

M2 : « ...c'est beaucoup plus facile d'avoir une vision ponctuelle de la situation à l'hôpital et de prendre des décisions en disant c'est moi qui décide. On arrête la benzo et puis bon courage ! Plutôt que le médecin traitant qui le voit régulièrement et qui est plus dans la compassion finalement. (...) Et puis concrètement c'est nous qui sommes confrontés à la mamie ou au papi stressé au quotidien quand on va les voir à la maison ou quand ils viennent au cabinet. »

Les MG rapportaient également se trouver parfois démunis face au discours fermé et fataliste de certains patients. Ils ont dans ces situations des difficultés à opposer des arguments convaincants et recevables par le patient.

M3 : « Lui expliquer... Je lui ai déjà expliqué... Elle me dit « C'est pas grave ! » (Rire). Donc oui on n'a pas vraiment de solution à leur proposer. C'est pas les arguments médicaux qui vont changer quoi que ce soit. C'est pas en leur expliquant qu'ils vont perdre la mémoire ou qu'ils risquent de chuter qu'on va les persuader. Ils ne sont pas du tout réceptifs à ce genre d'arguments. Pas du tout. Elle me dira s'il m'arrive ça de toute façon c'est bon. J'irai voir plus vite mes enfants... Bon ben... (Rire) Tu te dis qu'est-ce que je fais ? Donc voilà ça c'était ce midi... (Silence) »

Un autre frein au sevrage en BZD exprimé était le fait qu'ils connaissaient certains de leurs patients depuis longtemps. Ils éprouvaient donc une certaine sympathie pour eux, voire parfois de l'affection ou de la pitié. Refuser une prescription à ces patients en souffrance était donc plus difficile.

M1 : « Alors là c'est vrai que souvent en connaissant les gens... On les connaît bien... Et donc de ce fait là, par excès, on leur prescrit effectivement une benzodiazépine parce qu'on les connaît bien et que ce sont des braves gens, on essaie de leur rendre service quand même »

M3 : « Ben je parlais de cette petite patiente. J'étais partagé entre le fait de l'arrêter parce que je savais qu'il y avait un risque de chute et en même temps, partagé par le fait que ben... comme elle voyait personne, que c'était hyper cafardeux, comme elle

se plaignait tout le temps, comme elle dit je suis stressée, je suis angoissée... c'est... c'est pas évident ! Donc oui on est partagé. Et c'est vrai que des fois t'es en difficulté »

M2 : « À l'hôpital ils les voient pour des durées courtes en général maintenant, donc ils en profitent pour arrêter le truc, et puis nous à la maison on galère on galère on galère ! »

Ils évoquaient également leur surcharge de travail qui ne leur permettait pas de prendre le temps nécessaire pour une prise en charge adaptée. Cela aboutissait parfois à une prescription qui prenait moins de temps que d'éduquer et d'informer un patient sur les effets indésirables du médicament.

M1 : « Voilà, alors... Au début je pense, quand on est jeune, on s'installe comme médecin, effectivement on a la pêche, on a tout. On va passer beaucoup de temps. On passe du temps avec les gens. Et ça c'est bien. C'est super, on devrait toujours être comme ça. Mais seulement on est humain soit même, et on vieillit avec sa clientèle, on vieillit avec tout. Et donc il y a tous les... bon il y a tous les ingrédients de la vie qui arrivent et qui te tombent dessus. Et ton travail fait partie d'une chose avec l'à côté, la vie familiale et tout ce qui s'en suit. Ce qui fait que tu... limites le temps. Tu vas limiter ton temps. »

M3 : « Parce que c'est simple hein nous on arrive chez les patients... pff... je veux dire c'est compliqué de faire de la prévention ! C'est long, on n'a pas toujours le temps donc des fois, effectivement, t'as pas envie ! Je veux dire t'as pleins de trucs à

faire. Donc aujourd'hui, ben non je n'ai pas le temps, je ne vais pas commencer à lui dire de pas prendre ses benzo. Donc ben hop tu prescris et puis un point c'est tout quoi ! »

Le manque de formation spécifique à la gestion des troubles du sommeil et à la façon de les prendre en charge au cabinet était également regretté. Ils pointaient du doigt aussi bien la formation continue des MG que l'enseignement dispensé pendant le cursus universitaire.

M4 : « Et je pense que l'effet... le troisième argument ça serait... une formation qui n'est pas assez... qui n'est pas bonne hein... sur les troubles du sommeil et la prescription des hypnotiques chez les médecins généralistes. »

M8 : « Je pense qu'au niveau du cursus on pourrait améliorer l'appréhension qu'ont les futurs prescripteurs de ces molécules là. J'ai vraiment eu le sentiment, en ce qui me concerne, d'apprendre à... Et encore je n'ai pas la prétention de le faire le mieux possible (rire)... Je fais de mon mieux ! Mais pas forcément de manière idéale... D'apprendre ça en stage sur le terrain à la toute fin de notre cursus, et qu'au moment où on nous apprend ça, ça soit terriblement abstrait. Voilà je pense que c'est plutôt là dessus, en tout cas de notre côté qu'on peut avoir des progrès, au niveau des cours. »

Un autre frein évoqué par les MG était les difficultés d'accès aux aides non médicamenteuses dont la psychothérapie, en partie du fait de leur non remboursement par l'assurance maladie.

M9 : « Ben... après peut-être qu'on devrait un peu développer ou vulgariser les techniques non médicamenteuses pour le sommeil. Je ne sais pas... l'hypnose, la sophrologie... Il y a plein de techniques. On en parle beaucoup aujourd'hui mais ce n'est peut-être pas encore assez dans l'air du temps. »

M10 : « Ça ne sera jamais réalisable ! Le psychologue n'a pas le temps de passer voir les personnes âgées. Même s'il en avait le temps, ces soins là ne sont pas remboursables. La personne âgée, il ne faut pas l'oublier, est à moyens financiers très limités. Donc c'est difficile... »

M4 : « Puis peut-être pas assez d'accès, je parle pour les patients un peu angoissés qui ne nécessitent pas forcément une prise d'anxiolytiques, à une prise en charge par un psychologue ou... On n'a pas forcément besoin d'un psychiatre hein mais... On n'a pas d'accès aux psychologues ou éventuellement aux... c'est la mode maintenant... pas l'hypnose mais... la relaxation... pour aider les patients à avoir un meilleur sommeil tout ça. Toutes les thérapies comportementales et cognitives en fait ne sont pas prises en charge en ville. Donc ça limite un petit peu... Ça ça peut être aussi un facteur limitant pour ne pas prescrire... on n'a pas d'autre alternative parfois »

B. Le sevrage en benzodiazépines est-il vraiment réalisable ?

L'idée que le sevrage en BZD ou en HPN n'était pas forcément réalisable chez ceux qui en prenaient depuis longtemps revenait dans la conversation avec les MG. Cela les amenait à se détourner du sevrage pour réorienter leurs efforts sur les patients qui étaient demandeurs d'un traitement, mais n'en avaient encore jamais eu, en faisant de la prévention.

M1 : « Je pense qu'après tout, avant tout c'est... là on se bat c'est pfff... ça n'a plus d'utilité. Faut se battre quand les gens sont beaucoup plus jeunes, ça c'est sur. Mais après à cet âge là, si vraiment les gens sont bien et te disent 'Vraiment Docteur j'suis bien avec ça, j'essaie tout mais ça va pas...' et ben faut leur laisser hein. »

M4 : « Alors arrêter... Oui (rire) alors ensuite (rire)... Alors arrêter (rire) ce type de produit... chez des mamies de plus de 80 ans... (rire) qui en ont pris de manière régulière et journalière... c'est (rire) ouais... (rire) je pense que c'est impossible. »

M2 : « Mais c'est une question de volonté. Donc je pense qu'on peut nous exposer les possibilités qu'il y a pour essayer de... mais bon concrètement, je pense qu'à 70 ou 80 balais si on n'a pas réussi à gérer son stress ou à vivre avec... rares sont les gens qui vont réussir à trouver une échappatoire avec les techniques accessoires quoi. Je pense que c'est bien d'en parler et d'essayer mais ça va peut-être aider quelques personnes mais ça m'étonnerait qu'on arrive à enlever toutes nos benzo avec ça. »

C. Le sevrage en benzodiazépines est-il vraiment utile ?

Certains médecins sont même allés jusqu'à poser la question de l'utilité du sevrage. Ils remettaient en cause la dangerosité réelle de ces molécules qui leur apparaissaient moins délétères que d'autres médicaments prescrits pour les insomnies ou l'anxiété. De plus certains constataient que leurs patients prenaient ces molécules depuis plusieurs années et les toléraient bien.

M1 : « Elle est équilibrée avec son Stilnox®, très bien ! Cérébralement elle est très verte, je ne la détruis pas du tout ! Elle a 83 ans je lui fous la paix. »

M2 : « Non. Ben non parce qu'ils l'ont depuis tellement longtemps qu'en général ils n'ont plus d'effets indésirables. »

M5 : « Ben avant c'était le Noctran® ou le Noctamide® ou des trucs qui les shootaient pour trois jours. Donc c'était pas mieux ! (rire) » (...) « On voit plein de médicaments retirés du marché et ceux là ils sont toujours là... S'ils étaient si dangereux, ils seraient retirés ! (...) Le Stilnox® tout ça on nous dit c'est dangereux ! Attention ! Mais lui on ne nous dit jamais qu'on va l'enlever ! Donc c'est dangereux... ou c'est pas dangereux... (silence) C'est toujours là... On nous complique la prescription mais... c'est quoi la dangerosité réelle ? Moi j'en n'ai pas tant que ça qui ont des problèmes. Bon cette dame je te dis, elle est sous Stilnox®, elle est tombée mais... (...) Elle est tombée suite à un concours d'évènements qui ont fait que là forcément... c'était un peu prévisible. Mais... c'était pas vraiment le Stilnox® quoi. Le

Stilnox® elle l'a depuis vingt ans... elle ne tombait pas avant ! Ça fait vingt ans qu'elle en prend, vingt ans que ça ne se passe pas si mal. Elle a toute sa tête, elle est cohérente. »

V. Solutions évoquées par les médecins généralistes

A. Des médecins tournés vers l'avenir

Il y avait chez les médecins interrogés, des doutes importants sur le fait de parvenir à sevrer les patients âgés sous BZD ou HPN depuis plusieurs années. Cependant, tous ont exprimé la volonté de ne pas voir cette situation perdurer. Pour cela leurs efforts s'orientaient vers la prévention et l'éducation thérapeutique des personnes plus jeunes. Ils souhaitaient aussi en favoriser les aides non médicamenteuses pour ces patients en souffrance.

M12 : « Ben après ça peut passer par toutes les prises en charges paramédicales. S'il y a des douleurs associées on peut passer par la kiné, on a des reflexologues aussi par ici, on a des posturologues... On a plein de choses ! »

M2 : « C'est ça ! Et d'ailleurs des fois du coup, parce que j'y mets vraiment la couche, des fois ils ont peur, donc du coup ils retardent l'instauration, on tourne un peu avec les plantes, les trucs, les machins... Ils me disent bon ben non je vais essayer encore un petit peu, et puis après ils reviennent et si ça n'a pas marché ils

demandent le traitement. Mais il y a des fois où ils se posent des questions quand même quoi. »

B. Prévention et éducation thérapeutique

La solution la plus souvent évoquée était le recours à l'éducation thérapeutique (par le MG mais pas seulement) et à la prévention (campagnes télévisées, livrets d'information...) afin de sensibiliser les patients qui pourraient être en demande d'une solution médicamenteuse avant que la première prescription n'ait eu lieu.

M3 : « ...ça pourrait être aussi de l'éducation thérapeutique du patient. Ça pourrait être des patients entre eux qui s'échangent un peu leurs trucs pour savoir ' Bah moi les benzo, qu'est-ce que j'ai fait, qu'est-ce que j'en pense etc... Comment j'ai réussi à arrêter... ' Ce serait super hein ça. Je veux dire il y a pleins de trucs à faire mais... pour l'instant c'est un peu... il y a du pain sur la planche. On n'en est pas encore là quoi. (...) D'abord on explique un petit peu pourquoi il faut les arrêter. Risque de chute etc. On explique un peu comment on doit dormir etc. Les règles de bon sens pour aller dormir. Que ce soit alimentaire, activité sportive etc. Donc les risques qu'entraînent une prise de benzo au long cours. Et puis après on s'adapte un peu à ce que pense le patient. »

M7 : « Ben déjà, oui peut-être des petits livrets HAS sur les troubles du sommeil ça pourrait aider. Que ça ne soit pas toujours dit par la même personne tu vois ! Parce que n'empêche que les slogans « les antibiotiques c'est pas automatiques » ça a

super bien marché ! Ça aide. Donc oui des trucs comme ça je pense que ça pourrait aider pour les troubles du sommeil. »

M9 : « ...on pourrait, pourquoi pas, envisager éventuellement des infirmières ou des gens spécialisés qui pourraient aussi relayer le message. Je sais que c'est à la mode de faire travailler les infirmières... (...) Mais de toute manière ce sont des choses que n'a pas le temps de faire un médecin généraliste. »

M8 : « Ou au niveau de la pharmacie par exemple, délivrer avec les boîtes un petit fascicule régulièrement qui reprend un petit peu... Qu'est-ce que ce médicament ? Pourquoi il faut en reparler avec votre médecin traitant ? Dire qu'il y a d'autres méthodes qui existent pour gérer les troubles etc... Je pense que le pharmacien peut communiquer un peu là dessus. »

C. Accès à la psychothérapie

Améliorer l'accès à la psychothérapie et son remboursement par la sécurité sociale étaient également signalés comme des leviers possibles pour l'amélioration de la prise en charge des patients, aussi bien dans le sevrage en BZD que dans la prise en charge non médicamenteuse de l'anxiété et des troubles du sommeil. Ils voyaient la psychothérapie comme un moyen de ne pas recourir aux BZD et de s'en sevrer mais regrettaient que son utilisation soit si compliquée.

M10 : « Il faut quand même traiter le troubles dont elles se plaignent... Mettre une psychothérapie à domicile on n'y arrive pas encore. Ça pourrait être utile ceci dit. »

M4 : « ...ça s'articule forcément par un accès beaucoup plus simple éventuellement, pour traiter la cause des troubles du sommeil, donc aux psychothérapies. Je pense que ça peut être utile. Sans passer par la chimie hein, c'est évident.

M8 : « Une autre chose ça va être d'avoir une oreille attentive. Et je pense qu'on a bien trop peur en France, peut-être aussi parce que ce n'est pas pris en charge par la sécurité sociale et de ce fait là c'est mal connu. Mais un suivi chez un psychologue... Ben je pense que c'est terriblement plus important qu'un anxiolytique ! »

M3 : « Oui c'est fréquent parce qu'on va rembourser des médicaments mais on ne va pas rembourser la psychothérapie quoi. Alors c'est un peu... je veux dire c'est toujours un problème un peu français quoi. Je veux dire on est très peu préventifs quoi. (...) Il y a des choses à faire mais... Faut avoir des notions de psychothérapie, faut aller au CMP, il y a je ne sais pas trop combien de mois d'attente. En privé ça coûte quand même la peau des fesses, tout le monde ne peut pas se le permettre. Alors certaines mutuelles remboursent quand même quelques séances mais bon... »

D. Une implication nécessaire des pouvoirs publics ?

En évoquant le non remboursement de la psychothérapie et la prévention apparaissait un autre thème, celui de l'implication des pouvoirs publics. Plusieurs médecins évoquaient la nécessité d'actions menées par l'état. Aussi bien des campagnes de prévention, comme cela a pu se faire avec les antibiotiques, que le remboursement des techniques non médicamenteuses comme la psychothérapie.

M10 : « *Les politiques ont un rôle à jouer là dedans. En donnant les moyens aux communes de former des équipes pour pouvoir promouvoir, auprès des personnes âgées isolées, de la présence, sous les différentes formes que j'ai citées. Là on avancera ! Là il y aura une prise en charge qualitative et on pourra se permettre de ne pas avoir à soigner ces troubles anxieux. »*

M7 : « *Accepter que c'est normal de ne pas dormir... Après les campagnes d'information ça je pense que c'est bien. Ça ça pourrait bien marcher. »*

M1 : « *C'est toute euh, si tu veux c'est toute une société qui est à revoir parce que, évidemment, on est, on est, effectivement, on a notre part de responsabilité. Mais c'est toute une politique de santé et une politique éducative, il faut à l'école déjà éduquer les gens. »*

DISCUSSION

I. Principaux résultats

A. Un problème de santé connu et reconnu

En exposant leur vision des BZD et des HPN, à savoir des molécules aux effets indésirables importants, consommées abusivement par les PA et assimilées à des drogues à leurs yeux, les MG montrent qu'ils sont conscients du problème de santé publique que représentent ces molécules. Ils sont au fait des risques et des conséquences de l'utilisation de ces médicaments et en accord avec l'idée de sevrage nécessaire que l'HAS et les sociétés savantes préconisent.⁽¹⁾⁽³⁾⁽¹¹⁾

B. Un idéal contrarié

Les contraintes, liées à la pratique libérale du MG et au manque de ressources lié à un exercice solitaire, font que les MG peuvent éprouver des difficultés à appliquer leurs idéaux. Dans les faits, ils se retrouvent souvent en difficulté pour sevrer les sujets âgés en BZD, même s'ils sont convaincus que cela est nécessaire. De plus les patients en question, souffrent souvent de pathologies chroniques qui font passer les troubles du sommeil au second plan, le médecin les considérant comme non pathologiques et non prioritaires.

C. Dédouanement

Les MG reconnaissent leur rôle dans la consommation chronique de BZD et d'HPN par les patients âgés mais refusent d'en endosser seuls la responsabilité. Ils reprochent en effet aux patients leur attitude de consommateur. Selon eux notre société moderne mercantile incite les patients à agir de la sorte. À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à l'effet de notre société de consommation sur le rapport des patients aux soins médicaux.

Ils soutiennent également que l'état doit jouer un rôle dans l'éducation de ces patients et la prévention de l'abus de médicaments. On pourrait imaginer le même type de campagne d'information que ce qui a été fait pour les antibiotiques afin d'aider les MG dans leurs efforts.

D. Idéalistes malgré tout

Les MG restent convaincus de leur mission. Ils revendiquent le fait que l'éducation des patients et la prévention sont une part importante de leur travail.

« Mais nous, si on ne se motive pas un peu pour passer le message ça ne sert à rien ! Mais ça fait partie de notre boulot ! » (M6)

Ils voudraient savoir s'investir plus dans le bien être de leurs patients.

Dans le but d'améliorer la prise en charge de leurs patients, ils évoquent plusieurs idées :

- Mieux éduquer les patients sur l'utilité et les effets indésirables de ces médicaments. ⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾
- Développer l'accès à la psychothérapie en médecine ambulatoire en réduisant les délais d'attente dans les CMP ou en remboursant les consultations des psychologues libéraux. ⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾
- Améliorer la formation sur les troubles du sommeil et leur prise en charge, aussi bien durant les études que dans la formation continue des MG déjà installés ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

Ces trois idées ont déjà été évoquées dans d'autres études et se sont révélées être des outils efficaces pour améliorer le sevrage en BZD chez les personnes âgées.

II. Discussion autour de la méthode

A. Pourquoi une étude qualitative ?

La recherche qualitative qui s'est développée en même temps que les sciences humaines analyse l'expérience et le vécu des personnes plus que le fait scientifique. ⁽²¹⁾⁽²²⁾

a) Atouts de la méthode

Pour le domaine étudié dans cette thèse les faits scientifiques sont connus et ne sont pas remis en cause par le monde médical. ⁽²²⁾⁽¹¹⁾ Cependant lorsqu'on observe la prescription de BZD et d'HPN en France on constate que les chiffres ne sont pas en

accord avec les dernières recommandations. En effet la consommation de ces molécules chez les personnes âgées a tendance à stagner voir à augmenter.⁽²⁾

Nous avons donc essayé de comprendre pourquoi ces recommandations dont le bien-fondé fait l'unanimité, ne sont pas appliquées. Nous avons pour cela utilisé une méthode de recherche qualitative qui semblait plus adaptée pour répondre au questionnement du chercheur.⁽²¹⁾⁽²²⁾ De plus, une étude qualitative par théorisation ancrée sur le ressenti des MG concernant le sevrage en BZD et HPN chez les PA n'avait jamais été menée à notre connaissance.

b) Faiblesses de la méthode

L'étude est monocentrique, elle ne reflète que l'expérience d'un échantillon de MG de la région Haut-De-France et ne peut être généralisée aux MG français dans leur ensemble.

L'inclusion des MG correspondant aux critères recherchés s'est faite de proche en proche grâce aux réseaux de connaissances de l'auteur et des médecins interrogés. Malgré le fait que la variation maximale dans le profil des participants a été recherchée, il persiste probablement un biais de sélection.

B. Pourquoi la théorisation ancrée ?

a) Atouts

Lorsque que l'idée de cette étude est apparue, il n'a pas semblé judicieux de faire un registre des causes possibles de prescription de ces molécules, établi en amont par l'auteur, puis de le soumettre aux personnes interrogées en leur demandant de choisir les causes dans lesquelles elles se reconnaissaient. En effet, cela n'aurait

reflété que les idées de l'auteur, partagées par les médecins interrogés, et non leurs idées originales.

L'utilisation de la méthodologie par théorisation ancrée a permis de faire émerger des idées nouvelles que l'auteur n'aurait peut-être pas envisagées seul.⁽²²⁾

De plus, les entretiens individuels ont certainement permis aux médecins interrogés de se confier plus facilement sur certaines pratiques qui auraient pu attirer les reproches de leurs confrères ou dont ils savaient qu'elles n'étaient pas en accord avec les recommandations.

La triangulation des données a permis de valider les résultats et de s'assurer qu'ils n'étaient pas le fruit de l'interprétation de l'auteur seul.

b) Faiblesses

L'auteur s'est auto-formé dans la littérature à la théorisation ancrée et à la spécificité des entretiens dans cette méthodologie.⁽²¹⁾⁽²²⁾ Ses aptitudes à mener un entretien se sont développées au cours de l'étude et n'équivalent pas celle d'un chercheur expérimenté. Ceci a probablement abouti un biais d'investigation.

III. Discussion autour des résultats

A. Une connaissance juste du problème

Les MG interrogés dans cette étude déclarent connaître les effets indésirables des molécules en question et semblent sensibilisés au problème des BZD chez les PA. Tous ont une opinion négative de ces molécules. Ces résultats sont rassurants et

montrent que les mentalités évoluent. En effet, l'évaluation de l'avis des médecins généralistes sur les BZD par la revue *Exercer*[®] mettait en évidence des résultats plus mitigés quand à la réalité de la dépendance à ces médicaments.⁽²³⁾ Dans cette étude comme dans la notre, les MG ont déclaré connaître les règles de prescription des BZD.

De plus, aucun ne remet en cause le fait que les BZD et les HPN sont trop prescrits en France. Ils expriment d'ailleurs tous le souhait d'en prescrire moins. Cela laisse supposer que les MG seraient favorables à de futures mesures légales pour limiter la prescription de BZD. Ils décrivent d'ailleurs un abord plus facile du sevrage en BZD et HPN depuis que le *zolpidem* doit être prescrit sur ordonnance sécurisée⁽²⁴⁾ (Avril 2017). Cela leur offre une occasion de discuter de ce sujet que la plupart saisissent, se sentant ainsi appuyés dans leur argumentaire au patient à l'encontre de cette molécule. Ils ont donc une opinion positive sur cette nouvelle réglementation.

Par ailleurs, même si ce n'est pas évoqué dans les entretiens, le fait de devoir faire une ordonnance séparée pour le *zolpidem*, les amènent peut-être à remettre en question plus facilement ce traitement. Peut-être serait-il utile d'étendre la prescription sur ordonnance sécurisée à toutes les benzodiazépines, ne serait-ce que pour éviter le piège que représente le renouvellement automatique, sans remise en question du traitement dû à l'informatisation des prescriptions.

B. Des médecins désabusés

Le discours des MG interrogés traduit un certain fatalisme. Ils sont conscients des conséquences néfastes de leurs prescriptions de BZD et d'HPN, mais ne voient pas

de solution possible au problème avec les moyens à leur disposition. Ils se sentent parfois contraints de renouveler des prescriptions qui ne les satisfont pas, n'ayant aucune solution alternative plus adaptée à proposer au patient.⁽²³⁾

Certains remettaient également en cause la dangerosité de ces molécules, ou doutaient de l'utilité du sevrage. Cela pourrait être dû aux incohérences entre les recommandations de l'HAS et la poursuite de la commercialisation de ces molécules dont la prescription en dehors de celle du *zolpidem* n'est guère encadrée. Ils relevaient en effet que d'autres médicaments, dont les effets indésirables ont également été constatés, ne sont plus commercialisés.

« On voit plein de médicaments retirés du marché et ceux là ils sont toujours là... S'ils étaient si dangereux, ils seraient retirés ! Il y a plein de médicaments qu'on nous enlève. Là on nous diabolise l'Atarax®, il va bientôt être retiré si ça continue ! Le Stilnox® tout ça on nous dit c'est dangereux, attention, mais lui on ne nous dit jamais qu'on va l'enlever ! Donc c'est dangereux... ou c'est pas dangereux... (silence) C'est toujours là... On nous complique la prescription mais... c'est quoi la dangerosité réelle ? » (M5)

On peut également penser, que les difficultés rencontrées par le médecin pour sevrer les patients en BZD et en HPN et les échecs répétés de tentatives de sevrage, les amènent progressivement à penser, pour se rassurer, que ces molécules ne sont pas si nocives et que les patients ne tireront pas un grand bénéfice à arrêter ce traitement comparativement aux efforts qu'un sevrage en BZD ou en HPN demande au médecin.

« ...Pourquoi je vais aller me compliquer la vie à lui supprimer en lui disant je vais lui donner un placebo ? Qu'est-ce que ça va faire ? Est-ce que je vais lui redonner de

l'espérance de vie avec ça ? Pfff non je ne vais même pas lui dire ! Y'a plus rien à expliquer, elle est bien cette dame ! Elle est super bien cérébralement. Elle a 83 ans, elle est bien avec son Stilnox®, je crois que le Stilnox® marche bien, ça la fait dormir... Et puis tout va bien... Alors là je ne vais pas me poser des questions qui n'ont pas lieu d'être. » (M1)

Il semble que la conviction du médecin de la non faisabilité du sevrage, se répercute sur l'avis du patient, pour qui celui-ci semble alors également impossible. Dans ces conditions, le médecin ne consacrait plus de temps à l'éducation de ses patients, jugeant celle-ci inefficace dans ce domaine. Dans la littérature on retrouve ces notions de convictions du MG sur la non faisabilité du sevrage⁽¹⁴⁾ mais également:

- Le fait qu'une simple intervention du MG sur les effets indésirables et l'intérêt d'arrêter les BZD auprès de ses patients, les amenaient à remettre en question leur traitement, et pouvait réduire la consommation de BZD.⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽²⁵⁾
- La notion que plus l'intervention a lieu à un jeune âge et chez des patients qui prennent des BZD depuis peu de temps, plus les chances de succès du sevrage sont élevées.⁽²⁶⁾

Le fait que l'intervention du MG soit efficace sur la baisse de consommation de BZD, incite à intervenir chez tous les patients, en leur fournissant les informations nécessaires sur les effets indésirables de leurs traitements.

En revanche, la relation entre la précocité de l'intervention et le succès de celle-ci, laisse supposer que les chances de sevrage chez des sujets de plus de 65 ans, qui prennent des BZD depuis plusieurs années, sont réduites. Cela va dans le sens de la réflexion des médecins sur la non faisabilité du sevrage chez ce type de patient.

C. L'idée d'un effort global

L'idée d'une évolution nécessaire des pratiques et des prescriptions est présente dans le discours de tous les MG interrogés. Pour autant ils estiment ne pas être les seuls à devoir fournir des efforts. Un changement d'attitude des patients, à savoir moins de clientélisme et plus d'implication dans les soins, est souhaité par les MG. Ils soutiennent en effet que l'éducation thérapeutique et l'information sur les risques des BZD au long cours ne sont utiles que si les gens sont prêts à l'entendre et à remettre en cause leur fonctionnement actuel, qui est le modèle « à chaque mal un médicament » (M9).

Les patients ne sont pas les seuls à être blâmés par les MG pour expliquer la sur-prescription de BZD et d'HPN en France. La société de consommation est accusée d'influencer les patients mais aussi le médecin. Les publicités qui ont été faites au lancement de molécules comme le *zolpidem* ou le *zopiclone* a selon eux participer à la banalisation de la consommation et de la prescription des ces médicaments.

« Au début le marketing c'était le super somnifère sans risque ! (rire) Ça écrasait tous les autres et ça prenait le relais donc c'était zolpidem et zopiclone ! Mais bon c'est tout... Après petit à petit on découvre les effets pervers mais... ça a toujours été ! Je pense que le somnifère c'était un marché ! C'est un marché. (...) Il y avait à un moment des campagnes de pub à l'arrière des bus sur les troubles du sommeil. 'Vous dormez mal ? Parlez en à votre médecin !' À une époque, toutes les maladies avaient le droit à leur affiche et tu voyais le logo du labo en bas de l'affiche... » (M5)

C'est en ce sens également qu'ils estiment nécessaire l'implication de l'état dans ce problème par le biais de campagnes de prévention comme cela a pu être fait avec les antibiotiques ou de livrets d'information sur les traitements. Ces livrets pourraient par exemple être rédigés par l'HAS et être remis aux patients consommateurs de BZD au long cours par les médecins ou les pharmaciens.

« Oui peut-être des petits livrets HAS sur les troubles du sommeil ça pourrait aider. Que ça ne soit pas toujours dit par la même personne tu vois ! Parce que n'empêche que les slogans 'Les antibiotiques c'est pas automatiques' ça a super bien marché ! Ça aide. » (M7).

Il semble nécessaire de favoriser toute forme d'éducation thérapeutique et d'information des patients sur leur traitement puisque celle-ci est efficace sur la diminution de la consommation de BZD dans les études.⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

D. Solutions proposées

Les MG ne se contentent pas de souligner ce qui ne fonctionne pas dans le schéma actuel mais évoquent également des idées d'amélioration de prise en charge des patients pour les troubles du sommeil, l'anxiété et le sevrage en BZD et en HPN.

a) Education thérapeutique

L'éducation thérapeutique est l'idée qui revient le plus souvent dans leur discours et nous avons déjà vu que celle-ci est à développer car elle a montré son efficacité.⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽²⁵⁾

Ils soulignent que l'éducation thérapeutique est chronophage et certains expriment le fait que le temps passé à l'éducation du patient n'est pas rémunéré, ce qui peut être un frein à cette éducation. Par conséquent, certains médecins souhaitent que le temps consacré à l'éducation thérapeutique soit rémunéré.

Cependant il existe déjà en France une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) dont un des critères est la prescription de BZD. Les MG qui prescrivent peu de BZD perçoivent ainsi une prime plus importante que ceux qui en prescrivent beaucoup. Cependant, cette ROSP mise en place à partir de Janvier 2012, n'a pas fait évoluer la prescription de BZD à la baisse en France. En effet, le nombre total de patients ayant débuté un traitement par BZD est plus important entre Janvier et Décembre 2012 qu'entre Janvier et Décembre 2011. De plus, la proportion de ces patients ayant poursuivi le traitement au delà des douze semaines recommandées est également plus importante en 2012 qu'en 2011.⁽²⁾⁽²⁷⁾

Ces résultats sont comparables aux chiffres de prescription de psychotropes par les MG aux Etats-Unis qui ont également augmentés entre 2003 et 2012 selon une étude parue en Avril 2017 dans *The Journal of Clinical Psychiatry*®.⁽²⁸⁾

Il est intéressant de relever un point abordé dans l'étude de Cédric Rat⁽²⁷⁾ de Juillet 2014 : Il semble que les recommandations visant à diminuer les prescriptions de BZD à demi vie longue aient eu comme conséquence de favoriser la prescription de BZD à demi vie courte. Or, dans cette étude, la consommation de BZD à demi vie courte était liée à une consommation au delà des durées recommandées plus importante que celle des BZD à demi vie longue. Ces considérations doivent, si elles sont confirmées, être prises en compte dans le choix des molécules prescrites.

b) Psychothérapie

La plupart des MG évoquent la psychothérapie comme l'un des outils les plus efficace aussi bien dans la prise en charge des troubles du sommeil ou de l'anxiété que dans le sevrage en BZD ou en HPN. Cependant, la quasi totalité des MG expriment avoir des difficultés à y accéder. Le délai d'obtention des rendez-vous et le coût des séances, non remboursées par la sécurité sociale, sont les principales causes évoquées.

Ce problème mérite qu'on s'y intéresse car si l'utilité de la psychothérapie dans la prise en charge des troubles du sommeil et de l'anxiété est connue, elle semble également efficace dans le sevrage en BZD.⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾ Les PA tireraient certainement avantage d'un accès rapide et remboursé à la psychothérapie qui apparaît comme un outil précieux dans l'accompagnement du sevrage en BZD ou en HPN.

c) Formation des médecins généralistes

Le dernier point fréquemment évoqué par les MG est la formation insuffisante des praticiens. Ce manque de formation se fait selon eux ressentir aussi bien dans la prise en charge des troubles du sommeil que dans l'encadrement du sevrage des PA.

Ils rapportent ne pas avoir appris à gérer ces situations durant leur cursus universitaire et disent appliquer au quotidien ce qu'ils ont appris de manière empirique sans pour autant être certains de faire les bons choix.

« Je pense qu'au niveau du cursus on pourrait améliorer l'appréhension qu'ont les futurs prescripteurs de ces molécules là. J'ai vraiment eu le sentiment en ce qui me concerne d'apprendre à... Et encore je n'ai pas la prétention de le faire le mieux possible (rire)... Je fais de mon mieux ! Mais pas forcément de manière idéale...

D'apprendre ça en stage sur le terrain à la toute fin de notre cursus, et qu'au moment où on nous apprend ça, ça soit terriblement abstrait. » (M8)

Là aussi la littérature leur donne raison, puisqu'on y retrouve que les connaissances des MG sur les molécules qu'ils prescrivent pour les troubles du sommeil et l'anxiété sont incomplètes, voir parfois erronées.⁽¹⁸⁾⁽²⁰⁾ Leurs connaissances sur les troubles du sommeil sont elles aussi limitées⁽¹⁹⁾ ce qui se traduit bien dans les discours des MG interrogés dans cette étude.

Cela peut probablement être relié au manque d'information délivré par les MG concernant les effets indésirables des BZD et des HPN. En effet il est possible qu'ils évitent d'en parler car ils ne sont pas certains de leurs connaissances et donc pas à l'aise sur ce sujet.

Dans une étude réalisée en Allemagne⁽²⁹⁾ on observe que les MG prescrivent plus de BZD que les psychiatres. Même si ces derniers dans cette étude les prescrivaient d'avantage pour des troubles anxieux que pour des troubles du sommeil à l'inverse des MG. Cela peut laisser penser qu'un meilleur partage de l'information et des connaissances entre les différentes spécialités permettrait de réduire la prescription de BZD.

CONCLUSION

Cette étude met en évidence les difficultés rencontrées par les MG pour sevrer leurs patients âgés en BZD et en HPN. Le sevrage leur apparaît comme une mission difficile, voir pour certains irréalisable, lorsque la consommation de ces molécules remonte à plusieurs années.

Elle montre aussi que, même s'ils rencontrent de nombreux obstacles dans cette tâche difficile, ils continuent d'essayer de prendre en charge le mieux possible leurs patients. Faute de réussir à sevrer la totalité de leurs patients âgés en BZD et en HPN, ils sont extrêmement attentifs aux initiations de traitements à visée hypnotique ou anxiolytique chez cette population fragile. Ils ne souhaitent pas reproduire les schémas de prescription systématique pour chaque plainte que leurs prédécesseurs ou eux même pouvaient appliquer il y a quelques années.

Ils souhaitent mettre l'accent sur la prévention, l'éducation thérapeutique des patients, les méthodes non médicamenteuses d'accompagnement telles que la psychothérapie, et améliorer leur formation théorique et pratique sur les troubles du sommeil, les troubles anxieux et leur prise en charge.

C'est dans cette optique d'amélioration de la prise en charge de leurs patients que les MG sont en demande de moyens supplémentaires comme l'accès plus facile et remboursé à la psychothérapie, une implication de l'état dans des campagnes nationales de prévention avec des supports multiples, et l'amélioration de leur

formation sur les troubles du sommeil. En effet, actuellement, les médecins se sentent parfois démunis face à ces patients consommateurs de BZD et d'HPN au long cours qui sont avant tout des personnes en souffrance.

Cette étude nous fait également évoquer des pistes de recherche complémentaires :

- Il serait intéressant de mener une étude interventionnelle mesurant l'effet sur la consommation de BZD d'une information délivrée au patient par le MG sur les effets indésirables de ces traitements et les bénéfices attendus du sevrage. À notre connaissance cela n'a encore jamais été fait en France.
- L'effet de notre société marchande actuelle, sur le rapport des patients aux soins et à la consommation de médicaments, décrit par les MG dans cette étude, mériterait également d'être étudié.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. HAS - Améliorer la prescription des psychotropes chez les sujets âgés. Octobre 2007 [Internet]. [cité 31 juill 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_psychotropes_version_longue_190208.pdf
2. Etat des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 21 juill 2016]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information>
3. HAS - Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Octobre 2007 [Internet]. [cité 31 juill 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_bzd_-_version_finale_2008.pdf
4. VIDAL - VALIUM ROCHE 10 mg cp séc - Pharmacodynamie [Internet]. [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/valium_roche-17214-pharmacodynamie.htm
5. Landry P, Gervais M, O'Connor KP. Mise à jour sur les considérations pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et les interactions médicamenteuses dans le choix d'une benzodiazépine. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. août 2008;166(7):585-94.
6. VIDAL - STILNOX 10 mg cp pellic séc - Pharmacodynamie [Internet]. [cité 12 août 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/stilnox_10_mg_cp_pellic_sec-15568-pharmacodynamie.htm

7. Martinez-Cengotitabengoa M, Diaz-Gutierrez MJ, Besga A, Bermúdez-Ampudia C, López P, Rondon MB, et al. Benzodiazepine prescriptions and falls in older men and women. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2 mars 2017;
8. Gage SB de, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues J-F, Pérès K, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ.* 27 sept 2012;345:e6231.
9. Gage SB de, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ.* 9 sept 2014;349:g5205.
10. Nurminen J, Puustinen J, Lähteenmäki R, Vahlberg T, Lyles A, Partinen M, et al. Handgrip strength and balance in older adults following withdrawal from long-term use of temazepam, zopiclone or zolpidem as hypnotics. *BMC Geriatr.* 21 nov 2014;14:121.
11. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* nov 2015;63(11):2227-46.
12. Williams F, Mahfouz C, Bonney A, Pearson R, Seidel B, Dijkmans-Hadley B, et al. A circle of silence: The attitudes of patients older than 65 years of age to ceasing long-term sleeping tablets. *Aust Fam Physician.* juill 2016;45(7):506-11.
13. Reeve E, Ong M, Wu A, Jansen J, Petrovic M, Gnjjidic D. A systematic review of interventions to deprescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. *Eur J Clin Pharmacol.* août 2017;73(8):927-35.
14. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient

education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med.* juin 2014;174(6):890-8.

15. Markota M, Rummans TA, Bostwick JM, Lapid MI. Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies. *Mayo Clin Proc.* nov 2016;91(11):1632-9.

16. Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry.* févr 2014;204(2):98-107.

17. 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.* févr 2004;161(2):332-42.

18. Bachmann CS, Berg EA, Spigset O, Slørdal L. [Benzodiazepine-like hypnotics--attitudes and prescription practice among general practitioners]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 17 janv 2008;128(2):166-70.

19. Hayes SM, Murray S, Castriotta RJ, Landrigan CP, Malhotra A. (Mis) perceptions and interactions of sleep specialists and generalists: obstacles to referrals to sleep specialists and the multidisciplinary team management of sleep disorders. *J Clin Sleep Med.* 15 déc 2012;8(6):633-42.

20. Soong C, Soong C. High prevalence of inappropriate benzodiazepine and sedative hypnotic prescriptions among hospitalized older adults. *Journal of Hospital Medicine [Internet].* 1 mai 2017 [cité 6 août 2017];12(5). Disponible sur: <http://www.journalofhospitalmedicine.com/jhospm/article/136494/hospital-medicine/high-prevalence-inappropriate-benzodiazepine-and-sedative>

21. HENNEBO N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine V1.0 [Internet]. [cité 6 août 2017]. Disponible sur: <http://www.theorisationancree.fr/guide.pdf>
22. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. De Boeck. Louvain-la-Neuve; 2014.
23. Canévet J. Consommateurs de benzodiazépines au long cours : qu'en pensent leurs médecins généralistes prescripteurs ? *exercer* 2012. Volume 23(N° 101):Pages 52 à 58.
24. Arrêté du 7 janvier 2017 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de zolpidem administrés par voie orale [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033843028&dateTexte=&categorieLien=id>
25. CREST M. La déprescription: les patients sont-ils prêts. Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription [Thèse médecine]. 2012. Paris: Faculté de médecine Paris Descartes,. :2012.
26. Morgan SG, Weymann D. Patterns, predictors and persistence of chronic sedative use: a population-based observational study of older adults in British Columbia, Canada. *Eur J Clin Pharmacol*. août 2017;73(8):1001-8.
27. 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*. 11 juill 2014;14:301.
28. Maust DT, Blow FC, Wiechers IR, Kales HC, Marcus SC. National Trends in Antidepressant, Benzodiazepine, and Other Sedative-Hypnotic Treatment of Older Adults in Psychiatric and Primary Care. *J Clin Psychiatry*. avr 2017;78(4):e363-71.

29. Mell T, Jacob L, Fuhr I, Dick S, Rapp MA, Kostev K. Patterns of benzodiazepine prescribing by neuropsychiatrists and general practitioners for elderly patients in Germany in 2014. *Int J Clin Pharmacol Ther.* juin 2017;55(6):466-71.

AUTEUR : DEMOUVEAUX Adrien

Date de Soutenance : 14 Septembre 2017

Titre de la Thèse : Sevrage en benzodiazépines des patients âgés en médecine générale : utopie ou réalité ?

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Benzodiazépines, sevrage, personnes âgées, médecins généralistes, théorisation ancrée

Résumé :

Contexte : En France 20% des personnes âgées (PA) consomment des benzodiazépines (BZD) au long cours alors que la durée de consommation maximum recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) est de douze semaines. Cette surconsommation est responsable d'une accoutumance et d'effets indésirables tels que des chutes et une altération cognitive accélérée. Les médecins généralistes (MG) sont les principaux prescripteurs de BZD. L'objectif de cette étude est de comprendre les raisons qui poussent les MG à continuer à prescrire des BZD à leurs patients âgés.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par théorisation ancrée. Douze entretiens compréhensifs ont été menés entre Janvier et Juillet 2017 auprès de MG thésés, installés ou remplaçant régulièrement dans les mêmes cabinets des Hauts-De-France. Ces entretiens ont été analysés avec l'aide du logiciel NVivo11®. L'analyse de chaque entretien a été triangulée. Une fois arrivé à saturation des données, deux entretiens supplémentaires ont été nécessaires afin de la confirmer.

Résultats : Les MG sont conscients du problème de santé publique causé par les BZD au long cours chez les PA. Ils trouvent ces médicaments dangereux et inutiles dans les troubles du sommeil qu'ils ne considèrent pas comme pathologiques pour l'âge. Ils consacrent plus d'énergie à ne pas instaurer de BZD plutôt qu'au sevrage. À leurs yeux, notre société de consommation, la surcharge de travail du MG et la sympathie pour les patients, sont des freins au sevrage. Ils doutent de la faisabilité et parfois de l'utilité de celui-ci. Les solutions qu'ils proposent pour le problème des BZD chez les PA sont : la prévention et l'éducation thérapeutique, l'amélioration de l'accès à la psychothérapie et une implication des pouvoirs publics dans la lutte contre la consommation de BZD chez les PA.

Conclusion : Les MG sont convaincus de l'utilité du sevrage mais pas de sa faisabilité. Ils se tournent vers l'avenir en limitant les instaurations de traitement et en proposant des solutions innovantes.

Composition du Jury :

Présidente : Professeur PASQUIER Florence

Asseseurs : Professeur PUISIEUX François

Professeur LEROUGE Patrick

Directeur de thèse : Docteur DELFORGE François