



HAL
open science

Élaboration d'un outil de formation en ligne de type RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) pour l'optimisation des prescriptions des benzodiazépines en médecine générale

Élodie Coispeau

► To cite this version:

Élodie Coispeau. Élaboration d'un outil de formation en ligne de type RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) pour l'optimisation des prescriptions des benzodiazépines en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01301929

HAL Id: dumas-01301929

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01301929v1>

Submitted on 13 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

Collège Sciences de la santé

Année 2016

Thèse n°28

Thèse pour l'obtention du

DOCTORAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplôme d'État

Par COISPEAU Élodie

Née le 06/04/1986 à Chartres (28)

Présentée et soutenue publiquement le 17/02/2016

Élaboration d'un outil de formation en ligne de type RPIB (Repérage précoce et intervention brève) pour l'optimisation des prescriptions des benzodiazépines en médecine générale

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA

Membres du Jury :

Professeur Jean-Louis DEMEAUX : président

Docteur Christophe ADAM : rapporteur

Professeur Bruno AOUIZERATE : juge

Docteur Olivier COSTE : juge

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury,

À Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMAUX, professeur de médecine générale et directeur adjoint du département de médecine générale, **président du jury** : Vous aviez accepté de participer au comité de pilotage du projet RPIB Benzos et Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse. Veuillez recevoir en ces mots, mes plus vifs remerciements et l'expression de mon plus profond respect.

À Monsieur le Docteur Philippe CASTERA, médecin généraliste, coordinateur d'AGIR 33 Aquitaine et maître de conférences associé à l'Université de Bordeaux, **directeur de thèse et membre du jury** : Merci de m'avoir accompagnée dans ce projet passionnant qui, je l'espère, continuera avec d'autres doctorants après la soutenance de ma thèse. Vos conseils et votre disponibilité ont été très précieux pour l'aboutissement de ce travail.

À Monsieur le Docteur Christophe ADAM, médecin généraliste et maître de conférences associé à l'Université de Bordeaux, **rapporteur et membre du jury** : Vous m'avez fait l'honneur d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse, soyez assuré de ma sincère reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

À Monsieur le Professeur Bruno AOUIZÉRATE, praticien hospitalier, professeur des universités et chercheur au pôle universitaire de psychiatrie adulte du CHU de Bordeaux, **membre du jury** : Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et du temps que vous avez bien voulu y accorder. C'est un honneur de vous compter parmi les membres de mon jury.

À Monsieur le Docteur Olivier COSTE, praticien attaché consultant à la Clinique du sommeil du CHU de Bordeaux, praticien attaché consultant au Centre de référence Maladies rares Hypersomnie du CHU de Bordeaux, **membre du jury** : Je vous remercie de la considération que vous avez porté à ce travail et du temps que vous y avez accordé. Veuillez trouver l'expression de ma gratitude et de mon respect.

À ceux qui ont participé au projet du tutoriel « RPIB Benzos »,

À toute l'équipe d'AGIR33, notamment **Audrey et Nathalie,**

À tous les membres du comité de pilotage, le **Docteur CASTERA Philippe**, le **Professeur DEMEAUX Jean-Louis**, le **Professeur HARAMBURU Françoise**, le **Docteur KINOUBANI Shérazade**, le **Professeur SAUX Marie-Claude**, le **Docteur SUREAU Christophe**, le **Docteur Benoît FLEURY**, le **Docteur Martine VALADIE-JANNEL** et particulièrement le **Docteur GUEZ Laurent**, pour son investissement dans les mini-films,

À Mathieu GERVAISE, pour son aide précieuse dans le tournage et le montage des vidéos,

À Télé santé Aquitaine,

Sans qui ce projet n'aurait pas été possible.

Aux quinze médecins qui ont fait partie de l'enquête qualitative, vous vous reconnaîtrez. Sans vous, cette thèse n'aurait pas été réalisable, merci du fond du cœur pour le temps que vous y avez passé, et je sais que pour certains ce fut laborieux. Recevez toute ma reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

À ma famille, mes amis :

À Thomas, pour tout.

À mes parents et mon petit-frère, pour leur soutien indéfectible au cours de mon parcours scolaire et professionnel.

À Mamie et Papy, pour m'avoir toujours encouragée et soutenue tout au long de mes études.

À Hélène et Jean-Yves, pour votre relecture rigoureuse et votre gentillesse.

À Sophie, Magali et Sylvie, mes amies d'enfance et d'adolescence, vous qui me connaissez si bien et qui m'avez accompagnée tout au long de ce parcours dans les bons comme dans les mauvais moments.

À Fatime, Blandine, Amélie et Camille pour toutes les joies et les peines que l'on a vécues au lycée, et le soutien que vous avez pu m'apporter ensuite, même à distance.

À Mélanie, pour toutes ces belles années de faculté qu'on a passées ensemble à Tours, depuis les bancs de la P1 à l'ECN et pour ton soutien indéfectible malgré la distance.

Aux autres amis de la faculté de Tours avec qui j'ai de si bons souvenirs : **Romain, Daphné, Karine, Laurène, Raphie, Julien, Cynthia, Marie, Émeline, Adrien, Laure, Mathieu, Vivien, Marion, Onyinyé, Igor et tous les autres.**

À Marie, merci de ton soutien pour la réalisation de cette thèse, que de chemin parcouru depuis Périgueux !

Aux autres membres de mon premier semestre d'internat en Aquitaine à Périgueux, pour la fête et les délires : **Daphné, Sophie, Etienne, Barlat, Paulo, Céline, Leïla, Vanessa, Marie, Cécile, Géraldine, papa Klotz, Babinou, Chloé et tous les autres**, qu'est-ce qu'on s'est amusés !

À Chloé et Élo, mes amies caennaises, merci à l'internat en Aquitaine qui m'a permis de vous rencontrer, merci d'être là.

À Marie et Chloé, mes « super colocs » à Pau pendant un semestre d'hiver, à nos soirées culture « cinéma » et à nos sorties ski.

À Katell, qui m'a appris à être médecin à Dax en 2^{ème} semestre, tu as été un vrai modèle de compétences, d'humanité et d'humilité. Merci pour tout.

Aux autres médecins qui ont ponctué mon parcours d'étudiante et qui ont façonné ma manière d'exercer aujourd'hui : **Christophe, Myriam, Esther, Philippe, Olivier.**

Table des matières

• INDEX DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	7
• INDEX DES ABREVIATIONS.....	8
• RÉSUMÉ.....	9
• ABSTRACT.....	10
• INTRODUCTION.....	11
• I. JUSTIFICATION.....	13
I.1. La balance bénéfico-risque des benzodiazépines.....	13
I.1.1. Propriétés et indications des BZD : pour quels bénéfices ?.....	13
I.1.2. Les risques des BZD.....	14
I.1.3. Un encadrement justifié de la prescription par des recommandations strictes.....	15
I.2. Etat des lieux de la consommation de BZD à l'échelle européenne et française.....	16
I.2.1. Au niveau européen :.....	16
I.2.2. Au niveau national :.....	16
I.2.3. Comment expliquer le fait que la France ait une consommation si importante de BZD en comparaison avec celle des autres pays européens ?.....	18
I.3. Synthèse des recommandations.....	18
I.3.1. Insomnie en médecine générale.....	19
I.3.2. Anxiété en médecine générale.....	20
I.3.3. Sevrage alcoolique.....	21
I.3.4. Sevrage en benzodiazépines.....	21
I.4. Justification du choix de l'intervention brève pour amorcer un sevrage en BZD chez des consommateurs chroniques.....	22
I.4.1. Présentation du RPIB (Repérage précoce et intervention brève).....	22
I.5.2. Donnée préliminaires concernant le sevrage en BZD.....	24
I.5. Les tutoriels en ligne.....	25
I.6. Question de recherche.....	26
I.7. Hypothèses.....	26
I.8. Objectifs.....	26
I.9. Plan du développement.....	26
• II. Partie 1 : Elaboration de la version 0 du RPIB Benzos.....	27
II. 1. Matériel et Méthodes.....	27
II.1.1. Composition du comité de pilotage.....	27
II.1.2. Revue de la littérature.....	27

II.3. Résultats.....	29
II.3.1. Mise en route du projet.....	29
II.3.2. Résultats de la revue de la littérature.....	30
II.3.3. Analyse des résultats de la revue	32
II.3.4. Développement de la version 0 du tutoriel RPIB Benzos.....	40
• III. Partie 2 : Élaboration de la version 1 du RPIB Benzos et test	42
III.1. Matériel et Méthodes	42
III.1.1. Deuxième réunion du CP	42
III.1.2. Architecture du site web pour la mise en ligne du tutoriel.....	43
III.1.3. Étude qualitative	45
III.2. Résultats.....	47
III.2.1. Finalisation et livraison de la version 1 du tutoriel.	47
III.2.2. Évaluation de la lisibilité, de l' « acceptabilité » et de la satisfaction de l'outil par un échantillon de médecins généralistes	48
• IV. DISCUSSION	63
IV.1. Pertinence du choix d'un tutoriel en ligne	63
IV.2. Revue de la littérature sur les freins à l'application des recommandations pour la prescription des BZD par les médecins généralistes.....	63
IV.3. L'enquête qualitative	66
• V. CONCLUSION	72
• VI. BIBLIOGRAPHIE.....	73
• VII. ANNEXES	78
• SERMENT D'HIPPOCRATE	87

INDEX DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 :	Consommation totale de BZD et app. de 2000 à 2012 (DDJ/1000 hab/j).....	Page 17
Figure 2 :	Diagramme de flux des résultats de la revue de la littérature.....	Page 30
Tableau 1 :	Résultats principaux des études retenues.....	Page 32
Figure 3 :	Page d'accueil du tutoriel RPIB Benzos	Page 44
Tableau 2 :	Caractéristiques personnelles des médecins.....	Page 48

INDEX DES ABREVIATIONS

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

BZD : Benzodiazépines

DDJ : Dose définie journalière

GP : General practitioner

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

ARS : Agence régionale de santé

RPIB : Repérage précoce et intervention brève

HAS : Haute autorité de santé

FMC : Formation médicale continue

DPC : Développement professionnel continu

OMEDIT : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

TOC : Trouble obsessionnel compulsif

RCP : Résumé des caractéristiques du produit

OPEPS : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé

TSA : Télésanté Aquitaine

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

CSAPA : Centre spécialisé d'accompagnement et de prévention en addictologie

CMP : Centre médico-psychologique

TCC : Thérapie cognitive et comportementale

RÉSUMÉ

Objectifs : La surconsommation de BZD en France est un problème de santé publique. Malgré des recommandations toujours plus nombreuses sur le sujet, les médecins de famille ont encore des difficultés pour les mettre en pratique. Nos objectifs étaient de construire un tutoriel à destination des médecins généralistes, en nous appuyant sur les recommandations et en tenant compte des freins à leur application identifiés, de mettre en ligne le tutoriel RPIB Benzos, sur un site web dédié et d'évaluer la satisfaction d'un échantillon de médecins généralistes « testeurs » de l'outil.

Méthode : Dans un premier temps, nous avons construit le tutoriel en suivant les recommandations et en faisant valider chaque étape par un groupe d'experts, dont un tiers de médecins généralistes. En parallèle, nous avons effectué une revue de la littérature concernant les freins existants à l'application de ces recommandations par les médecins généralistes. Dans un second temps, nous avons finalisé le tutoriel et contacté Télésanté Aquitaine (TSA) pour construire l'architecture du site web. Nous avons également élaboré un guide d'entretien semi-dirigé pour réaliser une enquête qualitative auprès d'un échantillon de médecins généralistes ayant testé le tutoriel. Les médecins généralistes ont été choisis par l'enquêtrice en variabilité maximale et contactés par téléphone.

Résultats : Les freins identifiés à l'optimisation de la prescription de BZD par les médecins traitants sont de multiples natures, se potentialisant entre eux. Parmi ceux-ci on note l'insuffisance de formation sur le sujet et la vision positive du médicament. Nous avons conçu le tutoriel dans le but de lever ces deux obstacles. Après prise en compte des différentes sessions de critique des experts, le tutoriel final se présente sous format vidéo, composé de six modules de formation, neuf vidéos de mini-consultations, de références, de documents imprimables pour les patients et d'un quizz. La mise en ligne sur le site internet provisoire « addictutos » a été effectuée et nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés avec les quinze médecins qui ont accepté de participer à l'enquête. En majorité, ces médecins ont jugé le tutoriel RPIB Benzos utile et facile d'utilisation. Les critiques concernaient certains points précis de la présentation et la faible applicabilité des outils issus des TCC en soins primaires.

Conclusion : Le tutoriel RPIB « Benzos » a été élaboré en tenant compte des freins identifiés dans la littérature pour aider les médecins généralistes à optimiser leur prescription de BZD. Les critiques des médecins généralistes ayant testé l'outil ont permis de l'optimiser pour qu'il soit le plus adapté possible aux soins primaires. La version définitive fera l'objet d'une enquête plus importante sur le territoire aquitain. Ce travail est la première étape d'un projet plus global visant à intervenir auprès des médecins et des patients pour permettre une diminution de la consommation de BZD en France.

Discipline : Médecine générale

Mots-clés : Benzodiazépines, RPIB, Tutoriel, Médecine générale

U.F.R. : Université de Bordeaux – UFR des Sciences médicales

ABSTRACT

Title : Development of an e-learning training tool named RPIB (screening and brief intervention) to optimize benzodiazepine prescription in primary care.

Aims : Excessive consumption of benzodiazepines in France remains a public health issue. Though many official recommendations, general practitioners still have difficulties to apply them. Our aims were to build a tool dedicated to GP, using recommendations and barriers identified in literature, to put online the training tool RPIB Benzos on a dedicated website, and to assess the satisfaction of a pool of physicians who tried the tool.

Method : First we built the training tool following official recommendations on the topic, with a validation of each step by an expert group. At the same time, we performed a systematic review about constraints existing for practical application of these recommendations by general practitioners. Then we rounded off the tool and contact Télésanté Aquitaine in order to build the design of the web site. We also worked out a semi-structured interview guide to realize a qualitative survey with a sample of general practitioners who were supposed to try the tool. General practitioners were chosen by the investigator and joined by phone.

Results : We identified many constraints to the benzodiazepine prescription optimization by general practitioners with a potentiating effect. Among them, we find the lack of training on the topic and the positive vision of the drug. We built the tool in order to break down these barriers. We worked step by step as the experts group criticized each revision of the work. The final training tool is a video format, composed of six modules of training sessions, nine movies of medical consultations examples, references, printable documents for patients and a final quiz. Setting online on AGIR 33 Aquitaine website was performed and we conducted semi-structured interviews with fifteen doctors who accepted to participate to the investigation. Most of these physicians judged the training tool RPIB Benzos useful and easy handling. Critics focused on precise points in the display and the low applicability of cognitive behavioral therapy tool in primary care.

Conclusion : Training tool RPIB Benzos was developed reflecting constraints identified in literature to help general practitioners to optimize benzodiazepine prescription. Physicians critics allowed us to improve the tool to make it more appropriate to primary care. The final version will be part of another survey, which will be a bigger one, on the whole Aquitaine territory. This work is the first step of an overall project which aims to take action close to general practitioners and patients to allow a decrease of benzodiazepine consumption in France.

Keywords : Benzodiazepines, RPIB, Online course, training tool, General Medical Practice

INTRODUCTION

En novembre 2014, le Groupe Pompidou publie la première étude européenne sur la consommation de psychotropes (1). Elle met en avant une surconsommation féminine, à tout âge, avec une « relative facilité d'acquisition ».

Selon *l'Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*, réalisé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en 2013 (2), la France était toujours le premier consommateur de benzodiazépines (BZD) en Europe en 2009, hypnotiques et anxiolytiques confondus.

Les effets secondaires des BZD prescrits au long cours sont de mieux en mieux connus. En particulier, des études récentes ont établi une association entre une consommation chronique de BZD et l'apparition de troubles cognitifs (voire de la maladie d'Alzheimer) (3).

D'autre part, il est maintenant clairement reconnu qu'après quelques semaines les BZD perdent leur efficacité lorsqu'elles sont prescrites pour insomnie et anxiété, leurs deux indications principales. Pour ces deux pathologies, d'autres traitements, qu'ils soient médicamenteux ou non, ont prouvé une efficacité supérieure dans la durée et sans les effets secondaires engendrés par les BZD (4) (5).

Ainsi, l'utilisation au long cours des BZD ne se justifie pas, sauf rares exceptions, et les recommandations de prescription issues de la Base de données publique des médicaments sont claires (6) : le temps d'utilisation maximal des BZD est de 4 semaines pour les hypnotiques et de 12 semaines pour les anxiolytiques (période de réduction de posologie incluse).

Pourtant, en pratique, les chiffres officiels sur les temps de consommation de BZD en France sont encore éloignés de ces recommandations. Certains facteurs ont été identifiés dans la littérature comme des freins à l'application de ces recommandations par les médecins généralistes, premiers prescripteurs de ces molécules. Parmi ceux-ci, on peut citer la dépendance à ces substances, véritable obstacle au sevrage tant pour le patient que pour le médecin généraliste, qui, faute de leviers efficaces, se heurte fréquemment à une peur du syndrome de sevrage (7).

Cependant, il existe de nombreuses études en France et en Europe portant sur la réduction, voire l'arrêt, des BZD en ambulatoire, chez des patients en consommant pendant de longues durées, avec des résultats encourageants. Ces études utilisent l'intervention brève comme point de départ à tout sevrage en BZD chez un patient consommateur hors du cadre des recommandations (soit en termes de durée, soit en termes de temps d'utilisation) (8).

Nous avons donc mené une réflexion sur la manière d'aider le médecin généraliste à optimiser ses prescriptions de BZD en utilisant le modèle du RPIB, qui a fait ses preuves en addictologie, notamment dans la prise en charge des addictions à l'alcool, au tabac et au cannabis (9).

Le promoteur du projet est le réseau AGIR 33 Aquitaine, chargé de différentes missions de coordination en soins primaires et en addictologie, financées par l'Agence régionale de santé (ARS) d'Aquitaine. Notre but était de créer un outil pédagogique et facile d'accès pour le médecin généraliste, sur le modèle du RPIB Alcool, qui permettrait :

- de proposer des solutions alternatives à la prescription initiale de BZD ;
- d'identifier les consommateurs hors du cadre des recommandations et notamment ceux les plus avancés dans leur processus de changement ;
- de proposer des interventions adaptées aux principales situations ;
- de mettre à la disposition des généralistes des outils simples qui leur soient destinés (à visée diagnostique et thérapeutique) et d'autres à remettre au patient ;
- d'orienter les patients dont les problèmes complexes justifient une prise en charge addictologique et/ou psychiatrique.

La question centrale de notre recherche était : comment construire un outil de formation/intervention, d'accès simple, à l'usage du médecin généraliste, visant à optimiser la prescription de BZD ?

I. JUSTIFICATION

D'abord, nous rappellerons les propriétés des benzodiazépines et leurs bénéfices, mais aussi les risques auxquels elles exposent le patient.

Ensuite, nous dresserons l'état des lieux de la consommation de BZD en France et en Europe.

Dans un troisième temps, nous présenterons une synthèse des recommandations existantes quant à la prescription des BZD hypnotiques et anxiolytiques.

Nous justifierons également le choix de l'intervention brève (IB) comme une des solutions possibles pour optimiser la prescription de BZD en ambulatoire.

Nous terminerons par la justification du choix du tutoriel en ligne comme modalité de transmission des informations.

I.1. La balance bénéfice-risque des benzodiazépines

I.1.1. Propriétés et indications des BZD : pour quels bénéfices ?

Les BZD sont des molécules commercialisées depuis les années 1960, qui agissent sur le système nerveux central et qui ont des propriétés hypnotiques, anxiolytiques, myorelaxantes et anti convulsivantes.

Elles présentent une structure chimique commune formée d'un cycle diazépine fusionné avec un cycle benzène. Les radicaux varient d'une molécule à l'autre, ce qui leur confère une activité spécifique et des paramètres pharmacocinétiques différents (délai d'action, durée d'action, temps d'élimination). Elles agissent sur le système nerveux central par l'intermédiaire des récepteurs GABA (Acide Gamma Aminobutyrique).

Environ 40% des neurones du cerveau sont sensibles au GABA. Il exerce en général une influence apaisante. Les BZD augmentent son effet inhibiteur (10).

Deux molécules hypnotiques sont également rapprochées de cette classe : le zolpidem et la zopiclone (Z-drugs). Bien qu'elles n'aient pas la même structure chimique, elles possèdent un mécanisme d'action et des effets proches des benzodiazépines. Elles sont donc dites « apparentées aux benzodiazépines » (2).

Les BZD commercialisées en France sont indiquées, conformément à leur propriété principale, dans le traitement de l'anxiété, des troubles sévères du sommeil, de l'épilepsie ou des contractures musculaires douloureuses. Ces indications découlent de leurs propriétés principales myorelaxantes, anticonvulsivantes, anxiolytiques, sédatives (2).

En 2013, en France, 22 BZD ou apparentées étaient commercialisées, avec des demi-vies très variables selon les molécules (annexe 1) (2).

Même si les BZD ont en commun la même action pharmacodynamique, elles n'ont pas toutes les mêmes indications, elles relèvent donc de plusieurs classes pharmaco-thérapeutiques :

- le tétrazépam est un myorelaxant d'action centrale indiqué pour le traitement des contractures musculaires douloureuses en rhumatologie et en neurologie ;
- le clonazépam est classé parmi les antiépileptiques, et ses indications sont limitées au traitement des épilepsies totales ou partielles ;
- onze BZD sont classées parmi les anxiolytiques et ont toutes les deux indications suivantes :
 - o traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes.
 - o prévention et traitement du *delirium tremens* et des autres manifestations du sevrage alcoolique ;
- les neuf dernières sont utilisées comme hypnotiques et sédatifs. La plupart de ces BZD ont des indications limitées aux troubles sévères du sommeil dans les cas d'insomnie occasionnelle ou d'insomnie transitoire. Quelques-unes ont cependant des indications relatives à la sédation rapide ou à l'anesthésie (2).

I.1.2. Les risques des BZD

Les effets indésirables liés à l'utilisation des BZD sont en rapport avec la dose ingérée et la sensibilité individuelle du patient.

Certains effets indésirables sont communs à l'ensemble des BZD et molécules apparentées. Ces effets indésirables sont énumérés dans le schéma commun de résumé des caractéristiques du produit pour les benzodiazépines (6).

On note surtout :

- une tolérance pharmacologique caractérisée par une diminution progressive de l'effet thérapeutique pour une même dose administrée pendant plusieurs semaines. La tolérance peut conduire à une augmentation des doses pour obtenir l'effet recherché ;
- une dépendance, plus particulièrement en cas d'utilisation prolongée. Tout traitement par BZD et apparentées peut entraîner un état de dépendance physique et psychique. Divers facteurs semblent favoriser l'apparition de la dépendance : la durée du traitement, la dose utilisée et les antécédents d'autres dépendances médicamenteuses ou non, y compris alcoolique.

Une pharmacodépendance peut survenir à doses thérapeutiques et/ou chez des patients sans facteur de risque particulier.

L'association de plusieurs BZD risque, quelle qu'en soit l'indication, d'accroître le risque de pharmacodépendance (6).

Les autres effets indésirables sont principalement de type neuropsychiatrique :

- une amnésie antérograde (perte de la mémoire des faits récents), qui peut survenir aux doses thérapeutiques. Le risque augmente proportionnellement à la dose ;
- une altération des fonctions psychomotrices pouvant survenir dans les heures suivant la prise ;
- des troubles du comportement correspondant à un syndrome associant à des degrés divers des troubles du comportement et de la mémoire et une altération de l'état de conscience. Peuvent être ainsi observés les effets suivants : aggravation de l'insomnie, cauchemars, agitation, nervosité, idées délirantes, hallucinations, état confuso-onirique, symptômes de

type psychotique, désinhibition avec impulsivité, euphorie, irritabilité, amnésie antérograde et suggestibilité (6).

L'altération des fonctions psychomotrices dans les heures suivant la prise a été étudiée à plusieurs reprises, avec notamment l'implication de ces molécules dans des accidents de la circulation (11).

L'arrêt du traitement par une BZD, à posologie normale, peut entraîner un phénomène de sevrage. Certains symptômes du sevrage sont fréquents et d'apparence banale : insomnie, céphalées, anxiété importante, myalgies, tension musculaire et irritabilité. D'autres symptômes sont plus rares : agitation, voire épisode confusionnel, paresthésies des extrémités, hyperréactivité à la lumière, au bruit et au contact physique, dépersonnalisation, déréalisation, phénomènes hallucinatoires et convulsions (6).

Le syndrome de sevrage peut se manifester dans les jours qui suivent l'arrêt du traitement. Pour les BZD à durée d'action brève, et surtout si elles sont données à doses élevées, les symptômes peuvent même se manifester dans l'intervalle qui sépare deux prises.

Le syndrome de sevrage est à distinguer du phénomène de rebond, transitoire, caractérisé par une exacerbation du symptôme ayant motivé le traitement par une BZD ou apparentée (rebond d'anxiété ou d'insomnie).

Les autres effets indésirables communs à l'ensemble des BZD sont de type cutané (éruptions cutanées prurigineuses ou non), général (hypotonie musculaire, asthénie) et oculaire (diplopie).

Il existe un risque d'accumulation :

- Les BZD et apparentées (comme tous les médicaments) persistent dans l'organisme pendant une période de l'ordre de 5 demi-vies ;
- Chez des personnes âgées ou souffrant d'insuffisance rénale ou hépatique, la demi-vie peut s'allonger considérablement. Lors de prises répétées, le médicament ou ses métabolites atteignent le plateau d'équilibre beaucoup plus tard et à un niveau bien plus élevé. Une adaptation posologique est nécessaire (6).

Chez le sujet âgé, les BZD et apparentés doivent être utilisés avec prudence, en raison du risque de sédation et d'effet myorelaxant qui peut favoriser les chutes, avec des conséquences souvent graves dans cette population (fracture du col fémoral) (12).

Il est recommandé d'utiliser la plus faible dose efficace chez le sujet âgé et chez le sujet affaibli afin d'éviter une ataxie ou une sédation trop importante.

I.1.3. Un encadrement justifié de la prescription par des recommandations strictes

En mars 2012, le clonazepam a vu ses conditions de prescription et de délivrance restreintes, en raison d'une prescription hors AMM massive, ce qui a eu pour conséquence une très importante baisse de sa consommation (13).

L'ANSM a publié en décembre 2012 une mise en garde, destinée aux médecins généralistes, aux neurologues et aux psychiatres, concernant l'association démontrée entre une consommation au long cours de BZD et des troubles cognitifs de type démence chez les personnes de plus de 65 ans.

Elle faisait suite aux conclusions de l'étude épidémiologique observationnelle Benzodem, qui soulignait cette association sans toutefois préjuger d'une relation de cause à effet (14). Un rappel des règles de prescription et du bon usage des BZD avait été diffusé à cette occasion (15).

Cette étude a été prolongée par une étude cas-témoin (Benzodem 2) conduite sur un large échantillon de sujets de plus de 65 ans enregistrés sur la base de données de la Régie de l'assurance maladie au Québec. Elle a permis de valider les précédents résultats. Elle a été publiée dans le *British Medical Journal* (BMJ) en 2014 (3), et les chercheurs de l'Unité INSERM 657 "Pharmaco épidémiologie et évaluation de l'impact des produits de santé sur les populations" de l'Université Bordeaux Segalen ont confirmé que l'utilisation de BZD pendant 3 mois ou plus était associée à un risque accru de développer une maladie d'Alzheimer après 65 ans. Cette étude révèle que « *la force de l'association augmente avec la durée de l'exposition et avec l'utilisation de benzodiazépines à longue durée d'action, par opposition aux benzodiazépines à courte durée d'action* » (3).

Le tétrazépam a fait l'objet en 2013 d'une réévaluation de son rapport bénéfice/risque en raison d'effets indésirables graves. Il est interdit à la commercialisation en France et dans l'ensemble des pays membres de l'Union européenne depuis le 8 juillet 2013 (16).

D'autre part, le flunitrazépam, vendu en France sous le nom de Rohypnol®, a lui aussi été retiré du marché français en septembre 2013, après presque deux décennies de restrictions de prescription toujours plus drastiques, pour des raisons de détournement de son utilisation par les toxicomanes (17).

La réévaluation du service médical rendu du loprazolam (commercialisé en France sous le nom de Havlane®) a abouti à l'émission d'un avis de la commission de transparence en Juin 2014. Le service médical rendu de la spécialité Havlane® est faible dans le traitement des « troubles sévères du sommeil, dans les cas suivants : insomnie occasionnelle, insomnie transitoire » (18).

I.2. Etat des lieux de la consommation de BZD à l'échelle européenne et française

I.2.1. Au niveau européen :

Parmi les pays étudiés, la France était le deuxième pays consommateur d'anxiolytiques (après le Portugal) et d'hypnotiques (après la Suède) en 2009 (1).

La consommation d'hypnotiques reste relativement stable depuis 2005 chez nos voisins, à l'exception des Pays-Bas et du Danemark, qui voient leurs consommations diminuer.

La consommation d'anxiolytiques est stable en France, en Suède et en Allemagne, alors qu'elle augmente au Portugal et en Espagne et qu'elle diminue dans des proportions variables au Danemark, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

I.2.2. Au niveau national :

L'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, devenue ANSM depuis le 1^{er} mai 2012) a publié un rapport en janvier 2012, faisant un état des lieux de la consommation des BZD

en France et de son évolution depuis 10 ans. Ce rapport rassemble les données françaises, à partir des données de ventes et des données de l'assurance maladie, ainsi que les données des consommations internationales, permettant une identification plus fine des profils des consommateurs et des prescripteurs. Ce rapport confirme la consommation élevée de BZD par la population française (un Français sur cinq consommait chaque année une BZD ou une molécule apparentée), prescrites le plus souvent par un médecin généraliste. Il indique également la trop longue durée d'exposition d'un nombre élevé de patients ; ainsi, la moitié des sujets sont traités plus de deux ans avec ou sans interruption de traitement (19).

L'ANSM a émis un rapport en décembre 2013, actualisant le rapport précédent concernant les données de l'assurance maladie, et celles relatives à l'usage problématique des BZD et apparentées sur l'année 2012 (1).

Bien que l'on observe une tendance à la diminution de la consommation globale de BZD depuis 2000, cette tendance paraît interrompue depuis 2008, et en 2010 comme en 2012 la consommation repart à la hausse. Ainsi, en 2012, la consommation globale de BZD a augmenté en raison de la progression de la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques, malgré la baisse importante de la consommation de tétrazépam (diminution de 35 % entre 2010 et 2012) et de clonazépam (diminution de 70 % entre 2011 et 2012), pour les raisons citées plus haut.

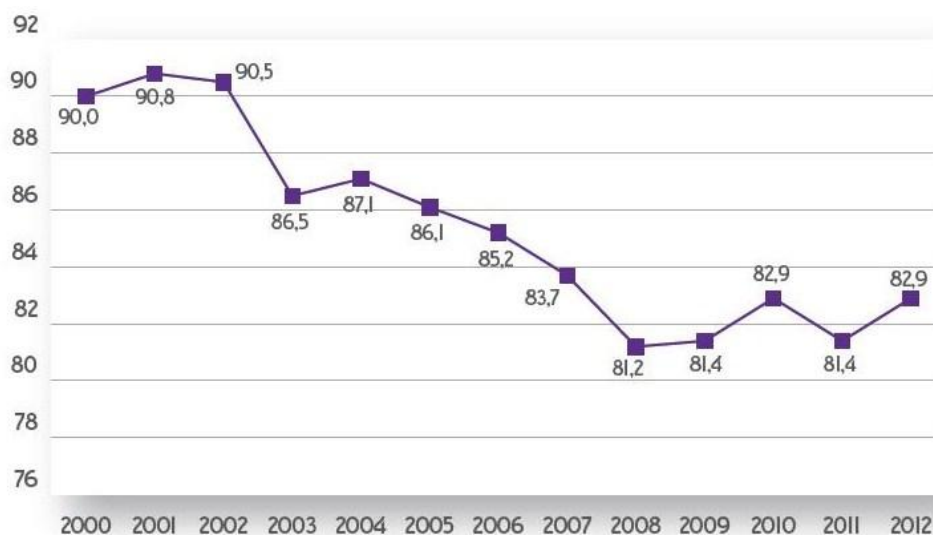


Figure 1 : Consommation globale de BZD et apparentées de 2000 à 2012 (DDJ/1000 hab/j) (ANSM) (2)

Il apparaît qu'en 2012 11,5 millions de Français ont consommé au moins une fois une BZD, parmi lesquelles 7 millions de BZD anxiolytiques, 4,2 millions de BZD hypnotiques et 0,3 million de clonazépam. Et 22% des consommateurs ont recours à deux BZD simultanément (2).

Toutefois, la vente de boîtes paraît en baisse, puisque 131 millions de boîtes ont été vendues en 2012 contre 134 millions en 2010. L'âge moyen du consommateur est de 56 ans, et 64,2 % des consommateurs sont des femmes. Près de 90% des prescriptions de BZD émanent de médecins libéraux, dont la plupart sont des généralistes (90%). Entre 2007 et 2012, le nombre d'utilisateurs

réguliers de BZD anxiolytiques est stable, mais celui de BZD hypnotiques a augmenté de 4,8%. Le nombre d'utilisateurs réguliers de clonazépam a diminué de 68% entre 2011 et 2012. Le temps d'utilisation annuel des BZD anxiolytiques est proche de cinq mois. Celui des BZD hypnotiques est proche de 3,9 mois par an (mais ce temps est plus élevé chez les plus de 65 ans).

En 2000, le chiffre d'affaires des 22 BZD s'élevait à 260 millions d'euros et représentait 1,5 % du montant des ventes de médicaments. En 2012, ce chiffre d'affaires était de 170 millions d'euros, soit 0,6 % du montant total des ventes réalisées en France (2).

Parmi les BZD anxiolytiques, les génériques représentaient 53,2 % de la consommation exprimée en nombre de DDJ (dose définie journalière) en 2012, contre 5,2 % en 2000. Parmi les BZD hypnotiques et sédatives, les génériques représentaient 67,6 % en 2012 contre 4,3 % en 2000.

I.2.3. Comment expliquer le fait que la France ait une consommation si importante de BZD en comparaison avec celle des autres pays européens ?

Tout d'abord, en ce qui concerne les hypnotiques, leur consommation a diminué aux Pays-Bas et au Danemark, mais a augmenté de 4,8% en France entre 2007 et 2012 (quant au nombre d'utilisateurs réguliers). Cette hausse en France, qui intervient aussi, dans une moindre mesure, en Espagne et au Portugal, a été attribuée aux effets de la crise économique (20).

La consommation d'anxiolytiques est stable chez nous depuis 2009, contrairement au Danemark, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, où elle diminue. La baisse observée aux Pays-Bas, tant pour les anxiolytiques que pour les hypnotiques, appelle un commentaire particulier. En effet, un remboursement conditionnel lié aux pathologies traitées a été mis en place en 2009. Ainsi, 70 % des prescriptions d'hypnotiques et d'anxiolytiques antérieures à la réforme ne sont plus prise en charge (1).

La baisse observée de la consommation d'anxiolytiques au Royaume-Uni peut être attribuée au système de santé et notamment au mode de rémunération des médecins généralistes (absence de tarification à l'acte). Cela encouragerait une plus grande remise en cause par le médecin de ses propres prescriptions et un détachement vis-à-vis de la pression parfois exercée par le patient pour obtenir une BZD (21). L'OPEPS, dans son rapport de juin 2006 sur le bon usage des médicaments psychotropes, insiste également sur le rôle déterminant du paiement à l'acte dans la prescription de psychotropes (22).

I.3. Synthèse des recommandations

De nombreuses recommandations ont été édictées par les hautes instances du médicament et de la santé depuis les années 1990. Cependant, devant une consommation toujours plus importante au cours des années 1990 et début 2000, elles se sont intensifiées.

I.3.1. Insomnie en médecine générale

Les indications des hypnotiques sont limitées aux troubles sévères du sommeil dans seulement deux cas : l'insomnie occasionnelle, essentiellement représentée par les perturbations liées à des voyages (jet lag) et les insomnies transitoires liées à des événements graves, perturbateurs de la vie (deuils par exemple) (23).

L'interrogatoire du patient devant une plainte d'insomnie doit viser à repérer un facteur physique s'opposant au sommeil (bruit, ronflements, température de la chambre trop élevée...), la prise de produits défavorables au sommeil (alcool, café, médicaments), l'utilisation d'écrans dans l'heure et demie précédant le coucher, une affection médicale mal contrôlée, un trouble dépressif, anxieux ou un autre trouble mental associé, une apnée du sommeil, des mouvements périodiques, un syndrome des jambes sans repos (23).

Quelques règles d'hygiène de sommeil simples doivent être vérifiées, comme l'absence de consommation de caféine dans les six heures précédant le coucher, l'absence de consommation de tabac au moment du coucher ou lors des éveils nocturnes, l'éviction de l'alcool au repas du soir, une activité physique régulière mais pas dans les quatre heures précédant le coucher, un dîner léger mais suffisant pour éviter la sensation de faim au moment du coucher, la pratique d'activités relaxantes au moins une heure avant le coucher et une chambre calme et obscure, sans températures extrêmes (24).

D'après les recommandations de le HAS de 2006 sur la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) utilisée par les psychologues et les psychiatres dans l'insomnie psycho-physiologique est applicable en soins primaires. Elle repose sur trois axes : le contrôle du stimulus, la restriction de sommeil et la relaxation (23).

Le travail de Sandie Moreau, en 2010, a permis d'élaborer un guide papier à l'usage du généraliste pour la prise en charge de l'insomnie en soins primaires avec des aides pour utiliser la TCC (4).

Le contrôle du stimulus permet de renforcer l'association mentale entre le lit et le sommeil. Des messages-clés sont transmis au patient comme le fait de se coucher seulement si le besoin de dormir est présent (en repérant les signes de somnolence), la matérialisation d'un rituel de transition entre éveil et sommeil dans l'heure qui précède le coucher, ou encore concernant le rôle du lit, qui ne doit être utilisé que pour dormir, exception faite des activités sexuelles. Il faut que le patient prenne conscience du caractère négatif de la recherche du sommeil à tout prix et l'aider à dédramatiser si un endormissement tardif se produit. Il est conseillé de lui expliquer que, s'il ne parvient pas à s'endormir au bout de 20-30 minutes, il peut aller dans une autre pièce pour pratiquer une activité relaxante, dans une ambiance lumineuse faible, et ne retourner au lit que lorsque la somnolence réapparaît. Se lever tous les jours à la même heure en mettant son réveil, quelle que soit la qualité de la nuit précédente, ne pas faire de sieste de plus de 30 minutes et toujours avant 15h, sont des conseils qui permettent de contrôler le stimulus (4).

La restriction de sommeil vise à produire un léger état de privation afin d'amener le patient à ressentir de la somnolence au moment du coucher. Le but est que le temps passé au lit se limite au temps réel de sommeil. C'est dans ce but que l'agenda du sommeil est utilisé. En fonction des

informations et des éventuelles erreurs recueillies sur l'agenda du sommeil, on diminue le temps passé au lit de 15 min en 15 min toutes les semaines de manière à être le plus possible en adéquation.

La relaxation, par exemple de type musculaire progressive (technique de Jacobson), vise à réduire l'hypervigilance qui peut résulter de conditionnements physiques, cognitifs ou émotionnels. Elle peut faciliter l'endormissement et le maintien du sommeil, notamment dans les cas d'insomnie à composante anxieuse. On peut proposer au patient de s'entraîner une à deux fois par jour pour acquérir la technique au début, puis de la réutiliser chaque fois qu'il en éprouve le besoin, s'il sent arriver une bouffée de stress, ou devant une sensation d'hyperéveil intense au moment du coucher (4).

I.3.2. Anxiété en médecine générale

Aucun trouble anxieux n'a l'indication d'une BZD au long cours. Il est recommandé de n'en utiliser que de manière ponctuelle, pour les manifestations aiguës du trouble anxieux généralisé (TAG) (6). Selon le référentiel de psychiatrie datant de 2014, réalisé par le Collège national des universitaires en psychiatrie (25), qui reprend les définitions du DSM 5, un TAG se manifeste par :

A. Une anxiété et des soucis excessifs survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités (travail, performances scolaires) ;

B. La personne éprouve des difficultés à contrôler cette préoccupation ;

C. L'anxiété ou les soucis sont associés à trois ou plus des symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les six derniers mois) : agitation ou sensation d'être survolté ou à bout, fatigabilité, difficultés de concentration ou troubles de la mémoire, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu agité ou non satisfaisant).

D. L'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle : d'avoir une attaque de panique (trouble panique), d'être gêné en public (phobie sociale), d'être contaminé (TOC), d'être loin de son domicile ou de ses proches (trouble anxiété de séparation), de prendre du poids (anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (trouble somatisation), ou d'avoir une maladie grave (hypocondrie), et l'anxiété ou les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un état de stress post-traumatique.

Cette pathologie, qui évolue de manière chronique avec des phases aiguës entrecoupées de rémission, nécessite un traitement au long cours associant une psychothérapie en première intention et des ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine), comme l'escitalopram ou la paroxétine, accompagnés de règles hygiéno-diététiques (5).

Si les BZD anxiolytiques sont indiquées (lors des manifestations aiguës), quelques règles de bonne prescription sont à respecter : le moins longtemps possible (8 semaines maximum, en incluant la période de réduction de posologie), dans le cadre d'une décision partagée avec le patient, en commençant le traitement à la dose efficace la plus faible et sans jamais dépasser la dose maximale

autorisée. La répartition journalière est : demi-dose matin, demi-dose midi et dose pleine le soir, adaptée individuellement en fonction de la réponse thérapeutique. L'indication est réévaluée régulièrement (2).

I.3.3. Sevrage alcoolique

D'après la recommandation de la Société française d'alcoologie, il n'y a pas d'indication prolongée des BZD dans l'alcoolodépendance (26). Au cours du sevrage alcoolique, la prescription de BZD n'est pas systématique si des sevrages antérieurs se sont passés sans problèmes. Si une prescription doit être faite, elle le sera à la dose minimale efficace et ne dépassera pas 8-10 jours.

I.3.4. Sevrage en benzodiazépines

Pour le sujet âgé de plus de 65 ans, traité quotidiennement par BZD depuis plus de 30 jours, l'HAS a publié en 2007 des recommandations sur la stratégie d'arrêt des BZD à mettre en place (27).

Le premier objectif est d'amener le médecin à s'interroger sur la pertinence du traitement par BZD devant toute demande de renouvellement.

Au moment d'entreprendre un arrêt, les attentes du patient doivent être évaluées, ainsi que son degré d'attachement aux BZD (à l'aide de l'échelle ECAB) et les facteurs pronostiques, pour aboutir à une décision partagée. Il faut savoir détecter les situations nécessitant une stratégie particulière comme l'existence d'un trouble psychique associé (dépression, troubles anxieux caractérisés, troubles cognitifs), des échecs antérieurs d'arrêt, une surconsommation régulière d'alcool, l'association à d'autres médicaments psychotropes, une insomnie rebelle.

L'arrêt doit toujours être progressif, sur une durée allant de quelques semaines à plusieurs mois. L'objectif de la démarche est l'arrêt de la consommation de BZD. Mais l'obtention d'une diminution de posologie est un résultat favorable. Il n'y a pas d'argument pour proposer un traitement médicamenteux substitutif lors de l'arrêt des BZD chez le patient âgé. Des mesures d'accompagnement non médicamenteuses doivent être mises en place aussi longtemps que nécessaire.

En juin 2015, la HAS a publié une fiche mémo pour aider le médecin traitant dans sa démarche d'arrêt des BZD en ambulatoire (28).

Cette fiche reprend les recommandations de 2007 pour le sujet âgé de plus de 65 ans, en l'appliquant au patient adulte en général et en insistant sur la stratégie de manière pragmatique, notamment en introduisant la notion d'intervention brève. Celle-ci peut se présenter sous une forme orale ou écrite (notice personnalisée et argumentée, remise au patient).

L'intervention brève doit se poursuivre par une consultation spécifique centrée sur les modalités d'arrêt de la BZD avec des informations données au patient sur la BZD consommée, les risques de la

consommation au long cours, les bénéfices de l'arrêt, les symptômes pouvant apparaître pendant l'arrêt et les alternatives non médicamenteuses. C'est au cours de cette consultation que sont présentés l'agenda du sommeil et la fiche de suivi de la décroissance posologique.

Ensuite, sont présentés le rythme et les modalités de surveillance après l'arrêt, qui doivent être définis avec le patient, en fonction de la présence de facteurs de risque d'échec.

Les consultations de surveillance doivent permettre les actions suivantes :

- analyser les symptômes liés à l'arrêt ou d'autres symptômes nouveaux
- évaluer l'adhésion au protocole d'arrêt et encourager le patient à poser des questions
- rechercher une augmentation de la consommation d'alcool, de tabac ou d'autres substances psychoactives
- titrer la réduction de posologie (récupération des comprimés non utilisés)
- permettre un renforcement positif vis-à-vis de la diminution posologique.

Le risque de syndrome de sevrage doit être présenté et le médecin doit pouvoir rester joignable par son patient le plus possible pour le guider si cet événement survient (28).

Une prise en charge spécialisée peut être envisagée en cas de doses très élevées de BZD, d'insomnie rebelle, de dépendance à l'alcool ou d'une autre dépendance, d'un usage récréatif, de l'association à d'autres psychotropes, de troubles psychiatriques sévères ou d'échecs antérieurs de sevrage en BZD.

I.4. Justification du choix de l'intervention brève pour amorcer un sevrage en BZD chez des consommateurs chroniques

I.4.1. Présentation du RPIB (Repérage précoce et intervention brève)

En novembre 2014, la HAS a publié un rapport d'élaboration d'un outil d'aide au repérage et à l'intervention brève pour l'alcool, le cannabis et le tabac chez l'adulte, à l'usage du médecin généraliste (29). Ces recommandations sont le fruit de nombreux travaux débutés il y a une vingtaine d'années.

Initialement développé par l'OMS dans les années 1990, le RPIB Alcool a été validé en France par l'ANPAA (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) au début des années 2000. Le réseau AGIR 33 Aquitaine a démontré sa faisabilité en médecine générale par une étude entre 2003 et 2005, où 13000 patients ont été repérés, dont 3000 en mésusage (9).

Le RPIB est une procédure de prévention secondaire visant au repérage précoce d'un comportement « facteur de risque ». La personne ainsi repérée fait l'objet d'une intervention brève, structurée et ciblée sur le changement de ce comportement.

C'est une procédure particulièrement adaptée aux soins primaires.

Objectifs de l'intervention brève :

- Provoquer une prise de conscience (« je suis exposé à un risque »),
- Evoquer un changement de comportement (« je peux réduire ce risque »),
- Respecter le choix de la personne.

Principes de l'intervention brève : ils reposent sur l'acronyme FRAMES :

- Feed-back : restituer le repérage en reformulant les propos du patient,
- Responsibility : impliquer le patient en l'amenant à se questionner, en lui demandant ce qu'il pense des informations fournies,
- Advice : donner son avis en tant que médecin et demander au patient ce qu'il pense de cet avis,
- Menu : amener le patient à choisir ses propres objectifs et lui proposer un choix entre plusieurs solutions si besoin,
- Empathie : se centrer sur la personne et ne pas juger,
- Self-efficacy : encourager aux changements, donner confiance.

Le modèle transthéorique est une théorie de changement comportemental basée sur les étapes aboutissant à l'action. Elle suppose que toutes les personnes ayant une addiction à une substance passent par une série d'étapes avant l'arrêt de cette substance.

D'après cette théorie développée initialement par Prochaska et Di Clemente pour le sevrage tabagique, les programmes qui aident les patients à arrêter une substance devraient être adaptés à l'étape où ils se trouvent, pour les faire progresser d'étape en étape vers la réussite (30).

Les stades du processus de changement :

1. Stade de pré-contemplation ou pré-intention = stade précédant l'intention : le patient ne pense même pas à arrêter sa substance, celle-ci n'étant pas perçue comme un problème.
2. Stade de contemplation ou intention = ambivalence de la réflexion : le patient commence à percevoir la consommation de la substance comme un problème ; il est ouvert à la discussion sur un éventuel arrêt, même s'il est ambivalent ; il montre son intention d'arrêter.
3. Stade de préparation ou de prise de décision = élaboration du sevrage : le patient montre clairement sa volonté d'arrêter la substance, mais il s'inquiète souvent en anticipant les difficultés à venir ; il prend sa décision et élabore les méthodes pour y parvenir.
4. Stade de l'action : le patient entreprend son sevrage, il met en œuvre sa décision.

5. Stade de maintien : le patient a retrouvé sa liberté face à l'addiction ; il est heureux d'avoir réussi le sevrage, il s'efforce de prévenir ou d'éviter une rechute et ainsi de consolider les progrès effectués pendant la phase d'action.
6. Rechute : le patient se sent souvent coupable et découragé.

I.5.2. Donnée préliminaires concernant le sevrage en BZD

Nous avons retrouvé dans la littérature trois méta-analyses ou synthèses systématiques concernant le sevrage en BZD en ambulatoire et démontrant l'efficacité des interventions brèves.

Une étude, publiée en 2008 dans la revue *Addiction* (31), effectue une revue systématique des approches pour une réduction de la consommation de BZD des patients en ambulatoire. Trente-deux articles ont été inclus. Les auteurs concluent : « *Soulever le problème de l'arrêt de l'usage des BZD de manière systématique avec chaque patient en consommant depuis plus de 3 mois, en recommandant une réduction progressive, donne de meilleurs résultats sur l'arrêt des BZD (et son maintien) que la poursuite des soins habituels (OR = 4,37, IC 95% = 2,28-8,40). Proposer une aide psychologique augmente encore ce taux (OR = 3,38, IC 95% = 1,86-6,12). Les pharmacothérapies de substitution n'ont pas montré de réussite significative* ».

Une autre étude parue dans *The British Journal of Psychiatry* en 2014 (32) réalise une revue systématique et critique de la littérature d'essais contrôlés randomisés ciblés sur la réduction de l'usage de BZD chez les patients âgés, ambulatoires, hospitalisés, institutionnalisés. En moyenne, l'arrêt supervisé de BZD associé à un suivi psychologique était associé au non-usage de BZD 5,06 fois plus souvent que dans le groupe témoin, de manière significative (IC 95% = 2,68-9,57 ; $p < 0,00001$). À 12 mois, il y a 3 fois plus de patients du groupe sevrage supervisé + suivi psychologique qui ont arrêté les BZD que dans le groupe témoin (IC 95% = 1,43-6,28 ; $p = 0,004$).

Enfin, une autre revue systématique des essais contrôlés randomisés qui évaluent l'efficacité d'une intervention brève pour réduire ou stopper l'usage de longue durée des BZD chez l'adulte en soins primaires a été publiée dans le *British Journal of general Practice*, en 2011 et dans l'*American College of Physicians* en 2012 (33). L'intervention brève (IB), sous la forme d'une lettre, d'une fiche d'auto-aide individuelle ou d'une consultation avec un MG, relevait les préoccupations liées à une consommation au long cours de BZD, les effets indésirables potentiels, et prodiguait des conseils aux patients pour une réduction graduelle ou l'arrêt des BZD, avec une probabilité moindre d'effets indésirables.

Les trois études retenues ont rapporté une réduction statistiquement significative de la consommation de BZD dans le groupe IB (RR = 2,04 ; IC 95% = 1,5-2,8 ; $p < 0,001$). De plus, deux d'entre elles observaient qu'à six mois, on retrouvait 20-35% de réduction dans le groupe intervention contre 10-15% de réduction dans le groupe témoin (p indisponibles). Enfin, après six mois de suivi, une des études montrait que la proportion de patients souffrant de troubles psychiques était 11% plus basse dans le groupe IB, contre 3% plus basse dans le groupe contrôle (GHQ, general health questionnaire), par rapport au début de l'étude (p indisponibles).

Pour conclure sur la place de l'IB dans le sevrage en BZD en ambulatoire, une étude parue dans *JAMA int. Med.*, en 2014 (34), qui avait pour but de comparer l'efficacité d'une intervention d'éducation auprès de patients ambulatoires avec une prise en charge classique d'arrêt des benzodiazépines chez des adultes âgés de 65 ans et plus, a screené 303 patients âgés de plus de 65 ans et consommant de manière chronique des BZD. Le groupe intervention recevait un fascicule de 8 pages du pharmacien sur les effets indésirables, les risques d'une consommation au long cours, mais présentant aussi des exemples de protocoles de décroissance de BZD.

L'arrêt complet a été obtenu dans 27% des cas dans le groupe intervention contre 5% dans le groupe témoin (différence de risque 23% ; IC 95% = 0,14-0,32 ; coefficient de corrélation = 0,008) et les auteurs concluent : «*À une époque de multi-morbidité, polymédication, et d'une compétition des coûts thérapeutiques, l'éducation du patient émerge comme une stratégie prometteuse pour endiguer la surmédication et réduire le risque des effets indésirables des médicaments* ».

Tous les résultats de ces études menées en soins primaires sont encourageants et justifient notre démarche pour une optimisation de la prescription de BZD par le médecin généraliste.

I.5. Les tutoriels en ligne

La décision a été prise de présenter notre outil sous forme de tutoriel disponible en ligne pour des raisons pratiques. Nous sommes partis du constat que le médecin généraliste manquait souvent de temps. Une formation présentielle, contraignante en termes de jour fixé, de plage horaire non flexible, et de lieu parfois éloigné du cabinet et du domicile du praticien, a donc été écartée. De plus, le coût de réalisation en est élevé, avec des résultats modestes.

Un article écrit par le Pr H. Maisonneuve et paru dans *La Presse Médicale* en 2009 (35) vantait les mérites de cet outil en termes d'efficacité d'apprentissage : «*L'e-learning est l'utilisation des nouvelles technologies multimédias et de l'Internet pour améliorer la qualité de l'apprentissage en facilitant l'accès à des ressources et à des services, ainsi que les échanges et la collaboration à distance. L'Internet est très utilisé pour la formation des adultes dans la plupart des domaines professionnels ; il semble moins développé en formation médicale continue. Des avantages existent pour les enseignants (actualisation permanente, liens interactifs, illustrations nombreuses, archivage, bénéfiques de l'intelligence collective...) et les apprenants (accessibilité, autonomie, flexibilité, rythme adapté...). Des études et méta-analyses ont montré que la e-FMC était équivalente à des formations présentielles pour l'apprentissage immédiat et après quelques semaines* ».

La HAS, quant à elle, a publié un rapport en avril 2015 (36), expliquant que le développement des technologies de l'information et de la communication pour l'éducation (TICE) conduit à une utilisation accrue des formations ouvertes et à distance par voie électronique (*e-learning*). Elle a élaboré un guide de conception de formation ouverte et à distance (FOAD). «*Ce guide a pour but de mieux définir : les différents types et modalités de formation continue en ligne, la construction et la structure de programmes de formation continue en ligne, les différents moyens et outils disponibles à utiliser lors d'une formation en ligne à destination des professionnels de santé.* »

I.6. Question de recherche

« Comment construire un outil de formation en ligne (tutoriel) :

- Portant sur une intervention de type RPIB (Repérage précoce et intervention brève) ;
- à l'usage du médecin généraliste ;
- visant à optimiser la prescription des BZD ? »

I.7. Hypothèses

La mise en ligne d'un tutoriel RPIB « Benzos » destiné à des médecins généralistes est un outil acceptable et simple d'appropriation en soins primaires permettant :

- des propositions d'alternatives à une prescription initiale de BZD ;
- un repérage précoce de consommation abusive de BZD associé à une intervention brève afin d'obtenir une réduction ou un arrêt de consommation de BZD chez un patient consommateur au long cours ;
- un accès facilité à une formation selon les disponibilités et motivations des MG, depuis leur domicile.

I.8. Objectifs

Nos divers objectifs pour répondre à la question de recherche sont les suivants :

- Objectif 1 : construire l'architecture et le contenu du tutoriel RPIB Benzos en prenant en considération les recommandations et les freins identifiés à leur application ;
- Objectif 2 : mettre en ligne le tutoriel RPIB Benzos, sur un site web dédié ;
- Objectif 3 : évaluer la lisibilité et l'« utilisabilité » du tutoriel auprès d'un échantillon de médecins généralistes ;
- Objectif 4 : mettre en place un processus d'actualisation du contenu du tutoriel.

I.9. Plan du développement

S'agissant d'une recherche-action centrée sur une ingénierie de projet, nous avons choisi de proposer une présentation susceptible de faciliter la lecture du travail.

Les chapitres habituels « matériel et méthodes » et « résultats » ont été chacun séparés en deux parties :

- Une partie 1 correspondant à l'élaboration de la version 0 du RPIB Benzos, comprenant une revue de la littérature.
- Une partie 2 correspondant à l'élaboration de la version 1 du RPIB Benzos, faisant l'objet d'une recherche qualitative auprès de médecins généralistes, afin d'en explorer la lisibilité, l'acceptabilité et la satisfaction globale.

II. Partie 1 : Elaboration de la version 0 du RPIB Benzos

Une ingénierie de projet a été élaborée pour pouvoir répondre à cette question. Celle-ci consiste en une « recherche-action » imposant une réflexion et des procédures rigoureuses garantant de la pertinence et de la qualité de réalisation du projet.

II. 1. Matériel et Méthodes

II.1.1. Composition du comité de pilotage

Nous avons mis en place un comité de pilotage (CP) pour ce projet, constitué par des experts des différentes disciplines concernées par la thématique.

Ce CP est composé de 14 membres :

- 10 médecins dont 4 médecins généralistes enseignants, 1 doctorante en médecine générale, 2 psychiatres, 1 somnologue, 1 addictologue, 1 pharmacologue
- 1 professeur de pharmacie, membre de l'OMEDIT
- 1 coordinatrice administrative AGIR 33 Aquitaine
- 1 chargée de mission AGIR 33 Aquitaine
- 1 médecin inspecteur régional de l'Agence régionale de la santé d'Aquitaine

II.1.2. Revue de la littérature

Question de recherche : « Quels sont les freins à l'application des recommandations sur la prescription des BZD par les médecins généralistes ? »

Critères d'inclusion des articles :

- Population : médecins généralistes français
- Intervention : prescription des BZD
- Avec ou sans comparateur
- Critère de jugement : freins à l'application des recommandations
- Articles en français ou anglais

Pour effectuer cette revue de la littérature, nous avons choisi pour nos recherches bibliographiques dans six bases de données différentes : SCOPUS, le Sudoc, Science Direct, Pubmed, Cochrane Library et Google Scholar.

Dans SCOPUS, l'équation de recherche « *médecin* général** » + « *prescription* » + « *psychotropes* » a été utilisée, ainsi que d'autres équations avec les mots : « *benzodiazépines* », « *hypnotiques* » et « *déterminants* ».

Dans le Sudoc, les équations de recherche étaient :

- « *sevrage* » + « *hypnotique* » + « *médecin* général** »,
- « *sevrage* » + « *benzodiazépines* » + « *médecin* général** »,
- D'autres équations ont été utilisées avec les mots-clés « *psychotropes* », « *déterminants* » et « *difficultés* ».

Dans la revue Science Direct, les équations avec les mots-clés : « *sevrage* », « *hypnotique* », « *médecin* général** », « *benzodiazépines* », « *freins* », « *déterminants* » ont été utilisées et une recherche en anglais avec les mots « *benzodiazepines* », « *withdrawal* », « *psychotropic drug** » et « *addiction* » a aussi été faite.

Dans Pubmed et dans la Cochrane Library, les équations de recherche ont été rédigées en anglais avec les mots-clés « *hypnotic** », « *psychotropic drug** », « *primary care* », « *benzodiazepine** » et « *withdrawal* ».

Enfin, dans Google Scholar, les mots-clés « *déterminants*, *prescription*, *hypnotiques*, *benzodiazépines*, *médecine générale* » ont été utilisés.

Une lecture des bibliographies de chaque article sélectionné a été entreprise en complément. En cas de doute sur l'inclusion d'un article, un deuxième lecteur était sollicité (directeur de thèse).

II.3. Résultats

II.3.1. Mise en route du projet

La première réunion du CP a eu lieu le 10/02/2015 et a permis de définir les axes de travail initiaux du projet (cahier des charges) :

- Travailler sur la question du bon usage du médicament, sur la juste prescription, avec l'idée du repérage du mésusage dans la prescription :
 - Non-indication ou alternatives plus pertinentes ;
 - Durée trop longue ;
 - Posologie trop élevée, inadaptée ;
 - Renouvellement non justifié ;
 - Traitement inefficace.
- Travailler sur la question de l'arrêt/réduction ;
- Développer un ensemble d'outils suivant les recommandations de la HAS et adapté aux pratiques des professionnels de soins primaires : power point de formation, plaquettes public et pharmaciens, e-learning par tutoriels ;
- Conserver les principes généraux du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) aujourd'hui mieux validés et largement diffusés auprès des professionnels de santé, en Aquitaine ;
- Diffuser les messages et les outils par la visite de santé publique.

A l'issue de cette première réunion, le champ d'action étant très vaste, notre objectif a été de définir la première étape du projet, qui correspondrait à ce travail de thèse.

Dans un souci de déroulement logique de l'action, la première cible identifiée a été les médecins généralistes, en première ligne dans la prescription. L'idée d'un tutoriel à l'usage des professionnels de soins primaires s'est donc imposée d'elle-même.

Le point de départ du projet était le constat actuel de la surconsommation de psychotropes en France par rapport au reste de l'Europe. Cet état des lieux a été comparé avec les recommandations françaises sur le sujet. Dès lors, il nous a paru nécessaire d'identifier les facteurs qui empêchaient les médecins généralistes et les patients de suivre ces recommandations et d'optimiser la prescription (ainsi que la consommation) de psychotropes. La conception du « RPIB psychotropes » devait tenir compte à la fois des recommandations et des solutions pour contourner certains des obstacles à leur application.

II.3.2. Résultats de la revue de la littérature

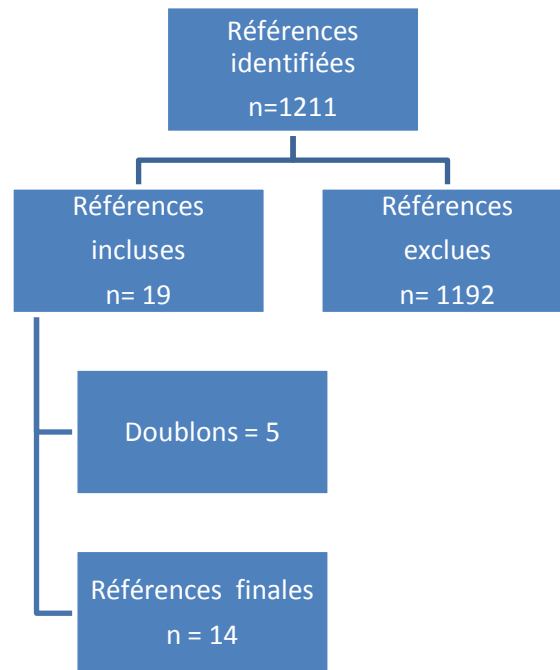


Figure 2 : Diagramme de flux des résultats de la revue de la littérature

Dans SCOPUS, l'équation de recherche « *médecin* général** » + « *prescription* » + « *psychotropes* » a été utilisée. Cinq résultats ont été obtenus. Après sélection, un seul article nous a semblé intéressant (Olivier Kandel, 2008)(37).

Toutes les autres équations utilisées, notamment avec les mots « *benzodiazépines* », « *hypnotiques* » ou « *déterminants* » ont été infructueuses.

Dans le Sudoc, les équations de recherche :

- « *sevrage* » + « *hypnotique* » + « *médecin* général** » ont donné 14 références.
Après sélection, notamment élimination de celles étant trop éloignées du sujet, nous en avons retenu seulement 5 : (Julie Guillot, 2014) (38) ; (Stéphanie Marchand, 2014) (39) ; (Victoire Bourdaine, 2011) (40); (Alice Suarez, 2013) (7); (Mathilde Cattaud, 2013) (41).
- « *sevrage* » + « *benzodiazépines* » + « *médecin* général** » ont donné 17 références.
Celles retenues étaient les précédentes (39-41) ainsi qu'une étude bordelaise de Gilles Lardillon, parue en 2010 (8).
- « *benzodiazépines* » + « *difficultés* » + « *médecin* général** » ont donné 1 référence (41).

Nous n'avons pas trouvé de résultats pertinents avec les autres équations, notamment celles comprenant les mots : « *psychotropes* » et « *déterminants* ».

Dans la base de données Science Direct, les équations de recherche utilisant les mots-clés « *sevrage hypnotiques* » et « *médecin* général** » ont abouti à 207 résultats. Dans la même revue, une recherche utilisant les mots-clés « *sevrage benzodiazépines* » et « *médecin* général** » a

abouti à 734 résultats. Pour affiner, nous avons utilisé les mots-clés : « freins » et « déterminants ». Dans le premier cas, 13 résultats ont été obtenus, dans le second 341. La recherche en anglais avec les mots « *benzodiazepines* », « *withdrawal* », « *psychotropic drug** » et « *addiction* » a été négative.

Après lecture des premiers résultats apportés par cette base de données, il est apparu que toutes ces études n'étaient pas françaises, donc étaient hors champ pour notre sujet. Les articles n'ont donc pas été retenus.

Dans Pubmed, différentes équations de recherche ont été rédigées en anglais avec les mots-clés « *hypnotic** », « *psychotropic drug** », « *primary care* », « *benzodiazepine** » et « *withdrawal* » ; elles ont abouti à 116 résultats. Pour affiner la recherche, nous avons retiré le mot-clé « *psychotropic drug** », qui élargissait trop le champ de la recherche, ce qui nous a laissé un résultat de 42 articles. Après lecture des résumés des articles restants, nous avons constaté que ces études ne s'étaient pas déroulées en France, ce qui les a exclues de nos résultats.

Dans la Cochrane Library, toutes les équations de recherche, rédigées en anglais avec les mots-clés « *hypnotic** », « *psychotropic drug** », « *primary care* », « *benzodiazepine** », « *withdrawal* » et « *France* » ont abouti à un résultat nul.

Enfin, dans Google et Google Scholar, les mots-clés « *déterminants, prescription, hypnotiques benzodiazépines, médecine générale* » ont abouti à 575 résultats. Nous avons sélectionné 9 références : l'article d'Olivier Kandel (37) ; un article de Cédric Rat, paru en 2006 puis dans la revue *Exercer* en 2010 (42) ; une thèse de Arnaud Faurie (43), parue en 2014 ; la thèse de Victoire Bourdaine (40) ; une thèse de Anne-Cécile Schouler-Bourjal, de 2009 (44) ; une thèse de Marc Berthier, de 2013 (45) ; l'étude « Sentinelles » de l'INSERM (46), parue en 2010 ; la thèse d'exercice de Nathalie Chaussée (47), de 2013 et enfin une thèse de médecine générale de 2014 de Charlotte Guérin (48).

Nous présentons ci-dessous un résumé des méthodes et principaux résultats concernant notre travail, pour les 14 études retenues.

Auteur	Année	Type de méthode	Sujets	Principaux résultats = les freins
O. Kandel (37)	2008	étude transversale	2896	prescription de psychotropes augmente si durée de consultation augmente
J. Guillot (38)	2014	étude épidémiologique descriptive qualitative	258	durée de consommation longue et dose élevée
S. Marchand (39)	2014	étude descriptive qualitative questionnaires médecins	129	méconnaissance par les patients des effets indésirables, pression des patients, contraintes de temps
V. Bourdaine (40)	2011	étude prospective interventionnelle patients	49	méconnaissance par les patients des effets indésirables
A. Suarez (7)	2013	étude descriptive quantitative sur questionnaire patients	255	crainte réapparition anxiété, trouble du sommeil, sensation syndrome de sevrage
M. Cattaud (41)	2013	étude qualitative médecins	13	banalisation de la prise de BZD et de leurs effets indésirables, manque de disponibilité des psychiatres
G. Lardillon (8)	2010	étude prospective d'applicabilité des recommandations	39	échec de sevrage antérieur, manque d'information et banalisation des effets secondaires des BZD
C. Rat (42)	2006	étude observationnelle de pratiques	56	durée longue de consommation et âge élevé du patient
A. Faurie (43)	2014	étude descriptive transversale de pratiques	187	impact fort des déterminants "FMC", "FMI", "manque d'alternatives professionnelles", "contraintes de temps", "augmentation des problèmes psycho-sociaux", "exigences des patients", vision positive du médicament", "manque de coordination interprofessionnelles"
A-C. Schouler-B. (44)	2009	enquête qualitative entretiens semi-dirigés médecins	16	idée de toute-puissance du médicament, manque de temps, exigence des patients, difficultés psycho-sociales
M. Berthier (45)	2013	étude observationnelle descriptive transversale	34	échec sevrage en hypnotiques, pression des patients
INSERM (46)	2010	enquête observationnelle transversale de médecins	350	manque de temps, absence de recours possible à un psychiatre
C. Guérin (48)	2014	étude descriptive qualitative par focus groupes	23	vision positive des BZD, représentations du patient, entretien chronophage, manque de spécialistes, pas de prise en charge de la TCC
N. Chaussée (47)	2013	étude rétrospective sur questionnaires médecins	173	pas de prise en charge de la TCC

Tableau 1 : Résultats principaux des études retenues

L'analyse des bibliographies des articles retenus nous a permis de retrouver cinq autres références intéressantes pour ce travail qui ne sont pas sorties dans la revue de la littérature : le rapport de l'OPEPS cité plus haut (22), un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de 2005 sur la prescription des généralistes et leurs déterminants (49), l'ouvrage de la sociologue Anne Vega cité plus haut (21), une étude Cormack et Howells sur les facteurs influençant la prescription de BZD en médecine générale, publiée en 1992 dans *Family Practice* (50) et l'étude Polychrome de l'INSERM, qui s'est attachée à identifier les déterminants des décisions de prescription des médecins généralistes (51).

II.3.3. Analyse des résultats de la revue

L'analyse de la littérature sur ce sujet a permis d'identifier de nombreux obstacles à l'application des recommandations, expliquant en partie ce phénomène de surconsommation de BZD. Bien que relevant de la discussion, cette analyse a été utilisée pour la construction du RPIB Benzos, et il nous semble important de présenter les obstacles pour que le lecteur voie la logique.

1.3.3.1. Freins relevant du médecin

- Formation médicale continue (FMC) :

D'une manière générale, il a été prouvé que les médecins qui suivent une FMC prescrivent de façon plus pertinente dans les pathologies concernées que les médecins qui n'en ont pas suivi.

Arnaud Faurie montre dans sa thèse d'exercice en 2014 (43), que ce déterminant est considéré comme fortement influent sur la décision d'un renouvellement des BZD au-delà de 3 mois. Il s'agit d'une enquête descriptive transversale des pratiques de renouvellement de BZD ou apparentés au-delà de 3 mois en médecine générale.

Ce résultat vient en confirmer plusieurs autres dont ceux de la sociologue Anne Vega (21), dans son étude qualitative sur les déterminants de la prescription en médecine générale. Elle trouve en effet une plus forte prescription médicamenteuse chez les médecins généralistes échangeant peu sur leurs pratiques avec leurs confrères, ces échanges se faisant notamment lors des séances de type groupes de pairs.

A propos de la formation médicale continue, le rapport scientifique de l'OPEPS de 2005 expliquait que la formation médicale continue, pourtant obligatoire depuis la loi du 4 mars 2002, ne concernait que 9 % des professionnels libéraux à cette époque et restait massivement financée par l'industrie pharmaceutique. La connaissance par les praticiens des conditions d'emploi des produits pharmaceutiques était encore beaucoup trop influencée par les informations fournies par les laboratoires pharmaceutiques, lesquels n'ont évidemment pas pour objectif prioritaire de réduire les prescriptions de psychotropes (22).

Ce résultat du rapport de l'OPEPS conduit à nous interroger sur l'accessibilité des FMC présentielle, qui ne sont pas toujours adaptées à l'emploi du temps des médecins généralistes. Nous disposons de nouvelles méthodes de formation à distance en e-learning qui font leur apparition en France depuis quelques années et constituent un des axes du DPC.

- Aptitudes professionnelles personnelles (empathie, capacité d'écoute, tolérance à l'incertitude diagnostique) :

Sont concernées ici les attitudes personnelles des médecins, leur motivation, leur intérêt pour une médecine relationnelle.

Arnaud Faurie a montré que ce déterminant avait un impact fort (43). Cela vient confirmer les résultats de deux études dans lesquelles ce caractère déterminant est établi.

D'une part, la sociologue Anne Vega a trouvé dans sa recherche chez les petits prescripteurs une attitude plus empathique. Chez les gros prescripteurs, elle trouvait que la prescription rassurait le médecin, en lui permettant de faire face à ses doutes, ce qui signait une intolérance à l'incertitude (21).

D'autre part, la DREES a établi, dans son rapport de 2005 sur la prescription des médecins généralistes et leurs déterminants, que le degré d'incertitude du diagnostic avait une influence importante sur le volume des prescriptions (49).

- Formation Médicale Initiale (FMI) :

Le rapport de l'OPEPS sur le bon usage des médicaments psychotropes, rappelle que plusieurs rapports européens ont établi que le nombre d'heures de formation initiale consacrées en France à la prescription des médicaments est cinq à six fois inférieur à ce qu'il est dans les pays de l'Europe du Nord (22).

La sociologue Anne Vega a mis aussi en évidence le rôle du manque de formation en pharmacologie associé à un manque de regard critique sur les médicaments. Selon elle, un facteur déterminant des pratiques de surprescription ou des prescriptions mal adaptées en France serait la sous-estimation des effets négatifs des produits psychotropes prescrits (21).

- Vision positive du médicament :

Anne Vega souligne le rôle déterminant de la vision optimiste du médicament en général, vu comme un produit bénéfique pour le patient, sans prendre en compte ses limites et ses effets indésirables potentiels (21).

La thèse d'Anne-Cécile Schouler-Bourjal portant sur « Les déterminants de la prescription des benzodiazépines, étude qualitative réalisée auprès de seize médecins généralistes de Moselle », établit le rôle de l'opinion positive des médecins envers les BZD (44).

Le travail de thèse de Charlotte Guérin « Déterminants de la prescription de benzodiazépines et molécules apparentées en médecine générale », de 2014, confirme cette vision positive des BZD, par l'intérêt ancien qu'on y a trouvé en thérapeutique, en relais des neuroleptiques, qui avaient l'inconvénient de présenter des effets secondaires immédiats (48).

Enfin, Arnaud Faurie a lui aussi validé dans son étude cette vision positive des BZD (43).

- Volume important de la patientèle et manque de temps :

Le rapport de l'OPEPS sur le bon usage des médicaments psychotropes montre une corrélation entre le taux de prescription et le volume de la patientèle (22).

Anne-Cécile Schouler-Bourjal constate dans sa thèse que des médecins estiment parfois manquer de temps pour réaliser la totalité de leur prise en charge, et donc que la prescription de BZD serait un moyen d'abrégé une consultation (44).

Cette notion de prescription ayant pour but de réduire le temps de la consultation se retrouve dans les travaux d'Anne Vega chez les médecins forts prescripteurs (21).

Ensuite, Cormack et Howells ont observé que les médecins peu prescripteurs de BZD dans les troubles psycho-sociaux cherchaient une meilleure approche psychologique de leurs patients. Les «grands prescripteurs» de BZD considéraient ce type de prescription comme un gain de temps (50).

- Mauvais épanouissement professionnel/épuisement :

Anne Vega a établi le caractère déterminant de l'épanouissement professionnel des médecins. Dans son étude qualitative sur la prescription médicamenteuse d'un échantillon de trente médecins généralistes, elle a identifié un épuisement professionnel, un surmenage, et un sentiment de manque de reconnaissance chez les praticiens qualifiés de « gros prescripteurs » (21).

Le manque d'épanouissement professionnel était identifié comme un déterminant favorisant la prescription médicamenteuse.

Cependant, Arnaud Faurie n'a pas validé ce déterminant comme ayant un impact dans le renouvellement d'une BZD au-delà de trois mois. Il a simplement remarqué une tendance du déterminant « fort épanouissement professionnel » à avoir un impact plus élevé si le médecin était installé depuis moins de 24 ans (43).

1.3.3.2. Freins relevant du patient

- Exigences/pressions des patients :

Dans l'étude Polychrome, menée par l'INSERM en 2009, dont un des axes s'intéresse aux déterminants de la polyprescription médicamenteuse, les médecins interrogés affirmaient constater parfois une certaine réticence au changement chez le patient, un refus de changer ou de modifier son traitement (51).

A-C Schouler-Bourjal a montré que les médecins estimaient répondre parfois à une demande de résultat rapide, voire à une exigence des patients, les poussant à la prescription de BZD (44).

- Croyances, représentations, manque d'informations du patient :

Les représentations des patients ont un impact sur le projet thérapeutique, qu'elles soient en rapport avec leur état de santé (somatisation du trouble anxieux), avec les pathologies psychiatriques (la diabolisation de la dépression et des antidépresseurs conduit à préférer les BZD) ou avec la recherche d'une quantité de sommeil trop importante par rapport aux besoins (et une hygiène de sommeil inadaptée) (48).

Stéphanie Marchand a étudié dans sa thèse les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes picards dans le sevrage des BZD et apparentées à visée hypnotique chez le sujet âgé (39). Un des principaux obstacles était le refus des patients et leur méconnaissance des dangers des BZD.

De même, Victoire Bourdaine a retrouvé ce manque d'information dans son étude interventionnelle sur l'état des lieux de la consommation et le sevrage ambulatoire des plus de 75 ans, qui fait obstacle à l'acceptation d'un sevrage par le patient (40).

- Dépendance physique :

Alice Suarez a étudié, dans sa thèse de 2013, les facteurs encourageant ou dissuadant l'arrêt d'une consommation chronique de BZD et apparentées chez 255 patients (7). La peur du risque de dépendance a été identifiée comme un élément pouvant motiver l'arrêt chez 68% des patients. *A contrario*, 61% des patients considéraient la crainte de ressentir un syndrome de sevrage comme un élément pouvant s'opposer l'arrêt.

Dans le même sens, le rapport de l'OPEPS sur le bon usage des médicaments psychotropes (22) explique qu'en termes de santé publique, le problème dû l'usage des psychotropes n'est pas la dépendance, qui ne concerne qu'une faible minorité d'utilisateurs, mais la prévention et le traitement du syndrome de sevrage en BZD et apparentées. Sa fréquence d'apparition est comprise, selon ce rapport, entre 15 et 26% chez les consommateurs chroniques, avec un risque qui atteint 80% si la durée du traitement est supérieure à 3 ans.

Tout cela explique les réticences des utilisateurs et des prescripteurs à interrompre le traitement. Il est difficile de faire la différence entre une résurgence des troubles psychiques et un syndrome de sevrage. Evoquer la première option encourage à reprendre le traitement, avec le risque de conduire à des traitements chroniques.

- Durée longue de consommation / chronicité de la prise / âge plus élevé du patient :

L'étude Polychrome, qui s'attachait à étudier les déterminants de la polyprescription en médecine générale (51), a souligné que la polyprescription est liée à la polyopathie, qui elle-même augmente avec l'âge.

J. Guillot a effectué un travail de thèse en 2014 sur l'évaluation des résistances des patients âgés face une proposition de sevrage en hypnotiques, en présence d'une consommation chronique (38). Elle a retrouvé une association statistiquement significative et un effet dose entre le refus d'un sevrage et la durée de consommation. Concernant l'âge du patient, elle a observé une tendance à un refus plus important si l'âge est plus élevé, sans atteindre une significativité statistique.

Dans le travail d'A. Faurie, (43), l'impact du déterminant « âge élevé du patient » sur cette décision a, de même, été écarté.

Cependant, une intrication entre durée longue de consommation et âge élevé du patient est retrouvée dans l'analyse de Cédric Rat (42), qui montre que les renouvellements sont moins discutés par les médecins pour les patients de plus de 55 ans et pour les traitements de plus de 20 mois. Ce qui semble souligner une érosion de la mobilisation des prescripteurs avec le temps, malgré l'augmentation du risque iatrogène.

- Echec d'une précédente tentative de sevrage en BZD :

Concernant le sevrage en hypnotiques, M. Berthier a réalisé un travail de thèse dont le but était d'identifier les difficultés d'application des recommandations de la HAS 2006 dans les problèmes

d'insomnie par les médecins généralistes des Alpes Maritimes (45). L'un des freins principaux identifié était l'échec d'un sevrage antérieur en hypnotiques.

De même, G. Lardillon, dans son étude sur le sevrage en ambulatoire des BZD menée par un groupe de pairs (8), avait identifié, parmi les difficultés principales pour mener à bien le sevrage, l'échec d'un sevrage antérieur.

- Manque de motivation du patient face au sevrage :

C'est un élément également identifié par G. Lardillon dans son travail de thèse, et qui peut être mis en relation avec un manque d'information du patient sur les effets secondaires d'une consommation chronique de BZD et apparentées, associé à une banalisation de leur utilisation.

1.3.3.3. Freins dus au système de soins français

- Mode de rémunération des généralistes :

La DREES a montré que l'appartenance au secteur I était un élément déterminant de la prescription médicamenteuse (49). Les médecins du secteur à honoraires libres prescrivent moins fréquemment et en moins grande quantité que leurs confrères du secteur à honoraires conventionnels.

La sociologue A. Vega a attribué indirectement le rôle de déterminant de la prescription médicamenteuse au mode de rémunération des médecins généralistes français. Selon elle, ce système ne favoriserait pas la réalisation de consultations adaptées à la pratique d'une bonne écoute du patient (21).

Le rapport de l'OPEPS sur la prescription de psychotropes montre aussi le rôle déterminant du paiement à l'acte (22), qui ne permettrait pas la réalisation de consultations longues et approfondies, nécessaires à la prise en charge efficace des problèmes psychosociaux.

- Contraintes de temps :

Elles sont à mettre en relation avec la désertification médicale, qui entraîne des volumes de patientèle plus importants. Comme l'a mentionné A-C Schouler-Bourjal dans son travail, des médecins estimaient parfois manquer de temps pour réaliser la totalité de leur prise en charge et voyaient la prescription de BZD comme un moyen d'abrégé la consultation (44).

Dans son étude descriptive qualitative par focus group de médecins généralistes, C. Guérin avait noté ce caractère chronophage comme étant un frein à la remise en cause du renouvellement systématique de BZD et apparentées (48). Les médecins interrogés ont aussi évoqué le fait que, souvent, les patients venaient pour un autre ou plusieurs autres motifs, ce qui laissait peu de temps pour une réévaluation quant à cette prescription.

Ces contraintes de temps ont aussi été soulevées par les médecins généralistes interrogés dans l'étude Polychrome (51), qu'ils renvoient à l'organisation globale de l'activité libérale en cabinet, avec ses conséquences sur la prescription et la formation.

A *contrario*, dans son étude transversale de l'activité de médecins généralistes français, O. Kandel a étudié 2896 actes de manière à rechercher une association entre durée de consultation et prescription de psychotropes. L'analyse multivariée a mis en évidence de manière significative un lien entre une durée de consultation augmentée et la prescription de psychotropes (37). L'auteur attribue ce lien à l'émergence de problèmes psychologiques déclarés au fur et à mesure de la consultation, alors que des durées courtes de consultation ne permettraient pas au patient de révéler ces troubles.

- Manque de coordination interprofessionnelle :

L'étude Polychrome a mis en évidence le rôle déterminant de l'organisation du système de soins et le manque de coordination entre les différents professionnels de santé (51). Les difficultés d'échanges entre les généralistes et les spécialistes sont parfois à l'origine d'une polymédication injustifiée. Il en va de même avec les sorties d'hospitalisation sans réévaluation du traitement de sortie, que le médecin traitant ne prend pas forcément le temps de remettre en cause.

A. Vega a également souligné un manque de coordination interprofessionnelle inhérent à l'organisation des soins en France. Elle y observait plusieurs difficultés, notamment le manque de coordination des soins entre professions médicales et la quasi-absence de relations entre médecins et professionnels non médicaux.

Ainsi, le rapport de l'OPEPS (22) souligne que les médecins généralistes français adressent moins fréquemment que dans les autres pays leurs patients aux psychiatres et aux psychologues, quelle que soit la pathologie. De fait, les passerelles entre la médecine générale et les médecins psychiatres fonctionnent mal.

Enfin, ce problème a également été relevé par A. Faurie (43) qui attribue au déterminant « manque de coordination entre les acteurs du système de soin » un impact significatif sur la pratique de renouvellement d'un traitement par BZD au-delà de 3 mois.

- Manque d'alternatives professionnelles :

Ce point a été soulevé en 2008 dans le rapport de l'étude Sentinelles « Déterminants de la prescription des psychotropes chez les personnes âgées en médecine générale en France », de l'INSERM, à laquelle 350 médecins généralistes ont participé (46). L'impossibilité de mettre en place une psychothérapie par absence d'offre de ce type de prise en charge et d'autres traitements à proposer au patient étaient deux barrières majeures à la diminution des BZD et apparentées.

Ce manque d'accessibilité à des psychologues ou à des psychiatres était également déploré par les médecins généralistes des focus group du travail de C. Guérin (48).

- Contrainte financière : pas de prise en charge du suivi psychologique par la sécurité sociale :

Dans l'étude Sentinelles, parmi les obstacles les plus importants rencontrés pour diminuer les doses de tranquillisant/hypnotique, les médecins généralistes retenaient le refus du patient d'utiliser la psychothérapie comme alternative du fait de son non-remboursement (46).

Plusieurs thèses sur ce sujet vont dans le même sens, comme celle de C. Guérin (48), ou encore celle de N. Chaussée, qui s'est intéressée aux motivations du généraliste pour une prescription de BZD suite à la plainte anxieuse d'une personne âgée (47). Un des facteurs majorant le taux de prescription de BZD de manière significative était le ressenti par le prescripteur d'une contrainte géographique ou financière pour l'accès à une consultation avec un psychologue.

- Système de remboursement en cause dans la surconsommation de BZD :

On pourrait penser que le fait que ces molécules soient remboursées est une incitation à la consommation, au regard de la décroissance de consommation dans les pays européens où un remboursement conditionnel a été adopté (2).

Cependant, le travail d'A. Suarez (7) va à l'encontre de cette supposition, puisque, parmi les éléments motivant l'arrêt d'un traitement prolongé par BZD et apparentées, l'arrêt du remboursement par les assurances maladie obligatoire et complémentaire n'était déterminant que pour 23% des patients (loin derrière les craintes de troubles mnésiques, de chutes, d'accidents de circulation, ou encore du risque de dépendance).

1.3.3.4. Freins dus à la société

Dans sa thèse de 2014 (43), A. Faurie souligne que le déterminant « perception d'une pression sociale ou d'une augmentation des problèmes psychosociaux des patients », a un impact important. Il admet que cette importance est d'autant plus grande qu'une prise en charge globale du patient, comme celle qui sied à une consultation au cabinet du médecin traitant, nécessite la prise en compte de cette composante socio-environnementale. De plus, ce déterminant est difficilement modifiable.

A-C. Schouler-Bourjal, mettait en évidence, chez les médecins interrogés pour son travail de thèse (44), la perception d'une augmentation des problèmes psychosociaux (difficultés professionnelles, familiales), les poussant à prescrire plus de BZD, afin d'aider leurs patients à les surmonter.

Le *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes*, rédigé par l'OPEPS (22), évoque lui aussi ce sujet : « L'indication de ces traitements s'étend aujourd'hui aux manifestations de troubles épisodiques ou attachés à un événement de la vie. Certains dénoncent ce qu'ils perçoivent comme une médicalisation de confort de la vie psychique, voire un traitement pharmaceutique de problèmes sociaux ».

Cependant, le rapport reconnaît que « la prescription de psychotropes représente aussi pour l'usager une marque de reconnaissance de sa souffrance vis-à-vis d'un entourage familial ou

professionnel éventuellement dubitatif ». Ce qui suggère que la société actuelle est plus encline à reconnaître une souffrance psychique si celle-ci est médicalisée.

1.3.3.5. Freins relevant de la pathologie

On peut imaginer que les patients présentant plusieurs addictions ou des troubles psychiatriques sévères sont beaucoup plus difficiles à sevrer. Dans ce cas, comme le prévoient les recommandations de la HAS, il vaut mieux travailler de concert avec les spécialistes (5) ou les centres spécialisés comme les CSAPA (Centres spécialisés d'accompagnement et de prévention en addictologie), ou encore les CMP (Centres médico-psychologiques).

1.3.3.6. Freins relevant de la relation médecin-malade

Dans son travail de thèse sur les déterminants de la prescription de BZD en médecine générale, C. Guérin a laissé les médecins généralistes s'exprimer sur ce sujet au cours d'un focus groupe (48). Pour la plupart d'entre eux, la relation médecin-malade était déterminante dans la décision de prescrire ou non une BZD. Ils s'accordaient pour dire que cette prescription n'était « pas du tout rationnelle » et vraiment dépendante d'une « situation particulière unique », où de nombreux paramètres entraient en jeu.

Il est possible que des formations à la relation médecin-patient, à l'écoute active, à l'entretien motivationnel, ou la participation à des groupes Balint développent ces capacités.

Synthèse : les obstacles que notre tutoriel RPIB Benzos doit tenter de lever :

- FMC insuffisante
- Vision positive des BZD
- Pression des patients du fait de leur manque d'information
- Durée longue de consommation des patients / chronicité de la prise
- Peur du syndrome de sevrage

II.3.4. Développement de la version 0 du tutoriel RPIB Benzos

Nous avons construit une version 0 du tutoriel RPIB Benzos, à partir des recommandations existantes sélectionnées (parmi celles de la HAS, des organismes publics et des sociétés savantes) et de la revue de la littérature.

Le tutoriel se présentait initialement sous la forme d'un diaporama, construit avec Microsoft Powerpoint 2010. Il était uniquement visuel et comprenait 49 diapositives. Après un résumé de l'état de la prescription en France, selon le rapport de l'ANSM de décembre 2013, les indications, contre-

indications et effets secondaires des BZD étaient présentés ; la source en était le RCP du Vidal. Après 6 diapositives consacrées à la primo-prescription des anxiolytiques, 7 autres reprenaient la primo-prescription des hypnotiques et des éléments de TCC (d'après S. Moreau (4)). La suite du diaporama s'intéressait au sevrage et à ses risques, puis aux freins identifiés dans la littérature à une prescription optimale. La dernière partie du diaporama évoquait le repérage précoce et l'intervention brève sur une quinzaine de diapositives. Il se terminait par un rappel du suivi psychosocial d'une prescription/diminution/arrêt de BZD.

Cette première version a été envoyée aux membres du CP pour qu'ils puissent la visualiser chez eux en amont de la réunion. Pour ceux qui ne pensaient pas pouvoir être présents à la réunion suivante, un avis par e-mail était souhaité.

III. Partie 2 : Élaboration de la version 1 du RPIB Benzos et test

III.1. Matériel et Méthodes

III.1.1. Deuxième réunion du CP

Au cours d'une deuxième réunion du CP et des experts, le 24/06/2015, la version 0 de l'outil a pu être présentée et critiquée. Chaque expert présent avait au préalable visionné chez lui le tutoriel.

La première décision a été de changer le nom du tutoriel « RPIB psychotropes » en « RPIB Benzos ». L'objectif était d'être en cohérence avec la restriction du champ des molécules aux seules BZD et apparentées, ce qui supprimait les antidépresseurs et les neuroleptiques. Ce choix a été fait pour circonscrire la thématique afin de réduire et simplifier les messages à délivrer.

Les quatre objectifs de l'outil pédagogique ont été redéfinis par les experts, à savoir :

- Aider à réduire les prescriptions hors AMM ;
- Prévenir l'addiction aux BZD ;
- Favoriser le repérage des personnes présentant des consommations abusives ;
- Aider à l'arrêt ou à la réduction.

Les décisions prises au cours de la deuxième réunion du CP concernaient :

- la forme :

Les experts se sont mis d'accord sur la forme à adopter pour ce tutoriel. Le format vidéo a été retenu pour son côté pratique à réaliser en termes de défilement des diapositives synchronisé avec une voix off apportant des informations complémentaires.

Il a été décidé de réaliser plusieurs vidéos, par thème abordé, de manière à scinder le tutoriel en séquences plus courtes, pouvant être visionnées indépendamment les unes des autres.

La nécessité d'intégrer un quizz permettant l'évaluation des acquis en fin de formation a été validée.

Le groupe s'est mis d'accord sur le fait qu'une version imprimable des outils mentionnés dans le tutoriel pourrait être une aide précieuse pour le praticien et le patient. De la même manière, il a été décidé que les références utilisées dans le diaporama devaient être indiquées en fin de tutoriel de manière à être facilement accessibles pour le praticien.

L'idée d'inclure des mini-films de quelques minutes illustrant des exemples de consultations types a émergé au cours de cette séance. Ce format avait déjà été utilisé par les créateurs de la formation sur le RPIB alcool et avait été bien accepté par les médecins formés, qui l'avaient trouvé utile.

- le fond :

Il a été convenu :

- de présenter les données épidémiologiques sur les BZD en combinant les chiffres de la consommation des anxiolytiques à ceux des hypnotiques ;
- d'ajouter que les BZD n'ont pas d'indication dans le traitement de l'alcoolisme (hors sevrage) ;
- de ne pas citer le Vidal comme référence dans l'indication ou dans la posologie du médicament. L'outil n'étant pas un manuel thérapeutique, il est apparu préférable et plus juste de se baser sur les indications AMM, les recommandations de la HAS ou sur une base de données publique indépendante des firmes pharmaceutiques (médicaments.gouv.fr) et reprenant le résumé des caractéristiques du produit (RCP).

Initialement, plusieurs experts ont craint que le tutoriel ne soit un peu trop stigmatisant vis-à-vis des généralistes. Il a été convenu que cette formation ne devait pas culpabiliser les médecins généralistes, mais qu'elle devait susciter un changement de comportement pour la prescription de BZD, en leur donnant des outils pratiques pour y parvenir.

La suite des décisions s'est centrée sur la stratégie d'accompagnement à mettre en place par le médecin généraliste, qui doit :

- interroger la prescription des BZD avant une primo-prescription, pendant et après la prescription ;
- prévoir des consultations dédiées au traitement par BZD ;
- établir un partenariat avec le patient, sorte de contrat de soin, pour une meilleure adhésion au sevrage.

Pour la partie consacrée aux anxiolytiques, il a été décidé de rappeler les différents types d'anxiété.

La nécessité de compléter les règles d'hygiène du sommeil en s'appuyant sur les éléments cités par les experts (documentation HAS, agenda du sommeil, vidéo sur les techniques de relaxation, fascicules sur le sommeil), a été avancée.

Un des experts, psychiatre, a suggéré également de préciser la notion de population à risque de dépendance, qui contre-indiquerait la prescription d'une BZD, en citant le « Two-item conjoint screening », en 2 questions pour lequel une seule réponse positive révèle une sensibilité de 81% à la dépendance.

III.1.2. Architecture du site web pour la mise en ligne du tutoriel.

Le 15/09/2015, nous avons rencontré l'équipe de Télésanté Aquitaine (TSA) pour discuter du tutoriel et des modalités de sa mise en ligne. Nous avons décidé de créer un site spécifique dénommé « www.addictutos.fr ». Dans l'onglet « Tutoriels », il a été décidé qu'un menu déroulant devait apparaître pour choisir la rubrique souhaitée (le premier et l'unique pour le moment serait le tutoriel RPIB Benzos).

Une fois sur la page d'accueil du tutoriel RPIB Benzos, il a été convenu qu'après une introduction rapide à l'outil, l'utilisateur pourrait choisir de cliquer sur l'un des 5 onglets correspondant aux diaporamas, aux vidéos, aux références, aux documents patients et au quizz. Nous avons décidé que, par défaut, la page s'ouvrirait sur le premier module correspondant aux diaporamas.

Diapo1v5-1
Etat des lieux de la prescription en France

D'après le rapport de l'ANSM de Décembre 2013: état des lieux de la consommation de benzodiazépines en France

- En 2012, 11,5 millions de Français ont consommé des « benzos » au moins une fois (anxiolytique, hypnotique ou clonazépam) : **22% en prennent 2 simultanément**
Âge médian : 56 ans
- 64,2% de femmes**
~51% des femmes de plus de 65 ans consomment une « benzo »
- Temps d'utilisation annuel moyen:
5 mois/an pour les anxiolytiques
3,9 mois/an pour les hypnotiques

Diapo2v5-2
Construire une stratégie thérapeutique partagée avec le patient (3)

Affections psychiatriques de longue durée – troubles anxieux graves (HAS juin 2007)

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

- TCC aussi efficaces que les psychotropes (surtout les benzos), avec 70 % de patients améliorés versus 60 % (grade A).
- TCC permettent un maintien du gain thérapeutique supérieur à celui des psychotropes (grade A).
- TCC entraîneraient une réduction de la consommation des psychotropes (grade B) et pourraient faciliter le sevrage des benzos (grade B).

Diapo3v5-3
Le du stimulus pour renforcer le lien entre le lit et le sommeil (1)

Moreau S. Insomnie chronique de l'adulte: développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale, Université Paris Diderot - Paris 7, 2010.

- Se coucher seulement si le besoin de dormir est là (repérer les signaux d'endormissement)
- 1h avant le coucher, placer un rituel de transition entre éveil et sommeil
- Le lit ne doit être utilisé que pour dormir et les activités sexuelles

Diapo4v5-16
Conditions augmentant les difficultés et nécessitant une surveillance renforcée

Fiche mémo: Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés: démarche du médecin traitant en ambulatoire - HAS Juin 2015

- Traitements longs,
- « benzos » à demi-vie courte,
- Posologie élevée
- Prise concomitante de plusieurs psychotropes
- « Benzos » anxiolytiques
- Surconsommation régulière d'alcool (>3 verres/j homme ou 2 verres/j femme) ou d'autres substances psychoactives
- Dépression caractérisée
- Insomnie chronique
- Troubles anxieux caractérisés (trouble panique, TOC, trouble anxieux généralisé)
- Troubles cognitifs, démence
- Echecs de tentatives antérieures d'arrêt

Diapo5v6-17
Lever les freins et faire émerger la motivation

Le patient peut avoir peur :

- de l'effet rebond des symptômes
- du syndrome de sevrage, du manque

Le patient peut manquer de connaissances:

- Sur sa pathologie, les symptômes dont il se plaint
- Sur ses traitements.....qu'on lui a prescrits....

Le médecin pose des questions ouvertes, avec empathie pour explorer :

- Ce qu'il sait et ce qu'il croit (connaissances et représentations)
- Ce qu'il souhaite (valeurs et perspectives)
- Ses peurs

Le médecin informe et rassure le patient. Il propose :

- Les aides possibles et donne confiance
- Des aides possibles, facilement accessibles

Diapo6v6-18
Les principes de l'intervention brève: F.R.A.M.E.S.

Miller W.R. « Motivational interviewing research, practices, and puzzles ». Addict Behav. 1996

- Feed-back :** restituer au patient l'écart aux recommandations et ses risques
- Responsability :** le changement appartient au patient
- Advice :** donner son avis personnel de médecin
- Menu of change :** donner le choix entre différentes stratégies d'arrêt/de réduction possibles
- Empathy :** ne pas juger, attitude chaleureuse et compréhensive
- Self-efficacy :** insister sur les capacités personnelles du patient pour renforcer sa motivation

Figure 3 : Page d'accueil du tutoriel RPIB Benzos

III.1.3. Etude qualitative

Schéma de l'étude

L'étude a été réalisée sur la base d'entretiens individuels semi-structurés, enregistrés sur dictaphone numérique et anonymisés. Les entretiens ont duré quinze minutes environ. Ils ont ensuite été intégralement retranscrits.

L'objectif est d'explorer les critiques des médecins généralistes sur la forme et le fond du RPIB Benzos présenté comme tutoriel en ligne.

Elaboration de la grille d'entretien

Afin de réaliser une enquête qualitative sur ce tutoriel, auprès d'un échantillon de médecins généralistes, un guide d'entretien semi-dirigé a été élaboré. Pour cela, nous nous sommes aidés du guide d'organisation d'entretiens semi-dirigés, mis en ligne par l'Institut national de santé publique du Québec (52).

Outre des données épidémiologiques prises en compte telles que l'âge et le sexe, le lieu (rural, semi-rural, urbain) et le mode d'exercice (installation seul ou en association) ont également été mentionnés. Ensuite, nous nous sommes renseignés sur l'éventuelle présence d'une secrétaire (physique ou téléphonique) et sur l'orientation particulière de l'activité de chaque généraliste (pédiatrie / gynécologie / gériatrie / sport / acupuncture / ostéopathie / mésothérapie / aucune). Enfin, il nous a paru important de savoir si le médecin avait déjà eu une formation sur ce thème auparavant et sous quelle forme (présentielle ou à distance).

Il nous a semblé intéressant de poser seulement 2 questions au cours de l'entretien, ouvertes, de manière à recueillir une grande diversité d'informations et, plus particulièrement, les perceptions et opinions des participants sur le tutoriel. Ces 2 questions reposaient sur 2 grands thèmes : format du tutoriel adapté ou non à la médecine générale et contenu du tutoriel adapté ou non à la médecine générale.

Dans chaque partie, une seule question de relance de type : « Pourriez-vous préciser/développer ? » était prévue si le participant ne répondait que par oui ou par non. Enfin, si les éléments attendus n'étaient pas cités, un interrogatoire plus précis sur les points-clés était réalisé, par exemple : « Le sujet du tutoriel vous a-t-il paru adapté à la médecine générale ? » (Annexe 5).

Nous avons testé le questionnaire sur deux volontaires pour vérifier que les questions étaient adaptées et pour s'entraîner à mener un entretien semi-dirigé. Il était prévu de faire le point au bout de 2 ou 3 interviews pour s'assurer que les grilles d'entretien ne posaient pas de problème.

Sélection des médecins généralistes pour l'étude qualitative

Un échantillonnage en variation maximale a permis de sélectionner les médecins généralistes jusqu'à saturation des données.

En octobre 2015, j'ai contacté 18 médecins généralistes afin de leur expliquer le projet et d'obtenir leur accord pour les inclure dans l'échantillon testant le tutoriel dans sa version 1 et recueillir leur

avis au moyen d'une enquête qualitative. Je leur ai expliqué les modalités d'accès au tutoriel et indiqué que le visionnage global prenait une heure un quart environ en temps cumulé, mais qu'il était possible de le regarder en plusieurs fois.

Le 9/11/2015, un premier e-mail est parvenu aux médecins ayant accepté de faire partie de l'échantillon pour vérifier la validité des adresses électroniques et les prévenir du caractère imminent de la mise en ligne du tutoriel.

Le 18/11/2015, TSA ayant mis en ligne le tutoriel en version sécurisée sur le site, les médecins participant à l'enquête ont reçu le lien web par e-mail et ont été prévenus par SMS.

Afin d'éviter un oubli ou un délai de réponse trop important, je leur ai téléphoné la semaine suivante pour programmer un rendez-vous et réaliser l'entretien semi-dirigé.

Le choix de quinze médecins généralistes minimum a été proposé, nombre habituellement suffisant pour aboutir à une saturation des données.

Les quinze entretiens ont été retranscrits manuellement pour permettre l'exploitation des données. Ces données ont été regroupées en indices de signification, en occurrences puis en thèmes.

III.2. Résultats

III.2.1. Finalisation et livraison de la version 1 du tutoriel.

Après la deuxième réunion, nous avons retravaillé l'outil en appliquant les modifications apportées par les experts.

Nous avons décidé d'inclure 9 mini-films illustrant les thèmes suivants : « enseignement au patient de la relaxation selon la méthode de Jacobson » ; « abord de la question et feedback » ; « amener le patient à l'engagement » ; « abord de la consultation spécifique » ; « expliquer l'agenda du sommeil » ; « expliquer le suivi » ; « le suivi » ; « retour de l'agenda du sommeil ».

Les thèmes ont été définis avec mon directeur de thèse et les scénarii ont été écrits durant les semaines qui précédaient les tournages, puis corrigés par lui-même et le troisième acteur, psychiatre addictologue. Ces versions des scénarii ont été remodelées pendant les tournages par les acteurs pour améliorer le naturel et la crédibilité de ces scènes.

Les mini-films ont été tournés sur 3 demi-journées, avec l'aide d'un professionnel de l'audiovisuel rémunéré. Ces tournages ont eu lieu dans les locaux d'AGIR 33 et au cabinet médical du Dr Laurent Guez, psychiatre et membre du CP du projet. Les acteurs bénévoles étaient représentés par le Dr Guez, le Dr Castéra et moi-même.

Après le montage par notre professionnel, chaque film durait entre 1'30" et 3'15 ".

Une réunion ne pouvant être organisée, le 4/10/2015, les experts ont reçu la version 1 du tutoriel sur clé USB envoyée par voie postale. Malheureusement, elle ne contenait pas les mini-films de consultations, qui n'étaient pas encore finalisés. Mais ils ont pu visualiser les différents modules en version vidéo et tester le quizz.

Les commentaires sur cette version améliorée ont été plutôt positifs et les modifications à apporter suite à leur visionnage concernaient surtout la forme, que j'ai reprise une dernière fois avant de la livrer au professionnel de l'audiovisuel. Techniquement, il s'est avéré impossible d'inclure les vidéos dans le diaporama, du moins à ce moment.

Le 6/11/2015, nous avons pu remettre à TSA (Télésanté Aquitaine) la version 1 du tutoriel RPIB Benzos. Le tutoriel a été mis en ligne le 18/11/2015.

La page web d'accueil s'ouvrait sur l'onglet « Diaporamas », qui présentait les 6 modules. On y trouvait également l'onglet « Vidéos », qui contenait les mini-films de consultation qui n'avaient pas pu être intégrés précédemment. Le troisième onglet, « Références », reprenait toutes les références citées dans les diaporamas. Le quatrième onglet s'intitulait « Documents patients », il était constitué de fiches pratiques, imprimables pour le patient. Enfin, le cinquième onglet était constitué d'un quizz à réaliser en fin de visionnage (Annexe 6).

III.2.2. Evaluation de la lisibilité, de l' « acceptabilité » et de la satisfaction de l'outil par un échantillon de médecins généralistes

III.2.2.1 L'échantillon

Parmi les 18 médecins généralistes contactés, l'une a refusé du fait d'une surcharge de travail, l'une a proposé de me rappeler mais ne l'a jamais fait, une autre n'a jamais répondu malgré deux messages vocaux. Quinze médecins généralistes ont donc participé à l'enquête qualitative.

Parmi les 15 médecins généralistes ayant accepté de participer, il y avait 6 femmes et 9 hommes. L'âge des participants était compris entre 29 et 63 ans. La moyenne d'âge des participants est de 48,93 ans. L'écart-type est de 10 ans.

Les variables nous ayant paru pertinentes étaient l'âge, le sexe et l'exercice rural, semi-rural ou urbain, de même que les orientations soulignées par les professionnels.

Tableau 2 : Caractéristiques personnelles des médecins

Médecins	Sexe	Age	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Orientation	Formation antérieure	Secrétariat	temps
M1	F	50	A	SR	homéopathie acupuncture	sommeil et benzos	P	18'23"
M2	M	52	A	SR	aucune	sommeil	P	15'59"
M3	F	29	A	SR	aucune	aucune	P	14'06"
M4	F	31	A	urbain	gynécologie	aucune	P	16'03"
M5	F	45	A	SR	pédiatrie	sommeil	P	18'38"
M6	M	44	A	SR	pédiatrie	aucune	P	15'31"
M7	M	63	A	urbain	sport	benzos	téléphonique	14'16"
M8	M	55	A	rural	gériatrie	aucune	P	18'59"
M9	M	54	A	rural	mésothérapie	aucune	P	18'49"
M10	M	35	A	urbain	sport	aucune	téléphonique	15'53"
M11	M	49	A	SR	aucune	aucune	P	14'50"
M12	F	54	seule	rural SR	Pédiatrie homéopathie	pharmacologie benzos	absence	18'44"
M13	M	63	A	SR	aucune	aucune	P	17'55"
M14	F	56	A	urbain	aucune	aucune	P	15'07"
M15	M	54	A	urbain	gériatrie	aucune	P	8'47"

A = association ; SR = semi-rural ; P = secrétariat physique

III.2.2.2 Les entretiens

Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés du 26/11/2015 au 15/12/2015, sur une période de trois semaines. Ils se sont déroulés de la manière suivante :

- 11 entretiens au cabinet du médecin généraliste ;
- 1 entretien dans la voiture d'un généraliste pressé ;
- 1 entretien sur Skype ;
- 1 entretien au domicile du médecin ;
- 1 entretien chez la doctorante.

Ils ont été enregistrés par dictaphone pour respecter la fidélité des propos, et l'anonymat a été maintenu. Les quinze entretiens ont été retranscrits intégralement, mot pour mot, de manière à respecter le mode d'expression de chaque participant (annexe 7). Nous disposons des 15 enregistrements.

La durée moyenne des entretiens est de 16'9". Le plus long a duré 18'59", le plus court 8'47". L'écart-type est de 2'41".

III.2.2.3 Résultats sur la forme.

Dans cette partie des résultats, nous avons choisi de nommer les différents médecins M de 1 à 15 en fonction de l'ordre d'entretien. Les indices de signification, que nous avons regroupés en thèmes, ont été désignés par la lettre S, avec le nombre accolé correspondant au thème, selon l'ordre dans lequel nous les avons dégagés.

- Durée totale (S1)

La plupart des médecins ont trouvé le visionnage de l'ensemble du tutoriel un peu long : « J'me place dans l'optique de médecin généraliste qui a son cabinet et qu'a pas forcément l'temps [...] ça peut être un peu long, j'pense » (S1M3) ; « Y'en a beaucoup ! C'est long. Donc euh, c'est pas adapté, ça, à notre pratique » (S1M8) ; « par rapport au temps euh... qu'il faut y passer, oui ! Hein, j'pense que c'est ça, qui bloque le plus » (S1M15).

Cependant, plusieurs d'entre eux ont souligné le fait que la durée était adaptée si ce tutoriel faisait partie d'un DPC : « ça fait penser un peu à une formation [...] continue quoi... Le DPC [...] Et là, pour le coup, il est pas trop long ! » (S20M2) ; « pour regarder à la maison, j'pense c'est trop long [...] dans le cadre d'une formation, ça va bien » (S20M6).

- Fragmentation en modules (S2)

Les médecins étaient tous d'accord pour dire que le découpage en modules était nécessaire vu la densité du sujet : « Après, l'diaporama y'a pas moyen non, c'est long [...] après on peut le faire en plusieurs fois, donc c'était pas gênant » (S2M5) ; « les messages sont relativement courts [...] et euh... intéressants, quoi !... » (S2M15).

Ils ont apprécié la possibilité de scinder la visualisation en plusieurs fois : « J’l’ai r’gardé en 4 fois... et la fragmentation est utile ! (S2M6) ; « ce sont plusieurs exposés assez courts [...] ça passe assez vite [...] c’est mieux qu’un long exposé ! » (S2M10) ; « c’est bien d’avoir fait plusieurs séquences en petits morceaux [...] ça permet de faire ça en plusieurs fois » (S2M3).

Deux d’entre eux y ont vu une facilité pour retrouver l’information : « Et comme c’est découpé par thèmes en plus euh... on a euh... une question particulière, on peut rechercher euh... dans la vidéo qui correspond » (S2M10) ; « Une fois qu’on l’a vu une fois, ça va, on sait où aller piocher les informations » (S2M14).

- Format vidéo (S3)

Les critiques des médecins ont été très partagées sur ce point.

Certains médecins n’ont pas trouvé le format vidéo de l’outil assez interactif : « faut aller à la pêche aux infos, quoi ! » (S3M5) « Faire un arbre décisionnel plutôt interactif à ce moment-là... » (S3M5).

D’autres ont critiqué son manque de souplesse dans l’utilisation : « vu que y’a les vidéos, p’t-être que les diaporamas... ça suffirait [...] y’aurait juste à cliquer ça ira plus vite pour... pour les praticiens de cliquer eux mêmes » (S3M4) ; « Par contre j’aurais trouvé ça bien qu’il y ait des diapos, euh, sans voix... le fait que tu parles, qu’on puisse passer tu sais si y’a certaines diapos qui nous intéressent moins [...] j’aurais trouvé ça bien que t’aies les 2 possibilités » (S3M3).

D’autres ont été plus enthousiastes : « j’trouve que c’est bien cette alternance, ‘fin j’trouve que c’est bien qu’on puisse aller voir à la fois sur l’exposé euh... soutenu par des diapos et la vidéo » (S3M7) ; « c’était parfait, c’était très interactif » (S3M11).

- Utilisation du son en plus du visuel (S4)

Plusieurs médecins ont salué le fait qu’une voix off vienne compléter les images : « Les diaporamas... Alors, j’les ai trouvés bien parce que du coup tu mises un peu sur tout, t’as à la fois l’oral, t’as la mémoire orale, t’as la mémoire visuelle » (S4M3) ; « d’une part l’aspect visuel et puis l’aspect euh... auditif, on va dire, puisque j’pense que ça touche, ‘fin ça touche encore mieux... ça permet de retenir les informations, j’pense, encore mieux » (S4M10) ; « c’était pratique qu’il y ait à la fois les images et le son [...] Tu parles... lentement, donc en même temps, on a le temps de lire les diapos avec » (S4M4) ; « Alors le son : très bien » (S4M2).

Cependant, l’inégalité de la qualité du son entre les diaporamas et les mini-films, a été mentionnée par 2 médecins : « le son n’est pas égal sur toutes les vidéos, et puis on sent bien quand tu allumes et quand tu coupes ton micro » (S4M1) ; « le son du diaporama était un peu plus faible que celui des vidéos » (S4M11).

Un médecin a relevé des blocages du son dans le module numéro 3 : « parfois des petits blocages sur euh... euh... la bande son, ‘fin ça coupait... Mais ça durait quoi ? 3 secondes ! [...] Je crois que c’était le troisième, mais je ne suis pas sûre... » (S4M14).

Un médecin a jugé une partie des informations sonores superflues : « Je suis pas sûre que les introductions soient nécessaires à chaque fois. On sait c’qu’on fait, on sait où on va, on a tous besoin d’aller très vite à l’essentiel, tout ce blabla, enfin pour moi c’est du blabla qui sert à rien » (S4M8).

- Mini-films de consultations (S5)

Dans l'ensemble, ils ont été appréciés pour leur caractère complémentaire des diaporamas : « les vidéos sont très ludiques [...] il pose bien des questions que les patients posent [...] ça fait bien comprendre un petit peu la problématique de... de la dépendance » (S5M4) ; « les films, dans les mises en situation sont très bien » (S5M5) ; « les vidéos j'ai trouvé ça bien, puisque c'était pratique euh... vivant [...] Elle m'a sorti les mêmes arguments exactement que... que toi, enfin que Mademoiselle ou que Monsieur Benzo [...] donc vraiment c'est... C'est... très bien fait » (S5M7).

Un médecin n'y a pas vu d'intérêt : « Mais après les entretiens... Quoi les entretiens... euh... vidéo, euh... alors c'est bien pour ceux qui veulent les voir, mais moi ça m'amène pas grand-chose » (S5M2) ; « reformuler, j'trouvais que c'était parfois pas toujours très pertinent » (S5M2).

Cependant, la nécessité de les intégrer au diaporama, a été soulignée : « vous allez maintenant voir une vidéo, mais en fait il faut revenir au menu pour aller les chercher [...] ce serait vraiment mieux que ce soit intégré dans le diaporama... » (S5M1) ; « ç'aurait été bien de pouvoir vraiment inclure tes vidéos dans le... le diaporama [...] j'trouve qu'on comprend pas en voyant le diapo... la vidéo vient pas » (S5M3) ; « par rapport au diaporama, j'ai trouvé que euh... le côté... euh, l'accessibilité des vidéos était pas très explicite » (S5M10).

- Possibilité d'impression des fiches-patients (S7)

Cette fonctionnalité a été appréciée par la très grande majorité des médecins : « les fiches patients, ça me paraît vachement facile et bien » (S7M6) ; « Non, mais, avoir aussi la petite feuille dans la... dans les documents patients là... pour le sevrage ça peut être un outil... bien... Parce que comme ça ils se sentent investis, 'fin... ils peuvent peut-être être plus... plus sérieux » (S7M4) ; « les fiches patients, moi je voilà, j'les ai imprimées et moi j'vais m'en resservir » (S7M3) ; « dans ce tutoriel, moi, j'trouve que c'est très intéressant, c'est les fiches d'accompagnement [...] qui peuvent nous aider considérablement pendant les consultations » (S7M9) ; « Avec le support... les documents qu'on va remettre au patient ! Parce que c'est vrai qu'à chaque fois qu'j'ai essayé... Euh... je pense que peut-être le manque de support papier à remettre au patient, a... a empêché souvent, un bon suivi [...] ce support papier est vraiment très cadrant » (S7M14).

Un médecin en revanche n'en a pas du tout vu l'utilité : « Moi, je suis pas du tout axé là-dessus, parce que... les échelles, ils en ont rien à péter, 'fin j'vais t'dire euh... c'est, c'est fou, quoi ! L'échelle d'anxiété, c'est... c'est compliqué ! Je donne très, très peu à mes patients » (S7M8) ; « alors les impressions, 'fin c'est un peu gonflant parce que tu vas bouffer de l'encre euh... pour ça [...] c'qui serait plus intéressant, c'est de pouvoir donner un lien directement au patient » (S7M8).

- Visuel (S8)

Globalement, la qualité visuelle du tutoriel a été saluée : « au niveau visuel, j'ai trouvé vraiment agréable [...] J'trouve que c'est bien, t'as des diapos avec des phrases concises, la police, etc, ça saute bien aux yeux, t'as pas de fioritures » (S8M3) ; « c'est bien de garder les 6 modules, on sait où on en est » (S8M2) ; même si : « Des fois y'a des diapos qui sont chargées » (S8M4) ; « une fois qu'on a trouvé la porte d'entrée ça va [...] J'trouve ça bien ! » (S8M7) ; « J'pense que c'est pas trop compliqué » (S8M7).

Cependant, la page d'accueil a parue chargée et peu intuitive à plusieurs médecins : « Moi ce qui m'a gêné c'est qu'en fait... ça fait un peu... c'est trop... trop serré en fait... j'aurais préféré quelque chose d'un peu plus... Enfin bon... Plus dilué, moins serré !... [...] y'a des images qui se chevauchent un petit peu [...] y'a des mots qu'on devine parce qu'ils sont légèrement masqués » (S8M1) ; « Oui, oui, j'les ai vus... mais j'ai pas... Mais c'est vrai que la mise en page là... c'est pas... elle est pas [...] pas claire » (S8M5).

Un autre médecin interrogé a trouvé les diaporamas ennuyeux : « Ça c'était chiant le diaporama » (S8M5).

- Longueur injustifiée de certaines diapositives (S26)

Plusieurs médecins ont mentionné le fait que certaines diapositives étaient lues, ce qui était parfois un peu ennuyeux : « [...] Celui sur les effets secondaires possibles du sevrage, également... Je dirais que peut-être là on pourrait euh... raccourcir un p'tit peu euh... cette répétition, 'fin c'est un peu lent à ce niveau-là » (S26M9) ; « y'a des passages où euh... Tu lis vraiment texto ce qui est écrit sur la diapo et ça on peut euh... à la rigueur... on pourrait le résumer » (S26M2) ; « des redites sur la fin là, je sais plus trop là... Sur le sevrage là... » (S26M2).

- Module « Etat des lieux de la prescription en France » (S27)

Plusieurs médecins ont trouvé trop long le diaporama d'introduction sur la présentation des chiffres de consommation en France et en Europe : « le premier, il m'intéresse moins quand même. Clairement. [...] En même temps c'est bien d'avoir quelques notions euh... de... de santé publique hein ! Mais on n'a p'tête pas besoin de... de fouiller autant quoi ! Quelques chiffres qui frappent un peu...ça c'est bien ! Mais pas aussi long » (S27M2) ; « Moi je dirais que... peut-être le premier me paraît un peu long... Voilà. Le premier me paraît un peu long » (S27M9) ; « Y'en a une moins... mais j'pense que t'avais pas trop l'choix, c'est la première d'introduction [...] en pratique, tu t'en fous, mais bon, bah... voilà j'pense que t'avais pas le choix » (S27M3).

Un des médecins généralistes n'a pas apprécié le ton du premier module dans lequel il a cru dénoter une pointe de réprimande : « Euh... mais c'est le fait de la petite intro... on a l'impression un peu de répéter les choses. Euh... Je sais pas si parfois, c'est pas un peu paternaliste euh comme discours... Euh... Et euh... je dirais presque culpabilisant pour les médecins euh... en disant putain, euh... médecins généralistes, vous faites chier, vous prescrivez pas les trucs » (S27M8).

Une des participantes était enthousiaste : « c'est intéressant de voir les consommations en Europe et tout... » (S27M4).

- Structure globale (S10)

L'architecture globale a plu à une majorité de médecins : « c'était pas aussi structuré que ce que... que... ce que tu as fait là ! » (S10M7) ; « j'trouve ça très... très sympa, très interactif » (S10M11) ; « j'ai pas cherché ! J'pense que ça va [...] Ah oui, oui. Moi j'ai trouvé ça bien » (S10M6) ; « Pratique ! Parce que... on croule sous le papier, donc euh... très pratique ! Et puis, on peut le consulter quand

on veut et selon les rubriques dont on a besoin » (S10M14) ; « Facile d'accès et pratique ! » (S10M14).

Un médecin a mentionné des difficultés pour passer des diaporamas aux fiches patients : « c'est un p'tit peu... une facilité d'accès à ces fiches qui... qui oblige à revenir... enfin bon [...] C'qui m'paraît un peu difficile, c'est de passer de l'une à l'autre... » (S10M9).

Une des médecins a déploré le fait que les onglets n'étaient pas très visibles pour accéder aux documents patients, aux références, au quizz : « Mais c'est vrai que quand tu ouvres, euh... ça, c'est pas mis en valeur !... Tu vois ? C'est pas du tout mis en valeur ! » (S10M5).

- Module de synthèse (S50)

Deux médecins auraient apprécié un module de synthèse reprenant les points essentiels du tutoriel pour les médecins plus pressés : « Bah j'te dis, moi j'aurais juste fais p't-être euh... donc des diapos qu'tu peux passer et p't-être un truc un peu de synthèse... Si vous n'en avez qu'un à regarder... avec vraiment des points-clés » (S50M3) ; « j'ai envie de dire que ça mérite d'être revu, d'être resynthétisé peut-être un peu, pour le rendre peut-être plus... plus accessible, plus rapide entre guillemets » (S50M13) ; « D'avoir un petit condensé, adapté à la consultation de médecine générale » (S50M13).

III.2.2.3. Résultats sur le fond.

- Clarté des explications (S12)

Un des médecins a eu un moment d'hésitation au début de la visualisation : « au début j'me suis demandé à qui c'était... adressé... Si c'était pour les médecins ou si c'était pour les patients... » (S12M1) ; mais passé les premières explications, elle assure : « Tout était très clair » (S12M1).

L'une des personnes interrogées a souligné l'intérêt d'ajouter éventuellement un module « dépression et benzos » dans un souci de clarification : « y'a juste une diapo ou tu parles aussi de la paroxétine, t'es plus sur le versant anti-dépresseur » (S12M4).

Un autre médecin s'est interrogé sur le fait que toutes les BZD étaient traitées de la même façon, alors qu'elles n'ont pas la même indication : « les hypnotiques sont traités de la même façon que les anxiolytiques, que les benzos, tu vois, Stilnox, zolpidem [...] il y a un package dans lesquels tu les mets [...] je les utilise différemment les... les hypnotiques et les benzos » (S12M6) ; il s'est étonné de ne pas trouver d'indication pour régler un problème pratique : « pas de réponse là-dedans qui me dit euh... préfère une benzo ou préfère un... un hypnotique » (S12M6) ; il poursuit : « je sais pas si c'est intéressant de... Tu vois j'avais quelqu'un qui avait un jour un demi-zolpidem, j'ai prescrit de l'euphytose, enfin je sais pas si c'est intéressant » (S12M6). Enfin, il a posé une question pertinente sur la difficulté du sevrage en fonction de la demi-vie de la benzodiazépine : « euh... j'ai compris que c'était plus difficile de sevrer des benzos à demi-vie courte or ils nous... ils nous conseillent plutôt de prescrire enfin la... euh le... plutôt de prescrire des benzos à demi-vie courte sauf si j'me trompe ! Du coup je sais pas trop quoi faire de ça... » (S12M6).

Les autres ont tout trouvé clair : « les explications, oui. Oui, oui, oui, oui, euh... C'est clair » (S12M2) ; « Moi globalement, j'ai trouvé ça bien fait » (S12M7) ; « ça a réactivé des connaissances euh... que j'avais déjà pour la plupart, mais ça fait toujours du bien de le réentendre, de se le voir réexpliquer euh... j'ai trouvé que c'était clair » (S12M10) ; « Tout m'a paru clair ! Tout est parfait » (S12M11) ; « Oui, bien ! Alors ça, oui ! Très bien. C'était très clair !... » (S12M12).

- Thème adapté à la médecine générale (S13)

Un seul médecin sur les 15 à trouvé que le thème n'avait pas du tout sa place en médecine générale : « Ah, c'est certainement pas un problème de médecine générale [...] C'est sûr que les gens qui prennent du zopiclone pendant 6 mois au lieu d'en prendre pendant 3 semaines... On s'en fout complètement... » (S13M8) ; « moi, je n'ai pas qu'un sentiment, euh... d'urgence absolue, à prescrire moins de benzos » (S13M8).

Un autre l'a estimé trop spécialisé pour un médecin généraliste : « c'est intellectuellement intéressant euh... pour le médecin généraliste, euh... maintenant ça m'paraît relativement spécialisé pour un médecin généraliste [...] ça devient, euh... je trouve une euh... comment dire une consultation un peu spécialisée, p't-être pas psychiatrique mais de médecine générale approfondie, orientée » (S13M13) ; mais il a pourtant reconnu que : « c'est très intéressant parce que d'abord euh... on est confronté à ce problème presque tous les jours » (S13M13).

Les autres l'ont trouvé adapté : « c'est des situations qu'on rencontre tous les jours, on a tous des patients sous benzos [...] ça permet de se r'poser un petit peu la question de... bah... j'renouvelle bêtement, bah non [...] de remettre en cause... ce qu'on fait pas forcément à chaque fois... A tort ! » (S13M3) ; « y'a énormément de gens qui viennent pour leur renouvellement de somnifère ou pour euh... pour les benzodiazépines en fait... Donc ouais ! C'est des situations très adaptées... que je rencontre euh... tous les jours, ouais » (S13M4) ; « J'ai pas beaucoup de personnes âgées ! Euh... Mais après oui, 'fin même si j'en ai pas beaucoup, t'en as quoi..., t'as pas forcément que des personnes âgées avec des benzos quoi ! » (S13M5) ; « c'est en plein sur nos... 'fin c'est des problèmes quotidiens » (S13M6) ; « J'trouve que c'est axé sur le... notre pratique de médecin généraliste euh [...] qu'on est effectivement en première ligne par rapport à ça [...] Le sujet est parfaitement adapté euh... à notre exercice et à nos compétences et... à notre devoir même de médecins ! » (S13M10) ; « c'est près des préoccupations des médecins généralistes » (S13M11).

- Contrôle du stimulus (S14)

Deux médecins ont adhéré à cette technique, comme moyen d'aider un patient à retrouver un bon sommeil : « Euh... sur le contrôle du sommeil... ça... moi, ça m'a paru assez intéressant » (S14M9) ; « j'ai bien aimé, là, cette histoire du coucher, là, celui-là... sur le stimulus pour renforcer le lien entre le lit et le sommeil... C'était pas mal ça » (S14M8).

- Applicabilité pratique (S17)

Un médecin a reconnu l'intuitivité de ces notions, qu'il pensait appliquer sans en avoir pleinement conscience dans sa pratique: « Y'a des choses que l'on sait, y'a des choses que l'on ressent si tu veux, euh... mais c'est de manière un peu latente et on n'applique pas toujours... Donc là, ça fixe un peu les idées » (S17M13).

Plusieurs médecins ont souligné les difficultés qu'ils auraient à mettre en pratique ces outils : « C'est-à-dire tout ce qui est dit est très bien, mais après euh... à la pratique de tous les jours, c'est très compliqué » (S17M12) ; « le seul problème, c'est le côté chronophage de la chose [...] J pense que dans l'absolu c'est bien ! A mettre en pratique c'est pas toujours évident ! » (S17M7) ; « Mais c'est juste pas applicable de prendre le temps nécessaire pour euh... pour pouvoir faire ça » (S17M8) ; « tu donnes pas une clé, tu donnes un trousseau ! T'en donnes plusieurs ! On a déjà les poches pleines de clés ! » (S17M8) ; « Mais le problème c'est que ça te prend beaucoup de temps, beaucoup d'énergie, c'est qu'en un quart d'heure on n'a pas le temps [...] En médecine générale, le seul truc, on n'a pas le temps de le prendre en charge » (S17M5) ; « parce que beaucoup de choses seraient applicables, à mon avis, ce serait intéressant [...] si on avait le temps matériel ! » (S17M9).

L'un d'entre eux a reconnu : « Après, ce sont des habitudes à prendre mais euh... je trouve que c'est adapté à notre activité [...] Si on a euh... une accessibilité facile à ce document, si on peut l'imprimer facilement et puis le remettre aussi vite euh... c'est en ça que c'est adapté à notre exercice [...] Il faut s'organiser, quand on dit qu'on n'a pas de temps euh... C'est vrai et pas vrai, j'trouve ! C'est-à-dire qu'il faut consacrer le temps à ça [...] Maintenant il faut sortir de la consultation où on fait tout » (S17M10).

D'autres ont été plus optimistes : « J'ai trouvé ça très bien [...] c'est un boulot remarquable, et très pratique, pour notre pratique » (S17M6) ; « j pense qu'avec les documents patients... c'est possible de faire de l'éducation » (S17M4) ; « supprimer la benzo, ça m paraîtrait plus facile » (S17M4) ; « dans les vidéos, y'avait 2-3 phrases un peu types, que j me suis dis que... j'allais p'têtre utiliser pour rebondir là-dessus et pas... Et pas bloquer justement » (S17M3) ; « je vais repérer plus les euh... les renouvellements de prescriptions qui se font comme ça là... voilà... Et ça, je le faisais pas systématiquement et je pense que je vais encourager en tout cas plus de sevrages que je ne le faisais jusqu'à maintenant... ça c'est sûr » (S17M2) ; « J pourrais peut-être euh... plus faire attention de ne pas trop prescrire euh... des benzodiazépines... en première intention » (S17M1).

- L'agenda de sommeil en pratique (S18)

Plusieurs médecins ont reconnu l'utilité de la vidéo sur l'agenda du sommeil : « le tableau du sommeil [...] je trouve que ça c'était bien... ça permet de bien voir comment faire... Euh... Comment l'expliquer au patient... Oui, c'était bien » (S18M1) ; « le principe même de... par exemple du calendrier du sommeil, de voir comment ça s remplit, etc. [...] Non c'est bien ! C'est bien, c'est bien ! [...] Oui, tout à fait ! C'est un truc qui m'a... qui m'a touché euh ... Tu sais, de la même manière qu'on fait des calendriers de migraine » (S18M13) ; « L'agenda du sommeil avec ces fiches qu'on remet au patient, oui ça m'a... j'ai regardé d'ailleurs la fiche qui me paraissait euh... une bonne méthode euh...

pour en parler [...] c'est sûr que ce sont des outils intéressants ! Ça je... l'agenda de sommeil, notamment, oui, donc j'ai vu cette euh... mini-saynète » (S18M9).

Un médecin qui n'avait pas l'habitude de l'utiliser a apprécié les explications fournies par la vidéo : « L'agenda du sommeil [...] il m'paraissait compliqué, mais c'est vrai que j'l'ai jamais utilisé... trop de symboles à marquer dedans mais [...] Et finalement c'est un peu... ça a l'air faisable » (S18M6).

Un autre médecin doutait de l'envie de s'impliquer de ses patients : « Le sommeil, c'est quelque chose que... qui... 'fin faudrait une formation qui passe au journal de 20 heures pour le sommeil, quoi pour toucher la population » (S18M8).

Un autre reconnaissait le caractère pratique de l'agenda : « c'est un outil à mon avis hyper important parce que ça permet de visualiser et le patient prend pleinement conscience de son rythme de sommeil, des décalages qu'il y a entre l'endormissement et, 'fin l'heure de coucher et l'heure d'endormissement, euh... de sa quantité globale de sommeil alors qu'il croit ne pas dormir », mais déplorait son caractère chronophage : « l'agenda du sommeil, je... euh... très rarement je l'ai utilisé [...] En pratique, euh... ça peut pas s'faire lors d'une consultation où y'a... 15 traitements à renouveler, 1 certificat à donner euh... le petit qui vient en plus... » (S18M10).

Un des médecins a regretté la complexité de l'agenda : « Les documents patients ! Euh... oui, bon y'en avait que j'connaissais, y'en avait que j'connaissais un peu moins. Y'en a qui sont un peu lourds à gérer et là j'pense qu'il faut être bac+3 pour certaines fois les remplir quand même [...] celui sur le... le sommeil, c'était assez compliqué à remplir » (S18M7).

- Principes de l'IB (FRAMES) (S19)

Beaucoup de médecins ont été conquis par cette méthode : « ... quand les médecins décident d'avoir l'adhésion du patient euh... pour le sevrage et pour la..., hein, euh... « Qu'en pensez-vous ? » [...] c'est des choses qu'on n'a pas forcément l'habitude de faire, nous en consultation [...] Alors des connaissances un peu globales, comme la... le... le FRAMES, par exemple ! Hein, c'est très sympa [...] mais à chaque étape, essayer d'obtenir l'adhésion du patient » (S19M11) ; « ça m'a ouvert l'esprit sur ma pratique quotidienne à savoir qu'on a quand même un peu l'habitude de faire des consultations un peu dirigées, de façon à faire euh... simple euh... rapide, mais, on n'est pas forcément sûr » (S19M11) ; « c'est FRAMES euh... ton truc là... ? Bon c'est des trucs euh... c'est un peu intuitif mais là, c'est formalisé, donc euh... euh... Voilà, ça clarifie les choses » (S19M6) ; « les p'tites phrases lancées comme ça, pour euh... les remotiver... et voir si on accroche » (S19M9) ; « j'ai bien aimé les euh [...] Les feed-back... » (S19M2).

Un autre médecin n'a pas du tout adhéré à ce concept : « les principes de l'intervention brève, c'est marrant, mais bon : « Ne pas juger, attitude chaleureuse et compréhensive euh... », enfin, bon, ça c'est la base du métier de médecin, quoi ! [...] Faut faire attention, si tu veux, de pas tomber dans ce côté paternaliste [...] qu'est-ce que tu crois que je fais euh... tous les jours, quoi ! » (S18M8).

- Possibilité d'en faire un DPC ? (S20)

Spontanément, en visualisant le tutoriel, plusieurs médecins ont pensé au DPC : « parce que ça fait penser un peu à une formation... Euh bah vraiment à une formation continue quoi... Le DPC... [...] C'est bien adapté [...] pour quelqu'un qui n'est pas du tout sensibilisé à ça, [...] qui est en demande d'information, il est super bien fait » (S20M2) ; « Euh... je dirais comme soirée de formation, ça m'apparaîtrait très intéressant [...] ça pourrait être un outil très utile pour faire euh... une FMC [...] on a tous des associations locales euh... j' pense que de le proposer à ces associations, pour dire, bah on organise une soirée et finalement, en se servant de l'outil » (S20M9).

Ils y ont vu un moyen d'attirer plus de médecins : « Si c'est dans l'cadre d'une formation où un gars vient [...] ça va bien » (S20M6) ; « moi j'y ai pensé, en regardant, que ça pourrait être bien, que ça te valide des points de formation, parce que ça pourrait motiver les médecins à le faire » (S20M3).

D'autres encore ont approuvé la proposition sans l'avoir mentionné initialement : « oui, bien sûr, j' pense que ça pourrait faire l'objet d'un DPC » (S20M7) ; « Complètement ! Oui, oui, oui, oui ! D'ailleurs euh... ça ressemble tout à fait à un DPC en ligne » (S20M10) ; « c'est plus simple qu'une FMC [...] On peut le faire chez soi ou... au cabinet, quand on a un p'tit... ou entre midi et 2 [...] c'est toujours mieux que de se déplacer [...] pour moi ce serait la bonne alternative » (S20M4) ; « Tu peux l'faire le soir chez toi, quoi, t'es pas bloqué, euh » (S20M5).

Un médecin a trouvé l'outil potentiellement intéressant pour une formation : « dans le sens, où le DPC est obligatoire, que c'est chiant, euh... si tu peux faire un truc euh... qui rapporte des points euh... sans te déplacer et puis qui soit pas nul, euh oui » (S20M8). Mais il a soulevé le fait que les médecins pouvaient ne pas le faire sérieusement : « mais... j'suis pas sûre que tu aies forcément des gens hyper motivés [...] c'est pas ça qui va motiver les gens ! Mais... pourquoi pas, hein ! » (S20M8).

- Modification de la pratique future (S24)

Parmi ce que les médecins pensaient faire dans leur pratique future, le fait de reconvoquer le patient pour ce motif a été mentionné : « Donc là il faut savoir, nous dire, mais il faut qu'on en reparle, vraiment dans une consultation dédiée à ça » (S24M1).

De même pour le repérage plus systématique des renouvellements de prescriptions : « je vais repérer plus les euh... les renouvellements de prescriptions qui se font comme ça là... voilà... Et ça, je le faisais pas systématiquement et je pense que je vais encourager en tout cas plus de sevrages que je ne le faisais jusqu'à maintenant... ça c'est sûr » (S24M2) ; « Bah... pas leur renouveler systématiquement leurs benzos ! » (S24M4).

Plusieurs médecins ont manifesté leur l'envie de ne plus « renoncer » aussi facilement qu'avant devant un refus du patient à une tentative de sevrage : « on en parle au patient : « vous voulez arrêter ? », il dit : « Ah non, franchement j'y arriverai pas ! »... Bah moi, j'bloquais un peu sur cette réponse, j'disais plus : « Bon bah on va y réfléchir... » Alors que là dans les vidéos, y'avait 2-3 phrases un peu types, que j'me suis dis que... j'allais p'têtre utiliser pour rebondir là-dessus et pas... Et pas bloquer justement » (S24M3) ; « à part essayer de baisser de ¼ le Lexomil, sans y arriver, j'ai un peu

renoncé... donc j'me dis que... ça vaut peut-être le coup de... d'essayer un peu plus » (S24M6) ; « j'l'ai essayé sur euh... le patient qui présentait un traitement par benzos euh... chronique, on va dire, euh... essayer, déjà, de le sensibiliser un peu plus, même si je l'avais déjà fais... euh... à la nécessité d'une décroissance [...] voir un p'tit peu quel a été son ressenti sur euh... sur les effets de ce traitement » (S24M10) ; « alors, je pense [...] avoir cerné les 2-3... les 2-3 éléments euh... qui pourront revenir de façon un p'tit peu... un p'tit peu... récurrente dans mon esprit, pour pouvoir euh... convaincre ou en tout cas motiver les patients à l'arrêt » (S24M11) ; « des arguments qui peuvent provoquer la motivation de... des patients... et ça je l'ai bien à l'esprit, donc je pense pouvoir l'utiliser » (S24M11) ; « Si ce qu'on peut utiliser, moi je dis, c'est de manière très...très utile, c'est les fiches ! C'est les p'tits trucs là, qu'on peut remettre aux gens en leur disant « Bon écoutez, euh... Lisez ça, réfléchissez... » [...] » (S24M9).

Un médecin a signalé un obstacle intéressant qui l'empêcherait de pratiquer une déprescription de BZD : « la présentation des médicaments, qui ne permet pas si tu veux un... un *decrecendo* euh... encore plus soft [...] J'ai vécu ça sur certains anti-dépresseurs, comme le Prozac, où on pouvait passer en gouttes à une époque, et le sevrage se fait bien mieux [...] Mais là encore je persiste et je signe en disant que la... la... une forme plus pratique pourrait permettre de diminuer les doses, et voire d'arrêter ! » (S24M7).

Deux médecins déjà bien sensibilisés à la prise en charge des troubles du sommeil n'ont pas prévu de modifier leur pratique en ce domaine :

« Au niveau du sommeil... Euh... Non, ça va pas changer grand-chose parce que vraiment là, ça, je... euh... je l'faisais quoi, hein ! » (S24M2)

« Troubles du sommeil non, parce que euh... euh...ouais j'suis vigilante sur le sommeil ! » (S24M5).

Un médecin était plus pessimiste quant au réel aboutissement de cette démarche : « au bout d'un moment, ben t'as plus envie de te battre [...] même moi, qui ai l'habitude, on n'arrive pas à gérer ce temps-là, tu vois c'que j'veux dire ? Et voilà, c'est des consultations qui sont usantes, alors le sevrage, le sommeil, c'est des troubles psy » (S24M5).

Pour l'initiation d'un hypnotique, un médecin se sentait formé : « quand c'est moi qui initie, pour ma part, je... je... j'informe énormément sur le risque de dépendance, sur la nécessité de... de faire un traitement le plus court possible à la dose la plus courte possible, je leur prescris de façon courte, et je leur demande de revenir » (S24M10).

Un des médecins a émis la volonté d'encadrer plus précisément sa première prescription de BZD dans l'avenir : « Je pense que je vais imprimer les documents pour les patients et leur donner systématiquement et je pense qu'ils auront moins peur de prendre des anxiolytiques sur une première prescription, parce qu'ils verront que c'est comme des antibiotiques, que y'a un début, y'a une fin » (S24M14).

Un médecin n'a pas paru trouver d'élément applicable à sa pratique, après le premier visionnage : « Je sais pas pour le moment, parce que y'a eu tellement euh... ça a été tellement long [...] Je peux pas bien vous répondre là, parce que j'ai l'impression que j'ai survolé très vite, j'ai écouté très vite, euh... Voilà ! Le... parce que j'ai pas eu trop de temps, à vrai dire ! » (S24M12).

Un médecin n'a pas paru trouver d'intérêt pratique à ce tutoriel : « Mmm... Ça va pas modifier grand-chose je pense ! Ça va pas modifier grand-chose, parce qu'on est quand même sensibilisé aux benzos et aux moyens de les arrêter, donc euh... » (S24M15).

- Usage des arguments « effets à long terme » pour alarmer le patient (S25)

Certains médecins utilisaient déjà les effets indésirables comme point de départ de la discussion autour du sevrage : « Je leur sors deux arguments qui... qui sont massue et qui marchent bien j'trouve, quand je veux leur faire diminuer euh... t'as les troubles de mémoire, j'crois qu'ça, ça les sensibilise car ils ont tous un voisin à côté de chez eux, qui perd la tête ou quelqu'un comme ça, j'pense ! Et les risques de chute, je leur dis toujours [...] » (S25M7) ; « De leur dire que leurs troubles cognitifs, etc., vont s'aggraver si ils continuent le traitement. Bon alors, après je leur parle d'Alzheimer, je leur parle de choses comme ça, quoi ! » (S25M15).

Pour d'autres, plus fatalistes, ces arguments ne sont pas suffisants : « Je leur dis que... y'a eu des études de faites euh... à Bordeaux, à la fac euh... sur les personnes âgées, le fait de prendre des hypnotiques euh... des anxiolytiques, ça fait perdre la mémoire, y'a un rapport avec la maladie d'Alzheimer, oui, oui ! Alors euh... on le dit, on le redit, mais je dirais qu'il y a un patient sur 2 qui est ok, mais l'autre euh... » (S25M12) ; « Docteur, vous comprenez pas tous les soucis que j'ai, vous comprenez je dors pas, il faut que je dorme ! Ou je suis angoissée, anxieuse, j'ai des palpitations ! » Ils veulent des solutions radicales avec les médicaments. » (S25M12) ; « Beh après voilà, t'en as qui vont venir te voir pour les effets secondaires euh... les trous de mémoire, les machins, la libido, les bidules, et puis voilà quoi ! » (S25M5).

- Techniques de sevrage (S28)

Les médecins ont, dans l'ensemble, apprécié les méthodes proposées pour amorcer un sevrage : « Cette réduction progressive aussi... Mais alors très, très progressive et au rythme du patient. Euh... Ouais bah voilà c'est bien. Enfin... on le fait déjà un petit peu, mais euh... euh... voilà, ça m'a sensibilisé quand même beaucoup plus » (S28M2) ; « Apprendre, revoir les techniques de sevrage, de sensibilisation, je dirais que... ce que développe chez nous ce... ce tutoriel, c'est-à-dire qu'vraiment, on se dit, oui, c'est vrai qu'on a un peu trop tendance à... à balancer des benzos, sans trop remettre en question » (S28M9).

Cependant la difficulté à mettre en pratique de ces techniques a été déploré, par certains : « On nous explique bien sûr euh... comment sevrer en cas de... de... de... d'échec, enfin, pas d'échec, mais de... de récurrence de symptômes, comment remonter comme ça [...] mais c'est pas toujours évident à faire en médecine générale quand on a un peu de travail » (S28M7).

Une des médecins se sentait suffisamment sensibilisée et impliquée : « Bah le sevrage euh... Voilà, moi je me fais euh... le boulot quoi ! C'est-à-dire qu'ça a toujours été on s'voit, on s'répète, même si ça va pas... Euh... on redescend quand ils sont prêts, et voilà ! Après... Après c'est des trucs qu'j'fais déjà donc euh... » (S28M5).

- Acceptation par le patient d'une reconvoication uniquement pour ce motif (S30)

A la question de la reconvoication du patient pour parler de la BZD ou du trouble du sommeil, certains médecins se sont montrés septiques : « Ca me paraît pratiquement impossible. Ils ne vont pas comprendre ! Ils ne comprennent pas ! » (S30M12) ; « c'est difficile euh... de faire des actes de consultation euh... en médecine générale basés que sur une benzodiazépine » (S30M12) ; « Mais après, ils viennent pas forcément [...] parce que ils doivent le prendre sur eux et que parce que ils veulent pas forcément faire l'effort [...] tu leur tends la perche, bah s'ils veulent pas l'attraper bah tant pis pour eux » (S24M5).

D'autres étaient plus nuancés dans leurs arguments : « Je pense que c'est faisable, mais que c'est pas toujours adapté à tous les patients. Pourquoi, bah, parce que les patients, tout d'abord, ils rechignent sur le fait de revenir voir le médecin quelquefois, c'est vrai qu'ils tiquent un p'tit peu sur le... la fréquence des consultations de temps en temps, enfin certains, hein ! Maintenant je pense que si on les a bien sensibilisés effectivement, sur le... sur leur problème de prise médicamenteuse dans ce cadre là euh... qu'on a vraiment besoin de passer du temps, qu'ils le comprennent, *a priori* c'est... c'est faisable » (S30M13) ; « Y'en a une que j'ai pu reconvoquer et l'autre elle m'a dit... « Mais attendez, marquez-le moi, j'vais essayer de diminuer toute seule, on s'voit... » Bon, elle a un peu éludé le truc... » (S30M9).

D'autres encore jugeaient cette consultation spécifique indispensable : « Moi j pense qu'il faut pas hésiter à... reconvoquer un patient, se donner le droit de le reconvoquer pour parler uniquement de ce problème-là, parce que souvent, bah c'est le dernier euh... maillon de la chaîne, le renouvellement du somnifère ou du traitement anxiolytique » (S30M10) ; « Faudrait presque faire venir les gens que pour ça... Une consultation dédiée au problème... » (S30M1).

- Méthode de relaxation (S31)

Les médecins qui en ont spontanément parlé étaient tous enchantés de la vidéo de présentation de la technique de Jacobson : « Même la vidéo sur la relaxation, bah c'est bien de donner aussi des petits [...] de comment peut se passer une séance de relaxation [...] Ce serait peut-être bien d'approfondir » (S31M1) ; « Y'a des petites euh... techniques, notamment par rapport à la relaxation et autres, que je ne connaissais pas ! » (S31M10) ; « Oui... ça peut effectivement être une option de... leur proposer ça. Comme méthode de relaxation, ou alors en l' faisant revenir en... si on voit qu'ça n'a pas vraiment trop accroché... ou qu'y'a des difficultés... Pour essayer de l' pousser de... d'insister pour... pour pas revenir euh... à l'hypnotique... » (S31M9) ; « J'ai beaucoup apprécié le p'tit reportage sur la relaxation, effectivement, c'est quelque chose qu'on peut faire au cabinet ! » (S31M11) ; « J'ai beaucoup aimé le petit reportage sur l'auto euh... l'auto... la méthode de Jacobson sur l'auto-relaxation » (S31M11).

- Diaporama anxiété et benzo (S34)

Un des médecins a mentionné un manque de clarté dans la diapositive sur le diagnostic de l'anxiété généralisée : « C'est pas très clair, c'est-à-dire euh... la phrase est négative deux fois, enfin je sais

plus... euh... c'que c'est... C'est l'anxiété n'est pas... et puis y a tout une série de choses, à la fin on sait plus si c'est euh... l'indication ou pas ou si c'est un diagnostic différentiel à faire » (S34M14).

- Problème de la psychothérapie (S40)

Le problème de l'accès à la consultation de psychiatrie a été mentionné : « Après c'est vrai qu'y a des irréductibles... qui y tiennent comme à la prune de leurs yeux... Et bon, c'est vrai qu'en pratique, on peut pas envoyer tout le monde chez le psy !... » (S40M10) ; « Ça m'intéresserait aussi... de savoir si [...] la France est suffisamment riche en psychothérapeutes » (S40M11) ; « Alors bon, toujours pareil, hein ! En secteur rural, j'ai cherché des correspondants addictologues, des services, hein ! [...] Donc le fond du problème c'est qu'on est encore une fois tout seuls et que, bah à force euh... ça devient compliqué, hein ! » (S40M9).

A la suggestion de faire réaliser une TCC minimale par le médecin traitant, un médecin a évoqué l'impossibilité pratique : « La psychothérapie et les méthodes de relaxation priment par rapport... au traitement médicamenteux, notamment dans la... dans la pathologie anxieuse chronique et généralisée [...] si je veux faire un entretien de 45 minutes, dans le cadre du sevrage d'une benzodiazépine, et puis dans le suivi, puisqu'il est bien recommandé d'avoir des entretiens de 45 minutes, si je veux en plus le préparer, et puis une fois le patient passé... alors, autrement dit je vais y passer une heure, pour 23 euros » (S40M11).

- Règles d'hygiène de sommeil (S46)

Un certain fatalisme ressortait du discours de certains médecins : « Euh... je sais qu'on peut faire plein de choses, euh... je leur propose des tisanes, mais en fait, ce qu'ils ont envie, c'est qu'en ce moment ils sont pas bien, ils dorment pas, et toc ! Ils veulent un comprimé ! » (S46M12) ; « les personnes âgées, elles aiment en fait les solutions, 'fin tous euh... un moment radical » (S46M12) ; « Je pense que c'est au-delà de ça, personnellement hein... Je pense que c'est un problème de... hein, on est Français, on a l'habitude [...] que quelqu'un ait une solution pour tous mes problèmes, tout le temps [...] Et, pour le sommeil y compris ! [...] Le discours c'est ça, hein, le patient lui il veut pas changer lui ! Il veut que toi, tu fasses quelque chose pour lui ! » (S46M8).

Pour sensibiliser les patients à la consultation dédiée uniquement au problème du sommeil, un médecin a suggéré : « faudrait que vous fassiez des fiches, qu'on mette dans la salle d'attente pour dire que le problème du sommeil [...] est vraiment un vrai problème et effectivement, ça devrait être dédié à une consultation » (S46M12).

D'autres ont reconnu que ces conseils étaient utiles : « rien qu'les conseils pour euh... le sommeil là [...] tout c'qu'est euh... pas faire de sieste de plus de 30 minutes, moi c'est des choses auxquelles j'pensais pas forcément. Là ta diapo elle était bien ! » (S46M4) ; « Après les outils euh... les conseils pour le sommeil euh... C'est... je les donnais verbalement, mais je suis content d'avoir un outil et puis à donner au patient » (S46M6) ; « Les écrans, les ceci, les cela. Euh les conseils d'hygiène euh... je les connaissais, je les donne déjà » (S46M2).

Synthèse : les points majeurs à améliorer dans le tutoriel RPIB Benzos :

- Intégration des vidéos de consultation dans les diaporamas
- Reprendre les diapositives où le texte est lu et en faire une synthèse orale
- Réduire la longueur du premier module
- Faire un diaporama de synthèse reprenant les points-clés de chaque module

IV. DISCUSSION

IV.1. Pertinence du choix d'un tutoriel en ligne

Nous savons par expérience que les informations mises à disposition par Internet sont faciles à actualiser et que cette technologie est aujourd'hui populaire et accessible à la plupart des publics (35) (53) (54).

L'accessibilité en ligne du tutoriel a prouvé son intérêt pour l'échantillon des médecins généralistes interviewés. En effet, certains d'entre eux ont déclaré l'avoir testé au cabinet entre deux consultations, d'autres ont préféré le regarder chez eux le soir, sur l'ordinateur familial. Le dernier médecin interrogé, qui avait du reste repoussé à deux reprises l'entretien, a déclaré avoir regardé le tutoriel sur son smartphone, en catastrophe, ne disposant pas du son sur ses ordinateurs du cabinet et du domicile (M15). La liberté laissée à l'utilisateur dans le choix du support de lecture est donc appréciable.

Cependant, une bonne connexion Internet est nécessaire pour éviter les coupures itératives. Parmi les quinze médecins interrogés, deux ont rapporté des coupures à des moments différents du tutoriel, que l'on pourrait imputer à des problèmes de connexion. L'un exerçait en milieu rural (M12) et l'autre en milieu urbain (M14), mais ils ne s'étaient pas connectés sur le lieu de travail.

IV.2. Revue de la littérature sur les freins à l'application des recommandations pour la prescription des BZD par les médecins généralistes

Cette revue de la littérature a permis de mettre en évidence les déterminants de la prescription de BZD en médecine générale et les freins à la bonne application des recommandations encadrant cette prescription.

Elle a également permis d'identifier des freins de multiples origines, se potentialisant les uns les autres, illustrant la complexité du colloque singulier soignant-soigné.

Les limites de la revue

La première critique que l'on pourrait faire à cette revue de la littérature est dans le choix des mots-clés, qui n'a pas permis de trouver toutes les références intéressantes pour notre sujet, ce qui nous a amenés à en chercher d'autres dans les bibliographies de documents déjà étudiés.

Nous avons essayé de nous détacher au maximum du biais de publication en recherchant sur le Sudoc, sur Google et Google Scholar les documents issus de la littérature grise, en complément de ceux publiés dans des revues.

Cependant, parmi les références sélectionnées, on retrouve de nombreuses thèses d'exercice, qui n'ont pas, pour la plupart, donné lieu à des publications dans des revues médicales. Il s'agissait souvent d'études qualitatives, explorant avec plus de finesse la variabilité des pratiques, et donc particulièrement pertinentes pour notre travail. Dans cette sélection, nous trouvons deux études prospectives interventionnelles au milieu d'études épidémiologiques transversales, d'enquêtes qualitatives et d'une étude rétrospective. Cette variation des méthodes permet une exploration du sujet sous des angles variés, ce qui a été positif pour notre travail.

Les populations sélectionnées pour chaque étude étaient très hétérogènes en ce qui concerne les médecins (lieux d'exercice, modes d'exercice, âges) et les patients, ce qui introduit un biais de sélection.

Nous avons omis de vérifier la validité et la pertinence des publications retenues, par exemple par attribution d'un indice de qualité et la définition d'un seuil d'exclusion, en fonction d'une grille de lecture destinée à apprécier la qualité méthodologique et le niveau de preuve scientifique de ces documents (55).

En revanche, une synthèse des principaux résultats de chaque étude retenue a pu être présentée.

Les médecins

Parmi les obstacles que nous avons cherché à lever en créant le tutoriel RPIB Benzos, nous retrouvons la formation médicale continue des médecins généralistes, citée dans plusieurs références (22,43,56).

Nous avons observé dans la revue de la littérature que les médecins généralistes les plus prescripteurs de médicaments étaient ceux qui suivaient le moins de programmes de formation continue. La vision positive des BZD en thérapeutique par le médecin généraliste, constatée à plusieurs reprises dans la littérature (43,44,48,56), est un corollaire, puisque ce sentiment correspond à une ancienne vision de ces molécules, datant de l'époque où elles ont révolutionné la prise en charge des troubles anxieux, permettant de moins utiliser les neuroleptiques, aux imposants effets indésirables à court terme. Dans ce sens, les BZD paraissaient dénuées d'effets indésirables immédiats, bien tolérées et extrêmement efficaces sur le symptôme du patient. On peut donc imaginer que les nouvelles générations de médecins, qui n'entendent pas le même discours, et ce dès le début des études de médecine, seront plus sensibles à ce problème. Néanmoins, la FMC des générations actuelles de médecins traitants semble un moyen de parvenir à changer cette vision obsolète.

Ensuite, le rapport de l'OPEPS insistait sur le problème de l'accessibilité des FMC présentielle aux médecins généralistes, généralement contraignantes en termes de déplacements et d'horaires. Cette problématique a notamment été étudiée par Céline Arnould dans son travail de thèse (57). Elle a montré qu'une grande majorité des médecins généralistes suivaient une FMC, mais avec des attentes très variables en fonction de leur disponibilité et de leur lieu d'exercice. Une hiérarchisation des moyens disponibles a été mise en évidence avec, en premier, la presse écrite et Internet qui s'adaptent mieux aux contraintes de temps. Pour nous, la création d'un tutoriel disponible en ligne était un moyen d'harmoniser l'accessibilité à la FMC en s'affranchissant des contraintes de temps et de lieu.

Enfin, A. Faurie a montré que le déterminant « aptitudes professionnelles personnelles » avait un impact fort dans la décision de renouveler une BZD et apparentées au-delà de 3 mois (43). Cette capacité à écouter le patient, à être empathique et à tolérer l'incertitude diagnostique était associée, dans l'étude de la sociologue A. Vega, à de plus petits volumes de prescriptions médicamenteuses (56). Elle montrait qu'un comportement altruiste, une motivation pour prendre en charge la santé des populations, une prise en compte des conditions de vie du patient et une capacité à impliquer le patient dans son parcours de soins, faisaient partie des compétences influençant de manière déterminante la prescription médicamenteuse. D'une manière générale, on peut difficilement prétendre influencer sur ce déterminant, qui fait partie intégrante de la personnalité du praticien, laquelle s'est construite tout au long de sa vie, par ses expériences personnelles et professionnelles, ses réussites, ses échecs, ses doutes et sa philosophie du métier de médecin généraliste.

Les patients

Parmi les freins relevant des patients, nous avons constaté un effet de pression émanant de ceux-ci au cours de la consultation de médecine générale pour obtenir leur BZD (44,51). On peut imaginer que cette volonté d'obtenir une BZD à tout prix, en opposition avec une certaine réticence de leur médecin traitant, peut provenir d'un manque d'information sur ces molécules, entraînant des croyances et des représentations erronées. Cette méconnaissance des dangers, qui a été soulignée dans plusieurs études (39,48), pourrait donc être à l'origine d'une exigence d'obtention de la molécule dans un but de soulagement immédiat des symptômes motivant la consultation.

Partant de ce constat, nous avons réfléchi aux moyens d'informer au mieux les patients sur les dangers des BZD. Un des axes de cette réflexion était que le patient devait avant tout être informé par l'acteur principal de sa santé et son premier interlocuteur, qui est le médecin traitant. C'est pourquoi nous avons voulu, dans ce tutoriel, donner des clés à ce dernier, qui lui permettraient de fournir à ses patients une information adaptée sur ces molécules, mais également de mieux appréhender les symptômes pouvant motiver la demande des patients.

Selon nous, l'efficacité de l'action passait aussi bien par l'aptitude du médecin traitant à expliquer au patient comment se relaxer dans une situation de stress, que par la délivrance de conseils d'hygiène du sommeil pour un patient se plaignant d'insomnie.

Alice Suarez a montré dans son travail que la peur de la dépendance était réelle chez le patient et pouvait l'amener à se poser des questions sur le traitement par BZD. Cependant, beaucoup de patients rapportent la crainte de ressentir un syndrome de sevrage lors d'une tentative d'arrêt (7). Nous supposons qu'un accompagnement rapproché du patient, avec une information continue sur le syndrome de sevrage, ses manifestations et les moyens d'y remédier, permettrait une meilleure acceptation de cette situation. Être préparé au mieux à son éventualité permettrait de lutter contre l'appréhension de l'apparition d'un tel syndrome (du patient et du médecin) et de casser le cercle vicieux de la chronicité du traitement. En effet, les études s'accordent sur le fait que l'augmentation de la durée de consommation de la BZD renforce le refus d'un sevrage par le patient (38,42).

Enfin, l'échec d'une précédente tentative de sevrage en BZD apparaissait comme une difficulté majeure pour mener à bien un nouveau sevrage (8,45). Nous pourrions l'expliquer par une perte de confiance du patient en lui-même, voire en son médecin traitant. Un accompagnement rapproché du

patient pourrait, là encore, éviter ce type de sentiment négatif. À cet effet, notre tutoriel proposait des clés au médecin pour se placer au plus près du patient dans le suivi de son sevrage.

Les autres freins à l'optimisation de la prescription de BZD

En ce qui concerne les autres obstacles identifiés dans la littérature, ceux spécifiques au système de soins français nous ont paru réels et intéressants intellectuellement à identifier, mais difficilement contournables. En effet, le mode de rémunération des médecins généralistes, et notamment la tarification à l'acte (les « 23 euros » de la consultation de médecine générale en France, abordés à plusieurs reprises par les médecins de notre enquête qualitative), ne permet pas toujours un déroulement idéal de ce type de consultation (22,49,56). Les contraintes de temps avancées par les médecins généralistes font partie intégrante de ce système, qui, pour être viable économiquement pour le praticien, doit prévoir des consultations régulières toutes les 15 minutes en moyenne, ce qui ne laisse peut-être pas le temps nécessaire à la discussion et au conseil (51). Ce constat est fait dans plusieurs études ; une étude s'y oppose cependant, attribuant l'émergence de problèmes psychologiques au fait que la consultation dure dans le temps, ce qui aboutirait à la délivrance de psychotropes (37). Cependant, on ne peut appliquer ces résultats à notre recherche puisque, dans son étude, l'auteur a pris en compte les prescriptions d'antidépresseurs, qui représentaient 48% des prescriptions de psychotropes ; or, nous savons d'expérience que les consultations pour syndrome dépressif sont plus longues que les autres.

Concernant le manque de coordination interprofessionnelle et le facteur aggravant du manque d'accessibilité aux spécialistes psychiatres ou aux psychologues (22,43,48,51,56), on peut espérer que la création de maisons de santé pluridisciplinaires décloisonnera la prise en charge des patients et permettra une offre en soins spécialisés et paramédicaux plus adaptée. Il serait sans doute utile de proposer la prise en charge de la psychothérapie par la Sécurité sociale, car cette contrainte financière reste un obstacle avancé par plusieurs études (46–48). Une réflexion sur un remboursement conditionnel des BZD pourrait aussi représenter une piste, comme cela se fait déjà dans d'autres pays européens, avec des résultats encourageants (2).

Nous avons remarqué dans nos résultats que la société a, elle aussi, sa part de responsabilité dans la surconsommation de BZD (22,43,44). Qu'ils soient d'origine familiale ou professionnelle, les problèmes psycho-sociaux liés à l'environnement sont une réalité qui constitue bien souvent un frein à la bonne prise en charge de l'anxiété et des troubles du sommeil. Pire, les BZD deviennent parfois un « faire-valoir », une reconnaissance de « la pathologie » dont souffre le patient (22).

Enfin, le caractère déterminant de la qualité de la relation médecin-patient dans la décision de prescrire ou non une BZD est indéniable (5).

IV.3. L'enquête qualitative

Sur la méthode

Le choix d'entretiens semi-dirigés a été fait de manière à laisser une certaine liberté de parole dans un cadre relativement strict. Nous l'avons utilisé comme dispositif exclusif de recueil des données.

Nous l'avons choisi car il est d'une facilité d'accès évidente, d'un moindre coût, et nécessite peu de matériel. Son but a été expliqué au début de chaque entretien de manière à lutter contre les idées préconçues des questions et à déjouer l'image de la « bonne réponse ». On peut déplorer que, lors de certains entretiens, le cadre fixé par les questions ouvertes ait été élargi au profit de considérations générales venant de l'interviewé, en rapport avec l'exercice de la médecine libérale, mais pas directement liées au tutoriel. D'un autre côté, l'avantage des entretiens semi-dirigés est également de faire émerger la diversité des ressentis. Un avis isolé peut être contributif et amener à des modifications pertinentes, alors que des avis partagés peuvent être banals.

Sur les participants

Les participants ont été choisis par la doctorante parmi des médecins généralistes qu'elle avait rencontrés lors de ses stages ou de ses remplacements, tout en recherchant la variabilité maximale. Il s'agissait d'hommes et de femmes installés depuis un an minimum, dans diverses localités de la Gironde pour 14 d'entre eux et en milieu semi-rural nantais pour l'une d'entre eux. L'échantillon était composé à 40% de femmes et à 60% d'hommes.

L'accent était mis sur la nécessité de répondre objectivement et de la manière la plus critique possible à l'objectif de l'enquête, qui était d'améliorer le tutoriel. Cependant, on peut critiquer le fait que les médecins généralistes de l'enquête aient été connus préalablement de la doctorante. En effet, les réponses, qui se devaient d'être objectives, ont pu être influencées par le lien antérieur existant entre l'enquêté et l'enquêtrice, d'où un biais de sélection. Une « randomisation » d'une population de médecins avec un tirage au sort aurait pu éviter ce biais.

Sur l'enquêtrice

L'enquêtrice qui a réalisé les entretiens semi-dirigés était elle-même impliquée dans la conception du tutoriel. Au moment des entretiens, elle avait donc en tête les failles et les éléments perfectibles de l'objet de l'enquête. Ainsi, on peut reprocher une certaine orientation des questions sur ces points imparfaits du tutoriel, de manière inconsciente, pour chercher l'approbation de l'enquêté, ou à l'inverse pour minimiser les points qui ne lui semblaient pas devoir être retravaillés.

Sur le traitement des données

Nous n'avons pas utilisé de logiciel pour travailler sur le verbatim après avoir retranscrit chaque enregistrement manuellement. De même, le découpage en indices de signification, occurrences et thèmes a été réalisé par l'enquêtrice. Etant donné que cette enquête qualitative n'avait que des objectifs limités et que les entretiens étaient courts, cela a été réalisable sans difficulté. Toutefois, l'exploitation des données issues du verbatim a été longue, beaucoup de données étant hors sujet, du fait de la méthode.

Sur les résultats

Critiques sur la forme du tutoriel :

« Trop long ». Les participants se sont accordés pour dire que le tutoriel pouvait paraître long s'il devait être regardé le soir, après une journée de travail. Cependant, beaucoup ont souligné que la

durée serait mieux acceptée et l'implication des généralistes plus importante s'il était intégré dans un DPC validant des points de formation continue.

« Séparation en modules pertinente ». Ils ont apprécié la possibilité de regarder les modules indépendamment les uns des autres et ont vu, dans le découpage par thèmes, un moyen simple de retrouver une information.

« Un format vidéo discuté ». Le format vidéo n'a pas séduit tous les participants, certains déplorant un manque d'autonomie dans la navigation entre les diapositives ; ils auraient préféré pouvoir cliquer eux-mêmes pour passer certaines diapositives ou, au contraire, rester plus longtemps sur d'autres. Il convient de noter qu'il était possible de stopper le diaporama, et que, lors d'une formation présentielle, cette possibilité n'existe pas.

Nous avons envisagé cette construction au départ, mais très vite, nous nous sommes heurtés à des difficultés de synchronisation avec la bande son. En effet, comme chaque diapositive correspondait à un texte de voix off commençant en même temps que l'apparition du texte visuel, si nous cliquions une fois de trop pour faire apparaître des éléments de texte, la voix off était parfois arrêtée brutalement, sans avoir délivré toutes les informations. Nous n'avions aucun moyen d'anticiper ces coupures intempestives, dans la mesure où l'utilisateur ne savait pas s'il devait encore cliquer pour faire apparaître des éléments de la diapositive en cours ou si son clic allait le faire passer à la diapositive suivante et donc couper la voix off en cours.

« Le son en plus de l'image apprécié, mais quelques adaptations à prévoir ». Le fait que le son vienne en complément de la lecture des diapositives a été salué. Cependant, deux médecins ont relevé une qualité du son inférieure à celle des mini-films. La différence vient du fait que nous n'avions pas le matériel approprié et que les enregistrements ont été réalisés en amateurs. Cependant, une critique faite par plusieurs médecins est la lecture « mot pour mot » de certaines diapositives, comme celle sur les effets indésirables des BZD et celle sur les symptômes possibles du sevrage. L'idée a été avancée est de laisser les participants lire la diapositive sans intervenir sur le plan sonore, ou encore de résumer la diapositive.

« Un aspect visuel apprécié ». L'aspect visuel des diapositives a globalement été apprécié. Le seul bémol était le caractère « chargé » de la page d'accueil, avec les 6 diaporamas les uns à côté des autres. On pourrait ne laisser qu'une ligne de titre avec la durée du module, qui ouvrirait la vidéo.

« Des mini-films appréciés mais à intégrer dans les diaporamas ». Concernant les mini-films de consultations, la critique majeure a été qu'il fallait les intégrer aux diaporamas. Annoncés dans les diaporamas, ils ne démarrent pas automatiquement. Si la plupart des médecins ont réussi à les trouver dans l'onglet « Vidéos », deux d'entre eux n'ont pas pu les visionner initialement, la présentation manquant de clarté. Nous étions conscients de cette faille au moment du démarrage de l'enquête. Le professionnel de l'audiovisuel devait faire la fusion, mais l'incompatibilité des différents logiciels ne lui a pas permis d'y parvenir.

« La possibilité d'imprimer les documents pour les patients fait consensus ». Un des points forts du tutoriel est la possibilité d'imprimer des fiches pour les patients. La grande majorité des médecins interrogés y a vu un support pratique pour faire participer le patient de manière active à sa prise en charge. Ce système est souvent envisagé comme support d'éducation thérapeutique, et il a fait ses

preuves en médecine pour de nombreuses pathologies chroniques. Une mise au point sur ce sujet, prenant l'exemple précis du diabète, parue dans *La Presse Médicale* en 2009, expliquait : « *La relation médecin-malade qui correspond à l'éducation thérapeutique est l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire un rapport égalitaire d'adulte à adulte, pour fixer en commun des objectifs et les moyens de les atteindre, sachant que le médecin doit être garant de la validité scientifique de ses propositions, tout en étant capable d'aider les malades à les négocier avec lui-même. Le patient en l'occurrence, n'est l'expert que de lui-même* » (58). Ainsi, plus le patient est impliqué dans sa prise en charge, plus il comprend ses symptômes et leurs causes, plus il est à même d'intégrer les moyens pour y remédier.

« Un module à raccourcir et intégrer dans un autre ». Le module sur l'« état des lieux de la prescription en France » a fait l'objet de critiques très partagées. Certains médecins l'ont trouvé intéressant et nécessaire comme introduction, mais un peu trop long, car sans utilité dans la pratique quotidienne. Ils pensent qu'un résumé serait bienvenu. De plus, bien que nous ayons veillé à éviter le caractère culpabilisant de ces chiffres pour les médecins généralistes, un des participants s'est senti directement visé. Il y a vu « un discours paternaliste, venant de la HAS », ce qui a été à l'origine d'un blocage dans le jugement de la suite du tutoriel. La suite de l'entretien a été teintée par ce sentiment, et la contribution à la critique constructive du tutoriel en a pâti. Il serait peut-être préférable, néanmoins, de raccourcir ce module, en ne retenant que 2 ou 3 idées principales.

« Possibilité d'un module de synthèse du " minimum vital " pour un médecin pressé... ». Enfin, deux médecins auraient apprécié un module de synthèse reprenant les points essentiels du tutoriel, pour les médecins les plus pressés (M3, M13). Cette remarque est assez pertinente si le tutoriel est considéré comme permettant au médecin de s'auto-former sur un sujet particulier. Le module de synthèse pourrait alors être un minimum pour les médecins moins motivés, qui seraient découragés par la longueur du tutoriel complet. Cependant, il perd en intérêt si nous partons sur la base d'une FMC en e-learning qui nécessiterait un visionnage complet du tutoriel pour répondre le mieux possible au quizz et valider des points de formation.

Critiques sur le fond du tutoriel :

« Un thème adapté à la médecine générale ». Onze médecins sur quinze participants l'ont trouvé parfaitement adapté à la médecine générale, car c'est un problème rencontré quotidiennement. Ce constat a corroboré nos premières hypothèses et notre motivation à construire et diffuser l'outil.

« Des compléments à discuter ». Concernant la clarté des explications fournies, un médecin a posé plusieurs questions sur la pharmacologie des BZD, notamment les différences entre demi-vie courte et longue et l'implication dans le sevrage. Une diapositive sur ces questions pourrait être justifiée. D'autre part, il s'est interrogé sur l'intérêt d'un relais par phytothérapie dans une décroissance de BZD. Je lui ai répondu que cela n'avait pas été précisé dans le tutoriel du fait de l'absence de recommandations officielles, mais qu'en revanche certaines études avaient utilisé des protocoles en faisant usage, sans bénéfice toutefois par rapport à un sevrage simple, sans relais (31,32). Il serait certainement intéressant d'en discuter au cas par cas, en fonction de la psychologie du patient et de son intérêt pour ce genre de thérapeutique. Une autre suggestion consistait à réaliser une diapositive sur « BZD et dépression », étant donné que l'on prescrit à de nombreux patients l'association antidépresseur + anxiolytique au long cours. Cette idée paraissait intéressante, mais, dans la mesure

où la dépression n'est pas une indication aux BZD, une bulle à l'intérieur du diaporama « Anxiété et benzos », rappelant cette absence d'indication, pourrait être suffisante.

« L'agenda du sommeil donne une information utile et appréciée ». Il est intéressant de noter que plusieurs médecins ne l'utilisaient pas car ils le trouvaient *a priori* compliqué à remplir. Cette impression a changé pour la plupart d'entre eux grâce à la vidéo expliquant l'agenda du sommeil au patient. Pourtant, l'obstacle qui persistait dans le discours de plusieurs médecins était encore la contrainte du temps.

« Nécessité d'une consultation dédiée ». D'une manière générale, et pas uniquement en ce qui concerne l'agenda du sommeil, la plupart des praticiens ont mis en avant la nécessité de s'organiser dans leurs consultations en faisant revenir le patient pour discuter du problème des BZD ou du trouble du sommeil lors d'une consultation spécifique. Cependant, deux d'entre eux ont trouvé difficile de justifier une consultation « juste pour cela ». On peut imaginer que les médecins ayant des difficultés dans cette démarche sont ceux ayant pour habitude de traiter de multiples demandes au cours d'une consultation. C'est souvent le cas en médecine générale mais, en s'intéressant plus particulièrement à ces deux médecins dubitatifs, on s'aperçoit qu'un certain épuisement transparaît dans leur discours vis-à-vis de ces multiples motifs (M5 et M12).

« Un intérêt pour la relaxation favorisé par la vidéo ». La vidéo proposée sur la méthode de relaxation de Jacobson a paru utile et applicable au cabinet à plusieurs médecins. C'est positif, mais on peut s'interroger sur le fait que les autres aspects de la TCC n'aient pas été plus critiqués ou appréciés par les médecins.

« Peu d'intérêt pour la restriction du sommeil et le contrôle du stimulus ». En effet, seulement deux médecins ont souligné un intérêt pour le contrôle du stimulus et aucun d'entre eux n'a parlé de la restriction de sommeil. Doit-on y voir un manque d'applicabilité ? Il aurait été intéressant de poser une question précise sur ce point, pour savoir si la diapositive s'y référant avait réellement un intérêt pour la pratique des médecins généralistes, d'autant plus qu'il s'agit d'une des applications pratiques des résultats de l'agenda du sommeil. Sur l'utilisation de la TCC en général, trois médecins ont soulevé le problème de l'applicabilité au quotidien et du manque de correspondants spécialisés, ce qui concorde avec les données de la littérature (46,48).

« Intérêt beaucoup plus marqué pour les règles d'hygiène du sommeil ». En revanche, les règles d'hygiène du sommeil, si elles étaient utilisées par la majorité des médecins, sont devenues une aide précieuse pour ceux qui ne s'en servaient pas en routine, bien que deux médecins pessimistes n'y aient pas vu un grand intérêt.

« Un avis sur le tutoriel largement fonction de la pratique ». Concernant l'applicabilité des outils fournis par le tutoriel, la remarque récurrente qui est ressortie des entretiens est le manque de temps pour les utiliser en consultation. Cependant, sur ce point, les arguments des médecins étaient très contrastés, allant de celui qui ne voulait même pas en entendre parler et dont ce n'était pas le problème à celui qui, en s'organisant, pensait pouvoir utiliser la majeure partie des outils fournis avec succès auprès du patient. En regardant de plus près le profil des personnes pessimistes, nous nous sommes aperçus que trois exerçaient en milieu rural et que l'un n'avait pas de secrétariat. Un autre médecin dubitatif quant à l'applicabilité des conseils du tutoriel avait une orientation en pédiatrie. Dans le premier cas, on peut clairement lier ce manque d'enthousiasme à une organisation

professionnelle compliquée par un surcroît de travail (patientèle rurale importante, surcharge de tâches administratives par absence de secrétariat). Dans le second cas, le médecin est sans doute moins confronté à ce problème. A l'inverse, les médecins optimistes quant à l'applicabilité pratique du tutoriel exerçaient plutôt en milieu semi-rural ou urbain et disposaient toujours d'un secrétariat physique au cabinet. L'âge ou le sexe ne semblaient pas être des variables déterminantes du degré d'engouement pour le tutoriel.

« L'intervention brève séduisante ». L'intervention brève comme technique pour amorcer un sevrage a séduit plusieurs médecins. On peut imaginer que c'est grâce à son côté reproductible lors de consultations différentes et rapide au cours d'une consultation. Par ailleurs, même si durant la consultation le message ne semble pas entendu, il peut amener le patient à réfléchir et à avancer dans son processus de changement.

« Intérêt marqué pour les fiches destinées aux patients ». Concernant l'éventuelle modification de la pratique des médecins au sujet des BZD, on remarque que onze participants sur quinze ont souligné l'utilité des fiches destinées aux patients.

« Les modifications de pratiques suite au tutoriel ». Les deux médecins qui ont répondu que ce tutoriel ne modifierait pas leur pratique sont ceux qui avaient regardé superficiellement l'outil (M12, M15). Un autre a déclaré déjà appliquer les éléments du tutoriel et être pessimiste quant à son réel impact sur la prescription (M5). Un autre n'avait pas apprécié le tutoriel dans sa globalité et ne voyait aucun élément intéressant pour la pratique quotidienne du médecin généraliste (M8). Nous retrouvons là les médecins dont le discours laisse soupçonner un épuisement professionnel, et celui qui exerce en milieu rural s'estimant visé par les recommandations de la HAS.

Les modifications envisagées par les médecins concernaient : l'instauration d'une consultation spécifique dédiée à ce problème pour 3 d'entre eux (M1, M9, M10), le repérage plus systématique des renouvellements de prescription (M2, M4), l'intervention brève plus systématique (M3, M6, M9, M10, M11), l'encadrement plus précis de la durée de prescription des anxiolytiques (M14).

Deux d'entre eux ne se sont pas prononcés sur ce point en déclarant, pour l'un, que la présentation galénique des médicaments ne permettait pas une décroissance optimale (M7) et, pour l'autre, que les éléments du tutoriel permettaient de définir des comportements intuitifs qu'il appliquait dans sa pratique courante (M8). Il est intéressant de noter que ces deux médecins étaient les plus âgés de l'enquête et relativement proches de la retraite.

V. CONCLUSION

La surconsommation de BZD en France est un problème auquel les médecins généralistes ont du mal à faire face en soins courants.

De nombreux obstacles à l'optimisation de la prescription de ces molécules ont été mis en évidence dans la littérature.

Notre recherche s'est attachée à créer des leviers pour soulever ces obstacles. Parmi les moyens pouvant être mis en œuvre, nous avons jugé nécessaire d'impliquer en premier lieu l'acteur de première ligne du soin qu'est le médecin généraliste.

Nous avons réalisé le tutoriel RPIB Benzos dans un but de formation et d'information sur ce sujet. L'objectif était de fournir des outils concrets et pratiques aux médecins traitants, applicables pendant leurs consultations quotidiennes, afin d'optimiser leur prescription de BZD.

Ce tutoriel, créé avec l'aide précieuse d'un groupe d'experts, a été testé par 15 médecins généralistes en exercice libéral. Leurs critiques ont donné lieu à des modifications permettant de répondre au mieux aux attentes dans ce domaine en pratique courante.

On peut supposer que les recommandations proposées émanent de somnologues ou de médecins très impliqués dans la prise en charge des insomnies. Les patients qui viennent les consulter arrivent avec une demande et sont au stade action du processus de changement. Il en est tout autrement de la plupart des médecins généralistes dans leurs rapports avec leurs patients. Ceux-ci n'ont souvent pas de demande de sevrage en BZD et doivent être convaincus de la nécessité d'un changement. Il faut donc sans doute affiner le positionnement du RPIB Benzos en insistant sur l'abord de la question face à des patients aux stades moins avancés du processus de sevrage. De même, il faut infléchir les pratiques des médecins généralistes afin qu'ils diminuent leurs prescriptions initiales suscitant de nouvelles dépendances. On peut parier qu'une sensibilisation des médecins généralistes au sevrage en BZD modifiera quasi naturellement ces prescriptions initiales.

La version finale du tutoriel sera mise en ligne après une nouvelle validation du CP.

La prochaine étape du projet RPIB Benzos sera une enquête de plus grande ampleur, sur toute l'Aquitaine, portant sur un échantillon plus important de médecins généralistes. La stratégie de diffusion et d'actualisation de cet outil est en cours de définition. Le projet envisage également une action directe auprès des patients, *via* le médecin traitant ou le pharmacien, en leur remettant des informations, par exemple sous forme de plaquettes. La création d'affiches de sensibilisation à destination des patients dans la salle d'attente a aussi été évoquée. L'impact de cette campagne auprès des patients devrait être elle-aussi évaluée au cours d'un travail de thèse.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Durand de Bousingen D. Les jeunes Français parmi les premiers consommateurs de psychotropes en Europe. Le Quotidien du Médecin [Internet]. 20 Nov 2014 [cité le 7 Déc 2015][1 page]. . Disponible sur : http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2014/11/20/les-jeunes-francais-parmi-les-premiers-consommateurs-de-psychotropes-en-europe_710221
2. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de Santé. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France [rapport]._Saint Denis (France): ANSM; Décembre 2013. 81p.
3. 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. 2014 Sep 9;349:g5205.
4. Moreau S. Insomnie chronique de l'adulte: développer les thérapies comportementales et cognitives (TCC) en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
5. Haute autorité de santé, Affections psychiatriques de longue durée troubles anxieux graves [Guide - Affection de longue durée]. Saint Denis (France); HAS; Juin 2007. 36 p.
6. Base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr [Internet]. Saint Denis (France) : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de Santé(ANSM) [Mise à jour le 30 Nov 2015; cité le 7 Déc 2015]. Disponible sur : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>.
7. Suarez A. Les patients qui utilisent des benzodiazépines et apparentés de manière prolongée: comment appréhendent-ils leur traitement et les moyens de l'arrêter ? [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
8. Lardillon G. Sevrage en ambulatoire des patients consommateurs chroniques de benzodiazépines: étude menée par un groupe de pairs à partir des recommandations de la HAS [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2010.
9. Castera Ph, Maurat F, Fleury B, Demeaux JL. Peut-on repérer en routine les mésusages d'alcool ? Médecine. 2007 ; 3(7) : 330-3.
10. Benzo.org.uk [Internet]. Newcastle (England): Professor GH Ashton, Institute of neuroscience, Newcastle University [Mise à jour 2012; cité le 7 Déc 2015]. Disponible sur: <http://www.benzo.org.uk>.
11. Ravera S, Van Rein N, De Gier JJ, De Jong-Van Den Berg LTW. Road traffic accidents and psychotropic medication use in the Netherlands: a case—control study. Br J Clin Pharmacol. 2011;72(3):505–13.
12. Lai M-M, Lin C-C, Lin C-C, Liu C-S, Li T-C, Kao C-H. Long-term use of zolpidem increases the risk of major injury: a population-based cohort study. Mayo Clin Proc. 2014 May;89(5):589–94.
13. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Clonazépam (RIVOTRIL®) per os utilisé hors AMM (notamment dans la douleur, les troubles anxieux et du sommeil) [Mise au point]. Saint Denis (France): AFSSAPS; Novembre 2011. 8 p.

14. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de Santé. Benzodiazépines et démence : limiter les risques par un strict respect des règles de prescription et de bon usage [Mise en garde]._Saint Denis (France): ANSM; Décembre 2012. 2 p.
15. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de Santé. Consommation des benzodiazépines : Bien respecter les règles de bon usage pour limiter les risques dont celui de démence [Point d'information]._Saint Denis (France): ANSM; Décembre 2012. 2 p.
16. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de Santé [Internet]. Saint Denis: ANSM [Mise à jour le 11 Jan 2013; cité le 7 Déc 2015]. Tétrazépam (Myolastan et génériques) : des effets indésirables cutanés parfois graves sont susceptibles de remettre en cause le rapport bénéfice/risque de ces spécialités - Point d'information; [environ 1 p]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Tetrazepam-Myolastan-et-generiques-des-effets-indesirables-cutanes-parfois-graves-sont-susceptibles-de-remettre-en-cause-le-rapport-benefice-risque-de-ces-specialites-Point-d-information>
17. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de Santé. Arrêt de commercialisation du Rohypnol (flunitrazépam) 1 mg [Point d'information]. Saint Denis (France): ANSM; Avril 2013. 2p.
18. Haute autorité de santé. Commission de la transparence: avis du 25 Juin 2014. Saint Denis (France); HAS; Juin 2014. 25 p.
19. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Etat des lieux de la consommation de benzodiazépines en France [Rapport d'expertise]. Saint Denis (France): AFSSAPS; Janvier 2012. 48 p.
20. Cristofari J-J. Médicament [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 10]. Available from: <http://www.generaliste-en-france.fr/actualite-sante/m%C3%A9dicament.html>
21. Vega A (Docteur en anthropologie sociale et ethnologie de l'EHESS-Paris). Le partage des responsabilités en médecine, une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. Rapport final. Août 2011 200 p.
22. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. Paris (France): OPEPS; juin 2006 . 500 p.
23. Société de formation thérapeutique du généralistes. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie [Recommandations]. Paris (France): SFTG; décembre 2006. 41 p.
24. Haute autorité de santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie [Bon usage du médicament]. Saint Denis (France): HAS; février 2015. 4 p.
25. Collège National des Universitaires en Psychiatrie | Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique. Référentiel de psychiatrie. Tours (France): Presses universitaires François Rabelais; 2014. 587 p.
26. Société Française d'Alcoologie (SFA). Mésusage d'alcool : dépistage, diagnostic, traitement. Messages clés. Alcoologie et Addictologie. 2015 ; 37(1) :36-68.
27. Haute autorité de santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé [Recommandations professionnelles]. Saint Denis (France): HAS; octobre 2007. 28 p.

28. Haute autorité de santé. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire [Fiche mémo]. Saint Denis (France): HAS; juin 2015 . 5 p.
29. Haute autorité de santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève, Alcool, cannabis, Tabac chez l'adulte. Saint Denis (France): HAS; décembre 2014. 2 p.
30. Haute autorité de santé. Attitudes et actions recommandées en fonction du stade de changement. Saint Denis (France): HAS; octobre 2014. 3 p.
31. Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, McD Young R. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addict Abingdon Engl.* 2009 Jan;104(1):13–24.
32. 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 J Ment Sci.* 2014 Feb;204(2):98–107.
33. Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2011 Sep;61(590):e573–8.
34. 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.* 2014 Jun;174(6):890–8.
35. Maisonneuve H, Chabot O. L'Internet en formation médicale continue : aussi efficace que les formations dites présentielles. *Presse Médicale.* 2009 Oct;38(10):1434–42.
36. Haute autorité de santé. E-learning : un guide de conception de formation ouvertes et à distance (FOAD). Saint Denis (France): HAS; avril 2015. 101 p.
37. Kandel O, Ripault A, Jourdain M, Bouche G. Does Durat Med Consult Have Impact Prescr Psychotr Drugs Cross-Sect Study Carried Gen Pract 2896 *Proced Engl.* 2008;58(12):19–24.
38. Guilliot J. Consommation chronique d'hypnotiques chez le sujet âgé: évaluation des résistances des patients face à la proposition de sevrage [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
39. Marchand S. Sevrage des benzodiazépines et apparentés, à visée hypnotique, chez le sujet âgé: état des lieux du suivi des recommandations de la HAS par les médecins généralistes picards [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2014.
40. Bourdair V. Benzodiazépines et apparentés chez les plus de 75 ans: état de lieux de la consommation et sevrage ambulatoire au cours d'une étude interventionnelle [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.
41. Cattaud M. Sevrage en benzodiazépines en médecine générale: les difficultés rencontrées par les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.
42. RAT C. Observation de 245 prescriptions de benzodiazépines et hypnotiques renouvelées au-delà de 12 et 4 semaines en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2006.

43. Faurie A. Les déterminants du renouvellement des benzodiazépines et apparentées au-delà de trois mois: une étude quantitative auprès de 187 médecins généralistes de Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2014.
44. Schouler Bourjal AC. Les déterminants de la prescription des benzodiazépines: Une étude qualitative réalisée auprès de seize médecins généralistes en Moselle [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2009.
45. Berthier M, Guérin O. Prise en charge de l'insomnie chez l'adulte par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes. [Thèse d'exercice][France]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2013.
46. Lasserre A, Younès N, Blanchon T, Cantegreil-Kallen I, Passerieux C, Thomas G, et al. Psychotropic drug use among older people in general practice: discrepancies between opinion and practice. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2010;60(573):e156–62.
47. Chaussee N. Quelles sont les motivations de prescription de benzodiazépines devant la plainte anxieuse d'une personne âgée ? Réflexion à partir d'une étude réalisée auprès de médecins généralistes de Haute-Garonne et d'internes de médecine générale en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013.
48. Guerin C. Quels sont les déterminants de la prescription de benzodiazépines et molécules apparentées en médecine générale ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2014.
49. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Paris : Direction de la Recherche des études de l'évaluation et des statistiques ; 2005.
50. Cormack MA, Howells E. Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainees. *Fam Pract.* 1992;9(4):466–71.
51. Etude Polychrome. Paris : INSERM. 2009 Oct
52. Laforest J, Maurice P, Belley C, Bouchard L-M, Rainville M, Lavertue R. Guide d'organisation d'entretiens semi-dirigés avec des informateurs clés: trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales. Montréal: Institut national de santé publique du Québec : Ministère de la sécurité publique; 2009. 16 p.
53. Croste E, Gay B, Maurice-Tison S. Médecine générale et Internet : association difficile ? Une enquête auprès de 300 médecins généralistes aquitains. *Médecine.* 2006 ;2(8) : 372-377.
54. France digital future in focus 2013. Tendances Clés du Digital en France et leur Impact pour l'Avenir. 2013 : 18-9. [en ligne] [consulté le 11/11/2015]. Disponible à http://www.iabfrance.com/system/files/comscore_2013_france_digital_future_in_focus.pdf
55. Bonnet CD; FP; PD; JG; P. Evidence-Based Medicine (EBM) [Internet]. [cited 2015 Dec 30]. Disponible à <http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/revue.htm>
56. Vega A. Positivism et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. *Sci Soc Santé.* 2012 ; 30(3) : 71–102.
57. Arnould C. Les médecins généralistes vosgiens et leur formation médicale continue. Une enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Lorraine. 2012.

58. Grimaldi A, Simon D, Sachon C. Réflexion sur l'éducation thérapeutique : l'expérience du diabète. *Presse Médicale*. 2009 Dec;38(12):1774–9.

VII. ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableau BZD et apparentées commercialisées en France en 2013 d'après l'ANSM (2)

Substance active	Nom des spécialités commercialisées	Année de première AMM	Classe	Demi-vie (h)
Anxiolytiques				
Alprazolam	Xanax et génériques	1982	Anxiolytique	6-18
Bromazépam	Lexomil et génériques	1974	Anxiolytique	8-20
Clobazam	Urbanyl	1974	Anxiolytique	10-31
Clorazépate potassique	Tranxene	1974	Anxiolytique	2
Clotiazépam	Veratran	1982	Anxiolytique	4
Diazépam	Valium	1973	Anxiolytique	15-60
Ethyl loflazépate	Victan	1980	Anxiolytique	73-119
Lorazépam	Temesta et génériques	1977	Anxiolytique	9-20
Nitrazépam	Nordaz	1984	Anxiolytique	17-48
Oxazépam	Seresta et génériques	1968	Anxiolytique	4-11
Prazépam	Lysanxia et génériques	1975	Anxiolytique	1,3
Hypnotiques				
Estazolam	Puctalon	1977	Hypnotique	10-31
Flunitrazépam	Rohypnol, Narcozep	1984 1973	Hypnotique	9-31
Loprazolam	Havlane	1981	Hypnotique	3,3-14,8
Lormétazépam	Noctamide	1987	Hypnotique	10
Midazolam	Hypnovel Versed	1986 1988	Hypnotique	1-4
Nitrazépam	Mogadon	1965	Hypnotique	17-48
Témazépam	Normison	1981	Hypnotique	3-13
Apparentées aux benzodiazépines				
Zolpidem	Stilnox et génériques	1987	Hypnotique	0,7-3
Zopiclone	Imovane et génériques	1984	Hypnotique	5
Myorelaxant				
Tétrazépam	Myolastan et génériques	1974	Myorelaxant	10-25
Anticonvulsivant				
Clonazépam	Rivotril	1973	Antiépileptique	19-60
Midazolam	Buccolam	2011	Antiépileptique	1-4
<p>demi-vie courte < 10 h : midazolam, témazépam, clotiazépam demi-vie intermédiaire 10-24 h : alprazolam, bromazépam, clobazam, estazolam, loprazolam, lorazépam, lormétazépam, nitrazépam, oxazépam, tétrazépam demi-vie longue > 24 h : clonazépam, diazépam, éthyl loflazépate</p>				

ANNEXE 2 : Echelle ECAB (d'après la HAS)

Échelle ECAB

Échelle ECAB		
Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (attribuer 1 point en cas de réponse « vrai », sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »)		
Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments tranquillisants et/ou somnifères que vous prenez.		
Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.		
Il est indispensable de répondre à toutes les propositions avec une seule réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.		
Nom du médicament concerné :		
	Vrai	Faux
1. Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

ANNEXE 3 : Agenda du sommeil (d'après la HAS)



L'agenda de votre sommeil

Nom :

Prénom :

Débutez le remplissage de la 1^{ère} ligne J1 avec votre médecin

Date : / /

Date	Médicaments	17h	19h	21h	23h	1h	3h	5h	7h	9h	11h	13h	15h	Qualité		Commentaires
		18h	20h	22h	MINUIT	2h	4h	6h	8h	10h	MIDI	14h	16h	Sommeil la nuit	Forme le jour	
J1																
J2																
J3																
J4																
J5																
J6																
J7																

Exemple	1/2		X						X				X		M	M	TOUX
----------------	-----	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	---	---	------

M.S. a pris 1/2 ZOLPIDEM, il s'est couché à 19h30, s'est endormi à 21 h après avoir regardé la télé, a dormi jusqu'à 7h, avec sommeil entrecoupé d'un réveil entre minuit et 1h. – M.S. s'est recouché pour la sieste à 13h30 et a dormi de 15h à 16h puis s'est levé. Son sommeil et sa forme étaient mauvais.

Médicaments pour dormir	Temps passé au lit ou à dormir (nuit, sieste)	Qualité de la nuit et forme dans la journée
Nom des médicaments.....	Indiquez par une « X » : - l'heure de mise au lit - l'heure du lever	Précisez la qualité de la nuit et la forme dans la journée par : B = bien M = mauvais TB = très bien TM = très mauvais
Précisez ce que vous avez pris chaque soir pour dormir dans la colonne « médicaments »	Indiquez le temps de sommeil en hachurant la case :	

ANNEXE 4 : Calendrier de décroissance posologique (d'après la HAS)

Nom de la benzodiazépine :

Posologie initiale :

Pour plus d'informations sur le médicament qui vous a été prescrit, vous pouvez de vous reporter à la notice contenue dans sa boîte.

Date de début de la période d'arrêt du médicament :

Durée prévisible de la période d'arrêt du médicament :

Votre objectif de la semaine est de :
Il peut varier de : à :

CALENDRIER D ARRÊT

Date	Consultation médicale	Dose à prendre	Dose réellement prise	Remarques/observations*
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

* Cette case est à votre disposition pour noter un signe inhabituel pendant la période de réduction de dose. Elle peut aussi être utilisée par votre médecin pour signaler un traitement ponctuel par un autre médicament, ou tout autre événement.

ANNEXE 5 : Grille d'entretien semi-dirigé utilisée

Nom (pour moi)

Avez-vous vu le tutoriel ?

Sexe :

Lieu d'exercice : rural / semi-rural / urbain

Mode d'exercice : association / seul

Secrétariat : Absence / Téléphonique / Physique

Orientation particulière : pédiatrie / gynécologie / gériatrie / sport / acupuncture / ostéopathie / aucune

L'équipe AGIR 33 et moi-même vous remercions d'avoir accepté de tester le tutoriel sur le RPIB Benzos.

Avant de commencer l'entretien, je vais vous demander la permission d'enregistrer nos propos, en précisant que votre anonymat sera maintenu et la fidélité des propos respectée.

DEBUT ENREGISTREMENT

Je vous rappelle que le but de cet entretien est de réaliser une enquête qualitative sur le tutoriel RPIB Benzos, qui a été élaboré avec la participation d'un groupe d'experts sur la base de recommandations récentes.

C'est grâce à la participation d'une douzaine de médecins, dont vous faites partie et qui ont accepté de prendre le temps de tester l'outil, que nous allons pouvoir l'améliorer.

L'idée est de vous poser des questions larges sur la forme et le fond, auxquelles il est nécessaire que vous répondiez **le plus objectivement possible**, de manière à dépister les points faibles et les points forts pour le rendre le plus possible adapté au médecin généraliste.

(adapté en fonction du contexte et du professionnel)

Age :

Avez-vous déjà participé à une formation sur ce sujet avant ? De quel type ? (présentielle, numérique) ?

THEME : FORMAT ET CONTENU DU TUTORIEL

Nous allons aborder rapidement deux questions, l'une sur la mise en forme du tutoriel, avec ses avantages et inconvénients et l'autre sur le contenu du tutoriel, les connaissances et les outils proposés.

1/ Le format général du tutoriel vous a-t-il paru adapté ?	Pourriez-vous préciser ?	Le son ?
		Les couleurs/taille de la police ?
		La durée totale ?
		Difficultés de lecture/blocages ?
		Difficulté accès documents patients/références ?
		Facilité d'accès/de consultation = outil informatique facilement compatible avec le tuto ?

2/ Le contenu du tutoriel vous a-t-il paru adapté à la médecine générale ?	Pourriez-vous préciser ?	Sujet ?
		Logique du découpage des séquences par thèmes et du déroulement ?
		Clarté des explications ?
		a-t-il apporté des connaissances supplémentaires ?
	L'avez-vous testé ? Avez-vous utilisé le quizz final pour vous auto évaluer après le visionnage du tutoriel ? pourquoi ?	Quizz final ?
		Pensez-vous modifier votre pratique après avoir vu ce tutoriel, si oui dans quel sens ?
		Pourrait être adapté à une DPC en ligne ?

3/ Avez-vous des remarques, des suggestions à faire ? Un avis à exprimer ?		
4/ Y a-t-il des sujets que vous verriez abordés sous forme de tutoriel ?		

Merci pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe 6 : Page d'accueil du tutoriel RPIB Benzos

addictutos.test2.sante-aquitaine.org/page/tutoriels/tutoriel-rpib-benzos

Addictutos



Ces tutoriels sont développés par un panel d'experts issus des soins primaires et de l'addictologie et font l'objet de thèses de médecine générale. Ils sont complémentaires des formations présentielle éventuellement proposées par le réseau.

20 place Pey Berland, 33000 Bordeaux - tél: 05.56.51.56.51 - contact@agir33.fr

[Accueil](#) [Tutoriels](#) [Annuaire en ligne](#) [Contactez-nous](#)

Accueil | Tutoriels | Tutoriel RPIB « Benzos »

Tutoriel RPIB « Benzos »



Le RPIB « benzos » a pour objectif d'optimiser l'utilisation des benzodiazépines à visée anxiolytique ou hypnotique, et à favoriser le sevrage des prescriptions anciennes.

*Il comporte 5 diaporamas s'enchaînant de façon logique, dont la durée est affichée sur l'icône de lancement. **La totalité de la formation prend x minutes**.*

Les références citées dans le diaporama et qui ont servi au développement du contenu, selon l'avis des experts, sont accessibles en ligne à la rubrique « références ».

Les documents à remettre aux patients (agendas, questionnaires, fiches d'information) sont téléchargeables et imprimables à la rubrique « documents patients ».

A l'issue du visionnage des 6 parties vous pouvez répondre aux questions des 2 (3?) cas cliniques proposés, afin de vous assurer de votre bonne appropriation.

Enfin, un questionnaire court d'évaluation de votre satisfaction vous est proposé et nous sera très utile pour améliorer le tutoriel.

[Diaporama](#) [Vidéos](#) [Références](#) [Documents patients](#) [Quiz](#)

Annexe 7 : Extrait du verbatim d'un entretien semi-dirigé (10^{ème} entretien M10)

M : Euh... Donc oui, euh... par rapport au diaporama, j'ai trouvé que euh... le côté... euh, l'accessibilité des vidéos était pas très explicite justement euh... donc, je pensais que c'était intégré au diaporama et donc j'ai pas réussi à les lire, parce que j'ai pas bien compris qu'il fallait rechercher dans les... dans les références, dans les vidéos, enfin dans l'onglet vidéo S5M10. Euh... le reste m'a paru assez clair pour le coup.

E : Ok. Par rapport à la durée totale euh... de visualisation... Est-ce que ça t'a paru adapté euh... pas adapté ?

M : Bah étant donné que ce sont plusieurs exposés assez courts euh... entre 5 et 10 minutes, quoi ! Finalement ça passe assez vite euh... Donc c'est mieux qu'un long exposé, S2M10... ça passe plus vite que l'ensemble en une fois en fait. Donc euh... Du coup ça permet aussi euh... si on n'a pas le temps de tout visionner en une fois euh... de re visionner les vidéos manquantes à un autre moment, quoi !

E : Ok.

M : Donc euh... Oui ! Et comme c'est découpé par thèmes en plus euh... on a euh... une question particulière, on peut rechercher euh... dans la vidéo qui correspond S2M10, enfin le diaporama qui correspond. Donc euh, oui, ça c'était plutôt... plutôt bien !

E : D'accord, ok. Donc ok pour le format général, on va p't-être passer à la question sur le fond maintenant, donc est-ce que le contenu du tutoriel t'a paru adapté à la médecine générale ?

M : Euh... Oui ! J'trouve que c'est axé sur le... notre pratique de médecin généraliste euh S13M10... et à mon avis, c'est applicable dans notre activité quotidienne. Après ce sont des habitudes à prendre mais euh... je trouve que c'est adapté à notre activité S17M10.

E : Ok. Euh... est-ce que tu pourrais préciser ?

M : Alors préciser bah euh... notamment dans l'utilisation des outils qui sont dans... dans... les... que j viens de voir là ! Euh... ça justement, comme c'est facile à visualiser et puis à imprimer S7M10... Comme je vois que c'est assez concis et clair, euh... et comme le problème principal du médecin généraliste c'est le manque de temps, c'est toujours pareil ! Euh... Bah du coup, c'est adapté à notre exercice, pouvoir remettre un document en le commentant, en consultation, pouvoir euh... recevoir le document rempli et le commenter avec le patient, etc. Si on a euh... une accessibilité facile à ce document, si on peut l'imprimer facilement et puis le remettre aussi vite euh... c'est en ça que c'est adapté à notre exercice S17M10 quoi ! Euh... Voilà !

E : Et après par rapport au sujet en fait ?

M : Oui ! Ah bah, je pense qu'on est effectivement en première ligne par rapport à ça, S13M10 hein ! C'est nous qui le prescrivons, nous qui les renouvelons, c'est... avoir à gérer les effets indésirables et les problèmes de... d'attachement justement, de dépendance à ces traitements... donc euh... C'est un sujet qui... qui nous concerne à plein, quoi, hein ! Donc... Le sujet est parfaitement adapté euh... à notre exercice et à nos compétences et... à notre devoir même de médecins ! S13M10

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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