



HAL
open science

État des lieux de l'information et de la dépendance des patients traités par benzodiazépines : étude sur une population de Seine-Maritime consultant en médecine générale

Antoine Coqus

► To cite this version:

Antoine Coqus. État des lieux de l'information et de la dépendance des patients traités par benzodiazépines : étude sur une population de Seine-Maritime consultant en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01670320

HAL Id: dumas-01670320

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01670320v1>

Submitted on 21 Dec 2017

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.

**UNIVERSITE DE ROUEN UFR DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE**

Année 2017

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

COQUS Antoine

Né le 17/09/1985 à Château-Thierry (02)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 Octobre 2017

**ETAT DES LIEUX DE L'INFORMATION ET DE LA DEPENDANCE
DES PATIENTS TRAITES PAR BENZODIAZEPINES : ETUDE SUR
UNE POPULATION DE SEINE-MARITIME CONSULTANT EN
MEDECINE GENERALE**

Président de jury :

Pr Jean-Loup Hermil, Médecin généraliste, UFR de Médecine générale

Directrice de thèse :

Dr Agathe Sicaut, Médecin généraliste addictologue

Membres du jury :

Dr Marie-Thérèse Thueux, Médecin généraliste, UFR de Médecine générale

Dr Emmanuel Hazard, Médecin généraliste, UFR de Médecine générale

Remerciements

Au Dr Agathe Sicaut,

*Pour la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de diriger ce travail,
Pour vos conseils, vos encouragements, et le temps passé à relire mon travail,
Veuillez trouver ici mes profonds remerciements.*

Au Professeur Jean-Loup Hermil,

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury,
Pour le temps que vous accordez au département de Médecine Générale afin de nous former,
Je tiens à vous exprimer mon entière reconnaissance.*

Au Dr Marie-Thérèse Thueux,

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail,
Pour la patience dont vous avez fait preuve au décours des évaluations,
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.*

Au Dr Emmanuel Hasard,

*Pour avoir accepté de juger ce travail,
Je vous exprime toute ma reconnaissance.*

A tous ceux qui ont participé au recueil des données faisant l'objet de ce travail : *Isabelle et Marc, Bérengère et Bastien, Anne-Sophie, Aude, Françoise, Sabrina, Gilles, Jennifer et Viviane, que je suis ravi de côtoyer encore régulièrement lors de remplacements.*

Au Dr Henri Gondé *pour m'avoir aidé à la réalisation des statistiques, je lui souhaite beaucoup de bonheur et de réussite, ainsi qu'à sa femme Delphine et à leur fille Louise.*

A mes maîtres de stages en cabinet de ville : *Alain Boiteux, Karine Decaux-Godin, Cécile Grandon-Millart, Elisabeth Mauviard. C'était un plaisir d'apprendre à vos côtés, tant de différence de pratique pour un même métier est grandement enrichissant.*

Au Dr Sandrine Canivet *qui m'a encadré lors de mon stage en médecine polyvalente à l'Hôpital du Havre, et qui m'a beaucoup appris, sur le plan humain et médical.*

Aux praticiens des services de pédiatrie et de gynécologie du CHU de Rouen, *pour la formation à ces spécialités indispensables à ma pratique, votre accueil a été chaleureux et je vous en remercie.*

A l'équipe médicale et paramédicale de la Clinique Du Cèdre : *le Dr Virginie Grosley, le Dr Emmanuel Boust, le Dr Florian Lenoir, le Dr Christophe Ménard et le Dr Ludovic Strozzyk avec qui j'ai eu plaisir à travailler et à partager des projets ; et toute l'équipe soignante.*

Au centre de renfort de Gournay En Bray et son équipe, *Céline, Nathalie, Pascale, Martine, Estelle, et les autres qui se reconnaîtront ; merci pour votre aide précieuse.*

A mes co-internes médecins généralistes, *Baptiste et Thomas avec qui nous avons passé du bon temps même dans les stages difficiles, Magalie, et tous ceux que j'aurais pu oublier.*

A mes amis de (très) longue date, Alexandre, Marius, Thibaud, Florent, avec qui je passe toujours de bons moments.

A cette super bande de copains de l'Est, avec une pensée particulière pour les Pottpott Antoine et Marie, et leur petite Manon, Les petits épiciers Mathieu, Elise, Jeanne et la petite Agathe, et tous ceux qui se sont expatriés dans la capitale. « C'est le spring breeeaaak ». Un petit big-up à la fanfare médecine de Reims qui m'a accueillie pendant mes 6 ans d'externat.

Aux « nouveaux » amis rencontrés pendant l'internat, les Sigo Carole et Guillaume, Les Goths Rémi et Hélène maintenant parents de la jolie Mathilde, Anaïs et Alex (mieux connus sous le nom de Simone et Bernie, ou encore FAP et Morenzo), Moonnsieeur Paris évidemment, Mylène la parisienne, Charlotte, Vanessa, mais encore Jean et Marine avec Anatole le mangeur de cuisses et Constant, Damien et Charlotte. Merci à vous tous pour ces moments passés, présents, et futurs, faits de franches rigolades.

A Jean-Claude Lorin, pour m'avoir offert mon premier stéthoscope il y a 12 ans à l'obtention de ma P1.

A ma belle-famille, un grand merci à Catherine et Philippe pour votre accueil chaleureux dès la première heure, c'est toujours un immense plaisir de partager du temps avec vous, que ce soit dans les bons ou les mauvais moments. Merci de votre soutien. A Aurélie et Camille avec qui je ne m'ennuie jamais, et leur fils Aristide bientôt accompagné d'un frère ou d'une sœur ?

A tous mes oncles et tante, en particulier Claire et Eric et leurs enfants Victor et Loriane avec qui j'ai passé beaucoup de bon temps à une période difficile.

A mes grands-parents Charles et Jeanine, avec qui j'ai partagé des moments de joies et d'autres plus difficiles. Merci à Grand-Père pour m'emmener bricoler à l'atelier, et à Grand-Mère pour ses lectures de Tistou et ses improvisations plus hilarantes que cohérentes !

A ma famille,

A mon père, qui m'a probablement transmis son attrait pour la médecine, pour la recherche systématique du détail, pour le classement et la persévérance, je te remercie du fond du cœur.

A ma mère, qui ne m'a jamais jugé et toujours aimé comme un petit garçon, que j'admire pour avoir su faire face à de délicates situations, je te remercie du fond du cœur.

A ma sœur, pour cet enthousiasme et cet entrain qui fait de toi cette personne unique qui a su me guider dans la vie comme une grande sœur, et pour tous ces chahuts mémorables et ces rires. Je te souhaite ainsi qu'à Christophe, Hortense, et Théodore beaucoup de bonheur.

A Clélia, parce que grâce à toi la vie est faite de plaisir, et que tu fais de moi un homme meilleur de jour en jour grâce à ton sens aigu du bonheur, je t'en remercie.

A Eugène, parce que tu me combles de bonheur au quotidien, te voir grandir est une chance immense, je t'accompagnerai sans limite pour que tu puisses t'épanouir.

A ma fille qui devrait voir le jour en cette merveilleuse fin d'année ...

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie

Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image

Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHOT	Bactériologie
---------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Table des matières :

Liste des illustrations :	15
Liste des tableaux :	16
PREAMBULE :	17
INTRODUCTION :	18
ÉPIDÉMIOLOGIE :	22
1/ Etat des Lieux de la consommation des benzodiazépines en France	22
2/ Etat des lieux de la dépendance aux benzodiazépines en France	24
3/ Survenue d'effets indésirables	25
4/ Chiffres clés (Rapport ANSM publié en Avril 2017) (16)	26
DEFINITIONS :	28
1/Benzodiazépines :	28
2/ Dépendance	34
3/ Connaissances du patient et information	40
PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE :	43
1. MATERIEL ET METHODE	43
2. RESULTATS	49
3. DISCUSSION	68
CONCLUSION :	75
BIBLIOGRAPHIE:	77
ANNEXES	81
Annexe 1 : Questionnaire de recueil	81

Liste des illustrations :

Figure 1: Structure principale des benzodiazépines.....	29
Figure 2: Structure du récepteur GABA.....	29
Figure 3: Durée de traitement par BZD	55
Figure 4: Indications des BZD rapportées par les patients	56
Figure 5: Résultats du score 1.....	59
Figure 6: Résultats du score 2.....	60

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Classification des benzodiazépines et apparentés aux benzodiazépines	30
Tableau 2: Indications et durées de traitement des BZD et apparentés.....	31
Tableau 3: Questionnaire ECAB	39
Tableau 4: Caractéristiques des patients inclus	50
Tableau 5: Caractéristiques médicales des patients.....	51
Tableau 6: Dépendances.....	52
Tableau 7: Nombre de médicaments	53
Tableau 8: Résultats de l'ECAB	54
Tableau 9: Benzodiazépines consommées	57
Tableau 10: Réponses aux questions de connaissance	58
Tableau 11: réponses aux questions de croyance	59
Tableau 12: Résultats score 1+2.....	61
Tableau 13: Connaissance en fonction de la dépendance.....	61
Tableau 14: Facteurs socio démographiques et médicaux associés à la connaissance des BZD	63
Tableau 15: Caractéristiques du traitement associées à la connaissance des BZD	64
Tableau 16: Molécule utilisée en monothérapie associée à la connaissance.....	65
Tableau 17: Bon usage des BZD associé à la connaissance du traitement.....	66
Tableau 18: Information du patient associé à la connaissance du traitement.....	66
Tableau 19: Résultats aux score 1 et 2 associés à la connaissance des patients.....	67
Tableau 20: Thérapies alternatives associées à la connaissance du traitement	67

PREAMBULE :

Ce travail de thèse en vue de l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine a lentement mûri durant 2 années de remplacement après mes stages d'interne. J'ai été souvent confronté à des patients traités par des benzodiazépines ou apparentés en cabinet de médecine générale. Un point particulier m'a frappé : les patients qui continuent de se plaindre d'insomnie ou d'anxiété alors même qu'ils sont traités pour cela, et se retrouvant dans une situation contradictoire. Je me demandais alors quelle était l'utilité de ce traitement, puisqu'il ne permettait pas de rendre le service attendu. Ces patients étaient pour la plupart dépendants à leur traitement sans pouvoir le formuler. Je leur ai donc proposé de manière empirique d'arrêter ces médicaments, mais je me suis souvent heurté à un refus de leur part sans réelle discussion possible. Le problème est que les benzodiazépines sont des molécules présentant des effets secondaires non négligeables, et en interrogeant les patients à ce sujet je me suis rendu compte de leur manque de connaissance. Par ailleurs les informer sur les risques de ces médicaments semblait les rendre plus attentifs au besoin d'arrêter ce traitement. Il m'a alors semblé intéressant de mettre en évidence le niveau de connaissance du patient dans une étude plus formelle, et d'appuyer l'importance de l'information du patient sur son traitement par benzodiazépines, mais aussi concernant ses médicaments en général.

INTRODUCTION :

En 1957, Léo Sternbach découvre une molécule présentant des effets hypnotiques, anxiolytiques, et myorelaxants (1). Le chlordiazépoxyde (Librium[®]), arrive sur le marché en 1960, suivi du diazépam (Valium[®]) en 1963, tous deux utilisés pour traiter l'anxiété. Longtemps considérées comme des molécules miracles comparées aux barbituriques et au méprobamate, les benzodiazépines (BZD) ont subi leur première controverse dans les années 1980, notamment par la mise en évidence d'une pharmacodépendance, et sont maintenant sujet à débat (2). De fait en 1991 leur durée maximale de prescription passe à 12 semaines pour les BZD anxiolytiques et à 4 semaines pour les hypnotiques et apparentés (3). Par la suite, certaines spécialités contenant des BZD ont été retirés du marché : le Noctran[®](clorazépate dipotassique) en 2011, et l'Equanil[®] (méprobamate) en 2012, car ces molécules présentaient des risques importants d'effets indésirables graves (coma, chutes, décès en cas de surdosage) (4) ; le Rohypnol[®](flunitrazépam) en avril 2013 pour abus et usage détourné de la molécule (trafic, soumission chimique) (5) ; et le Myolastan[®] (tétrazépam) en juillet 2013 en raisons d'effets indésirables cutanés graves (6).

En 2012 la prescription du clonazépam (Rivotril[®]) est réservée aux neurologues et pédiatres et doit se faire sur papier sécurisé, du fait de nombreuses prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (AMM), et d'un trafic par

falsification d'ordonnances (7). Cette même année la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) voit le jour, et invite les médecins traitants à prescrire moins de BZD à demi-vie longue, et sur de moins longues périodes (8).

En juin 2015 une fiche mémo pour l'arrêt des benzodiazépines en médecine ambulatoire est publiée par l'HAS (9).

En avril 2017, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) annonce que le zolpidem (Stilnox®) doit être prescrit sur ordonnance sécurisée en raison d'un mésusage récréatif, de cas d'injections du produit, mais aussi parce qu'elle est devenue la molécule la plus impliquée dans les cas de soumission chimiques (10).

En 2015, la France est en deuxième position derrière l'Espagne concernant la consommation de BZD en Europe, et il n'est pas aisé de comprendre la raison pour laquelle les français sont utilisateurs de ces molécules. Anne Duboy dans sa thèse concernant la surconsommation des benzodiazépines en France et soutenue en 2015, apporte des éléments de réponse (2) : la France est productrice d'une médecine moderne dans laquelle la maladie est considérée comme une présence exogène, et pour laquelle un médicament peut apporter une quiétude. Le patient français a tendance à rechercher une solution miracle et demande donc souvent une ordonnance, et le médecin français est un gros prescripteur, notamment du fait de la valeur symbolique de cette ordonnance.

L'évolution continue de la politique sanitaire vers le curatif repose sur des raisons économiques (11). Il est moins intéressant pour les industriels de prévenir que de guérir, et Anne Vega dans une étude exhaustive portant sur le partage des responsabilités en médecine précise : « [...] il existe chez les médecins français une forte tradition positiviste et des visions optimistes des médicaments, confortées par les stratégies des firmes pharmaceutiques : la plupart des médecins sont persuadés des progrès constants des thérapeutiques et sous estiment les effets négatifs de produits qu'ils prescrivent » (12).

Ce médecin évolue au sein d'un système de santé qui peut le conduire à une surcharge de travail, pouvant favoriser le recours au médicament pour réduire le temps de consultation. Les médecins généralistes sont exposés à des problèmes relevant des politiques sociales, de la famille ou de l'emploi auxquels ils ne sont pas préparés. Ils peuvent se sentir dépassés par ces problèmes psychosociaux, ce qui peut amener plus facilement à prescrire à défaut de solution alternative. Une fois la dépendance installée, les médecins ont souvent une attitude fataliste et impuissante face au patient dépendant.

De manière plus générale, le vieillissement de la population, et la survenue de crises socio-économiques entraînant un durcissement des conditions de travail sont également impliqués.

C'est dans ce contexte que le médecin généraliste doit prendre des décisions de prescription lors de consultation pour des problèmes liés à l'insomnie et/ou l'anxiété.

Les patients qui se voyaient prescrire des BZD sans restriction à partir des années 1960 doivent maintenant subir la dépendance et le sevrage, et parfois la substitution de leur traitement. Ils consultent régulièrement leur médecin, tous les mois la plupart du temps, et se font prescrire ou renouveler des BZD, sans se soucier des risques inhérents à la prise de ce médicament. Ont-ils seulement conscience de ces risques ?

Ce travail, effectué en condition de médecine générale ambulatoire, a pour objectif d'évaluer le niveau de connaissance des patients et l'information reçue sur leur traitement par benzodiazépine quelle qu'en soit l'indication, afin d'explorer des pistes d'amélioration de leur prise en charge.

ÉPIDÉMIOLOGIE :

1/ Etat des Lieux de la consommation des benzodiazépines en France

Depuis 2012, l'ANSM publie régulièrement un état des lieux de la consommation des benzodiazépines (BZD) en France, permettant d'obtenir des chiffres fiables et d'en analyser l'évolution.

De 2000 à 2010, le premier rapport montrait qu'un français sur cinq consommait chaque année des benzodiazépines. La consommation sur des durées trop longues concernait un nombre important de patient. On retrouvait malgré tout une tendance à la baisse de la consommation globale (13).

Le rapport suivant montrait une reprise à la hausse de la consommation entre 2010 et 2012 malgré la baisse de consommation du tétrazépam et du clonazépam dont les indications ont été réduites. Parmi les BZD les plus consommées figuraient l'alprazolam, le zolpidem et le bromazépam. Quatre-vingt-dix pourcents des prescriptions de BZD provenaient des médecins généralistes, les femmes étaient les plus grandes consommatrices. Les durées de prescriptions restaient trop longues au regard de l'AMM (14).

Le dernier rapport émis en avril 2017 prolonge l'état des lieux jusqu'en 2015. Ce rapport place la France en deuxième position de la consommation de BZD en Europe, derrière l'Espagne. Cette surconsommation par rapport à nos voisins européens ne retrouve pas de cause claire dans la littérature, mais un article du Monde du 06 septembre 2004 suggère plusieurs pistes : abandon du mot « folie » au profit du terme « santé mentale » ou « souffrance psychique », puissance de l'industrie pharmaceutique, propension de la société à reconnaître le mal-être, apparition d'entités cliniques mal définies (dépression, stress, anxiété) (15).

En 2015 la consommation française selon les données de dispensation en ville montrent que 64,6 millions de boîtes de BZD à visée anxiolytique (64,9 en 2010) et 46,1 millions de boîtes à visée hypnotique (48,2 en 2010) ont été vendues.

Toujours en 2015 environ 13,4% (prévalence) de la population française a consommé au moins une fois une BZD quelle que soit l'indication, soit une baisse de 5,7% par rapport à 2012. Une légère baisse d'initiation de traitement par BZD hypnotiques est observée, et on constate une diminution de l'utilisation des BZD anxiolytiques à demi vie longue au profit de BZD à demi vie courte.

Soixante-cinq pour cent des utilisateurs de BZD sont des femmes de 57 ans d'âge médian dont 36% de 65 ans ou plus. La consommation augmente avec l'âge.

Les traitements sont initiés par des médecins généralistes dans 82% des cas, il s'agit dans 43,5% des cas d'hypnotiques, et dans 56,1% des cas d'anxiolytiques (16).

[2/ Etat des lieux de la dépendance aux benzodiazépines en France](#)

Un travail de thèse effectué en 2014 sur un échantillon de 300 patients de médecine générale consommateurs de benzodiazépines a permis de montrer que 43,3% des patients consommateurs de benzodiazépines en sont dépendants selon l'Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB) (17).

Parmi toutes les substances psychoactives licites et illicites, l'Observation des Pharmacodépendances en Médecine Ambulatoire (OPEMA) 2015 rapporte que 27% des problèmes de dépendance rencontrés en médecine générale concernent les BZD. (18)

3/ Survenue d'effets indésirables

Les affections du système nerveux (somnolence, comas, convulsions et amnésies) représentent 23% des effets indésirables graves rapportés avec l'utilisation des BZD.

Les affections psychiatriques représentent 12% des effets indésirables graves avec principalement des syndromes confusionnels.

Les chutes sont fréquemment rapportées, et certaines études ont permis de mettre en évidence un lien significatif entre la consommation de benzodiazépines et la survenue de chute, surtout chez la personne âgée (19). D'autres travaux ont montré un lien entre la consommation de benzodiazépines et la survenue de fracture du col fémoral, ou même de révision prothétique post traumatique (20), (21).

Le risque de démence, suggéré dans beaucoup d'études, est discuté, et il existe une limite méthodologique encore importante dans les études qui associent utilisation de BZD et démence. En effet, la prescription de BZD pourrait être la conséquence de la démence en raison des signes précoces de type anxiété, insomnie, dépression, et non la cause de la maladie. C'est un biais dit protopathique (13). Le Comité d'Evaluation des Risques en Pharmacovigilance

(PRAC) a considéré qu'aucune action réglementaire n'était nécessaire à ce stade compte tenu de ce biais.

L'altération des capacités de conduite a été confirmée par des études internationales. Le risque d'accident augmente de 60 à 80% lors de la prise de benzodiazépines, justifiant en France l'apposition d'un pictogramme de niveau 3 (22).

[4/ Chiffres clés \(Rapport ANSM publié en Avril 2017\) \(16\)](#)

- La France est au **deuxième rang** en Europe de la consommation de Benzodiazépines en 2015
- **13,4%** de la population française a eu au moins un remboursement de benzodiazépines dans l'année 2015
- Le nombre de consommateurs de benzodiazépines a baissé **de 5,7%** entre 2012 et 2015
- Le nombre de consommateurs de CLONAZEPAM a baissé de 84% en 5 ans (de 2010 à 2015), suite à la mise en place en 2011 et 2012 de mesures réglementaires plus strictes encadrant son accès (7).
- **65%** des utilisateurs de benzodiazépines sont des femmes
- L'âge médian des consommateurs est de **57 ans**

- L'ALPRAZOLAM est la benzodiazépine la plus utilisée chez les moins de 65 ans
- Le traitement par benzodiazépines est initié à **82%** par un médecin généraliste.

DEFINITIONS :

1/Benzodiazépines :

Les BZD sont des médicaments commercialisés depuis les années 60 qui agissent sur le système nerveux central par l'intermédiaire des récepteurs GABA. Toutes les benzodiazépines possèdent, à des degrés divers, des propriétés anxiolytiques, hypnotiques, myorelaxantes et anticonvulsivantes. Elles sont classées en fonction de leurs indications : hypnotiques dans les troubles sévères du sommeil, anxiolytiques dans le traitement symptomatique des manifestations anxieuses, en prévention du délirium tremens dans le sevrage alcoolique, et pour ses fonctions antiépileptiques ou anesthésiques (23).

a/ Rappels de pharmacodynamie

Les BZD sont des psycholeptiques, c'est-à-dire ralentisseurs de l'activité neurologique centrale (Figure 1).

Le GABA (Gamma-Amino-Butyric Acid) est un neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central, ou plus exactement un neuromodulateur qui empêche l'excitation prolongée des neurones. En se fixant sur les récepteurs GABA, il

entraîne une entrée d'ions chlore au niveau du neurone post synaptique, l'hyperpolarise, et rend plus difficile sa stimulation par un éventuel potentiel d'action. Il agit principalement au niveau des neurones courts dits interneurons.

La fixation des BZD s'effectue sur des récepteurs distincts de ceux du GABA mais potentialise sa durée d'action et permet donc une inhibition prolongée du neurone post-synaptique (Figure 2) (24).

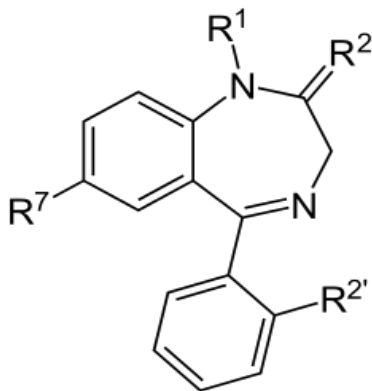


Figure 1: Structure principale des benzodiazépines

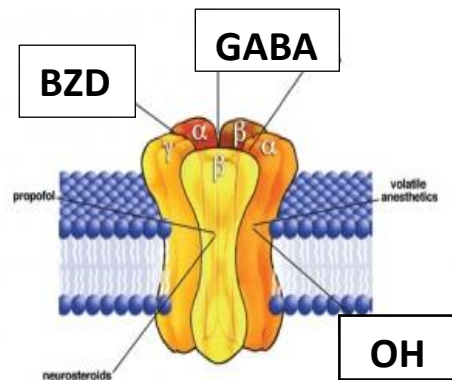


Figure 2: Structure du récepteur GABA

b/ Classification et indications des benzodiazépines

On peut classer les BZD selon leur indication et/ou selon leur demi-vie d'élimination.

Les molécules les plus utilisées ont été reportées dans le Tableau 1 : Classification des benzodiazépines

MOLECULE	INDICATION	Demi-vie d'élimination plasmatique (métabolites)
ALPRAZOLAM (XANAX [®])	Anxiolytique/ Prévention DT	6-18 heures
OXAZEPAM (SERESTA [®])	Anxiolytique/ Prévention DT	4-11 heures
BROMAZEPAM (LEXOMIL [®])	Anxiolytique/ Prévention DT	8-20 heures
LORAZEPAM (TEMESTA [®])	Anxiolytique/ Prévention DT	9-20 heures
PRAZEPAM (LYSANXIA [®])	Anxiolytique/ Prévention DT	30-150 heures
DIAZEPAM (VALIUM [®])	Anxiolytique/ Antiépileptique/ Prévention DT	32-47 heures
CLORAZEPATE (TRANXENE [®])	Anxiolytique/ Prévention DT	30-150 heures
CLOTIAZEPAM (VERATRAN [®])	Anxiolytique/ Prévention DT	4 heures
NORDAZEPAM (NORDAZ [®])	Anxiolytique/ Prévention DT	30-150 heures
NITRAZEPAM (MOGADON [®])	Hypnotique	16-48h
ZOLPIDEM (STILNOX [®])	Hypnotique	2-4 heures
ZOPICLONE (IMOVANE [®])	Hypnotique	5 heures
LORMETAZEPAM (NOCTAMIDE [®])	Hypnotique	10 heures
LOPRAZOLAM (HAVLANE [®])	Hypnotique	8 heures
CLONAZEPAM (RIVOTRIL [®])	Antiépileptique	20-60 heures
CLOBAZAM (URBANYL [®])	Antiépileptique	36-79 heures

Tableau 1 : Classification des benzodiazépines et apparentés aux benzodiazépines (25) ; DT= Delirium Tremens

Valeur des demi-vies plasmatiques :

- Demi-vie courte < 10h
- Demi-vie intermédiaire 10-24 heures
- Demi vie longue >24 heures

c/ Recommandations sur la durée de traitement en fonction de l'indication

INDICATIONS		DUREES	
BZD possédant une indication Troubles du sommeil	Les BZD sont limitées aux troubles sévères du sommeil dans les cas suivants : insomnie occasionnelle, insomnie transitoire	Quelques jours à quelques semaines, y compris la période de réduction de posologie.	<i>Insomnie occasionnelle :</i> Par exemple lors d'un voyage, durée = 2 à 5 jours <i>Insomnie transitoire :</i> Par exemple lors de la survenue d'un événement grave, durée = 2 à 3 semaines
BZD possédant une indication Anxiété	Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ ou invalidantes	La durée globale du traitement ne devrait pas excéder 8 à 12 semaines pour la majorité des patients, y compris la période de réduction de la posologie.	
	Prévention et traitement du délirium tremens et des autres manifestations du sevrage alcoolique	Traitement bref de l'ordre de 8 à 10 jours .	

Tableau 2: Indications et durées de traitement des BZD et apparentés (26)

d/ Effets indésirables

Outre les nombreux effets indésirables aspécifiques décrits dans le résumé des caractéristiques produit (RCP), les BZD comportent des risques liés à leur usage. Le dernier état des lieux de l'ANSM d'avril 2017 refait une synthèse de ces principaux évènements indésirables :

- amnésie antérograde (susceptible de débiter quelques heures après la prise médicamenteuse)
- altération des fonctions psychomotrices (dystonie, trouble de coordination)
- troubles du comportement correspondant à un syndrome associant des troubles du comportement et de la mémoire à une altération de l'état de conscience avec parfois violence imposant l'arrêt du traitement
- une tolérance, une dépendance physique et psychique, ainsi qu'un phénomène de sevrage (développé dans le chapitre suivant).

L'association des BZD à une consommation d'alcool amplifie le risque de désinhibition, augmente l'impulsivité, et entraîne d'importants troubles comportementaux, pouvant avoir de graves conséquences (accident de la route, violence , garde à vue)(27).

Il existe chez certaines personnes un effet paradoxal des BZD étudié par T. Saïas dans une revue de la littérature sur ce phénomène (28). Cet article nous indique qu'il s'agit d'une réaction d'agressivité avec violence qui peut survenir dès la première prise et de manière assez imprévisible, et souvent accompagné d'une forte amnésie antérograde. La prévalence de cette réaction paradoxale est très variable en fonction des études, des molécules étudiées, du nombre de cas, et pourrait aller de 0,25% à 20%. Cet effet pourrait être notamment favorisé par la consommation concomitante d'alcool, et par une « personnalité limite ». Sur le plan pharmacologique la cause serait une inhibition des neurones sérotoninergiques par la potentialisation des récepteurs GABA par les BZD au cœur du système limbique.

2/ Dépendance

a/ Généralités

La dépendance à une substance est caractérisée par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux, et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à celle-ci.

Pour réaliser un diagnostic de dépendance, il faut se baser sur la manière dont le patient se comporte avec la substance ; c'est un diagnostic exclusivement clinique.

La dépendance est définie par le *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders-IV* (DSM-IV) comme l'apparition d'au moins 3 des symptômes ci-dessous, à un moment quelconque au cours d'une période continue de 12 mois :

- la tolérance : nécessité d'augmenter les doses pour obtenir l'effet désiré et recherché
- le sevrage : modification comportementale inadaptée lors de la diminution de la concentration tissulaire ou sanguine après l'utilisation d'une substance
- le fait de prendre plus, ou sur une plus grande période une substance alors qu'une limite avait été fixée

- tentative(s) infructueuse(s) de diminuer ou d'arrêter la substance
- le fait de passer beaucoup de temps à se procurer la substance, ou de récupérer de ses effets
- l'abandon ou diminution d'activités importantes sociales, professionnelles, ou de loisir
- la poursuite de l'utilisation de la substance malgré le fait d'avoir reconnu son implication dans des difficultés psychologiques ou psychiques (14).

Concernant les BZD, la dépendance s'installe généralement de manière insidieuse les patients n'en ont pas conscience. Comparée à l'utilisation d'autres substances addictives (alcool, drogues « dures »), l'utilisation de BZD entraîne peu de réaction de l'entourage proche du patient, passe plus inaperçue, ce qui pourrait augmenter le risque de dépendance.

b/ Dépendance physique et dépendance psychique :

Les différents signes décrits ci-dessus peuvent être classés en signe de dépendance psychique ou physique.

- **La dépendance psychique** correspond à l'incapacité de contrôler la prise de la substance, à l'augmentation du temps passé à se procurer la substance ou récupérer de ses effets, et les activités réduites du fait de l'utilisation de

la substance, et la poursuite de l'utilisation de la substance malgré un problème psychologique ou physique

- **La dépendance physique** est définie par les signes de sevrage, et/ou par la prise d'une autre substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

c/ Précision sur le sevrage aux benzodiazépines:

La caractéristique essentielle d'un sevrage aux BZD, hypnotiques ou anxiolytiques est la présence d'un syndrome caractéristique, qui se développe après une réduction importante ou l'arrêt du traitement après plusieurs semaines, au moins d'utilisation régulière. Ce syndrome de sevrage est caractérisé par au moins deux des symptômes suivants (similaires à ceux du sevrage alcoolique) :

- hyperactivité neurovégétative
- tremblement des mains
- insomnie
- anxiété
- nausées/ vomissements
- agitation psychomotrice

Les symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social et professionnel notamment. Il est parfois décrit une sensation de « mal-être intérieur ».

A noter la possibilité d'une crise d'épilepsie inaugurale lors d'un sevrage

La période d'apparition du syndrome de sevrage dépend de la demi-vie de la molécule consommée. Plus la demi-vie est longue, plus le temps entre la dernière prise et l'apparition des premiers symptômes de sevrage est long, et plus la durée des symptômes augmente (jusqu'à plusieurs semaines pour le diazepam par exemple) (29).

Le sevrage sera d'autant plus sévère que la substance a été prise longtemps et les quantités prises importantes.

Les facteurs pronostiques suivants sont associés à la sévérité du syndrome de sevrage :

- Rapidité de la diminution posologique
- Posologie élevée de benzodiazépines
- Demi-vie courte d'élimination du médicament
- Anxiété importante au début de l'arrêt progressif
- Dépression associée
- Surconsommation régulière d'alcool ou d'autres substances psychoactives

On pourrait ajouter que le sevrage est plus difficile chez les patients n'ayant jamais pu bénéficier d'un travail psychothérapeutique initial, car les BZD ont tendance à fixer les angoisses, qui resurgissent volontiers lors du sevrage.

d/ Effet rebond

Il s'agit de la réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement, dont l'intensité est augmentée (30).

e/ Evaluation de la dépendance aux benzodiazépines

Le questionnaire ECAB ou Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (31) exposé au tableau 3 est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points au différents items. Un score supérieur ou égal à 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94% et une spécificité de 81%.

	VRAI	FAUX
Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi		
Ce médicament est pour moi comme une drogue		
Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament		
J'évite de dire à mes proches que je prends ce(s) médicament(s)		
J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament		
J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament		
Lorsque j'arrête ce médicament je me sens très malade		
Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer		
Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête		
Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin		

Tableau 3: Questionnaire ECAB

3/ Connaissances du patient et information

a/ Connaissance du patient

Les connaissances des patients concernant leur traitement ont été évaluées dans de nombreux travaux de thèse ou d'articles scientifiques. Ces travaux concernaient surtout les traitements de pathologies chroniques cardiovasculaires ou endocrinologiques. La connaissance des antivitamines-K par exemple, a fait l'objet de plusieurs travaux (32) (33), celle du paracétamol d'un autre travail, et l'évaluation globale de la connaissance d'une population gériatrique concernant leur ordonnance également (34) (35).

Ces différents travaux utilisent des auto-questionnaires patients pour évaluer leur connaissance. Ils comportent chacun des spécificités en fonction du médicament ou de la population étudiée, mais on retrouve des questions communes, qui permettent d'extraire des items de connaissance générale :

- Capacité à nommer le médicament
- Connaissance de l'indication initiale du traitement
- Connaissance de la posologie à laquelle il est prescrit
- Connaissance de la durée et/ou la dose maximale
- Connaissance des principaux effets indésirables

Plusieurs travaux ont également recherché et mis en évidence des facteurs influençant la connaissance de leur médicaments par les patients (36) :

- Liés au patient : âge, sexe, pathologie(s) associée(s)
- Liés aux médicaments : nombre, ancienneté, classe thérapeutique
- Liés à la relation médecin-patient.

b/ Information du patient

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dans son chapitre premier rappelle le droit du patient à l'information sur son état de santé, y compris sur les traitements qui lui sont proposés (37).

Il s'agit d'un droit pour le patient, et d'un devoir pour le médecin.

Concernant les benzodiazépines, la Haute Autorité de Santé (HAS) précise :

« Le patient doit être informé des conditions du traitement, de ses effets indésirables et des précautions à respecter. En particulier, il doit être informé du faible effet de ces médicaments, des risques de troubles de la mémoire, de somnolence, de troubles du comportement et de chute, ainsi que de phénomènes de tolérance pharmacologique et de dépendance » (38).

**ETAT DES LIEUX DE L'INFORMATION ET DE LA DEPENDANCE
DES PATIENTS TRAITES PAR BENZODIAZEPINES : ETUDE SUR
UNE POPULATION DE SEINE-MARITIME CONSULTANT EN
MEDECINE GENERALE**

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE :

L'objectif principal de ce travail est de décrire le niveau de connaissance des patients sur leur traitement par BZD prescrit en cabinet de médecine générale de la région Haute-Normandie, et de rechercher un lien avec la dépendance au traitement.

L'objectif secondaire est de rechercher les facteurs influençant la connaissance du traitement par les patients, de mesurer l'information reçue et le désir d'information quant à leur traitement, et de rechercher les traitements alternatifs essayés.

1. MATERIEL ET METHODE

1.1 Schéma de l'étude

Nous avons mené une étude transversale observationnelle descriptive des connaissances des patients traités par BZD en cabinet de médecine générale en Seine-Maritime en février et mars 2017.

Le recueil de données s'est fait par des auto-questionnaires distribués aux patients par 7 médecins généralistes travaillant dans deux sites différents, l'un en milieu semi-rural, l'autre en milieu urbain.

1.2 Critères d'inclusion, critères d'exclusion

Les patients étaient inclus par les médecins généralistes lors d'un renouvellement de traitement, ou d'un évènement intercurrent. Ils devaient inclure tous les patients âgés d'au moins 18,5 ans traités par benzodiazépines depuis 6 mois ou plus. Le patient et le médecin devaient être d'accord pour réaliser cette étude. Le questionnaire était strictement anonyme.

Les patients devaient être traités à des doses de BZD respectant les recommandations de bonne pratique.

Le questionnaire était à remplir par le patient seul, en dehors du cabinet de consultation, et à remettre directement au secrétariat du cabinet le jour même ou plus tard. Pour cette raison, nous avons exclu les patients qui ne savaient ou ne pouvaient pas lire ou écrire, et les patients pour lesquels nous avons un diagnostic posé de démence, ou de trouble neurologique ou cognitif.

Nous avons également exclu les patients suivis et traités au long cours pour un trouble bipolaire, ou un trouble psychotique, afin d'éviter les biais liés à l'utilisation d'autres traitements psychotropes.

1.3 Description des questionnaires (Annexe 1)

L'auto-questionnaire permettait de recueillir dans une première partie les caractéristiques socio démographiques des patients, puis leurs caractéristiques médicales, notamment les antécédents pouvant être en lien avec la prise de BZD (anxiété, dépression, tentative de suicide, insomnie, épilepsie), et l'existence d'une addiction passée ou présente (tabac, alcool, médicaments, cannabis, cocaïne).

La deuxième partie permettait d'interroger les patients sur la connaissance de leur traitement avec des questions ouvertes à réponse courte, et des questions fermées. Il y avait aussi quatre propositions permettant de recueillir la croyance des patients sur leur traitement par BZD. Ces deux éléments ont permis de réaliser un score en fonction des réponses données. Un chapitre ci-dessous traitera spécifiquement de ce score.

Nous avons également interrogé les patients sur le bon usage de leur traitement, sur l'information déjà reçue et le désir d'information, et sur les thérapies non médicamenteuses déjà effectuées.

La dernière partie permettait de mesurer la dépendance aux BZD grâce à l'ECAB (Tableau 3).

1.4 Score de connaissance

Nous avons attribué 1 point pour les réponses justes et 0 point pour les réponses fausses aux questions ouvertes suivantes :

- | | |
|--|--------|
| - nom du médicament | 1 ou 0 |
| - dosage avec ou sans unité | 1 ou 0 |
| - durée maximale de prescription | 1 ou 0 |
| - citer la dépendance comme effet secondaire | 1 ou 0 |
| - citer au moins un autre effet secondaire | 1 ou 0 |

Cela a permis d'enregistrer un premier score noté de 0 à 5 points.

Nous avons ensuite analysé différentes manières d'interpréter les réponses sur les questions liées à la croyance du patient. Les 4 propositions du questionnaire sont opposées deux à deux, et il y a de fait 2 propositions

correspondant mieux au traitement BZD (traitement temporaire, qui peut soulager), et 2 propositions ne correspondant pas (traitement à vie, qui peut guérir). Nous avons décidé d'attribuer un point par réponse juste, et d'ôter un point par réponse fausse. L'absence de réponse entraînait un score de 0 :

- ce médicament est temporaire 1 ou 0
- ce médicament est un traitement à vie -1 ou 0
- ce médicament peut vous soulager 1 ou 0
- ce médicament peut vous guérir -1 ou 0

Cela a permis d'enregistrer un second score noté de -2 à 2 points.

La somme des deux scores donnait un résultat total compris entre -2 et 7 points.

Dans notre étude, un score strictement supérieur à 2 était associé à une bonne connaissance du traitement par BZD.

1.5 Analyse statistique

Les variables qualitatives sont exprimées en effectif (n) et en pourcentage. Les variables quantitatives sont exprimées en médianes (minimum-maximum). Les variables qualitatives sont comparées par le test exact de Fisher, et les variables quantitatives sont comparées par un test non paramétrique de Mann-Whitney. Pour chacun des tests, une valeur de p strictement inférieure à 0,05 est considérée comme statistiquement significative. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R (R Foundation for Statistical Computing).

2. RESULTATS

2.1 Caractéristiques de la population d'étude

Nous avons recueilli 32 questionnaires au bout d'un mois d'étude entre mi-février et mi-mars 2017. Ces questionnaires remplissaient les critères d'inclusion et d'exclusion précédemment cités.

L'âge médian des patients inclus était de 69,5 ans, de 28 à 88 ans, et il s'agissait de femmes dans 62,5% des cas. Dans plus de 50% des cas il s'agissait de personnes retraitées (59,4%), et de personnes mariées (53,1%). Vingt-cinq pourcent des patients n'avaient pas fait d'études, ou n'avaient pas eu d'autre diplôme que le brevet des collèges (15,63%), ou le certificat d'étude (12,5%) (Tableau 4: **Caractéristiques des patients inclus**).

Tableau 4: Caractéristiques des patients inclus

Total patients inclus, n (%)	N= 32 (100)
Sexe, n (%)	
Femmes	20 (62,5)
Hommes	12 (37,5)
Age Médian (min-max)	
	69,5 (28-88)
Situation personnelle, n (%)	
Célibataire	7 (21,9)
Concubinage	2 (6,3)
Marié/ Pacsé	17 (53,1)
Veuf	5 (15,6)
Divorcé	1 (3,1)
Catégorie socio professionnelle, n (%)	
Cadres et professions supérieures	2 (6,3)
Professions intermédiaires	3 (9,4)
Employés	3 (9,4)
Ouvriers	1 (3,1)
Retraités	19 (59,4)
Autres/ sans activité	4 (12,4)
Niveau d'étude, n (%)	
Aucunes	8 (25)
Brevet des collèges	5 (15,6)
Certificat d'étude	4 (12,5)
BEP	2 (6,3)
CAP	5 (15,6)
BAC	3 (9,35)
BTS	2 (6,3)
Autres études supérieures	3 (9,35)

Les antécédents étaient principalement représentés par des associations telles que dépression + anxiété + insomnie dans plus de 28% des cas, dépression + anxiété dans 12,5% des cas, et dépression + anxiété + insomnie + tentative de suicide dans 12,5% des cas également. On retrouvait ensuite l'association anxiété + insomnie dans 9,4% des cas, puis l'insomnie seule, et l'anxiété seule pour 9,4% des cas également.

Tableau 5: Caractéristiques médicales des patients

Total patients inclus, n (%)	n= 32 (100)
Antécédents, n (%)	
Aucun	2 (6,3%)
Anxiété	3 (9,4%)
Insomnie	3 (9,4%)
Dépression	1 (3,1%)
Dépression + Anxiété	4 (12,5%)
Dépression + Insomnie	1 (3,1%)
Anxiété + insomnie	3 (9,4%)
Insomnie + Epilepsie	1 (3,1%)
Dépression + anxiété + insomnie	9 (28,1%)
Dépression + insomnie + Epilepsie	1 (3,1%)
Dépression + anxiété + insomnie + Tentative de suicide	4 (12,5%)

Concernant les dépendances déjà présentées par les patients on retrouvait le tabac dans 25% des cas, les médicaments et l'association tabac + alcool dans 9,5% des cas. Vingt-huit pourcent des patients n'avaient pas de dépendance notable (tableau 6).

Tableau 6: Dépendances

Total patients inclus, n (%)	n= 32 (100)
Dépendance(s), n (%)	
Aucune	9 (28,1%)
Tabac	8 (25%)
Médicaments	3 (9,5%)
Travail	1 (3,1%)
Téléphone	1 (3,1%)
Tabac + alcool	3 (9,5%)
Tabac + jeux	1 (3,1%)
Tabac + médicaments	1 (3,1%)
Travail + médicaments	1 (3,1%)
Travail + sport	1 (3,1%)
Travail + alcool	1 (3,1%)
Alcool + cannabis + héroïne	1 (3,1%)
Tabac + Alcool + médicaments	1 (3,1%)

Les patients avaient en moyenne 5,1 +/- 2,6 médicaments sur leur ordonnance, et une seule benzodiazépine dans 81,25% des cas (tableau 7).

Tableau 7: Nombre de médicaments

Total patients inclus, n (%) n= 32 (100)	
Nombre de médicaments	
1	2 (6,3)
2	3 (9,4)
3	9 (28,1)
4	5 (15,6)
5	3 (9,4)
6-10	6 (18,8)
11-15	3 (9,4)
16-20	1 (3,1)

Nombre de BZD, n (%)	
1	26 (81,25)
2	5 (15,6)
3	1 (3,1)

Parmi les 32 patients inclus dans cette étude, 12 (37,5%) sont dépendants à leur traitement par BZD selon l'ECAB, avec un score supérieur ou égal à 6. Les résultats sont précisés ci-dessous (tableau 8).

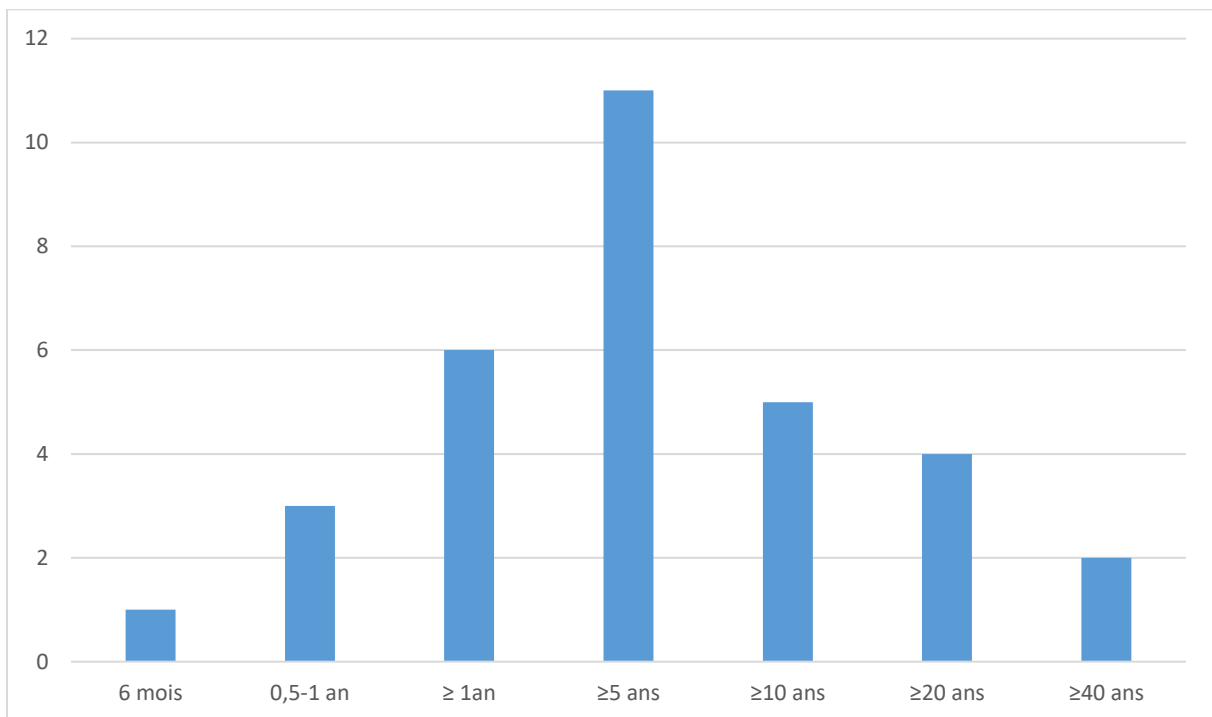
Tableau 8: Résultats de l'ECAB

Total des patients inclus, n=32 (100%)	n (%)	n (%)
	VRAI	FAUX
Où que j'aïlle, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi	26 (81,3%)	
Ce médicament est pour moi comme une drogue	10 (31,3%)	
Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament	19 (59,4%)	
J'évite de dire à mes proches que je prends ce(s) médicament(s)	7 (21,9%)	
J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament	11 (34,4%)	
J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament	19 (59,4%)	
Lorsque j'arrête ce médicament je me sens très malade	14 (43,8%)	
Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer	14 (43,8%)	
Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête	19 (59,4%)	
Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin		18 (56,3%)

2.2 Caractéristiques des benzodiazépines consommées

La durée du traitement était de plus de 5 ans dans 68,8% des cas, allant de 6 mois à plus de 40 ans (Figure 3).

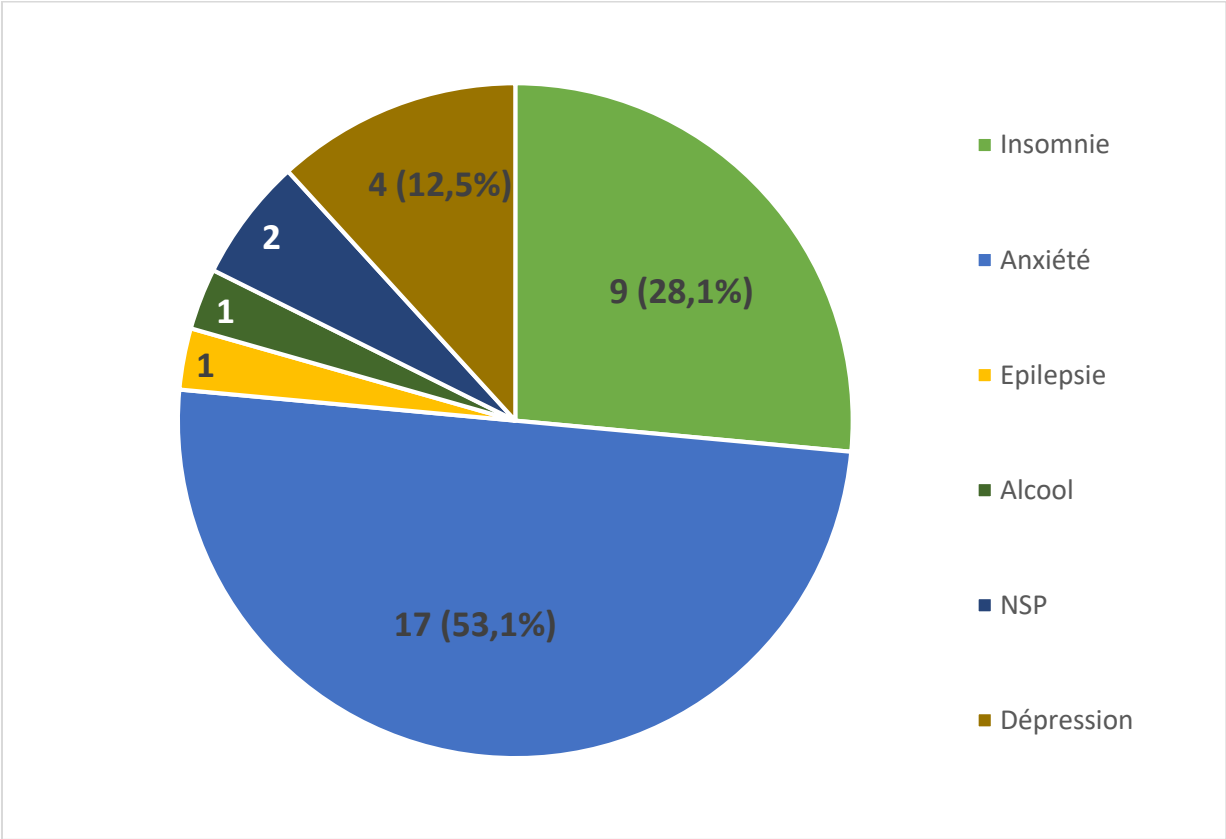
Figure 3: Durée de traitement par BZD



L'anxiété (n=17 (53,1%)) et l'insomnie (n= 9 (28,1%)) étaient les indications le plus souvent rapportées par les patients. Quatre patients, soit 15,6% ont annoncé prendre ce traitement pour traiter une dépression. Un patient (3,1%) a

déclaré prendre ce traitement pour l'épilepsie mais il souffrait également d'anxiété (Figure 4).

Figure 4: Indications des BZD rapportées par les patients



Nous retrouvons 2 patients (6,3%) nous ayant indiqué prendre une benzodiazépine pour soulager une anxiété alors qu'il s'agissait d'un traitement hypnotique seul.

Les BZD les plus prescrites étaient le bromazépam pour 6 patients (18,8%), l'alprazolam pour 4 patients (12,5%), le clotiazépam et le lormétazépam chacun pour 3 patients (9,4%). Le tableau 9 détaille toutes les molécules retrouvées.

Tableau 9: Benzodiazépines consommées

Molécule prescrite, n (%)	n = 32 (100%)
Monothérapie	
Bromazépam	6 (18,8%)
Alprazolam	4 (12,5%)
Prazépam	1 (3,1%)
Zopiclone	2 (6,2%)
Lormétazépam	3 (9,4%)
Zolpidem	1 (3,1%)
Clotiazépam	3 (9,4%)
Loprazolam	2 (6,2%)
Oxazépam	2 (6,2%)
Diazépam	1 (3,1%)
Lorazépam	1 (3,1%)
Bithérapie	
Alprazolam + Bromazépam	1 (3,1%)
Alprazolam + Zopiclone	1 (3,1%)
Zolpidem + Prazépam	1 (3,1%)
Zopiclone + Prazépam	1 (3,1%)
Zolpidem + Bromazépam	1 (3,1%)
Trithérapie	
Bromazépam + Clonazépam + Prazépam	1 (3,1%)

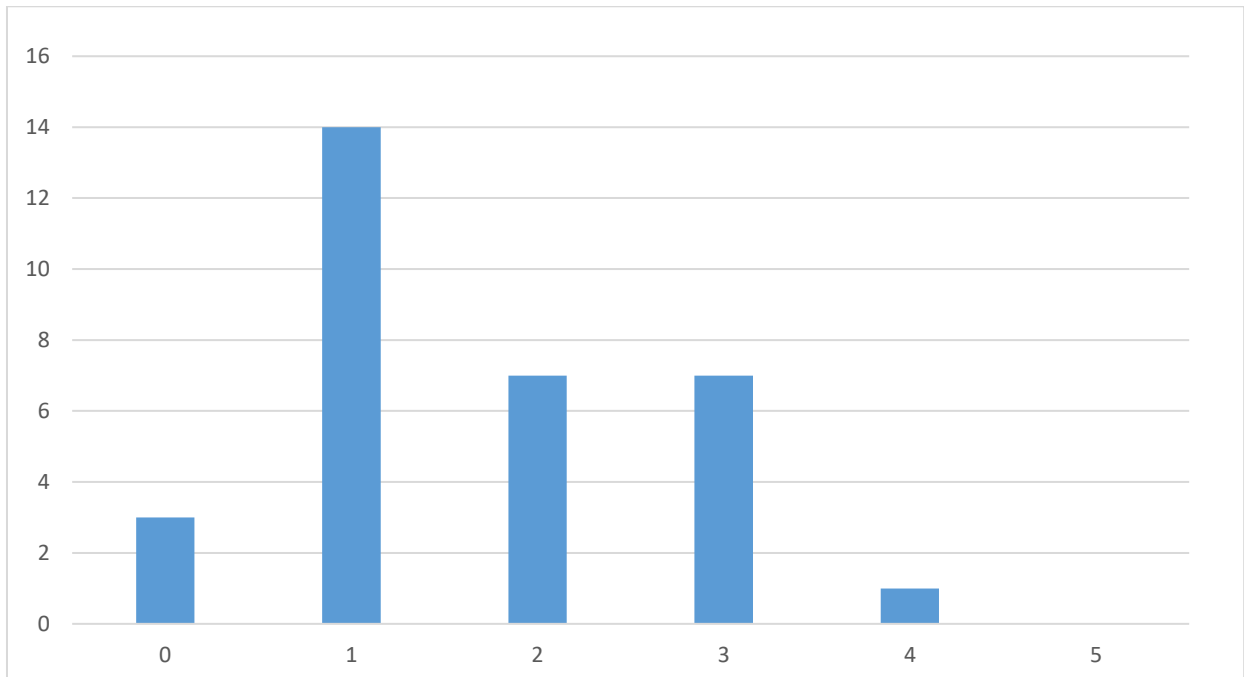
2.3 Critère d'évaluation principal : Niveau de connaissance des patients sur leur traitement par BZD

Parmi les 32 patients, 24 (75%) connaissaient le nom de leur traitement, 13 (40,6%) le dosage de leur traitement, 6 (18,8%) la durée maximale de prescription de leur traitement, 4 (12,5%) le risque de dépendance, et 6 (18,8%) ont pu citer un effet indésirable autre que la dépendance (tableau 10). Les réponses à ces questions ont permis de calculer le score 1 (figure 5).

Tableau 10: Réponses aux questions de connaissance

Total des patients inclus, n (%) N= 32 (100)	
Connaissance du traitement	
Nom	24 (75%)
Dosage	13 (40,6%)
Durée maximum de prescription	6 (18,8%)
« dépendance » cité	4 (12,5%)
Autre effet indésirable cité	6 (18,8%)

Figure 5: Résultats du score 1

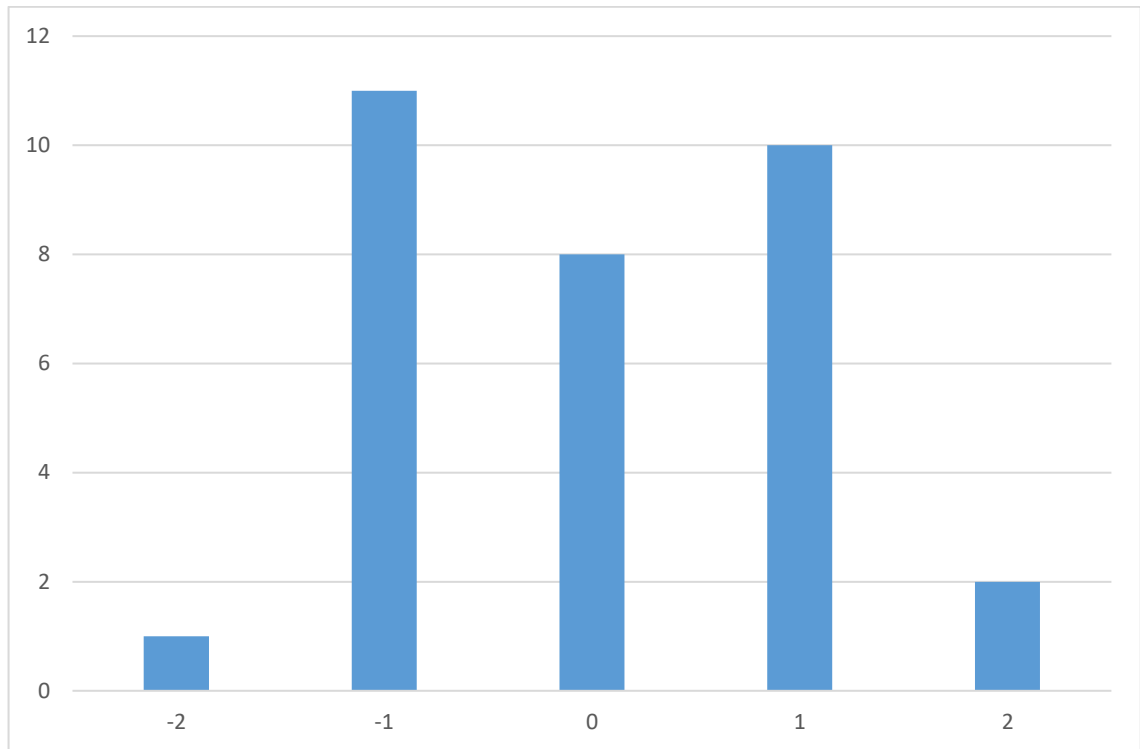


Concernant les croyances du patient sur leur traitement par BZD, 7 (21,9%) pensent qu'il est temporaire, 15 (46,9%) pensent qu'il est prescrit à vie, 13 (40,6%) pensent qu'il peut soulager, et 4 (12,5%) pensent qu'il permet de guérir (tableau 11). Les réponses à ces questions ont permis de calculer le score 2 (figure 6).

Tableau 11: réponses aux questions de croyance

Croyance des patients sur les BZD	
Traitement temporaire	7 (21,9%)
Traitement à vie	15 (46,9%)
Traitement qui soulage	13 (40,6%)
Traitement qui guérit	4 (12,5%)

Figure 6: Résultats du score 2



La somme des score 1 et 2, permet de montrer que seuls 8 patients (25%) ont un score strictement supérieur à 2, et seront considérés dans cette étude comme connaissant leur traitement. Les 24 (75%) autres patients seront considérés comme ne connaissant pas leur traitement (tableau 12).

Tableau 12: Résultats score 1+2

Total des patients inclus, n (%)		n= 32 (100%)
Résultats de la somme des scores 1 et 2		
-1	3 (9,4%)	<u>NON CONNAISSANT (NC)</u> Score ≤2 <u>n= 24 (75%)</u>
0	3 (9,4%)	
1	9 (28,1%)	
2	9 (28,1%)	
3	4 (12,5%)	<u>CONNAISSANT (C)</u> Score >2 <u>n= 8 (25%)</u>
4	2 (6,3%)	
5	2 (6,3%)	

Parmi les patients connaissant on retrouvait 2 (25%) patients dépendants selon l'ECAB, contre 10 (41,7%) chez les patients non connaissant (tableau 10).

Tableau 13: Connaissance en fonction de la dépendance

	Patients Dépendants ECAB ≥ 6 (n= 12)	Patients non dépendants ECAB <6 (n= 20)
Patients NC (n= 24) Score 1+2 ≤ 2	10	14
Patients C (n=8) Score 1+2 >2	2	6

2.4 Critères d'évaluation secondaires

Nous avons étudié les associations entre le score obtenu aux questions de connaissance et de croyance et les différents paramètres enregistrés dans le questionnaire (Tableaux 14,15,16,17,18,19, 20). Nous avons mis en évidence une différence significative entre les deux groupes de patients concernant le niveau d'études ; le fait d'avoir fait des études au-delà du secondaire est associé à une meilleure connaissance du traitement BZD ($p=0,003$). La durée de traitement entre 1 et 5 ans est liée à une bonne connaissance du traitement ($p = 0,02$). Par ailleurs une réponse juste concernant la durée maximum de traitement par BZD est liée à une bonne connaissance du traitement ($p = 0,02$). Enfin concernant la croyance sur le traitement BZD, la sélection des items « temporaire » et « soulage » est liée significativement à une bonne connaissance du traitement ($p = 0,04$), et la sélection de l'item « à vie » est associée à une mauvaise connaissance du traitement ($p = 0,04$). Il n'y avait pas de lien significatif entre la connaissance du traitement et la sélection de l'item « guérit » ($p = 0,55$).

Le fait d'avoir déjà consulté un ostéopathe pour traiter un problème d'anxiété ou d'insomnie était associé à une bonne connaissance du traitement.

Tableau 14: Facteurs socio démographiques et médicaux associés à la connaissance des BZD

	Patients C, n(%)	Patients NC, n(%)	Test de significativité
Sexe, (n=32)			p = 0,12
Hommes	5 (62,5%)	7 (29,1%)	
Femmes	3 (37,5%)	17 (70,9%)	
Age (en années)			p = 0,089
Médiane (min-max)	54.5 (37-87)	71.5 (28-88)	
Statut marital			p = 0,10
Célibataire/Divorcé/Veuf	1 (12,5%)	12 (50%)	
Marié/Concubinage	7 (87,5%)	12 (50%)	
Niveau d'éducation			p = 0,003
Secondaire	1 (12,5%)	18 (75%)	
Etudes supérieures	7 (87,5%)	6 (25%)	
Antécédents			
Dépression	4 (50%)	16 (66,7%)	p = 0,43
Anxiété	5 (62,5%)	18 (75%)	p = 0,65
Tentative de suicide	0	4 (16,7%)	p = 0,55
Insomnie	5 (62,5%)	17 (70,8%)	p = 0,68
Epilepsie	1 (12,5%)	0	p = 0,25
Autre dépendance			p = 0,80
Tabac	2 (25%)	12 (50%)	p = 0,41
Alcool	1 (12,5%)	5 (20,8%)	p = 1
Médicaments	2 (25%)	4 (16,7%)	p = 0,62

Tableau 15: Caractéristiques du traitement associées à la connaissance des BZD

	Patients C, n(%)	Patients NC, n(%)	Test de significativité
Nombre de mdct			p = 0,76
Médiane (min-max)	3,5 (1-19)	4 (1-11)	
Nombre de BZD			
1	6 (75%)	20 (83%)	p = 0,62
2	2 (25%)	3 (12,5%)	p = 0,58
3	0	1 (4,2%)	p = 1
Ancienneté du ttt			
0 – 1 an	2 (25%)	2 (8,3%)	p = 0,25
Entre 1 et 5 ans	4 (50%)	2 (8,3%)	p = 0,023
Entre 5 et 10 ans	1 (12,5%)	10 (41,7%)	p = 0,21
> 10 ans	1 (12,5%)	10 (41,7%)	p = 0,21
Indication rapportée			p = 0,74
Insomnie	2 (25%)	7 (29,1%)	p = 1
Anxiété	6 (75%)	11 (45,8%)	p = 0,23
Dépression	0	4 (16,6%)	p = 0,55
Epilepsie	0	1 (4,2%)	p = 1
Alcool	0	1 (4,2%)	p = 1
ECAB			p = 0,68
< 6	6 (75%)	14 (58,3%)	
≥ 6	2 (25%)	10 (41,7%)	

Tableau 16: Molécule utilisée en monothérapie associée à la connaissance (n = 26)

	Patients C, n(%)	Patients NC, n(%)	Test de significativité
Molécule utilisée (n= 26)	n = 6	n = 20	
Bromazépam	2 (33,3%)	4 (20%)	p = 0,60
Alprazolam	2 (33,3%)	2 (10%)	p = 0,22
Clotiazépam	1 (16,7%)	2 (10%)	p = 1
Prazépam	0	1 (5%)	p = 1
Oxazépam	0	2 (10%)	p = 1
Diazépam	0	1 (5%)	p = 1
Lorazépam	0	1 (5%)	p = 1
Zolpidem	0	1 (5%)	p = 1
Zopiclone	0	2 (10%)	p = 1
Lormétazépam	1 (16,7%)	3 (15%)	p = 1
Loprazolam	0	1 (10%)	p = 1
Type de molécule			p = 0,63
Anxiolytique	5 (83,3%)	13 (65%)	
Hypnotique	1 (16,7%)	7 (35%)	

Tableau 17: Bon usage des BZD associé à la connaissance du traitement.

	Patients C, n(%)	Patients NC, n(%)	Test de significativité
Bon usage du mdct			p = 0,47
Ttt arrêté sans avis	4 (50%)	5 (20,8%)	
Posologie augmentée	2 (25%)	1 (4,2%)	
En panne de ttt	1 (12,5%)	5 (20,8%)	

Mdct : Médicament ; ttt : traitement

Tableau 18: Information du patient associée à la connaissance du traitement

	Patients C, n(%)	Patients NC, n(%)	Test de significativité
Information reçue			p = 0,79
Aucune	7 (87,5%)	20 (83,3%)	
Du médecin	0	2 (8,3%)	
Du pharmacien	1 (12,5%)	1 (4,2%)	
Lecture de la notice	0	1 (4,2%)	
Désir d'information			p = 0,43
Oui	4 (50%)	16 (66,7%)	
Non	4 (50%)	8 (33,3%)	

Tableau 19: Résultats aux scores 1 et 2 associés à la connaissance des patients

	Patients C, n(%)	Patients NC, n(%)	Test de significativité
Connaissance (score 1)			
Nom du traitement	8 (100%)	16 (75%)	p = 0,08
Dosage/ posologie	5 (62,5%)	8 (33,3%)	p = 0,22
Durée maximum	4 (50%)	2 (8,3%)	p = 0,02
Dépendance	2 (25%)	2 (8,3%)	p = 0,25
Autre effet secondaire	2 (25%)	4 (16,6%)	p = 0,62
Croyance (score 2)			
Temporaire	4 (50%)	3 (12,5%)	p = 0,047
A vie	1 (12,5%)	14 (58,3%)	p = 0,04
Soulage	6 (75%)	7 (29,1%)	p = 0,04
Guérit	0	4 (16,7%)	p = 0,55

Tableau 20: Thérapies alternatives associées à la connaissance du traitement

	Patients C, n(%)	Patients NC, n(%)	Test de significativité
Thérapies alternatives			
Aucune	3 (37,5%)	14 (58,3%)	p = 0,42
Ostéopathe	4 (50%)	2 (8,3%)	p = 0,02
Psychologue	4 (50%)	7 (29,1%)	p = 0,40
Acupuncture	3 (37,5%)	5 (20,8%)	p = 0,38
Psychiatre	1 (12,5%)	4 (16,6%)	p = 1
Sophrologie	1 (12,5%)	1 (4,2%)	p = 0,44
Magnétiseur	0	1 (4,2%)	p = 1
Hypnotiseur	0	1 (4,2%)	p = 1
Phytothérapie	1 (12,5%)	0	p = 0,25
Réflexologie	1 (12,5%)	0	p = 0,25

3. DISCUSSION

3.1 Résultats de l'étude

Cette étude a décrit les connaissances d'un échantillon de patients concernant leur traitement par benzodiazépines en cabinet de médecine générale en Seine-Maritime.

Sur 32 patients, seuls 8 (25%) avaient une bonne connaissance du traitement, et aucun patient n'a été capable de répondre correctement à l'ensemble des questions. On notera tout de même que trois-quarts des patients connaissent le nom de leur traitement. Néanmoins le risque de dépendance n'était connu que par 12,5% des patients interrogés. Une thèse d'exercice réalisée par Basma Ayadi en 2013 et portant sur l'impact de l'information des patients sur la consommation des benzodiazépines, montrait un manque de connaissance sur leur traitement, notamment sur la connaissance du risque de dépendance, car seuls 14% des patients avaient mentionné cet effet indésirable (25), renforçant la cohérence externe de cette étude. A noter, l'association positive entre la connaissance et la durée maximum de traitement ($p=0,02$), indiquant qu'il s'agit d'un élément sur lequel il peut être intéressant d'insister lors de l'information du patient.

L'information reçue, quelle qu'en soit l'origine, semble insuffisante puisque 27 patients (84,3%) rapportent n'avoir reçu aucune information. Il faudrait néanmoins pondérer ce chiffre en différenciant l'information reçue de l'information retenue par le patient, mais cela demanderait une méthodologie tout à fait différente, et une autre étude.

Paradoxalement le désir d'information est mitigé, seuls 62,5% des patients souhaiteraient en recevoir davantage. On peut interpréter cela de différentes manières : un désintérêt pour le médicament, de l'insouciance, le sentiment d'avoir déjà toutes les informations, la peur de la vérité concernant ce traitement ou la peur de devoir l'arrêter.

Les questions posées permettent de mettre en évidence des fausses croyances sur le rôle du traitement par BZD, car près de 50% des patients pensent avoir ce traitement à vie, et 12,5% que ce traitement peut les guérir. On peut considérer qu'ils n'ont pas reçu ou retenu l'information nécessaire. On peut imaginer que ces patients n'auront pas l'idée qu'il est possible et qu'il est nécessaire d'arrêter de prendre ce médicament. On peut toutefois considérer que l'item « peut guérir » du questionnaire pourrait être interprété de différentes manières en fonction des connaissances sémantiques des patients, entraînant un biais de confusion potentiel et non vérifiable dans cette étude. Le fait de croire qu'il s'agit d'un traitement à vie est associé à une mauvaise connaissance du

traitement, ce qui est logique compte tenu de la méthodologie car il apporte des points négatifs au score total de connaissance. Cependant le fait de croire que c'est un traitement qui guérit n'est pas associé significativement à une mauvaise connaissance. Ces résultats pourraient nous amener à penser qu'il est important de rappeler au patient que les BZD sont un traitement temporaire, et qu'il est donc important de l'arrêter.

L'association entre le niveau d'étude et la connaissance du traitement semble logique et renforce la validité du score de connaissance.

Une meilleure connaissance du traitement est associée à une durée plus courte de traitement. Ce résultat peut paraître surprenant, mais il est riche de sens : les patients venant renouveler leur traitement depuis des années ne sont pas informés, et ne se préoccupent pas ou peu des risques encourus. A l'inverse les personnes traitées depuis peu ont encore le souci de s'informer et peut être l'idée d'arrêter un jour. On peut ajouter que les campagnes récentes de santé publique concernant les BZD ont pu influencer les usagers et surtout les praticiens de ville avec une meilleure information dès le début du traitement. Il faut noter que l'âge n'avait pas été liée significativement à la connaissance, et n'influence donc pas ce résultat.

Nous n'avons pas mis en évidence de lien entre la connaissance du traitement et la dépendance aux BZD. Un travail de thèse réalisé par Sophie Rouet

en 2013 (25) recherchant un lien entre la connaissance des patients sur leur médicaments en général et la dépendance aux BZD et portant sur 51 patients n'avait pas permis de mettre en évidence de lien statistique entre la dépendance au traitement et la connaissance des patients.

La connaissance du médicament ne permet pas d'éviter la dépendance mais peut faciliter le changement de comportement vis-à-vis de cette molécule, et peut amener à une volonté de sevrage, garantissant ainsi de meilleures chances de réussite.

Le lien d'association entre la consultation d'un ostéopathe et la bonne connaissance du traitement est significatif ($p = 0,02$), mais pas l'accès aux autres professions paramédicales. Il n'y a pas à ce jour d'explication claire sur ce résultat. On peut imaginer que les praticiens ostéopathes sont consultés par des patients en recherche de solutions autres que la prise médicamenteuse, et qu'ils sont donc plus enclins à rechercher de l'information sur leur médicament.

On peut noter que peu de patients ont eu recours à la psychothérapie, car seuls 34% des patients ont déjà eu accès aux psychologues et 15% aux psychiatres. Sandrine Ouhayoun met en évidence dans son travail de thèse portant sur les alternatives aux BZD lors d'une consultation pour insomnie, que « les thérapies cognitivo-comportementales sont peu prescrites, bien qu'elles

soient le traitement de référence de l'insomnie psychophysiologique » (39). Elle propose également d'en améliorer le remboursement afin d'en faciliter l'accès.

Il est vrai les psychologues coûtent cher pour les patients (en moyenne 50€ par séance), et que peu de mutuelles remboursent ces actes. La solution alternative serait de consulter dans les Centre Médico Psychologique, mais ces derniers proposent des rendez-vous avec des délais prohibitifs pouvant aller jusqu'à un an.

Sur les 32 patients, 12 (37,5%) étaient dépendant à leur traitement selon l'ECAB. Ce nombre peut paraître faible étant donné la forte proportion de patients prenant leur traitement depuis plus d'un an (n =28 [87,5%]), et depuis plus de 5 ans (n = 22 [68,8%]). Nous ne remettrons pas en question ici la validité de l'ECAB qui a fait ses preuves (26). Dans une étude menée par Pélissolo et al. en 2007 (40) sur 4425 patients traités par benzodiazépines anxiolytiques depuis plus de 6 mois, 55% des patients avait un score d'ECAB supérieur à 6. Contrairement à notre étude, ils n'avaient pas inclus les patients traités par hypnotiques. Cela semble suffisant pour expliquer la différence car seuls 2 patients consommant des BZD hypnotiques (zolpidem, zopiclone, lormétazepam, loprazolam) ont obtenu un score ECAB supérieur à 6, et 10 un score inférieur à 6. En ne tenant compte que des patients traités par BZD à visée anxiolytique, nous obtenons un nombre de patients dépendants de 50% (12 patients sur 24), se

rapprochant du résultat cité dans l'étude de Pélissolo et al. et renforçant la cohérence externe de cette étude.

3.2 Limites de l'étude

La population de cette étude est comparable à la littérature pour le ratio homme/femme, avec 62.5% de femmes consommatrices de BZD. L'âge médian est par contre plus élevé dans cette étude, avec 69,5 ans, contre 57 ans selon le rapport de l'ANSM de 2017 (3) ; on ne peut donc pas transposer ces résultats à la population générale. Notre étude était réalisée en milieu semi-rural et rural dans un espace géographique restreint, avec une population vieillissante, ce qui pourrait permettre d'expliquer cette divergence. Une étude de puissance supérieure et sur des cabinets plus diversifiés aurait peut-être permis d'obtenir des résultats plus proches de la littérature.

Nous n'avons pas utilisé un questionnaire de connaissance validé, donc nos résultats sont à comparer avec prudence à la littérature. Nous n'avons pas non plus retrouvé dans la littérature de référence en matière de croyance des patients en leur traitement.

CONCLUSION :

La connaissance des patients concernant leur traitement par benzodiazépines est **insuffisante**, et même si cette étude n'a pas permis d'identifier un lien entre dépendance et manque de connaissance, l'information apportée au patient permettra sans doute d'aider au bon déroulement d'une diminution, voire d'un arrêt complet de ce traitement, et de le rendre acteur des choix thérapeutiques le concernant.

L'information donnée est à **adapter au patient** notamment en fonction de son niveau d'étude et donc de ses capacités de compréhension et de mémoire. La croyance du patient sur son traitement est un point essentiel permettant de guider le praticien sur le travail d'information restant à effectuer.

Il est important de sensibiliser les patients **dès la première prescription** aux risques inhérents à la prise de BZD, et de rappeler aux professionnels de santé qu'une réévaluation régulière de ce traitement est souhaitable. Il faut également souligner le risque d'association de ce médicament avec l'alcool, trop souvent oublié.

Pour les patients traités au long cours on pourrait imaginer des séances de type éducation thérapeutique qui leur permettrait de recevoir régulièrement de l'information et des connaissances sur leurs symptômes (anxiété/ insomnie), leur(s) traitements par BZD et leurs risques, et des propositions de prise en charge

non médicamenteuses. Le protocole Asalée mis en place depuis 2004 propose une coopération entre les médecins généralistes et les infirmières déléguées à la santé publique, pour répondre à des difficultés de prise en charge de patients souffrant de pathologies chroniques (diabète de type 2, HTA, et troubles cognitifs) (41). Ce dispositif pourrait permettre via un protocole établi par le médecin généraliste d'informer le patient et de le guider concernant la consommation de BZD, mais aussi concernant ses symptômes d'anxiété et d'insomnie (gestion du sommeil). Il paraît indispensable de proposer aux patients consommant des BZD un suivi de type psychothérapie, au cabinet de médecine générale ou chez le psychologue ou le psychiatre qui pourrait s'avérer être le meilleur substitut aux BZD, mais il faudrait pour cela le soutien des pouvoirs publics pour en faciliter l'accès. Les pharmaciens officinaux ont également un rôle important à jouer en matière de prévention et d'information sur ces traitements, et pour la détection des cas d'abus, de mésusage, ou de falsification d'ordonnance.

Les méthodes alternatives telles que l'acupuncture, l'ostéopathie, la sophrologie ou tout autre activité de détente permettant l'introspection et la compréhension de soi sont à promouvoir auprès des patients et des médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE:

1. Ramchandani D. The librium story. Disponible sur : www.benzo.org.uk/librium.htm.
2. Anne Duboy. Surconsommation des benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques en France : perspectives d'amélioration de la prescription et du sevrage en médecine générale. Sciences pharmaceutiques. 2015.
3. Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I, consultable sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000020690355>.
4. Arrêt des hypnotiques Conduite à tenir dans le contexte du retrait du Noctran® et de la Mépronizine®. ANSM, consultable sur http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/991ba07542cf2721a4ce1f46e6217894.pdf.
5. Arrêt de commercialisation du Rohypnol (flunitrazépam) 1 mg ANSM avril 2013 consultable sur <http://ansm.sante.fr/content/download/47811/616649/version/1/file/ddl-130419-Rohypnol.pdf>.
6. Suspension des autorisations de mise sur le marché du tétrazépam (Myolastan et ses génériques) ANSM juillet 2013, Point d'information consultable sur http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/1a620ba65070de347e5fc3a9702c60b5.pdf.
7. Rivotril (clonazépam) : Modification des conditions de prescription et de délivrance - Lettre aux professionnels de santé - Actualisé le 04/01/2012 - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 30 août 2017]. Disponible sur: <http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Rivotril-clonazepam-Modification-des-conditions-de-prescription-et-de-delivrance-Lettre-aux-professionnels-de-sante-Actualise-le-04-01-2012>
8. Ameli.fr, La Rosp des médecins traitants 20 mars 2017, Risque iatrogène médicamenteux consultable sur

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5140/document/risqu-e-iatrogene-medicamenteux_assurance-maladie.pdf.

9. HAS, Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Fiche mémo 2015.
10. Prescription obligatoire du zolpidem sur ordonnance sécurisée - Point d'Information - ANSM janvier 2017 consultable sur <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prescription-obligatoire-du-zolpidem-sur-ordonnance-securisee-Point-d-Information> [Internet]. [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prescription-obligatoire-du-zolpidem-sur-ordonnance-securisee-Point-d-Information>
11. Coqus J-C, Dupont J-N. Pour la prévention dans la santé. Reims, France: Faculté de Médecine; 1975. 174 p.
12. Anne VEGA, CERMES: Le partage des responsabilités en médecine: Une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. Août 2011 Consultable sur: http://www.formindep.org/IMG/pdf/rapport_final3.pdf.
13. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en france, Rapport d'expertise de l'AFSSAPS, janvier 2012.
14. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en france, Rapport d'expertise de l'AFSSAPS, janvier 2014.
15. Le Monde - 06 septembre 2004 - Pourquoi les français consomment toujours plus de psychotropes. Sandrine Blanchard, consultable sur <http://www.passereve.com/journal/PDF/psychotropes.pdf>.
16. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en france, Rapport d'expertise de l'AFSSAPS, avril 2017.
17. Guillaumin D, Kechroud Y. Evaluation de la dépendance aux benzodiazépines et apparentés (ECAB) et souhaits et symptômes de sevrage dans une population de patients de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Clermont I; 2014.
18. OPEMA n°7 nov-déc 2015.
19. UHART, M., ODOUARD, E., CARLIER, C., et al. Relation entre consommation de benzodiazépines et chutes en gériatrie: étude

- multicentrique dans trois établissements gériatriques d'un CHU .
Annales Pharmaceutiques Françaises. 2012, 70, 1, p : 46-52.
20. CHANG C-M., WU E-C., CHANG I-S., et al. Benzodiazepines and Risk of Hip Fractures in older People : a nested case-control study in Taiwan. The American journal of geriatric psychiatry. 2008, 16, 8, p : 686-692.
 21. XING D., MA X-L., MA J-X et al. Association between use of benzodiazepines and risk 88 of fractures : a meta-analysis. Osteoporosis international. 2014, 25, 1, p : 105-120.
 22. Arrêté du 13 mars 2017 modifiant l'arrêté du 8 août 2008 pris pour l'application de l'article R.5121-139 du code de la santé publique et relatif à l'apposition d'un pictogramme sur le conditionnement extérieur de certains médicaments et produits (JO du 18 mars 2017).
 23. HAS, Commission de la Transparence Avis du 20 mai 2015.
 24. Faculté de Médecine de Strasbourg, Module de Pharmacologie Clinique DCEM3 «Les anxiolytiques » - M. Wolf -.
 25. www.Vidal.fr.
 26. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé, recommandations professionnelles Octobre 2007.
 27. Inserm (dir.). Alcool : Effets sur la santé. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2001, XII- 358 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/168>. Chapitre 14: Alcool et médicaments.
 28. T. Saiäs, T. Gallarda Réactions d'agressivité sous benzodiazépines : une revue de la littérature, L'encéphale (2008) 34, 330-336.
 29. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. DSM-IV-TR. 4ème édition juillet 2005. MASSON;
 30. Benzodiazépines: rappel sur le syndrome de sevrage l'effet rebond et la rechute Ministère des Affaires sociales et de la Santé www.sante_gouv_fr_pdf.
 31. A. Pelissolo. Troubles anxieux et névrotiques. In: EMC - AKOS [Internet]. Elsevier Masson; 2012 [cité 9 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/708712/troubles-anxieux-et-nevrotiques>

32. Samadoulougou AK, Naibe DT, Mandi DG, Kabore E, Millogo GRC, Yameogo NV, et al. [Evaluation of the knowledge of patients about the management of treatment with anti-vitamin K drugs in the Service of Cardiology of Ouagadougou]. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. sept 2015;64(4):263-7.
33. Picaud A. Connaissance des patients sur leurs traitements anticoagulants oraux: antivitamines K et anticoagulants oraux directs. Etude QUESACO. [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2016.
34. Michot S, Verquin Ferreol S. La connaissance de leurs traitements par les personnes âgées au cabinet de médecine générale. France; 2011.
35. Cipolat L, Loeb O, Latache C, Pape E, Gillet P, Petitpain N. [Acetaminophen: Knowledge, use and overdose risk in urban patients consulting their general practitioner. A prospective, descriptive and transversal study]. *Thérapie*. 20 févr 2017;
36. Fröhlich SE, Pizzol D, Silva T da, Mengue SS. Instrument to evaluate the level of knowledge about prescription in primary care. *Rev Saúde Pública*. déc 2010;44(6):1046-54.
37. Code de la santé publique - Article L1111-2. Code de la santé publique.
38. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? HAS, Bon Usage du Médicament. Février 2015 - Mise à jour janvier 2017.
39. Ouhayoun S. Etude de pratique sur les alternatives thérapeutiques médicamenteuses aux benzodiazépines et apparentés prescrites dans l'insomnie par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2015.
40. A. Pelissolo et Al. Troubles anxieux et dépressifs chez 4 425 patients consommateurs de benzodiazépines au long cours en médecine générale. EM-Consulte [Internet]. [cité 13 nov 2016]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com.sci-hub.cc/article/83419/alertePM>
41. Jean Gauthier, HAS 2007, Action de Santé Libérale en Equipe (ASALEE), Une expérimentation de coopération interprofessionnelle Médecins Généralistes - Infirmières déléguées à la santé publique. Consultable sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/tr3_j._gautier.pdf.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de recueil

1) INFORMATIONS GÉNÉRALES :

Vous êtes : Un Homme Une Femme

Indiquez votre âge : _ _ _ ans

Vous êtes : Célibataire En concubinage Marié(e) Pacsé(e)
 Veuf(ve)

Indiquez votre profession :

Quelles études avez-vous fait/ quels diplômes avez-vous obtenus (le cas échéant) :

.....

2) CARACTÉRISTIQUES MÉDICALES :

A/ AVEZ-VOUS DÉJÀ PRÉSENTÉ LES PROBLÈMES SUIVANTS :

Dépression Anxiété/ Stress excessif Tentative de suicide

Insomnie Epilepsie

➔ Présentez-vous, ou avez-vous présenté une dépendance à un produit :

Tabac Alcool Médicaments

Cannabis Héroïne Cocaïne

Autre, précisez :

➔ Présentez-vous, ou avez-vous présenté une dépendance comportementale :

Jeux Sport Travail

Sexe Autre(s), précisez :

B/ CONCERNANT VOTRE TRAITEMENT EN GÉNÉRAL :

➔ Combien de médicaments se trouvent sur votre ordonnance ?

.....

- ➔ Vos médicaments sont-ils gérés par une tierce personnes (conjoint, infirmière...)?
 Oui Non

3) CONCERNANT VOTRE TRAITEMENT POUR LE STRESS/ L'INSOMNIE :

- Depuis combien de temps prenez-vous ce type de traitement ?

- Pouvez-vous sans regarder votre ordonnance donner le nom de votre(vos) médicament(s) :

- Indiquez pour quel motif il a été prescrit initialement :

- Donnez le dosage du médicament (souvent en milligrammes (mg)) :

- Connaissez-vous la durée maximale de prescription de ce traitement par votre médecin ?
 Oui, précisez :
 Non
- Pouvez-vous citer les risques/ effets indésirables liés à la prise de ce médicament ?

- Pour vous ce médicament :
 Est temporaire Est un traitement à vie
 Peut vous soulager Peut vous guérir
- Avez-vous déjà :
 ○ Arrêté ce traitement par vous-même ? Oui Non
 ○ Pris plus que ce qui a été prescrit ? Oui Non
 ○ Été en panne de ce médicament ? Oui Non
- Avez-vous déjà reçu une fiche d'information concernant ce traitement ?
 Non Oui, précisez si vous l'avez reçu de :
 Votre médecin Votre pharmacien
 Autre, précisez :
- Aimeriez-vous recevoir plus d'information sur ce traitement ?
 Oui Non

- Avez-vous déjà expérimenté des thérapies non médicamenteuses ?
- Non
 - Avec un psychiatre Avec un psychologue
 - Sophrologie Acupuncture
 - Ostéopathie Hypnose
 - Autre, précisez :
- Merci de remplir le tableau ci-dessous en cochant la case correspondant à votre choix

	VRAI	FAUX
Où que j'aie, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi		
Ce médicament est pour moi comme une drogue		
Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament		
J'évite de dire à mes proches que je prends ce(s) médicament(s)		
J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament		
J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament		
Lorsque j'arrête ce médicament je me sens très malade		
Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer		
Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête		
Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin		

- Pour terminer veuillez cocher le(s) médicament(s) que vous prenez dans la liste suivante : (Le nom entre parenthèse est le nom générique)

- HAVLANE® (Loprazolam) LEXOMIL® (Bromazepam) LYSANXIA® (Prazépam)
- MOGADON® (Nitrazepam) NOCTAMIDE® (Lormétazepam) NORDAZ® (Nordazépam)
- NORMISON® (Témazépam) SERESTA® (Oxazépam) TEMESTA® (Lorazépam)
- TRANXENE® (Clorazépate) URBANYL® (Clobazam) VALIUM® (Diazépam)
- VERATRAN® (Clotiazépam) VICTAN® (Loflazépate) XANAX® (Alprazolam)
- STILNOX® (Zolpidem) IMOVANE® (Zopiclone)

Merci pour votre participation

Vous pouvez si besoin laisser un commentaire ci-dessous ;

Nom – Prénom de l'étudiant :

Nom du Président de Jury :

Date de soutenance de la thèse :

Mention :

VU, Le Président de Jury,

**VU, le Directeur de la section médecine
De l'UFR de Médecine-Pharmacie de Rouen**

COQUS Antoine

Etat des lieux de l'information et de la dépendance des patients traités par benzodiazépines : étude sur une population de Seine-Maritime consultant en médecine générale

Thèse pour le doctorat en médecine, Rouen, soutenue le 19 octobre 2017

RESUME :

Introduction Les patients traités au long cours par benzodiazépines (BZD) semblent en pratique peu informés sur leur traitement. Cette étude a pour principal objectif de déterminer le niveau de connaissance et de dépendance des patients traités par BZD et de rechercher les facteurs associés à une bonne connaissance du traitement.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé un recueil de données par auto-questionnaire auprès de patients traités par BZD depuis plus de 6 mois. L'inclusion était réalisée par 7 médecins généralistes sur 2 sites différents. Le recueil portait sur les caractéristiques socio-démographiques, les caractéristiques du traitement, et le niveau de connaissance sur le traitement.

Résultats : Sur 32 patients inclus, seuls 8 (25%) ont pu être considérés comme connaissant leur traitement et leurs risques, et seuls 12 (37,5%) étaient considérés comme dépendant aux BZD. Nous n'avons pas mis en évidence de lien statistique entre la connaissance du traitement et la survenue d'une dépendance. Le fait de croire que le traitement par BZD est un traitement à vie est associé à une faible connaissance du traitement. Nous avons identifié un niveau d'étude au-delà du secondaire, une durée de traitement comprise entre 1 et 5 ans, et le recours à l'ostéopathie comme facteurs associés à une bonne connaissance du traitement.

Conclusion : Le niveau de connaissance des patients concernant leur traitement par BZD est trop faible. Il semble important d'informer le patient sur les risques inhérents à la prise de ce médicament dès la première prescription, et de les rappeler régulièrement au cours du suivi pour faciliter l'arrêt de ce médicament dès que l'état clinique le permet.

MOTS CLES : Benzodiazépines – Médecine générale – Information – Connaissance – Dépendance - Education thérapeutique

JURY :

Président de jury : Mr Hermil Jean-Loup, Professeur de médecine générale

Directrice de thèse : Me Sicaud Agathe, Médecin généraliste addictologue

Membres du jury : Me Thueux Marie-Thérèse, MCA Médecine générale

Mr Hazard Emmanuel, MCA Médecine générale