



**Faculté
de Médecine**

Aix*Marseille Université

Facteurs influençant la prescription de benzodiazépines en centres médicaux à horaires élargis : une analyse qualitative auprès de douze médecins généralistes de la région marseillaise.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 4 Avril 2018

Par Monsieur Pierre MARGERIE

Né le 8 janvier 1988 à Vernon (27)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Président

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan

Assesseur

Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal

Assesseur

Monsieur le Professeur HONORE Stéphane

Assesseur

Madame le Docteur MITILIAN Eva

Directeur



**Faculté
de Médecine**

Aix*Marseille Université

Facteurs influençant la prescription de benzodiazépines en centres médicaux à horaires élargis : une analyse qualitative auprès de douze médecins généralistes de la région marseillaise.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 4 Avril 2018

Par Monsieur Pierre MARGERIE

Né le 8 janvier 1988 à Vernon (27)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Président

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan

Assesseur

Monsieur le Professeur AUQUIER Pascal

Assesseur

Monsieur le Professeur HONORE Stéphane

Assesseur

Madame le Docteur MITILIAN Eva

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990 MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991 MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992 MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994 MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995 MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997 MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998 MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999 MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

A Messieurs les Professeurs LANÇON, AUQUIER et HONORE,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur GENTILE,

Merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et d'avoir pu vous rendre disponible aujourd'hui. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Eva MITILIAN,

Merci du temps que tu auras passé à m'aider dans ma thèse. Malgré ton planning chargé tu as toujours été dispo quand j'en avais besoin, merci de la justesse permanente de tes remarques. Comme je te le disais, heureusement qu'il y a des personnes appliquées comme toi pour encadrer des gens comme moi !

A tous les médecins ayant accepté de participer aux entretiens.

A ma famille,

A mes parents, je vous aime. Merci de m'avoir toujours soutenu et encouragé à faire du mieux possible. Vos conseils m'ont permis d'en arriver là aujourd'hui.

A mes sœurs, de m'avoir montré tout au long de ces années que vous étiez fières de moi.

A mon beau-frère Julien, dommage que tu ne puisses pas être présent, je te ferai un résumé, c'est promis.

A Jules et Louise, j'espère qu'un jour vous lirez ce travail et que vous vous direz que votre tonton ne disait pas que des bêtises.

A Nicolas, mon cousin, pour ton éternel optimisme, ton humour et ta présence dans les moments importants.

A mon grand-père, ma grand-mère, mon oncle et mon cousin.

A ma belle-famille,

A mes beaux-parents Liliane et Robert, merci à vous de m'avoir accueilli aussi généreusement depuis le début et de tout votre soutien.

A mon beau-frère Alexandre, ce n'est encore pas cette année que les Lakers vont le faire... (je mise pour 2021)

Aux copains depuis plus de 10 ans, avec qui on se sera marré pendant les études :

A Karim, mon coloc, avec qui on se sera toujours encouragés à travailler plus. En fait non.

A Mika, mon pote de toutes les conneries. L'inté, Carnaval, les manades, le Crit... Bientôt ton tour.

A Philippe, mon super copain depuis si longtemps, avec qui on se suit depuis toutes ces années, merci d'être tout le temps là quand il le faut mon pote.

A Zaza et Planche, les inséparables, vous non plus ce n'est pas pour le travail que je vous remercierai mais pour le temps passé à rigoler à vos côtés.

A tous les Nîmois : Jérem, Chloé, Lyla et Remi, Justine et Erwan.

A Bobby, « parce qu'on n'aime pas trop ça par chez nous ». A Gigi et aux 3 points. Et what do you want ?

A toute l'équipe du Flash : Alex, Seb, Mat, JD, Tristan...et les flashettes.

Aux copains de Marseille, Guigui, Romain, Clara qui m'a généreusement prêté son PC quand le mien en a eu marre de Zotero.

Aux copains qu'on aimerait voir plus souvent : Jon, Manue, Anna, Anaël.

Aux corses : Nico et Steph, Arnaud, Omar, et leurs chéries.

A Fanny, ma petite femme. D'avoir accepté sans hésitation que nous mettions notre vie familiale entre parenthèse pour me permettre d'avancer. Pour avoir pris le relais dans la vie quotidienne et avoir su tout gérer pendant que je travaillais ma thèse. Tu m'as permis de me donner à fond et je n'aurais pas pu réussir sans les sacrifices que tu as faits. Merci encore du soutien sans faille que tu me portes depuis toutes ces années.

Et enfin,

A ma fille Alice, de m'amener de la joie et du bonheur depuis bientôt un an. Tu es mon rayon de soleil dans ma vie. Je te dédie ce travail.

Sommaire

1 INTRODUCTION	5
2 MATERIEL ET METHODE	7
2.1 Matériel	7
2.1.1 Définition, critères d'inclusion et d'exclusion	7
2.1.2 Taille de la population	7
2.1.3 Mode de recrutement des participants.....	7
2.1.4 Stratégie d'échantillonnage.....	8
2.2 Méthode	8
2.2.1 Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés.....	8
2.2.2 Création d'un guide d'entretien	8
2.2.3 Déroulement des entretiens	9
2.2.4 L'analyse	9
3 RESULTATS.....	10
3.1 Le médecin prescripteur	10
3.1.1 Les indications des benzodiazépines	10
3.1.1.1 L'anxiété et la dépression	10
3.1.1.2 L'insomnie.....	10
3.1.1.3 Les contractures musculaires et les crises comitiales	10
3.1.2 Les benzodiazépines de demi-vie courte.....	11
3.1.3 L'expérience du prescripteur.....	11
3.1.3.1 Les habitudes de pratique.....	11
3.1.3.1.1 Héritées d'autres confrères.....	11
3.1.3.1.2 Héritées des limites des dotations hospitalières	12
3.1.3.2 L'expérience professionnelle via des activités annexes	12
3.1.3.3 L'expérience personnelle	12
3.1.4 La représentation de son rôle en CMHE	13
3.1.4.1 Un devoir vis-à-vis du médecin traitant	13
3.1.4.2 Primo-prescriptions de courte durée	13
3.1.4.3 Le renouvellement	14
3.1.4.3.1 Après réévaluation.....	14
3.1.4.3.2 De courte durée.....	15
3.1.4.3.3 Doit rester exceptionnel.....	15
3.1.4.3.4 Concerne le médecin traitant.....	15
3.1.4.3.5 Concerne les patients connus du cabinet.....	15
3.1.4.3.6 Pas d'augmentation de posologie	15
3.1.4.3.7 Renouveler pour dépanner	16
3.1.5 Le rapport à la psychiatrie	16
3.1.5.1 La représentation des benzodiazépines par le médecin	16
3.1.5.1.1 L'ancrage culturel des benzodiazépines.....	16
3.1.5.1.2 L'engagement de la responsabilité.....	16
3.1.5.1.3 La banalisation de la prescription.....	16
3.1.5.1.4 Le médecin se sent surveillé.....	17
3.1.5.1.5 Les alternatives thérapeutiques.....	17
3.1.5.1.6 La perception variable de la complexité de prescription	17
3.1.5.2 La formation psychiatrique du médecin.....	17
3.1.5.2.1 Le manque de connaissances sur les benzodiazépines.....	18
3.1.5.2.2 La formation en 2 ^{ème} cycle.....	19
3.1.5.2.3 La formation en 3 ^{ème} cycle.....	19
3.1.5.2.4 L'apport du maître de stage	20
3.1.5.2.5 La formation médicale continue	20
3.1.5.3 L'intérêt pour la psychiatrie	20
3.1.5.4 L'aisance dans la pratique psychiatrique.....	21
3.1.6 Un sentiment de fatalité de prescription.....	21
3.1.6.1 La nécessité d'aider le patient.....	21
3.1.6.2 La crainte des demandes itératives.....	21
3.1.6.3 Car un autre médecin finira par prescrire la benzodiazépine.....	22
3.1.6.4 Car aucune alternative thérapeutique immédiate	22
3.1.7 La personnalité du médecin	22
3.1.7.1 L'empathie	22
3.1.7.2 L'humanité	22

3.1.7.3 La patience.....	23
3.1.7.4 L'intégrité du médecin dans son devoir médical.....	23
3.1.7.5 Le médecin intraitable face à l'insistance du patient.....	23
3.1.7.6 L'intérêt pour l'argent.....	23
3.1.7.7 Le souci d'économie de santé publique.....	23
3.1.7.8 Le médecin conscient de ses limites.....	24
3.1.8 Les craintes du médecin.....	24
3.1.8.1 Crainte d'attirer les toxicomanes.....	24
3.1.8.2 Crainte de la chronicité du traitement.....	24
3.1.8.3 Crainte du patient suicidaire.....	24
3.1.8.4 Crainte de la réaction du patient face à un refus.....	24
3.1.8.5 Les risques liés à la molécule.....	24
3.1.8.5.1 Le risque de dépendance.....	24
3.1.8.5.2 Le risque de somnolence et bradypsychie.....	24
3.1.8.5.3 Le risque de surdosage.....	25
3.1.8.5.4 Le risque de syndrome de sevrage.....	25
3.1.8.5.5 Le risque de chutes de la personne âgée.....	25
3.1.8.5.6 Les troubles de la mémorisation.....	25
3.1.8.5.7 La variabilité interindividuelle.....	25
3.1.9 La prescription sous contrainte.....	25
3.1.9.1 La pression de la salle d'attente.....	25
3.1.9.2 La pression du patient.....	26
3.1.9.2.1 En comparant avec une prise en charge antérieure.....	26
3.1.9.2.2 Par agressivité.....	26
3.1.9.2.3 La pression sentimentale.....	26
3.2 Le patient.....	27
3.2.1 Le profil du patient.....	27
3.2.1.1 Le patient addict.....	27
3.2.1.1.1 La dépendance.....	27
3.2.1.1.2 Un patient en souffrance.....	27
3.2.1.1.3 L'obtention par tous les moyens.....	27
3.2.1.1.3.1 En demandant aux différents médecins du centre.....	27
3.2.1.1.3.2 Par manipulation des médecins.....	28
3.2.1.1.3.3 En mentant.....	28
3.2.1.1.3.4 En usurpant une identité.....	28
3.2.1.2 Le patient dealer.....	28
3.2.1.3 L'âge du patient.....	29
3.2.1.3.1 La problématique de la personne âgée.....	29
3.2.1.3.2 La problématique de l'adolescent et du jeune adulte.....	29
3.2.1.4 Les antécédents du patient.....	29
3.2.1.4.1 La chronicité des symptômes.....	29
3.2.1.4.2 La polymédication.....	30
3.2.1.4.3 Les contre-indications médicales.....	30
3.2.1.5 L'apparence physique et le comportement du patient.....	30
3.2.1.6 Le profil socio-démographique.....	30
3.2.1.6.1 La détresse financière.....	31
3.2.1.6.2 Une prescription liée à la géographie.....	31
3.2.1.6.3 Les patients SDF.....	31
3.2.2 Le rapport à la médecine.....	31
3.2.2.1 La médecine comme un mode de consommation.....	31
3.2.2.2 La déresponsabilisation du patient et les règles hygiéno-diététiques.....	31
3.2.2.3 Le nomadisme médical.....	32
3.2.2.4 La perte de confiance envers l'hôpital.....	32
3.2.2.5 Le refus d'une prise en charge psychothérapeutique.....	32
3.2.2.5.1 Par défaut de temps.....	32
3.2.2.5.2 Par obstacle financier.....	33
3.2.2.5.3 Pas de besoin ressenti par le patient.....	33
3.2.2.6 La représentation des benzodiazépines.....	33
3.2.2.6.1 La crainte des effets secondaires.....	33
3.2.2.6.2 L'information active et passive.....	33
3.2.2.6.3 La banalisation de la molécule.....	34
3.3 La relation médecin-patient.....	34
3.3.1 La confiance en son patient.....	34
3.3.1.1 La formulation de la demande.....	34
3.3.1.2 La fréquence de consultation.....	34
3.3.1.3 Le patient accompagné ou non.....	35
3.3.1.4 Le patient venant pour quelqu'un d'autre.....	35
3.3.1.5 La présentation d'une ordonnance préexistante.....	35
3.3.1.6 La présentation de la carte vitale.....	35
3.3.1.7 Le ressenti avant prescription.....	35
3.3.2 La confiance envers le médecin prescripteur.....	36
3.3.3 L'éducation du patient sous benzodiazépines.....	36
3.3.3.1 La description des effets secondaires possibles.....	36

3.3.3.2 Réadresser au médecin traitant pour le suivi.....	37
3.3.3.3 L'importance des mesures non médicamenteuses	37
3.3.3.4 Le rappel des recommandations.....	37
3.3.4 La connaissance du patient et son dossier.....	37
3.3.4.1 Permet de renforcer la confiance du médecin	37
3.3.4.2 Permet d'améliorer la qualité de la prescription	38
3.3.4.2.1 Par la connaissance des antécédents	38
3.3.4.2.2 Car le médecin s'intéresse plus à ses propres patients.....	38
3.3.4.3 La neutralité vis-à-vis d'un patient inconnu	38
3.3.5 Les mensonges du médecin.....	38
3.3.6 Le refus de discussion de la part du patient	39
3.4 Les caractéristiques des centres médicaux à horaires élargis.....	39
3.4.1 Des caractéristiques communes à tous les cabinets de groupe.....	39
3.4.1.1 Le temps de consultation	39
3.4.1.2 Le travail en groupe	40
3.4.1.2.1 L'augmentation du temps disponible pour les patients.....	40
3.4.1.2.2 Une confiance parfois aveugle envers le travail des associés	40
3.4.1.2.3 L'homogénéité de la prise en charge	40
3.4.1.2.4 Multiplicité des contrôles grâce au dossier informatique partagé	41
3.4.1.2.4.1 Par l'intermédiaire de notes dans le dossier	41
3.4.1.2.4.2 Un gain de temps ?	41
3.4.1.2.4.3 Une vigilance proportionnelle au nombre de médecins	41
3.4.2 Un grand nombre de consultations ponctuelles.....	42
3.4.2.1 L'absence de relation médecin-patient :	42
3.4.2.2 L'absence de suivi du patient	42
3.4.2.3 L'absence de progression du médecin dans ses prescriptions	42
3.4.3 Le turnover des médecins.....	43
3.5 La nature psychiatrique de la consultation	43
3.5.1 Une consultation longue	43
3.5.2 Une consultation complexe.....	44
3.6 Le suivi par le psychiatre.....	44
3.6.1 Le rôle du psychiatre.....	44
3.6.1.1 Un interlocuteur unique.....	44
3.6.1.2 Gestion des surconsommations.....	44
3.6.1.3 La prise en charge sur le long terme	44
3.6.1.4 Une vision variable des compétences du psychiatre.....	45
3.6.2 Le manque de disponibilité du psychiatre	45
3.6.3 Difficulté de coordination avec le psychiatre	46
3.6.3.1 Les difficultés de communication entre le médecin et le psychiatre	46
3.6.3.1.1 Car le psychiatre est injoignable.....	46
3.6.3.1.2 Car le psychiatre ne fait pas de courrier pour le médecin	46
3.6.3.1.3 Par manque de temps	46
3.6.3.2 L'absence de réseau psychiatrique	46
3.6.3.2.1 Pas de psychiatre dans le réseau du médecin	46
3.6.3.2.2 Pas de réseau pour des thérapies	46
3.6.3.2.3 Pas de réseau de sevrage en benzodiazépines.....	47
3.6.3.2.4 Car pas d'annuaire spécialisé	47
3.6.3.2.5 Par manque de temps	47
3.6.3.3 L'orientation vers les urgences psychiatriques	47
3.7 Les moyens de sécurisation de la prescription	47
3.7.1 Vérification des délivrances de benzodiazépines via le site Ameli Pro	47
3.7.1.1 Impossibilité de vérifier la consommation sans carte vitale.....	48
3.7.1.2 Impossibilité de vérifier qui a été dernier prescripteur.....	48
3.7.1.3 Pas d'accès au dossier d'autres cabinets.....	48
3.7.1.4 Pas de formation au site Ameli pour les remplaçants	49
3.7.2 Les ordonnances sécurisées	49
3.7.2.1 Permettent la diminution des prescriptions.....	49
3.7.2.1.1 En substituant par un autre traitement.....	49
3.7.2.1.2 La sécurisation est un argument pour ne plus prescrire.....	49
3.7.2.1.3 La sécurisation permet d'éviter les toxicomanes	49
3.7.2.1.4 Par ajout d'une contrainte au médecin	49
3.7.2.1.5 Par la modification de la représentation des benzodiazépines.....	50
3.7.2.2 Ne traitent pas le problème dans sa globalité.....	50
3.7.3 Le contrôle par les pharmaciens.....	51
3.7.3.1 Les pharmaciens n'appellent pas systématiquement	51
3.7.3.2 Impossibilité d'appeler toutes les pharmacies du quartier	51
3.7.3.3 Dépréciation du rôle du pharmacien en tant que conseiller de soins	51

4	DISCUSSION	51
4.1	Les points forts de l'étude	51
4.1.1	L'analyse qualitative par entretien individuel semi-dirigés.....	51
4.1.2	Le sujet de l'étude	52
4.1.3	Le double codage des données.....	52
4.2	Les points faibles de l'étude	52
4.2.1	Biais de sélection	52
4.2.2	Biais internes	52
4.2.3	Biais externes	53
4.3	Discussion des résultats	53
4.3.1	La particularité de la relation médecin-patient en CMHE	53
4.3.2	La contrainte du temps	54
4.3.3	Les compétences du médecin	55
4.3.4	L'influence du patient sur la prescription.....	56
4.3.5	Le manque d'alternatives thérapeutiques.....	56
4.3.6	Le suivi du patient sous benzodiazépines	58
4.3.7	L'apport de la législation sanitaire et ses limites	58
5	CONCLUSION.....	61
6	RESUME.....	62
7	ABSTRACT	63
8	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64
9	ANNEXE	67

1 INTRODUCTION

Les benzodiazépines sont utilisées dans le traitement de l'anxiété et de l'insomnie en France par les médecins généralistes et les psychiatres. Leurs vertus anxiolytiques, myorelaxantes, hypnotiques et sédatives en font des médicaments de choix dans ces indications. Dans une moindre mesure, elles sont utilisées dans le traitement de contractures musculaires, le traitement de crises comitiales et les sevrages alcooliques.

Leurs effets secondaires, somnolence, troubles de la mémoire et cognitifs, risque de chute (1,2) les placent dans la catégorie des substances psychoactives nécessitant une rigueur de prescription. Les prescriptions prolongées au-delà des durées recommandées favorisent une dépendance ainsi qu'un risque de syndrome de sevrage à l'arrêt du médicament.(3)

A partir du moment où le traitement est introduit, les patients doivent être suivis de manière régulière et le traitement réévalué à chaque consultation.(4)

Les recommandations préconisent une durée maximale de 12 semaines pour les anxiolytiques et 4 semaines pour les hypnotiques.(5)

La France est deuxième dans le classement des plus grands consommateurs d'Europe. Les derniers chiffres font toutefois part d'une baisse de la consommation de 10% entre 2012 et 2015, survenant parallèlement au renforcement des conditions de prescription de ces médicaments, notamment via les ordonnances sécurisées pour certains d'entre eux.(6)

Depuis avril 2017, le zolpidem (STILNOX®) est également sur prescription sécurisée (7), afin de limiter les abus de prescription et changer les habitudes de consommation.

Dans un article de 1961, White et al. montrait que la majorité des demandes médicales concernait les soins de santé primaires (8). D'après l'OMS, l'organisation des soins de santé en fonction des besoins et des attentes des gens est un point clé à l'obtention de soins de santé primaires de qualité.(9)

La loi HPST de 2009 a voulu favoriser l'accès aux soins en incitant, entre autres mesures, au développement de maisons de santé (10) qui devait permettre une activité de groupe pour les médecins généralistes ainsi qu'une médecine de proximité pour les patients.

Malgré ces mesures, la démographie médicale est en constante baisse depuis 2010. La densité de médecins généralistes à activité libérale et mixte est passée de 133.1/100.000 en 2010 à 121.1/100.000 en 2017.(11)

Rien qu'entre 2016 et 2017, le nombre de médecins généralistes en activité a diminué de 700 en France.(12)

Bien que le département des Bouches du Rhône reste au-dessus de la moyenne française, le nombre de médecins généralistes rapporté au nombre d'habitants y est également en constante diminution.

L'augmentation de la population française, couplée à la désertification médicale, conduit à une augmentation des délais de prise en charge en soins primaires, les médecins généralistes étant de plus en plus surchargés de patients.(13)

Devant le manque de disponibilité des praticiens libéraux, certains patients se redirigent vers des structures permettant une consultation immédiate, comme c'est le cas pour les urgences hospitalières, dont l'affluence ne cesse d'augmenter année après année.(14) Les maisons médicales de garde subissent la même évolution de leur fréquentation, ainsi que les centres médicaux à horaires élargis (CMHE) également appelés permanence médicale.

Ce dernier mode d'exercice se développe de plus en plus dans la région Marseillaise. Elles représentent un intermédiaire entre le cabinet de ville et les urgences, que cela soit par leurs horaires d'ouverture ou leurs moyens matériels. La majorité d'entre elles affichent des horaires d'ouverture jusqu'à 20h ou plus, la semaine, le soir et le week-end, et permettent aux patients d'avoir à disposition un médecin sur les plages de fermeture du cabinet de leur médecin généraliste.

Pour les médecins y travaillant, il est possible d'y effectuer des gestes de petite chirurgie et traumatologie, électrocardiogramme, aérosols, en plus des motifs plus « traditionnels » de consultation en médecine générale.(15) Prisés par les jeunes médecins généralistes, ces centres permettent d'avoir une activité variée avec de nombreux actes. Les horaires élargis entraînent également une diminution des jours travaillés dans le mois par une rotation régulière de l'équipe médicale, ce qui est perçu comme une amélioration de la qualité de vie pour les médecins y travaillant. (16)

Face aux recommandations concernant les benzodiazépines, il est légitime de s'interroger sur leur prescription dans ce type de structure de soins.

Les CMHE ont peu été étudiés car de développement récent. La littérature n'évoque pas les prescriptions médicamenteuses dans ces centres.

Quels sont les facteurs influençant la prescription de benzodiazépines et apparentées dans les CMHE ?

2 Matériel et méthode

2.1 Matériel

2.1.1 Définition, critères d'inclusion et d'exclusion

Les médecins généralistes exerçant en centre médical à horaires élargis ont été interviewés. Afin de ne pas biaiser les réponses, les médecins faisant partie de la sphère amicale n'étaient pas inclus.

Ces centres médicaux ne répondant pas à une définition établie précisément par les autorités de santé, nous avons donc arbitrairement inclus les centres qui répondaient au profil suivant : ouverture 7 jours sur 7, plage horaire d'au moins 11 heures consécutives dans la journée, consultations uniquement sans rendez-vous, localisation dans les Bouches-du-Rhône.

L'intitulé de ces centres n'étant pas officiel vis-à-vis des ARS ni du Conseil de l'Ordre des Médecins, nous avons effectué une recherche sur internet en cherchant grâce aux mots-clés suivants : « *permanence médicale* », « centre médical urgence », « médecin sans rendez-vous », « centre médical 7 jours sur 7 », en paramétrant la localisation du moteur de recherche dans les Bouches du Rhône.

Au total, 18 centres médicaux ont été trouvés. Parmi ces centres, un a été exclu car proposant certains créneaux sur rendez-vous. Trois ont été exclus car fermés sur les horaires du repas de midi. 14 CMHE ont finalement été inclus.

2.1.2 Taille de la population

Le principe de saturation des données a été utilisé : lorsque le recueil de tout nouvel entretien n'apportait plus aucune donnée nouvelle, deux entretiens supplémentaires ont été effectués avant d'arrêter le recueil.

Au total 12 médecins ont été interrogés.

2.1.3 Mode de recrutement des participants

Un contact téléphonique a été effectué par l'enquêteur entre octobre et décembre 2017, les jours de semaine entre 12h et 14h pour proposer un entretien. Nous expliquions à notre interlocuteur médecin les modalités de l'entretien en quelques phrases courtes. S'il n'était pas intéressé par l'entretien et qu'ils étaient deux médecins à travailler ce jour-là, nous demandions à nous entretenir avec son collègue. Si les deux médecins n'étaient pas intéressés, nous vérifiions le planning du centre médical et rappelions le lendemain afin de recruter un autre médecin. Le processus était réitéré dans les différents centres.

Certains médecins ont été contactés directement sur le téléphone personnel après son obtention suite à une conversation par mail, ou via un médecin travaillant dans le même centre.

2.1.4 Stratégie d'échantillonnage

L'échantillonnage en variation maximale a été utilisé car s'intéressant à la diversité des opinions et des perceptions.

Les variables susceptibles d'influencer les résultats ont été identifiées, nous avons essayé de recruter des médecins pouvant représenter chacune des classes.

Les variables identifiées étaient les suivantes :

- Age : 25 – 40 ans / 41 – 50 ans / 51 – 60 ans / Plus de 60 ans
- Homme / Femme
- Ancienneté en permanence médicale <6mois, 6 mois – 2 ans, 2 à 5 ans, 5 à 10 ans, >10 ans
- Activité unique ou multiple
- Remplaçant ou titulaire
- Nombre de jours travaillés par mois en permanence médicale < 3 jours, 3 à 5 jours, 5 à 7 jours, > 7 jours

2.2 Méthode

2.2.1 Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés

Nous avons réalisé une enquête descriptive qualitative par entretien semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans des centres médicaux à horaires élargis.(17) Ce type d'entretien a été choisi car le vécu individuel de chaque médecin est plus facile à aborder dans une relation seul à seul.

Les études qualitatives abordent des données non quantifiables sous la forme de mots et laisse ainsi libre court à l'interprétation. Il est important que l'enquêteur effectue avant les entretiens un travail de dépassement de ses a priori et certitudes afin de ne pas orienter ses questions et ainsi ses résultats finaux.

2.2.2 Création d'un guide d'entretien

Il s'agit d'une grille établie de questions ouvertes qui a évolué au fur et à mesure des entretiens, permettant de s'adapter aux réponses données par les interlocuteurs.

L'entretien débutait par une question « brise-glace » ouverte, évoquant le sujet de l'entretien : « *Que pensez-vous de la prescription des benzodiazépines en permanence médicale ?* ».

Le terme de « permanence médicale » était utilisé afin d'être compris par l'interlocuteur. Le terme de centre médicaux à horaires élargis a été préféré pour l'analyse des entretiens afin de ne pas faire de rapprochement avec la « permanence de soins ambulatoire », dispositif organisé par l'ARS et distinct des CMHE.

2.2.3 Déroulement des entretiens

L'enquêteur n'ayant pas de lieu neutre à disposition, les entretiens se sont déroulés soit sur le lieu de travail des médecins interrogés, soit à leur domicile. Il était précisé avant la rencontre qu'il était indispensable de n'être que tous les deux lors de l'entretien. Avant le début de l'entretien, il était demandé au médecin interrogé d'éteindre son téléphone.

Chaque entretien commençait par des présentations entre l'enquêteur et le médecin, un rappel sur les principes de l'entretien. L'enregistrement audio s'est fait à l'aide d'un dictaphone OLYMPUS VN 731-PC.

2.2.4 L'analyse

L'intégralité de l'entretien était retranscrite mot-à-mot. La retranscription se faisait sur Word 2016 et était ensuite transférée sur le logiciel d'analyse qualitative NVIVO 11.

Chaque médecin se voyait attribuer un numéro entre 1 et 12, les entretiens étaient appelés « MX », X étant le chiffre correspondant au médecin.

Les idées (ou verbatims) étaient identifiées et isolées par un premier investigateur après chaque entretien. Ces verbatims étaient ensuite classés dans des thèmes et sous-thèmes grâce au logiciel d'analyse. Un double codage était ensuite effectué par un deuxième investigateur.

3 RESULTATS

3.1 Le médecin prescripteur

3.1.1 Les indications des benzodiazépines

3.1.1.1 L'anxiété et la dépression

Les médecins interrogés ont décrit les situations dans lesquelles ils prescrivaient des benzodiazépines :

M6 : « *pour des gros troubles anxieux* », « *chez des gens souvent en burn-out* »

M11 : « *Pour les angoissés je peux faire des prescriptions de temps en temps [...] sans anxiété généralisée* »

M12 : « *Lorsque j'introduis un traitement antidépresseur par sérotoninergique pour éviter l'effet anxiogène et l'effet suicidaire* »

M5 : « *Principalement dans [...] l'anxiété. [...] Ou les syndromes dépressifs. Dans les recommandations normalement tu n'es plus censé mettre un hypnotique ou une benzodiazépine avec l'antidépresseur.* »

M8 : « *Des dépressions. C'est surtout ce que l'on voit en permanence médicale.* »

- Avec une volonté de s'en tenir à cette indication :

M9 : « *j'essaie de me limiter vraiment à l'anxiété, et le moins possible à l'insomnie* »

- Les situations amenant cette anxiété ont parfois été décrites :

M12 : « *Dans les agressions. Agressions, vol à l'arrachée* » et « *Une circonstance aiguë qui va créer une anxiété aiguë* »

M3 : « *il est stressé au boulot, il a eu un accident de voiture et il est choqué, ce genre de choses.* »

3.1.1.2 L'insomnie

Le deuxième grand cadre de prescription concernait les patients se plaignant d'insomnie.

M6 : « *des gens qui n'arrivent plus à dormir* »

M12 : « *Quelqu'un qui me dit « en ce moment je ne dors pas »* »

M7 : « *en maison médicale c'est plus souvent pour des troubles du sommeil* »

M5/M11 : « *dans les troubles du sommeil* »

3.1.1.3 Les contractures musculaires et les crises comitiales

Ces deux indications ont été plus rarement évoquées

M12 : « *je peux en prescrire éventuellement dans des cas de contracture musculaire, pathologie traumatique [...] dans les crises comitiales inaugurales, l'Urbanyl* »

3.1.2 Les benzodiazépines de demi-vie courte

L'utilisation des benzodiazépines à demi-vie courte ressortait dans la plupart des entretiens :

M10 : « *Essentiellement l'alprazolam [...] contrairement à d'autres, il a une demi-vie plus courte. Il y a moins de somnolence, c'est juste pour faire passer la crise* »

M11 : « *la demi-vie courte : le seresta et l'alprazolam* »

M4 : « *ça va être souvent Xanax, Lexomil. Et Imovane au coucher* »

Ce choix dans les benzodiazépines était parfois justifié par le prescripteur :

M12 : « *Mon number one c'est l'alprazolam [...] une benzo sédatrice tu t'exposes à des problèmes d'observance et d'effets rebonds, donc c'est pas une bonne chose. [...]* »

M2 : « *J'ai fait un peu le tri dans les anxiolytiques et il y a quelques médicaments que j'utilise, deux-trois molécules qui sont bien tolérées chez le sujet âgé [...] Chez l'adulte plus jeune : Seresta, Xanax. Benzos à demi-vie courte.* »

M3 : « *bah je vais souvent prendre des benzos à demi-vie courte. [...] Au moins pas trop de somnolence, et chez quelqu'un qui n'en a jamais eu au moins ça permet une meilleure observance.* » M6 : « *pour ne pas les casser longtemps* »

3.1.3 L'expérience du prescripteur

L'expérience du prescripteur vis-à-vis de la maîtrise des benzodiazépines entraînait des choix différents en matière de prescription.

3.1.3.1 Les habitudes de pratique

La prescription ou non de benzodiazépines était régulièrement évoquée comme une question d'habitudes.

3.1.3.1.1 Héritées d'autres confrères

M10 : « *Je travaillais avec un psychiatre qui aimait bien qu'on travaille avec du Lysanxia ou du Xanax, pas d'autres benzos [...] Et puis après les habitudes ont perduré.* »

M4 : « *Chacun ses habitudes quoi. A l'hôpital on prescrit ce que les chefs prescrivent déjà comme type de molécules.* »

M6 : « *En fait je pense qu'on ne sait pas les prescrire, on prescrit ce qu'on a vu à l'hôpital [...] on reprend juste des habitudes de service.* »

3.1.3.1.2 Héritées des limites des dotations hospitalières

M4 : « A l'hôpital on prescrit [...] ce qu'on retrouve dans la dotation pharmaceutique ».

E : « A l'hôpital comment tu choisissais ? »

M6 : « Ce qu'il y avait dans la pharmacie de l'hôpital. Du Xanax ou du Lexomil. »

3.1.3.2 L'expérience professionnelle via des activités annexes

Les activités annexes à l'exercice en CMHE ont été valorisées pour expliquer leurs choix de prescription :

M2 : « Dans ma carrière j'avais tendance à banaliser les benzos. Pour moi c'était un médicament comme un antalgique, une classe thérapeutique que je prescrivais comme n'importe quelle autre classe thérapeutique. Et ça, ça a évolué. Déjà j'ai eu plusieurs épisodes de surdosage ici [NB : en centre de rééducation] chez le sujet âgé, donc ça m'a appris à être un peu plus vigilant avec cette molécule ».

M5 : « dans mon expérience du Centre Anti poison, c'était le premier médicament qui était pris dans les IMV [...] il faut dire qu'avec le centre anti-poison ça m'a été diabolisé et moi je ne voyais que les mauvais côtés ! »

3.1.3.3 L'expérience personnelle

La justification du choix d'une molécule s'expliquait aussi par une expérimentation des effets de la molécule sur le médecin lui-même

M6 : « je vais avoir tendance aussi à prescrire des choses que j'ai déjà essayées pour moi au moment où j'ai eu besoin de me détendre et me mettre sous benzos, vu que j'ai déjà essayé je sais l'effet que ça fait. »

M7 : « Enfin même pour moi, une fois je n'arrivais pas à dormir, machinalement j'ai essayé de prendre du Lexomil, en plus c'est pratique c'est sécable, tu le coupes en quatre. Et puis pour l'avion, je prends un quart de Lexomil, ça va le permettre de faire passer le trajet. Tu vois, c'est pas du Loxapac, ou de l'Haldol, tu restes quand même bien. »

3.1.4 La représentation de son rôle en CMHE

3.1.4.1 Un devoir vis-à-vis du médecin traitant

Recevoir le patient d'un confrère médecin indisponible (pour diverses raisons) était exprimé comme un devoir pour les médecins exerçant en CMHE :

M2 : « *Le patient qui est en rupture de traitement, qui n'arrive pas à joindre son médecin traitant. Et qui demande à ce qu'on lui renouvelle son traitement. A partir de là, je lui dis « vous avez un problème aigu il faut que je vous dépanne, parce que votre médecin traitant n'est pas joignable, parce qu'il est en vacances, que vous avez un problème de conjoncture qui fait que vous avez besoin d'être dépanné, donc je suis là je vous dépanne ».* »

- Ils essaient habituellement de ne pas interrompre ou interférer dans la prise en charge du médecin traitant :

M1 : « *le traitement a été instauré par son médecin généraliste. Dans ce cas-là c'est compliqué de lui dire de s'arrêter* ».

M11 : « *Quand c'est le week-end, j'ai l'impression d'être là pour dépanner. Il n'y a pas de problème avec le médecin traitant. En semaine, ça me dérange un peu parce que c'est son travail à lui de faire ça, et j'ai l'impression de lui couper l'herbe sous le pied pour son suivi.* » [...] « *Etant donné que c'est un cadre d'urgence, c'est normal qu'ils passent par nous si le médecin traitant est pas là. Nous dans le quartier il n'y a plus de médecin traitant quasiment.* »

- Le rôle de dépannage permet de prévenir les risques liés à une interruption brutale du traitement

M3 : « *Après on en a certains qui sont suivis chez nous, soit parce que leur médecin traitant est parti à la retraite, soit parce qu'il n'est jamais disponible* » [...] « *quand un patient vient te voir pour un renouvellement de benzo qu'ils ont depuis des années, c'est parce que la plupart du temps le médecin traitant n'est pas là. C'est compliqué pour nous de dire qu'on ne peut pas le faire... t'as quand même un risque de sevrage si tu ne lui prescrites pas, et derrière ça serait le médecin traitant qui serait embêté à cause de ça...* »

3.1.4.2 Primo-prescriptions de courte durée

Dans ce rôle de « dépannage », la durée de prescription des benzodiazépines était évoquée comme étant brève.

M2 : « *je pense que l'attitude idéale c'est de limiter une semaine.* »

M3 : « on essaie toujours de faire des durées courtes. Enfin ça, ça concerne les primo-prescriptions. Genre le patient qui vient pour un cas d'anxiété aigue. On va lui prescrire, mettons entre 7 et 14 jours de traitement avec une benzo. »

M6 : « je leur prescris pour une petite semaine »

Certains étaient même plus catégoriques :

M11 : « Je n'instaure pas de traitement hypnotique. »

3.1.4.3 Le renouvellement

Le renouvellement d'une benzodiazépine est une situation vue comme fréquente par certains.

M6 : « déjà une qui est très courante c'est le renouvellement. »

Et juste ponctuelle ou rare par d'autres.

M5 : « il y a le cas du renouvellement. Mmmh. Ça c'est vraiment ponctuel aussi. Ça reste rare. [...] j'en suis quand même peu ou c'est du renouvellement vraiment. »

Dans tous les cas, il se fait sous certaines conditions.

3.1.4.3.1 Après réévaluation

- clinique

M11 : « Déjà l'efficacité, est-ce que ça lève les angoisses, est-ce qu'il arrive à dormir. »

M8 : « je refais un peu le point sur comment ils vont, comment ils se sentent, est-ce qu'ils mangent bien, est-ce qu'ils dorment bien ? [...] Ça c'est les questions que je fais systématiquement. »

- du contexte anxiogène

M12 : « « Est-ce qu'ils sont sortis de la phase séparation dans le couple, conflit au travail etc. S'ils sont sortis de là ça veut dire que tu peux envisager une diminution progressive, jamais brutale. Par contre si le conflit est toujours présent, il y a très peu de raison d'envisager un arrêt. »

- en vérifiant l'absence d'effets secondaires

M11 : « Ensuite la tolérance, est-ce qu'il n'a pas l'impression d'avoir des troubles de l'attention, de la fatigue permanente, s'il n'est pas trop plombé. Et les pertes de mémoire. »

M3 : « je lui pose la question de savoir si le médicament lui va, s'il n'y a pas trop d'effets secondaires du type somnolence ou pertes de mémoire. »

- en refaisant l'historique de la prescription

M4 : « *si le patient vient pour un problème de cheville et qu'à la fin et à la fin on me dit « au fait remettez-moi un peu de Lexomil parce que ça ne va pas trop », je vais reposer des questions du style : « vous en prenez depuis quand ? » »*

3.1.4.3.2 De courte durée

Tout comme dans les cas de première prescription de benzodiazépines, le renouvellement est pour une courte durée.

M2 : « *prescription de courte durée, une petite semaine, 10 jours, [...] laisser réévaluer la nécessité de poursuivre sur un plus long terme [...] la permanence n'est pas le lieu pour renouveler ce traitement sur le long terme »*

M5 : « *Ça sera de toute façon une prescription courte et souvent une petite boîte. »*

3.1.4.3.3 Doit rester exceptionnel

M2 : « *il faut que ça reste exceptionnel [...] Elle se présente une 2^e fois, je ne lui fais pas. »*

3.1.4.3.4 Concerne le médecin traitant

Le patient est systématiquement renvoyé vers son médecin habituel.

M11 : « *il n'y a plus de médecin traitant quasiment. Mais pour ceux qui en ont un, j'insiste sur le fait que ça sera à lui de faire le suivi. »*

M2 : « *la permanence n'est pas le lieu pour renouveler ce traitement. [...] Ce n'est pas notre mission. Ça relève de la mission du médecin traitant. »*

3.1.4.3.5 Concerne les patients connus du cabinet

M11 : « *J'en prescris surtout dans les cas de renouvellements de patients connus. »*

3.1.4.3.6 Pas d'augmentation de posologie

M1 : « *Mais je ne prescris jamais plus que ce que peuvent prescrire les psychiatres. [...] Je ne vais jamais prescrire plus que la prescription antérieure. [...] si un traitement antérieur était surdosé, je vais changer la prescription, en mettant moins ou pareil. Je n'irais jamais au-delà des posologies que je connais pour ces benzo. [...] si ce sont des posologies qui me semblent élevées mais faites par un psychiatre, je ne vais pas me prétendre meilleur que le psy et faire un renouvellement. »*

M8 : « *J'ai un peu les mêmes médicaments que je prescris aux différents patients que je vois, et si je vois qu'il en faut plus, ou d'autres, je dis au patient « c'est plus de mon ressort. »*

3.1.4.3.7 Renouveler pour dépanner

M11 : « *Pour le dépannage, oui, mais pas pour le suivi. »*

3.1.5 Le rapport à la psychiatrie

3.1.5.1 La représentation des benzodiazépines par le médecin

3.1.5.1.1 L'ancrage culturel des benzodiazépines

Au-delà de la vision médicale et physiologique pure du médicament, il y a une vision inhérente à la société, dont fait partie le prescripteur :

M12 : « *je préfère que quelqu'un prenne un quart de Lexomil ou un Xanax plutôt que de s'enfiler une demi-bouteille de whisky [...] c'est mieux vu de prendre un quart de Lexomil que de s'enfiler une demi-bouteille de whisky. C'est culturel. L'alcool c'est pour les alcooliques. Les benzos c'est pour les anxieux. C'est moins connoté péjorativement. »*

3.1.5.1.2 L'engagement de la responsabilité

Nous avons relevé une conscience de la part des médecins de la responsabilité dans la prescription de ce type de médicament :

M10 : « *Je ne veux pas engager ma responsabilité sur ce genre de chose. »*

M6 : « *on a quand même une responsabilité ! »*

3.1.5.1.3 La banalisation de la prescription

D'autres par contre banalisaient ou estimaient qu'il y avait une banalisation de la prescription :

M10 : « *est-ce que tu ne prescrites pas quelque chose pour dire « tu as un problème, je t'ai donné une réponse, tu en fais ce que tu en veux après. » C'est une solution effectivement. »*

M6 : « *c'est vrai que je me dédouane un peu de la responsabilité de la prescription de benzos par le fait que quelqu'un d'autre l'ait prescrit avant moi. [...] On represcrit et on ne réévalue pas. »*

M7 : « *Bah toi t'es pas fier de toi ! Autant il t'a mitonné, j'ai fait ça parce que c'était facile, parce qu'il allait me faire perdre mon temps. »*

M8 : « *des fois le médecin qui répond juste à la demande comme ça, moi je pense que c'est plutôt ça le problème de fond. »*

M9 : « *Justement parce qu'il y a une banalisation complète de toutes les prescriptions et de celle-là aussi. En France il y a une banalisation de la consommation d'hypnotiques hallucinante. [...] Ça a été*

beaucoup la faute des médecins je pense, qui l'ont beaucoup trop prescrit à la base, il n'y a pas une personne âgée en France qui n'a pas son Stilnox ou son Imovane ou son Temesta ! On l'a tellement prescrit qu'aujourd'hui pour tout le monde c'est normal d'avoir du Temesta à un certain âge ! Ce n'est même pas envisageable de dormir sans Temesta après 75 ans... »

3.1.5.1.4 Le médecin se sent surveillé

Il y a une influence de la sécurité sociale sur les prescriptions du médecin qui se sent surveillé dans ses prescriptions :

M1 : *« je pense qu'ils ont plus de regard sur mes prescriptions, je suis plus « visible » »*

3.1.5.1.5 Les alternatives thérapeutiques

Certains utilisaient l'homéopathie :

M10 : *« Du style homéopathie, moi je prescris pas mal de Passiflore Composé. [...] Soit par l'Atarax, homéopathie ou Euphytose. »*

Or, lors d'une démarche de substitution en benzodiazépines, le médecin était confronté au manque d'alternatives thérapeutiques.

Enquêteur : *« Est-ce que tu arrives à taper dans d'autres alternatives ? »*

M9 : *« Oui mais il n'y en a pas tellement. Peut-être je n'en connais pas tellement aussi... »*

3.1.5.1.6 La perception variable de la complexité de prescription

M1 : *« s'il vient uniquement pour le renouvellement d'une BZD, je t'avoue que ça va être juste un renouvellement classique. »*

M7 : *« Autant il t'a mitonné, j'ai fait ça parce que c'était facile, parce qu'il allait me faire perdre mon temps. »*

3.1.5.2 La formation psychiatrique du médecin

Lorsque les médecins ont été interrogés sur leur formation psychiatrique, leur avis va dans le sens d'un défaut de formation et de la relégation de la psychiatrie au second plan :

M4 : *« Après on n'a pas de formation par des pysy parce que ce n'est pas notre cœur de métier ! On est obligés d'être formés sur des trucs bien plus importants en risque, en enjeu et en fréquence de motifs de consultation. »*

M3 : *« [Concernant la formation] Très succincte... et c'est un euphémisme. En fait mis à part les cours de l'externat, c'est tout ce qu'on a. »*

M7 : *« Tu penses quoi de la formation des médecins généralistes à la prescription de benzos ? »*

E : « Nulle. Zéro. »

Malgré cela, ils pensaient également que la pratique reste essentielle face à la théorie.

M12 : « c'est le terrain qui va te former. »

M4 : « il faudrait plus de formation quand on exerce, parce que le théorique tu l'oublies. C'est vraiment une fois qu'on est sur le terrain. Est-ce qu'il vaut mieux lui mettre de l'Imovane ou du Noctamide selon le profil. »

M6 : « Parce que déjà ça me fait avancer dans ma prescription de benzodiazépines, le fait que je leur ai prescrit un certain truc et qu'ils me disent ce qu'ils ont ressenti. Parce que si ça les a trop cassés, si ça leur a fait du bien, si ça leur a servi à rien, enfin tout ce que ça a pu leur faire, comme ça après j'avance, et il y aura des benzos que peut-être je ne pourrais plus prescrire. »

M8 : « Mes connaissances sont surtout basées sur les retours des patients en fait. [...] Je vais dire, c'est vraiment l'expérience hein. Beaucoup plus que ce qu'on a appris qui est très théorique finalement. La psychiatrie c'est vraiment du ressenti avec le patient. Et tant qu'on n'a pas été confronté à des prescriptions, des renouvellements ou autres, la connaissance elle en est très vague. »

3.1.5.2.1 Le manque de connaissances sur les benzodiazépines

- Des connaissances trop généralistes

Les médecins ont déploré leur manque de connaissances approfondies sur les benzodiazépines :

M4 : « Moi j'aimerais savoir plus ce qu'il faudrait prescrire mais en finesse, pas les quelques molécules qu'on a bien voulu nous montrer pendant nos stages à l'hôpital. [...] de ne pas savoir laquelle serait la plus adaptée pour le patient, on n'est pas psychiatres, je ne suis pas spécialiste de ça. »

M7 : « la problématique c'est « qu'est-ce qui va être bon pour les insomnies aiguës sur une courte période entre le Lexomil, le Valium... » »

M3 : « Y a zéro finesse de prescription... »

- Méconnaissance de la pharmacologie des benzodiazépines

M6 : « je leur prescris des benzos que je pense légères. Je ne suis pas pharmaco donc j'ai pas ces connaissances. » [...] « Je n'ai pas bien étudié la question pour être sûr de moi... » [...] « les benzos il y en a pléthore. En choisir une parmi tant d'autres... »

M4 : « Les posologies de ne pas être certaine qu'elles soient bien adaptées. »

- Méconnaissance des équivalences posologiques entre les molécules

Un des problèmes liés à la prescription concernait le changement d'une molécule pour une autre :

M4 : « Et par exemple, un problème : maintenant que le Stilnox est sur ordonnance sécurisée : est-ce que le Noctamide va lui convenir ? »

3.1.5.2.2 La formation en 2^e cycle

- Défaut d'enseignement thérapeutique

M3 : « d'autant que nos connaissances thérapeutiques sont limitées quand on arrive en 1^e année. D'ailleurs ça je trouve que c'est pas normal. Les traitements ne sont pas au programme de l'internat alors que c'est la première chose dont on a besoin quand on arrive en tant qu'interne ! »

- Enseignement spécialisé et non adapté à la pratique de la médecine générale

M7 : « Quand tu vois nos cours sur la psychiatrie c'est vraiment pour des grosses pathologies ! Alors que pour les prescriptions de benzos... [...] dans tes cours tu as la schizophrénie / la bouffée délirante aiguë / les troubles psychotiques / les dépressions / mélancolies... Mais par contre le cours sur le gars qui est pas bien et qui a besoin de benzos 15 jours dans sa vie on n'a pas les cours pour ça. [...] Et pourtant j'ai fait des stages d'externe en psychiatrie... Mais c'était des patients genre très lourds ! Sur des problèmes chroniques avec des hospit' et tout, dans des secteurs fermés... Non je trouve qu'on n'a pas de formation. »

M9 : « Je suis passé en plus en hospitalisation où les médicaments sont prescrits « à la tonne et demi » ... Ça ne correspond pas à ce qu'on fait en médecine... »

3.1.5.2.3 La formation en 3^e cycle

Certains médecins ont déploré le manque de formation pratique pendant l'internat :

M4 : « ça ne me met pas très à l'aise ! Après je n'ai pas fait de stage en psychiatrie en étant interne.... On n'est pas hyper formés à ça à l'hôpital. Pendant l'internat on est essentiellement à l'hôpital et on n'est pas formé à cette finesse de prescription-là, on est rapidement sur le terrain. »

M6 : « En fait tout ce qui est psychiatrie on a une formation qui est quand même limite. On a une formation à la fac quand on est en 2^e cycle, mais pendant l'internat c'est le vague ! »

Certains ont même estimé que leur formation était déconnectée de la réalité du terrain, voire dangereuse :

M10 : « le peu de formation que j'ai eu n'a jamais été d'aucune utilité. Je pense même qu'elles allaient à l'encontre de la bonne utilisation des médicaments ! C'était des gens qui avaient une cinquantaine-soixantaine d'années et qui en guise de cours te racontaient leurs histoires de guerre et qui étaient pas connectés avec la réalité. »

3.1.5.2.4 L'apport du maître de stage

Le stage ambulatoire en médecine générale a permis néanmoins aux médecins de s'améliorer dans leur pratique psychiatrique générale.

M10 : « *La seule formation qui m'a été vraiment utile je trouve, c'est parce que j'ai eu la chance d'avoir un maître de stage qui était très bon...* »

M4 : « *il y a bien le stage chez le prat mais c'est très court.* »

M7 : « *A part par la pratique de ce stage chez le prat, tu n'as pas ce ressenti...* »

3.1.5.2.5 La formation médicale continue

Concernant la FMC, ont été évoqués également :

- le manque de mise à jour des connaissances sur les benzodiazépines :

M4 : « *De pas être spécialement formée sur des nouvelles molécules.* »

- L'apport du travail avec des psychiatres

M6 : « *Quand on a eu un contact avec des psychiatres qui nous disent « mets plutôt ça ou ça », c'est une chance !* »

Enquêteur : « *Ça a été quoi l'apport de travailler avec des psychiatres ?* »

M12 : « *Ils m'ont appris l'utilisation des médicaments. J'ai appris pas mal de choses.* »

M10 : « *Je travaillais avec un psychiatre qui aimait bien qu'on travaille avec du Lysanxia ou du Xanax, pas d'autres benzos. [...] C'est un peu comme si j'avais pris conseil auprès d'un expert !* »

- L'utilité des fiches de la HAS

M10 : « *Alors peut-être que ça existe et que c'est peut-être moi qui ne sait pas chercher. Je trouve que la HAS fait des fiches sur certaines pathologies – prise en charge du diabète, prise en charge de l'hypertension artérielle – qui sont vraiment pas mal. Je pense qu'il faudrait qu'il y ait des fiches pour plein de choses.* »

3.1.5.3 L'intérêt pour la psychiatrie

Dans les entretiens effectués arrivait régulièrement le moment où le sujet exprimait son intérêt ou non pour la psychiatrie.

M12 : « *ton affinité avec la psychiatrie ?* »

I : « *C'est pas ce que je préfère.* »

M7 : « Tu vois les psys c'est un réel problème ! [...] en plus c'est inintéressant... [...] Ah mais ça me dégoûte ! »

M8 : « Après tu peux avoir un attrait... moi je suis très « coaching » de la vie de tous les jours. Je suis le bien-être du patient. Voilà moi c'est ma vision du métier. »

Cet intérêt était également mis en parallèle avec le temps accordé au patient :

M6 : « j'ai déjà eu des consultations de 45 min, avec le monde qui attend, et je prends les 45 min bah pour essayer de voir. »

M10 : « A mon avis si on veut diminuer la consommation de benzodiazépines en France, il faut augmenter le temps d'écoute qu'on attribue au patient. »

3.1.5.4 L'aisance dans la pratique psychiatrique

Certains médecins ont avoué ne pas se sentir à l'aise dans les consultations psychiatriques :

M9 : « j'essaie de les [les benzodiazépines] limiter. Pas dans le sens où je suis à l'aise en en donnant et que j'ai une maîtrise du truc. La seule maîtrise que j'ai, c'est d'essayer d'en prescrire à bon escient. [...] C'est pas facile car moi déjà je ne suis jamais à l'aise avec la psychiatrie. »

3.1.6 Un sentiment de fatalité de prescription

L'inéluctabilité de la prescription semblait jouer un rôle dans la décision de prescrire, et diverses raisons étaient données :

3.1.6.1 La nécessité d'aider le patient

M2 : « Le patient qui est en rupture de traitement, qui n'arrive pas à joindre son médecin traitant. »

M4 : « Je pense que c'est inévitable [de prescrire] [...] ce sont des patients avec des pathologies psychiatriques, type bipolaire etc., et qui n'ont pas le choix. »

M11 : « Une espèce de pression sur de l'attendrissement du style « si vous ne le faites pas, comment je vais faire ? »

3.1.6.2 La crainte des demandes itératives

M3 : « on a des patients chez qui on renouvelle le traitement, depuis des mois et de mois... je sais pas trop quoi te dire par rapport à ça, normalement les benzos c'est pas plus d'un mois il me semble non ? Qu'est-ce que tu veux faire avec ces patients.... [...] si tu commences à lui dire que tu vas arrêter, il va se passer quoi derrière ? Elle ne va plus dormir et elle reviendra te voir parce qu'elle ne dort plus. »

3.1.6.3 Car un autre médecin finira par prescrire la benzodiazépine

M1 : « *Je pars du principe que si je refuse il y aura toujours un médecin qui pourra accepter [...] si je refuse il finira par aller dans une autre permanence. »*

3.1.6.4 Car aucune alternative thérapeutique immédiate

M7 : « *Et parfois tu sais que ce que tu fais c'est pas bien, parce que ça se voit que le mec est toxico, mais tu ne sais pas comment faire autrement ! »*

3.1.7 La personnalité du médecin

Les entretiens ont permis de mettre en avant différentes personnalités, toutes ayant une conséquence sur la prescription :

3.1.7.1 L'empathie

M1 : « *Si je vois qu'ils jouent tous le jeu et qu'ils sont stricts j'aurais tendance à respecter, mais c'est vrai que ça m'arrive et je le note dans le dossier du patient que je peux faire exception et prescrire quelques jours ou bien s'il me dit qu'il a perdu son ordonnance. Même si je n'y crois pas forcément, mais je lui laisse le bénéfice du doute et une chance, en disant que c'est la seule fois et que ça ne se reproduira pas. »*

M2 : « *Le patient qui est en rupture de traitement, qui n'arrive pas à joindre son médecin traitant. Et qui demande à ce qu'on lui renouvelle son traitement. [...] ça je réponds volontiers car je ne vais pas le laisser. »*

M5 : « *tu te rends compte que le patient est de bonne foi et il te dit « là j'étais pas bien » et il y a les arguments qui font que ça sera de toute façon une prescription courte. »*

M7 : « *T'es là tu te dis : « bon lui OK c'est peut-être un toxico » mais tu vois qu'il est en détresse.»*

3.1.7.2 L'humanité

M8 : « *Par exemple sur certains sujets comme le travail ou à la maison. Et j'essaie de leur apporter une petite ouverture. Voilà en leur donnant des conseils. Je ne suis pas psychiatre ; c'est ce que j'essaie de leur expliquer c'est que je ne suis pas psychiatre. Mon avis ça ne sera que mon avis personnel et je vais plutôt leur donner des conseils pour la vie de tous les jours. Mais moi je n'interprète pas ça comme des conseils de médecins mais des conseils humains. »*

3.1.7.3 La patience

M4 : « *c'est une consultation longue. Ce n'est pas un problème, et ce n'est pas quelque chose que tu vas expédier. »*

M6 : « *j'ai déjà eu des consultations de 45 min, avec le monde qui attend, et je prends les 45 min bah pour essayer de voir. »*

3.1.7.4 L'intégrité du médecin dans son devoir médical

M10 : « *Ça voudrait dire que soit il y a une surconsommation de benzodiazépines, soit il en fait autre chose que de la consommation personnelle. Moi je ne veux pas être associé à ce type de pratique. Moi je suis médecin, je suis là pour aider médicalement mon patient. »*

M3 : « *Après si on veut être bien dans ses bottes et se dire qu'on n'a pas... comment dire... été délétère vis-à-vis du patient, bah il faut se dire qu'à un moment c'est important que le patient comprenne que c'est dans son intérêt. »*

M8 : « *Notre rôle c'est de soulager le patient, et pas répondre à une attitude de consommation qui va être trop importante. Moi mon but en tant que médecin c'est que mon patient soit bien, se sente bien, et du coup s'il y a une surconsommation je pense que ça ne sera pas la solution au problème. »*

3.1.7.5 Le médecin intraitable face à l'insistance du patient

M2 : « *ce n'est pas parce qu'elle va zapper de médecin en médecin qu'elle va pouvoir bénéficier systématiquement ! »*

M5 : « *tu es le énième qu'il vient consulter et du coup il repart sans rien. Et je n'ai aucun scrupule ! »*

M8 : « *quand ils sont en surconsommation de benzos et que je leur explique que je vais pas pouvoir le faire parce que c'est trop tôt ou que j'ai vérifié sur l'ordinateur et qu'ils les ont pris cinq jours avant et bien ma réaction va être assez ferme, et du coup ça se passe bien, ils vont pas aller insister, ils savent que l'on a des outils pour aller vérifier leur consommation. Et du coup ils disent « bon ah d'accord » »*

3.1.7.6 L'intérêt pour l'argent

M7 : « *Parce qu'il te prend du temps, t'as la pression, mine de rien voilà ! [il me fait un signe avec ses mains pour mimer de l'argent], il y a le côté financier. »*

3.1.7.7 Le souci d'économie de santé publique

M1 : « *Donc je me dis que si je refuse il finira par aller dans une autre permanence quitte à faire toutes les permanences de Marseille et il finira à un moment ou à un autre par obtenir «sa dose » quoi. On va dire que je fais faire des économies pour la sécu et ça évite qu'il fasse 4 médecins pour une ordonnance. »*

3.1.7.8 Le médecin conscient de ses limites

M8 : « Mais par contre je ne pense pas avoir les compétences pour interpréter leurs problèmes et leur donner les moyens de se débarrasser de leurs problèmes. »

M12 : « Disons qu'il faut savoir nos limites. Je pense que je n'ai pas assez la présence sur le terrain pour assurer ce genre de choses. Là il faut que je passe la main. »

3.1.8 Les craintes du médecin

3.1.8.1 Crainte d'attirer les toxicomanes

M11 : « ils se passent le mot comme quoi chez nous on prescrit des médicaments toxiques et ça peut devenir le supermarché de ce genre de molécules. »

3.1.8.2 Crainte de la chronicité du traitement

M6 : « c'est quand même lourd un traitement de benzos ! on sait qu'il y a des patients qui se retrouvent avec des traitements comme ça pendant des années. »

3.1.8.3 Crainte du patient suicidaire

M4 : « on vérifie qu'il ne soit pas suicidaire, ou que ça ne soit pas pour faire une IMV. »

3.1.8.4 Crainte de la réaction du patient face à un refus

M4 : « Si c'est comme pour n'importe quelle demande, si tu ne lui prescrites pas, la consultation devient plus... [elle hésite] enfin moi ça ne me fait pas peur, il y a des choses que je refuse mais ça devient plus tendu, tu lui expliques que tu ne peux pas, mais c'est sûr que la consultation devient plus tendue. »

M8 : « Et une fois qu'elle est partie je me suis imaginé des scénarios un peu noirs ! En me disant « Et si elle revenait, et pas seule ? Avec quelqu'un qui pourrait me faire peur, ou me menacer ? » »

3.1.8.5 Les risques liés à la molécule

Les effets secondaires de la molécule faisaient partie des préoccupations du médecin dans le calcul de la balance bénéfice-risques :

3.1.8.5.1 Le risque de dépendance

M11 : « Je trouve que les gens ont du mal à s'en séparer. »

3.1.8.5.2 Le risque de somnolence et bradypsychie

M4 : « Qui est somnolente en journée, que je trouve ralentie. »

3.1.8.5.3 Le risque de surdosage

M12 : « *Si je vois quelqu'un qui manifestement en prend trop, je vais réduire par exemple en lui prescrivant de l'Atarax.* »

M2 : « *est-ce qu'elle ne va pas cumuler un peu ses boîtes, les stocker et faire n'importe quoi avec ?* »

M8 : « *Ma crainte, ça serait que le patient en consomme trop et qu'il fasse des surdosages de benzodiazépines.* »

3.1.8.5.4 Le risque de syndrome de sevrage

M3 : « *t'as quand même un risque de sevrage si tu ne lui prescris pas.* »

3.1.8.5.5 Le risque de chutes de la personne âgée

M4 : « *ou qui a présenté des chutes* »

3.1.8.5.6 Les troubles de la mémorisation

M12 : « *Si je vois que c'est quelqu'un qui est jeune, étudiant, je peux refuser parce que ce n'est pas bon pour la mémoire.* »

3.1.8.5.7 La variabilité interindividuelle

M11 : « *Après il y a une telle disparité sur la tolérance et les effets des benzos que ça sera toujours compliqué. C'est pas comme un antibiotique où tu as une dose quasiment unique en fonction de pathologie, tu as peu de chance de te tromper. Là il faut vraiment être prudent.* »

M4 : « *Difficile de prévoir l'effet que ça va faire, la tolérance... difficile de prévoir ça...* »

3.1.9 La prescription sous contrainte

Certaines situations évoquées par les médecins interrogés mettaient en avant les pressions que celui-ci pouvait ressentir :

3.1.9.1 La pression de la salle d'attente

Pour beaucoup d'entre eux, la pression de la salle d'attente a un impact direct sur la qualité de leur prescription :

M11 : « *souvent couplée à la pression de la salle d'attente qui fait que je ne peux pas me permettre de négocier trop longtemps.* »

M12 : « *L'écoute est moins bonne quand la salle d'attente est blindée. Moi je pense que le temps disponible et l'écoute ils suivent une courbe parallèle. [...] Même si tu as une bonne qualité d'écoute mais que tu n'as pas le temps, tu ne peux pas la mettre en œuvre !* »

M4 : « *on prendra plus le temps histoire que ça ne soit pas à un moment donné où je suis surbookée et que je sais que je vais le négliger.* »

M6 : « A la permanence c'est compliqué de faire des consultations de 20 minutes quand on a beaucoup de monde derrière. Parce qu'on n'a pas beaucoup de temps. Parce que vu qu'il y a de moins en moins de médecins il y a de plus en plus de monde et il y a une pression de la salle d'attente. »

M7 : « il y a l'attente des gens ! Et tu te dis « bon bah je vais le faire ! Une semaine je vais limiter la casse mais au moins je serais débarrassé de ce gars quoi. » »

M8 : « Quand il y a des médecins qui sont surbookés, j'imagine que du coup le renouvellement hop ! Automatique, sans suivi, c'est une consultation qui va vite « et de toute manière qu'est-ce que je vais faire pour ce patient moi ? Je ne vais pas lui changer sa vie ! » »

Pour d'autres, les patients venant en CMHE sont plus tolérants vis-à-vis de l'attente étant donné que les consultations sont uniquement sans rendez-vous, et par conséquent, peu d'impact sur la qualité de la consultation :

M10 : « Nous on est sans rendez-vous. Les gens savent qu'ils vont attendre. Ce n'est pas pareil. »

3.1.9.2 La pression du patient

Le patient était également évoqué comme essayant d'influencer le médecin dans son choix de prescrire ou non :

3.1.9.2.1 En comparant avec une prise en charge antérieure

M1 : « patient qui va revenir et dire « moi on me l'a refait alors que j'étais en dehors des dates. » »

M6 : « Je leur dis que je ne le fais pas, eux ils me disent « les autres le font » »

M7 : « Après ils arrivent en disant « oui mon médecin me le prescrit pour un mois ». »

M3 : « Si en plus on leur délivre depuis des mois et que jamais personne n'a rien dit, t'es un peu vu comme le fauteur de trouble ! Limite c'est toi qui abuse ! »

3.1.9.2.2 Par agressivité

M11 : « Dans les cas des patients agressifs, je ne suis pas là pour me mettre en danger ! Mais heureusement cela n'arrive que très rarement. »

M3 : « Et puis des fois y a des excités, qui pensent que c'est un dû. »

3.1.9.2.3 La pression sentimentale

M7 : « Il te raconte une histoire c'est largement plausible et t'es là, il te quémande presque en te suppliant, moi je dis « non non je ne peux pas », le mec te dit « s'il vous plaît, moi je vais faire comment ? »

3.2 Le patient

3.2.1 Le profil du patient

3.2.1.1 Le patient addict

Les caractéristiques des benzodiazépines impliquent une dépendance lorsque la consommation se chronicise, et modifie ainsi le comportement du patient. Le cadre de prescription est particulier à ce type de molécule psychotrope.

3.2.1.1.1 La dépendance

M1 : *« ce sont souvent des gens qui sont dans le besoin et sont drogués, dépendants. »*

M3 : *« qui avaient des consommations hallucinantes, de l'ordre de plusieurs boîtes par jour ! »*

M6 : *« je trouve que ce sont des grosses prescriptions, un peu graves même si ce n'est pas le terme, des prescriptions sérieuses, c'est addictogène et il y a des gens qui se retrouvent avec ça pendant des années et des années et on a du mal à le faire décrocher. »*

3.2.1.1.2 Un patient en souffrance

M1 : *« Et de manière générale c'est un traitement dont les indications font que ce sont souvent des gens en souffrance morale, ce qui fait que la prescription est toujours particulière. »*

3.2.1.1.3 L'obtention par tous les moyens

M1 : *« Le problème de la personne dépendante, c'est que par tous les moyens elle va essayer d'obtenir sa dose [...] quitte à faire toutes les permanences de Marseille [...] il finira à un moment ou à un autre par obtenir « sa dose » [...] un patient peut aller voir n'importe quel médecin autant de fois qu'il veut pour se faire prescrire son traitement. »*

M10 : *« Mais je les avertis que c'est la dernière fois qu'on leur prescrit. Ça vaut ce que ça vaut mais c'est pour éviter qu'ils ne reviennent. Bon ils reviennent quand même souvent... »*

M2 : *« Elle va zapper de médecin en médecin. »*

M4 : *« Il y a des gens qui vont voir plusieurs médecins pour se faire prescrire des benzodiazépines. »*

M5 : *« tu es le énième qu'il vient consulter. »*

M7 : *« Le mec il commence à gueuler, toi de ton côté tu vois que la salle d'attente elle se remplit, tu te dis : « bah je vais faire une cure courte de prescription, je cède un peu comme ça il va me lâcher la grappe, je vais avancer un peu parce que sinon je vais pas m'en sortir. » »*

3.2.1.1.3.1 En demandant aux différents médecins du centre

M10 : *« c'est pour éviter qu'ils ne reviennent. [...] Ou qu'ils essaient de voir un collègue. »*

M2 : *« vous avez profité de mon absence pour voir ma collègue et le lui demander, elle vous l'a faite elle aussi. »*

M3 : *« Tu en as qui regardent le planning et qui essaient de changer de médecin à chaque fois. »*

3.2.1.1.3.2 Par manipulation des médecins

M1 : « *il faut faire attention que ça ne soit pas quelqu'un de manipulateur. »*

M10 : « *En fait ce n'est pas toi qui est bienveillant, c'est eux qui le sont envers toi. Ils essaient de te mettre en confiance pour que tu accèdes à leur demande. »*

M11 : « *J'avais l'impression d'avoir une relation de confiance, le patient était manipulateur, je l'ai su quand la pharmacie a appelé pour dire qu'il y avait un doute sur une grosse consommation. »*

M3 : « *ça change de discours, ça prend par les sentiments. Ou bien il essaie de copiner un peu pour baisser ta garde ensuite... »*

3.2.1.1.3.3 En mentant

M3 : « *c'est difficile de savoir si c'est parce qu'ils en veulent plus, si c'est vraiment leur traitement. »*

M4 : « *mais on en a un de patient qui vient pour ce genre de chose, qui tourne, qui se présente avec une idée différente. »*

M5 : « *dès que je sens qu'il essaie de m'entuber [...] C'est un bon élément qui permet de voir des fois que le patient est allé il y a 15 jours à la pharmacie et qu'il te redemande déjà. Et là tu te dis non. Et là je le mets devant le fait accompli... [...] Là je vois que vous avez eu une boîte il y a pas longtemps, pourquoi, qu'est-ce qu'il s'est passé ? [...] Soit tu vois que le patient n'est vraiment pas de bonne foi. »*

M7 : « *Souvent ils ont pas l'ordo ! Donc autant il te mitonne de A à Z, et puis après il te demande des paquets. »*

3.2.1.1.3.4 En usurpant une identité

M3 : « *des gars qui faisaient le tour des médecins, avec différentes cartes vitales... »*

M4 : « *qu'il est venu avec différentes cartes vitales, il veut ceci cela... »*

3.2.1.2 Le patient dealer

Le trafic de médicaments était évoqué de manière régulière par les différents médecins interrogés. La connaissance d'un commerce de revente médicamenteuse entraîne une augmentation de la vigilance avant prescription :

M1 : « *Il y a beaucoup d'abus, de trafics de médicaments, et le Stilnox en fait partie. »*

M10 : « *Ça voudrait dire que soit il y a une surconsommation de benzodiazépines, soit il en fait autre chose que de la consommation personnelle. »*

M3 : « *ce genre de médocs sont revendus et alimentent un trafic [...] je dis pas que tous les patients qui viennent pour ce genre de médicaments sont là pour le trafic mais malheureusement on prescrit toujours en se demandant si ça ne va pas être dans ce but-là. »*

3.2.1.3 L'âge du patient

3.2.1.3.1 La problématique de la personne âgée

M11 : « *Par exemple la personne âgée – je ne sais pas si je réponds à la question – je fais attention, je mets des demi-doses.* »

M3 : « *y a le problème des personnes âgées aussi, chez qui on balance des tonnes de benzos et personne ne s'occupe des problèmes de démence.* »

M4 : « *La personne âgée surdosée ! [...] ou qui a présenté des chutes.* »

M6 : « *Le problème c'est qu'il y a l'effet placebo aussi et il y a des gens qui veulent leur comprimé pour dormir. Et particulièrement les personnes âgées. Les patients qui en ont depuis très longtemps c'est très compliqué de leur baisser parce qu'ils sont très accrochés à leur médicament.* »

3.2.1.3.2 La problématique de l'adolescent et du jeune adulte

Certains ont été fermes concernant la prescription pour cette catégorie de patients :

M11 : « *Le jeune je n'en mets pas.* »

D'autres ont exprimé leur réserve sur les risques d'une telle prescription

M4 : « *Ce qui me pose problème moi c'est les jeunes adultes ou un adolescent. [...] du coup tu ne te retrouves pas vraiment formé pour ça donc selon l'âge, si c'est ado/post-ado, c'est un peu délicat.* »

M12 : « *Alors bien sûr chez les jeunes je fais attention notamment à cause des effets indésirables, j'essaie de choisir des demi-vies très courtes. [...] Si je vois que c'est quelqu'un qui est jeune, étudiant, je peux refuser parce que c'est pas bon pour la mémoire.* »

M9 : « *L'âge des patients, leur dire « vous avez 20-25 ans, je vais pas commencer à vous prescrire ça aujourd'hui, parce que ça veut dire qu'à 40 ans vous aurez besoin de deux comprimés, à 50 ans il faudra une association de plusieurs molécules ».* »

3.2.1.4 Les antécédents du patient

Comme avant toute prescription médicamenteuse, le recueil des antécédents était nécessaire et pouvait déterminer le choix du médecin :

3.2.1.4.1 La chronicité des symptômes

M10 : « *Quand la situation est ancrée depuis longtemps, qu'ils ont refoulé ça depuis un bon moment, ça je sais très bien qu'un peu de benzos ne règlera pas la situation.* »

3.2.1.4.2 La polymédication

E : « *Quels sont les soucis face auxquels tu t'es déjà retrouvé en prescrivant des benzos ?* »

M7 : « *- Les patients qui arrivent en disant « je viens pour un renouvellement d'ordo », avec plein de médicaments. »*

M10 : « *Et puis quelqu'un qui n'est jamais venu et qui a une ordonnance avec des médicaments qui ne vont pas ensemble. Du genre du Lexomil avec du Tramadol parce qu'il a mal à l'épaule depuis 15 ans car un jour il a fait un faux mouvement et qu'il a toujours mal, mais qu'il a fait aucune exploration, il prend que ça parce qu'il a tout essayé... »*

3.2.1.4.3 Les contre-indications médicales

M11 : « *Après y a ceux chez qui il en faudrait mais pour qui je ne peux pas vraiment en prescrire, genre les insuffisants respiratoires. »*

3.2.1.5 L'apparence physique et le comportement du patient

L'impression visuelle et le ressenti en découlant ont été exprimés à plusieurs reprises comme étant déterminant dans la prescription.

M6 : « *le patient qui fait propre sur lui, qui arrive à m'expliquer qu'il prenait ceci ou cela, s'il y a un déroulement normal de la consultation si je lui dis « je vous en mets pour une semaine le temps qu'il revienne » et qu'il me dit « oui », et bien là j'ai aucun souci à le mettre. [...] Le patient [...] un peu perdu, un peu imprégné de benzos, ou d'alcool, plutôt consommateur excessif de benzodiazépines, que je ne le connais pas, j'ai un peu plus de mal à lui prescrire, voire je ne vais pas lui prescrire du tout, je vais lui dire « non ça ne sera pas ici ». » [...] le profil a son importance [...] elle présentait bien et je me suis fait avoir, elle avait une surconsommation et ça a fini avec une prescription. »*

M7 : « *bon y a un peu aussi le délit de faciès, enfin tu sens un peu les patients psys, surtout quand on commence un peu à avoir l'habitude enfin voilà quoi ! »*

M10 : « *qu'il y a un peu le délit de faciès. Je ne sais pas si c'est le bon terme. L'attitude du patient ! Ils ont tous la même attitude. Ils ne sont pas anxieux. Ils sont très sympas... ils te demandent « comment tu vas ? », ils essaient d'inverser la communication médicale. »*

3.2.1.6 Le profil socio-démographique

Selon certains des sujets, le profil socio-démographique du patient jouait un rôle dans leur prescription :

3.2.1.6.1 La détresse financière

La détresse financière a un impact sur la prise en charge et donc par conséquent sur la prescription.

M4 : « *ils trouvent qu'un psychologue c'est cher et ils veulent juste leur cacheton, et c'est ça qui est compliqué.* »

3.2.1.6.2 Une prescription liée à la géographie

M1 : « *On n'est pas dans les quartiers Nord mais il y a quand même une certaine population précaire qui vient au cabinet pour ce type d'ordonnance là.* »

3.2.1.6.3 Les patients SDF

M4 : « *les patients psychiatriques qui sont vraiment SDF et qui exagèrent.* »

3.2.2 Le rapport à la médecine

L'approche du patient vis-à-vis du monde médical aurait une influence sur la décision thérapeutique

3.2.2.1 La médecine comme un mode de consommation

Comme dans tous les domaines médicaux et hors-médecine, la société de consommation a modifié l'attitude des patients dans leurs rapports à la médecine :

M7 : « *les patients ne veulent pas attendre. Le relationnel ils s'en foutent. [...] ils veulent pas perdre leur temps, avoir un médecin dispo 24/24, et qui traite leur problème aigu dans la minute.* »

M3 : « *ils ont apprécié le fait de pouvoir être vus dans la journée, d'avoir eu un médecin dispo directement, ça répond à une demande en fait. De plus en plus de gens ont besoin d'un médecin comme dans tous les modes de consommation, avec la possibilité d'être vu directement sans trop attendre.* »

M10 : « *ils sont demandeurs de quelque chose qui fonctionne rapidement.* »

M2 : « *celui-là revient souvent pour avoir toujours des renouvellements de benzos ou veut absolument celui-là, vient avec sa liste et vient faire les courses.* »

3.2.2.2 La déresponsabilisation du patient et les règles hygiéno-diététiques

Tout comme nous avons vu que la prescription d'une benzodiazépine engage la responsabilité du médecin notamment par l'éventuelle survenue d'effets secondaires, la responsabilité du patient est engagée dans les causes de son insomnie.

M9 : « on est dans une société qui se déresponsabilise, et quand on essaie de faire une enquête hygiéno-diététique [...] souvent les gens n'assument pas leur comportement. Ils doivent dormir. S'ils ne dorment pas, c'est pas normal. Leur responsabilité ne peut pas être engagée. » [...] Mais leur responsabilité ne peut pas être engagée. Ils ont mal au bide : ça ne peut pas être les douze cafés qu'ils boivent ou le tabac qu'ils fument. C'est pas normal, il y a une maladie. »

3.2.2.3 Le nomadisme médical

L'errance médicale des patients implique une absence de suivi de tolérance et efficacité de ses molécules, ce qui est problématique pour certains médecins :

M1 : « il [le patient] vient pour un renouvellement, alors que le traitement a été instauré par son médecin généraliste. »

M2 : « qu'elle va zapper de médecin en médecin [...] si elle vient chez moi, c'est qu'elle peut aller ailleurs. »

M4 : « parmi les patients errant, nomadisme médical complet, là c'est un problème [...] t'es pas à l'abri qu'il soit allé demander à deux autres médecins avant et ça tu ne peux pas le recouper. »

M6 : « ce genre de centre, si les médecins ne sont pas rigoureux, c'est du pain béni pour ceux qui veulent en prendre beaucoup et qui font le tour des centres toujours sans carte vitale avec leur attestation. »

3.2.2.4 La perte de confiance envers l'hôpital

Comme nous allons le voir plus tard, les urgences psychiatriques peuvent être un recours dans les consommations de benzodiazépines que le médecin juge problématiques. Selon certains interrogés, ce qui était une alternative à la prescription tend à ne plus en être une :

M7 : « En plus maintenant les patients chroniques ils ne veulent plus y aller aux urgences psys. Ils te le disent, ils y sont allés parce qu'ils veulent être hospitalisés, et on les a renvoyés chez eux sans avoir rien fait. En plus tu vois, il y a une réelle demande du patient. »

3.2.2.5 Le refus d'une prise en charge psychothérapeutique

3.2.2.5.1 Par défaut de temps

M4 : « ils n'ont pas forcément envie d'aller raconter, ou ils n'ont pas le temps. »

3.2.2.5.2 Par obstacle financier

M12 : « *Les psychologues ? Non, vu que c'est pas remboursé...* »

M3 : *le souci, on en revient toujours à la même chose, c'est que c'est pas remboursé. Et du coup les patients ils ont le choix entre nous, le psychiatre et le psychologue, ils vont pas choisir le seul qui n'est pas remboursé par la sécu... »*

M4 : « *ils trouvent qu'un psychologue c'est cher...* »

M9 : « *Mais le problème c'est que ce sont des médecines payantes. S'il est homéopathe et généraliste, ça va, mais le reste ce sont des médecines non remboursées et selon le patient, ce n'est pas possible ! [...] Ça peut être très utile mais encore une fois il y a la barrière financière.* »

3.2.2.5.3 Pas de besoin ressenti par le patient

M6 : « *je pense qu'il y a des patients qui viennent la parce qu'ils veulent leur benzodiazépine et qu'ils n'ont pas envie nécessairement d'en discuter. Ils ne vont pas voir le psychiatre parce que de toute façon ils ont pas envie d'en parler à quelqu'un.* »

3.2.2.6 La représentation des benzodiazépines

Nous avons vu le point de vue du médecin en ce qui concerne les benzodiazépines, celui du patient a également son importance :

3.2.2.6.1 La crainte des effets secondaires

M10 : « *qu'il y a la peur de l'accoutumance. [...] Ils ont peur un peu aussi de la somnolence ou d'une baisse de la vigilance.* »

3.2.2.6.2 L'information active et passive

L'image que renvoient les benzodiazépines est aussi celle disponible librement dans les médias ou par l'intermédiaire de proches :

M10 : « *la publicité contre les benzos, tout ce qui est fait dans les médias contre les benzodiazépines [...] Le concierge, le cousin de... le qu'en dira-t-on ? Les médias, que ça soit la télé ou les réseaux sociaux, la presse... peu importe !* »

M9 : « *les patients sont plus informés ?* »

I : « *Oui, souvent mal, par les relations famille-amis, par internet. On a quand même une connaissance médicale qui est bien supérieure à celle d'avant. Ils connaissent les médicaments, les maladies, et ils ont quand même beaucoup d'à priori et c'est parfois beaucoup plus difficile de convaincre quelqu'un qui faisait fausse route [...] Il faut convaincre que ce qu'on leur a dit n'est pas forcément vrai.* »

3.2.2.6.3 La banalisation de la molécule

Plutôt que de consulter pour avoir un avis médical, le patient consulte dans le but d'obtenir un hypnotique, sans se soucier des risques :

M9 : « *parce que malheureusement beaucoup de jeunes arrivent en disant « j'ai un problème d'insomnie, ma copine elle prend le zolpidem, je veux la même chose ».*

3.3 La relation médecin-patient

Le lien entre le prescripteur et le malade est déterminant dans toutes les prescriptions médicamenteuses, et les benzodiazépines ne dérogent pas à la règle. Une bonne relation médecin patient permet par exemple selon un des médecins, d'envisager un sevrage :

M9 : « *S'il y a une confiance malade-médecin, ça peut se faire. On va se dire qu'on va faire une désescalade progressive, sur le long terme. Mais il faut vraiment avoir un contact particulièrement de confiance avec le malade.* »

Voici les différents déterminants de cette relation :

3.3.1 La confiance en son patient

La confiance du médecin peut dépendre de plusieurs critères contextuels objectifs, et certains critères plus subtils :

3.3.1.1 La formulation de la demande

M7 : « *en plus c'est souvent des histoires un peu louches du genre « mon médecin traitant n'est pas là », même si effectivement en permanence médicale on recrute beaucoup quand les médecins traitants ne sont pas là.* »

M8 : « *Des fois c'est un peu la manière de demander. Si je trouve ça un peu, si on m'en dit trop, si on veut me raconter une histoire un peu hasardeuse, je vais demander plus de détails, je vais demander la carte vitale, ou une ancienne ordonnance. Ça dépend vraiment comment le patient présente sa demande de renouvellement.* »

3.3.1.2 La fréquence de consultation

M6 : « *De toute façon les patients qui viennent trop souvent au final on se dit qu'ils n'ont rien. On finit par les expédier. Que ça soit pour les benzos ou pour autre chose.* »

3.3.1.3 Le patient accompagné ou non

M8 : « Après un critère qui peut pencher en positif : si le patient est accompagné. S'il est accompagné de son conjoint, de sa conjointe, là je serais peut-être un peu plus en confiance pour répondre positivement à sa demande de renouvellement. Même s'il n'a pas de quoi prouver qu'il prend régulièrement des benzodiazépines. C'est vraiment subjectif. »

3.3.1.4 Le patient venant pour quelqu'un d'autre

Difficile de faire confiance en une personne qui est absente au moment de la prescription :

M10 : « *Quand quelqu'un vient pour quelqu'un d'autre, que ce ne sont pas ses papiers. Avec des histoires « ma mère ne peut pas se déplacer... »* »

M2 : « *Il y aura un doute sur l'usage de ses benzo, derrière qu'est-ce qu'il va faire ? Si c'est pour distribuer un peu à tout le monde aussi... »* »

M4 : « *on se méfie toujours si ce n'est pas pour un conjoint. »* »

3.3.1.5 La présentation d'une ordonnance préexistante

M11 : « *les gens qui ont déjà une ordonnance terminée [...] comme ça je peux vérifier. »* »

M7 : « *Souvent ils n'ont pas l'ordo ! Donc autant il te mitonne de A à Z, et puis après il te demande des paquets. »* »

M8 : « *Déjà s'il me présente une ordonnance existante, si elle a été faite par son psychiatre habituel, si elle a été fait par son médecin généraliste, est-ce qu'il n'y a pas d'ordonnance [...] je suis beaucoup plus confiante quand ils m'amènent la dernière ordonnance avec eux et que l'ordonnance concorde avec le temps du renouvellement qui arrive, j'y vais plus spontanément. »* »

M4 : « *si j'ai pas d'ordonnance précédente, si je ne connais pas tout ça en détail, je vais être un peu frileuse pour prescrire. »* »

3.3.1.6 La présentation de la carte vitale

Enquêteur : « *S'il n'a pas la carte vitale ? »* »

M3 : « *Je vais être beaucoup plus méfiant. Ça m'est arrivé de ne pas leur faire l'ordonnance ! »* »

M6 : « *souvent pas de carte vitale chez ceux qui sont un peu louches d'ailleurs. »* »

3.3.1.7 Le ressenti avant prescription

M1 : « *D'une manière générale pour toute prescription je réfléchis bien et je ne le fais que si je le sens bien. »* »

3.3.2 La confiance envers le médecin prescripteur

La relation de confiance fonctionne dans les deux sens. La confiance que le patient accorde à son prescripteur est déterminante dans la relation médecin-patient. Certains patients expriment face au médecin la confiance qu'ils n'étaient plus en mesure d'accorder à leur précédent prescripteur.

M11 : « *une patiente qui me disait qu'elle ne voulait plus voir son généraliste parce qu'elle avait l'impression qu'il la négligeait. Du coup elle est venue se présenter pour se faire prescrire ses médicaments au cabinet, dont des benzos.* »

M3 : « *on en a certains qui sont suivis chez nous [...] parce qu'il n'est jamais disponible, ou alors il y a eu une perte de confiance, c'est super important ça.* »

3.3.3 L'éducation du patient sous benzodiazépines

Toute prescription se doit d'être accompagnée d'explications. Dans le cadre des benzodiazépines, il s'agit de faire prendre conscience au patient des sérieux effets secondaires pouvant apparaître notamment en cas de chronicisation du traitement. Le but étant à terme de pouvoir diminuer voire stopper ce traitement. La plupart des médecins accompagnaient leur prescription d'explications qu'ils estiment capitales, comme les règles hygiéno-diététiques, la surveillance des effets secondaires et le suivi à effectuer auprès du médecin traitant.

M9 : « *Si on prend le temps de pas prendre les gens pour des imbéciles et pour leur expliquer, c'est le plus difficile parce que c'est ce qui nous manque beaucoup dans une structure comme ça le temps.* »

3.3.3.1 La description des effets secondaires possibles

M1 : « *Ça ne m'empêche pas de lui expliquer que « c'est pas bien » ou les dangers.* »

M6 : « *j'essaie de leur expliquer que c'est une prescription qui n'est pas anodine. Ce n'est pas des Dragibus quoi ! Et que ça peut engendrer des troubles de la mémoire, de l'attention.* »

M9 : « *J'essaie de convaincre en disant [...] qu'on a une addiction très rapide, l'escalade thérapeutique, sans médicament la personne risque de faire la nuit blanche, l'impossibilité totale de dormir sans la béquille du médicament. Et que donc il faut l'éviter à tout prix. Et qu'ensuite il doit rester libre juge. J'essaie au maximum - malgré le temps court - de vraiment prévenir sur les effets secondaires possibles.* »

3.3.3.2 Réadresser au médecin traitant pour le suivi

M2 : « *En disant quand même qu'il faut que ça reste exceptionnel, qu'un traitement anxiolytique ca nécessite un suivi. [...] Donc à partir du moment où le patient a compris ton message, en général il ne revient pas. S'il revient, c'est que tu as laissé une porte ouverte et tu as laissé entrevoir qu'il pouvait revenir. Par exemple en disant « revenez si vous avez encore besoin » ou « revenez je vous le referai » ».*

3.3.3.3 L'importance des mesures non médicamenteuses

M4 : « *le persuader qu'il faut un suivi, qu'il faut refaire le point, traiter soit par une psychothérapie soit par autre chose »*

M8 : « *Je leur explique que la prescription va être temporaire, qu'il va falloir qu'ils consultent un psychiatre, qu'ils vont peut-être pas trouver ça très efficace au départ, mais que les traitements ne vont traiter qu'une partie de leur problème. »*

M9 : « *qu'il faut privilégier les règles hygiéno-diététiques pour favoriser le sommeil »*

3.3.3.4 Le rappel des recommandations

M9 : « *J'essaye de convaincre en disant que ce n'est vraiment pas les recommandations officielles de partir sur des durées longues. »*

3.3.4 La connaissance du patient et son dossier

L'importance de la connaissance du patient a été vue de deux manières différentes :

3.3.4.1 Permet de renforcer la confiance du médecin

M11 : « *J'en prescris qu'à des patients qu'on suit et qu'on peut contrôler. Les gens que je connais pas, pour qui j'ai des doutes [...] je n'en prescris pas. »*

M4 : « *après c'est si quelqu'un qu'on suit alors il n'y a pas de problème c'est une prescription comme une autre. [...] »*

Enquêteur : « *ça peut amener un refus ? »*

[Elle hésite] « *- Non. Que très rarement. Si vraiment il y a un problème non. Mais je vais essayer d'adapter, de viser juste, de ne pas surtraiter, je vais quand même me méfier. Enfin si je ne le connais pas trop sans les connaître [...] Si je ne connais pas tout ça en détail, je vais être un peu frileuse pour prescrire. »*

M6 : « *si c'est des patients qu'on suit et que je vois que ça a déjà été fait je n'ai pas trop de soucis pour les mettre. [...] Par contre les patients que je ne connais pas qui viennent pour se faire prescrire des benzos, que cela soit du renouvellement ou une première prescription parce qu'ils en ont entendu parler et qu'ils veulent essayer j'ai beaucoup plus de mal à leur prescrire. »*

3.3.4.2 Permet d'améliorer la qualité de la prescription

3.3.4.2.1 Par la connaissance des antécédents

M10 : « *Le médecin généraliste classique il connaît le patient plus que le médecin de permanence médicale. Donc il peut être orienté vers un choix thérapeutique après une discussion plus brève.* »

3.3.4.2.2 Car le médecin s'intéresse plus à ses propres patients

M5 : « *Ça sera plutôt pour un patient qui fait partie de ma patientèle je pense où je vais me poser plus de questions mais c'est peut-être pas bien hein ? [...] Ça sera plus des patients que je suis pour qui je vais me poser la question d'essayer de modifier, diminuer la posologie.* »

3.3.4.3 La neutralité vis-à-vis d'un patient inconnu

A l'opposé, certains médecins estiment que le fait de « trop bien » connaître le patient entraîne une influence de l'affect dans la décision thérapeutique :

M4 : « *c'est même plus compliqué si tu suis la famille depuis toujours... là je trouve que ça permet une certaine liberté, un œil neuf, moi je trouve que tu es impartial en permanence.* »

M7 : « *Du coup ça te permet de te détacher un peu de ça. Je trouve que ça pose moins de problèmes. [...] imagine ça fait 15 ans que tu suis le mec [...] tu vas avoir beaucoup plus de mal à lui dire non [...] toi tu as quand même ce recul [...] Imagine l'autre tu le suis depuis ses 5 ans et c'est devenu un toxico [...] C'est hyper dur ! Tandis que toi t'es là : « bah moi oui je vous ai vu une fois il y a deux mois, non mais là... », t'as pas ce relationnel que les patients recherchent.* »

3.3.5 Les mensonges du médecin

Lors des entretiens, des médecins ont confié utiliser parfois des mensonges afin de ne pas prescrire. Ceux-ci concernent d'éventuelles restrictions émises par la sécurité sociale à l'encontre de leur dossier.

M10 : « *Et puis ce courrier aide beaucoup, parce que c'est un papier officiel. Donc je peux toujours dire que si je lui represcris je serais condamné. Tu fais un petit mensonge, mais ça permet de te dédouaner de tout ça.* »

M3 : « *Alors des fois on dit pas vraiment la vérité, mais ça ils n'ont pas à le savoir. On leur dit que la sécu nous a rappelés à l'ordre sur certains médicaments et qu'on peut nous interdire d'exercer par exemple.* »

3.3.6 Le refus de discussion de la part du patient

La relation médecin-patient est fondée sur une confiance mutuelle obtenue entre autres par une communication verbale. Cette communication, comme nous l'avons vu, permet l'interrogatoire du patient afin de poser une indication dans le cadre d'une première prescription, et de réévaluer le traitement dans le cadre d'un renouvellement. Ceci n'est pas évident lorsque le patient refuse de discuter, dans les cas d'épisodes dépressifs majeurs notamment.

M10 : « *Une prescription de benzodiazépines ça vient toujours après une discussion. C'est toujours difficile entre le fait de se faire une idée et le ressenti de la personne. J'essaie de savoir quel est leur besoin. A ce moment-là, après une discussion, s'ils ont envie de discuter hein aussi ça dépend de s'ils ont envie ou pas.* »

M4 : « *ils ont pas forcément envie d'aller raconter.* »

M5 : « *pour la plupart ils viennent renouveler leur médicament et il n'y a pas à discuter. Voilà faut le remettre et puis c'est tout. Même pas poser de questions sur le pourquoi du comment. Comment est-ce qu'on va essayer de diminuer.* »

M6 : « *qu'il y a des patients qui viennent la parce qu'ils veulent leur benzodiazépine et qu'ils n'ont pas envie nécessairement d'en discuter.* »

3.4 Les caractéristiques des centres médicaux à horaires élargis

3.4.1 Des caractéristiques communes à tous les cabinets de groupe

Nous avons retrouvé dans les entretiens des caractéristiques inhérentes aux cabinets de groupe, notamment sur la qualité de la prise en charge. En effet, la possibilité de demander un avis à un confrère dans un cabinet adjacent voire la reprise du dossier par un confrère lors d'une consultation ultérieure a été mise en avant pour justifier une prise en charge solide des patients.

3.4.1.1 Le temps de consultation

Par le grand nombre de consultations sur une journée et le principe du sans rendez-vous pouvant rendre l'affluence importante dans la journée, certains médecins estiment que le temps de consultation est très limité.

M2 : « *on a forcément des temps alloués au patient qui vont être moins importants que le médecin traitant.* »

M4 : « *qu'en permanence il y a un problème de timing, tu ne peux pas à chaque fois prendre une demi-heure.* »

3.4.1.2 Le travail en groupe

3.4.1.2.1 L'augmentation du temps disponible pour les patients

Au contraire de ce qui a été vu précédemment, un des médecins interrogés pense que le temps de consultation est supérieur lorsqu'ils travaillent à deux.

M12 : « [...] travailler à deux. D'être à deux déjà tu diminues ta dose, toi tu vas prendre plus le temps avec ton patient mais ton collègue lui il va continuer à ouvrir la porte pour consulter donc la pression de la salle d'attente ne se fait quasiment plus ressentir. »

3.4.1.2.2 Une confiance parfois aveugle envers le travail des associés

La qualité du travail en groupe a été nuancée par l'excès de confiance pouvant survenir :

M6 : « je préfère quand c'est moi qui les revois. Plutôt que quelqu'un d'autre. Parce que je sais que si moi je récupère un patient d'un autre médecin, je vais lui prescrire derrière [...] Et puis je disais : ça a été prescrit par mon confrère donc forcément je lui fais confiance – on travaille dans la même structure, je le connais donc je lui fais confiance - et je renouvelle. Alors que peut-être il faudrait en discuter avec quelqu'un avant de renouveler. »

3.4.1.2.3 L'homogénéité de la prise en charge

- Grâce au dossier médical du patient commun à tous les médecins, le point de vue des sujets interrogés sur la prise en charge « de groupe » semblait les satisfaire :

M11 : « J'essaie de refaire ce qui a déjà été fait si ça fonctionne, et si je vois que c'est pas suffisant, je fais à ma manière. »

M2 : « Oui ça permet de voir l'attitude du patient, de voir quels sont ses objectifs un petit peu. Et de pouvoir justement que chaque médecin qui travaille dans la permanence médicale ait la même attitude vis-à-vis de lui. »

M7 : « C'est pas délétère. Ok c'est peut-être pas le plus approprié, maintenant il y a tout qui est enregistré... pour moi c'est pas délétère. »

- à condition que les règles de prescription soient respectées :

M1 : « Si tous disent « on ne renouvelle pas avant 28 jours » mais qu'il y en a un tout seul qui dit « on s'en cague », automatiquement ça peut poser problème. »

- Certains déplorent néanmoins l'absence de réunion de concertation sur le suivi de certains patients récurrents pouvant poser problème

M6 : « ça serait pas mal de temps en temps de s'asseoir autour d'une table, une fois par mois grand max, voire moins, voir les patients qui sont venus plus d'une fois par semaine. On regarde en se mettant autour d'une table, pourquoi, qui a fait ça, est-ce qu'on continue, est-ce qu'on lui ne dit pas non ? La prochaine fois s'il y a de l'abus... et de se concerter ! plutôt que de faire la confiance « mon collègue l'a fait je le refais ! » ».

3.4.1.2.4 Multiplicité des contrôles grâce au dossier informatique partagé

Afin de limiter les abus de prescription et de consommation, les médecins ont mis en avant l'importance du dossier médical informatisé et partagé sur tous les ordinateurs du centre médical.

3.4.1.2.4.1 Par l'intermédiaire de notes dans le dossier

M11 : « On laisse des observations et des notes en plus, c'est un peu des alarmes, pour nos autres collègues, ou même pour nous pour éviter de relire tout le dossier. »

M2 : « il y a par ces petites notes qui sont laissées par ci par là éventuellement, on a la possibilité de laisser par exemple « attention celui-là revient souvent pour avoir toujours des renouvellements de benzos ou veut absolument celui-là, vient avec sa liste et vient faire les courses, donc tout ça tu arrives à le voir et il y a une petite transmission par le fait de ce support unique. »

M4 : « parmi les patients errant, nomadisme médical complet, là c'est un problème. Mais ensuite on le file, on reconnaît le profil, on met une petite note dans le dossier, et c'est terminé. »

3.4.1.2.4.2 Un gain de temps ?

- Pour certains il y a effectivement un gain de temps

M8 : « des fois on se met des mots, ça nous arrive fréquemment de se mettre des notes, en dehors du dossier médical, comme ça on n'a pas besoin d'ouvrir chaque observation, mais on a des notes qui apparaissent dès qu'on ouvre le dossier et ça nous permet des fois de refaire un peu le point, ou de repartir un peu sur le sujet même si le patient ne nous en parle pas. »

- Pour d'autres, ce type de contrôle est une perte de temps

M5 : « je trouve que la lisibilité est pas optimale [...] du coup tu vas passer certes une minute ou deux mais c'est une minute pendant laquelle tu aurais pu faire autre chose et notamment peut-être comprendre pourquoi il cherche à ce qu'on lui renouvelle sa benzo. »

3.4.1.2.4.3 Une vigilance proportionnelle au nombre de médecins

M9 : « Des avantages oui car comme souvent dans le groupe il y en a toujours un qui va relever des choses. Et s'il y a une bonne participation du groupe, on peut mettre une note pour dire qu'untel à une

consommation qui devient de plus en plus fréquente que l'autre n'avait peut-être pas vue. Ça peut être intéressant dans ce sens-là de travailler en groupe. »

M2 : « Tu as 4/5 médecins qui vont éventuellement voir ce patient-là, et qui vont avoir une vision qui va forcément être personnelle, et qui peut être vachement complémentaire, qui peut t'apporter des informations »

3.4.2 Un grand nombre de consultations ponctuelles

Le principe des consultations sans rendez-vous permet un accès immédiat à un médecin généraliste.

Ceci implique un grand nombre de consultations uniques, notamment lors des consultations de dépannage en cas d'absence du médecin traitant ou des crises d'anxiété aiguë avec ensuite un suivi par le médecin habituel.

M3 : « en permanence on voit beaucoup des gens une seule fois et puis ils ne reviennent pas. C'est un cas de figure très fréquent. »

Ces consultations ponctuelles ont certains inconvénients

3.4.2.1 L'absence de relation médecin-patient :

M1 : « Sachant que c'est souvent des patients qu'on voit pour la première fois et/ou qu'on ne reverra plus, c'est plus difficile d'être contraignant envers lui. »

M10 : « Le médecin de la permanence c'est pas qu'il prescrit et puis il s'en fout, mais probablement que derrière il ne reverra pas ou peu la personne [...] Je pense que ce n'est pas le bon lieu ! [...] Les gens sont souvent de passage. »

M6 : « [...] étant donné qu'on n'est pas là tous les jours, qu'il n'y a pas de rendez-vous, c'est pas la structure idéale. [...] Mais en fait les patients, comme on est dans une permanence, on leur dit que ça serait bien de voir un psychologue ou un psychiatre, on leur donne des numéros mais on ne sait pas s'ils y sont allés ou pas parce qu'on ne les revoit pas tous. »

3.4.2.2 L'absence de suivi du patient

M6 : « Ce n'est pas la structure idéale pour faire un suivi sur les benzos. Ça c'est clair. »

M8 : « La différence entre moi et le psychiatre, c'est que par la régularité de son suivi le psy va pouvoir réévaluer le traitement. »

3.4.2.3 L'absence de progression du médecin dans ses prescriptions

Enquêteur : *« est-ce que tu te sens à l'aise dans tes prescriptions de BZD ? »*

M7 : « - Non ! Parce que j'ai pas de retour des gens quoi. »

3.4.3 Le turnover des médecins

Le roulement des médecins consultant n'est pas toujours perçu comme bénéfique – contrairement à ce qui a été dit concernant le dépistage des abus – notamment pour le suivi des patients.

M6 : « [...] étant donné qu'on est pas là tous les jours [...] c'est pas la structure idéale. »

M11 : « On est plus d'une dizaine à travailler ici, c'est plus compliqué d'avoir la même personne. »

M4 : « Le mode est pas des plus adaptés. Il y a beaucoup de turnover. »

3.5 La nature psychiatrique de la consultation

Nous venons de voir que le temps alloué aux consultations était majoritairement vu par les médecins comme inférieur à celui d'un médecin traitant classique.

Une consultation donnant lieu à une prescription de benzodiazépines est une consultation de nature psychiatrique. Les caractéristiques de cette consultation ont été évoquées par plusieurs médecins interrogés de la manière suivante :

3.5.1 Une consultation longue

M11 : « C'est très chronophage, c'est les consultations dont on se rappelle. »

- Inappropriée dans ce type de centre médical :

M2 : « L'entretien à visée psychiatrique c'est du temps supérieur à une otite, une angine [...] L'entretien est plus long [...] ça demande du temps. Qui normalement ne peut pas être alloué dans une permanence médicale. »

M4 : « C'est délicat quand ce sont des premières consults. Parce que ça prend du temps, ça s'évalue. [...] Après si c'est une première consult, si c'est une demande pour un événement nouveau, ou que c'est additionné à une demande d'antidépresseurs, c'est une consultation longue. [...] Alors c'est sûr qu'en permanence il y a un problème de timing, tu ne peux pas à chaque fois prendre une demi-heure [...] »

M8 : « Mais après pour les problèmes psychologiques... ça demande beaucoup plus que ça... la consultation qui dure 10 à 15 minutes ça ne permet pas de le faire ! »

- Voire problématique :

M7 : « tu vois les psys c'est un réel problème ! C'est des gens qui sont chronophages à en crever ! »

3.5.2 Une consultation complexe

Les consultations psychiatriques ont été décrites comme plus compliquées qu'une autre consultation, en plus de leur caractère chronophage.

M11 : « *elles sont sûrement moins élevées que ce qu'on croit parce qu'elles sont difficiles à gérer !* »

M2 : « *il va falloir apprécier l'indication du renouvellement, de sa posologie, de la molécule. L'analyse est plus.* »

3.6 Le suivi par le psychiatre

3.6.1 Le rôle du psychiatre

Dans le suivi d'un patient sous benzodiazépines, l'intervention du psychiatre à un certain stade de la prise en charge paraît être indispensable. Son apport déterminant dans le suivi des patients a été expliqué de plusieurs manières :

3.6.1.1 Un interlocuteur unique

L'interlocuteur unique permet une amélioration de la relation médecin-patient

M11 : « *Au bout d'un moment je leur dis d'aller voir un psychiatre afin de toujours voir la même personne, un seul référent.* »

3.6.1.2 Gestion des surconsommations

M3 : « *Si je vois que ça devient compliqué, avec par exemple une augmentation des doses, ou une consommation chronique, j'hésite pas à adresser.* »

M9 : « *Si je vois qu'il y a surconsommation. J'essaie d'adresser à un psychiatre ou à un centre d'addicto. Essayer d'entraîner un sevrage qui soit humainement supportable, pour la famille et pour le patient.* »

3.6.1.3 La prise en charge sur le long terme

M11 : « *Le suivi des médicaments psychotropes, même si ça peut être fait par le médecin généraliste, je pense que ça doit être fait par le psychiatre.* »

M2 : « *la permanence n'est pas le lieu pour renouveler ce traitement sur le long terme [...] c'est le rôle du psychiatre traitant.* »

M4 : « *Non ce n'est pas très cadré. A part pour les chroniques hein ! Qui ont un bon suivi et tout mais pour ceux qui ne sont pas déjà dans un parcours de soin avec un psychiatre ou un psychologue, je trouve que c'est dur de les cadrer.* »

3.6.1.4 Une vision variable des compétences du psychiatre

Certains ne pensent pas qu'il soit indispensable d'adresser au psychiatre à un moment de la consultation :

M3 : « *je ne sais pas trop ce qu'ils peuvent faire de plus que nous.* »

D'autres estiment que les psychiatres sont, de toute manière, très prescripteurs de benzodiazépines :

M9 : « *Aide que d'ailleurs ne va pas forcément apporter le psychiatre qui va souvent prescrire des médicaments plutôt que d'avoir des entretiens longs.* »

3.6.2 Le manque de disponibilité du psychiatre

Le bénéfice du psychiatre dans la prise en charge du patient est nuancé par le manque de disponibilité de celui-ci :

M11 : « *Les fois où j'ai adressé à un psychiatre les patients n'y sont pas allés car il y avait 3 mois d'attente. Et je n'ai pas le temps d'appeler pour les patients.* »

M4 : « *Quelques psychiatres, mais ce n'est pas non plus.... Ils sont surbookés ! [...] Et qu'en plus le psychiatre n'est pas disponible.* »

3.6.3 Difficulté de coordination avec le psychiatre

La rareté voire l'absence de communication avec le psychiatre a été évoquée comme un frein à la bonne prise en charge du patient psychiatrique sous benzodiazépines :

3.6.3.1 Les difficultés de communication entre le médecin et le psychiatre

3.6.3.1.1 Car le psychiatre est injoignable

M4 : « *selon l'heure à laquelle ils consultent je ne peux pas le joindre, ça va être un peu comme jeter une bouteille à la mer, c'est un peu « prenez ce numéro et essayez d'appeler » et puis tu ne sais pas trop ce que ça va donner derrière. »*

3.6.3.1.2 Car le psychiatre ne fait pas de courrier pour le médecin

M3 : « *je ne me rappelle pas avoir eu un courrier d'un psychiatre... [...] Si jamais il n'est pas là et que le patient a un souci avec ses benzos, oui ça pose problème ! Parce que parfois il voulait diminuer les doses, parfois il voulait attendre de voir un peu... »*

M6 : « *Les patients qu'on envoie vers un psychiatre on n'a pas beaucoup de retour [...] Oui, parce que le psy fait son suivi de son côté comme s'il était en autarcie [...] je n'ai jamais eu de retour de psychiatre. »*

3.6.3.1.3 Par manque de temps

M2 : « *En fait on n'a pas le temps. On ne peut pas prendre le temps. [...] Contacter le psychiatre, lui dire « voilà j'ai en face de moi... » C'est trop chronophage. »*

3.6.3.2 L'absence de réseau psychiatrique

3.6.3.2.1 Pas de psychiatre dans le réseau du médecin

M6 : « *J'ai très peu de contact avec les psychiatres. »*

Enquêteur : « *- Comment ça se fait ?* »

M6 : « *Je ne sais pas. Je n'en connais pas !* » »

3.6.3.2.2 Pas de réseau pour des thérapies

M3 : « *Je ne connais pas un psychiatre qui fait de la TCC, et par exemple je ne saurais même pas comment faire pour en trouver un qui en fait. »*

3.6.3.2.3 Pas de réseau de sevrage en benzodiazépines

M9 : « [...] Essayer d'entraîner un sevrage [...] Sans ce contact-là, il faut laisser faire ça à ceux qui sont professionnels. Il faudrait vraiment qu'il y ait un réseau qui soit plus visible que ce qu'il est actuellement »

3.6.3.2.4 Car pas d'annuaire spécialisé

M3 : « Tu vois y a pas un annuaire ou un réseau qui serait dispo sur le site du conseil de l'ordre, et qui regrouperait toutes les spécialités, libérales ou non, avec leur domaine de compétences. Genre bam tu cherches pour un psy qui fait de la TCC. Ou je sais pas moi, un cardio-pédiatre. Mais pas sur Google, sur un vrai truc officiel, c'est pas normal que ça n'existe pas. »

3.6.3.2.5 Par manque de temps

M3 : « Je me pose la question quand j'en ai besoin, mais après j'ai pas envie d'appeler X numéros de téléphone pour essayer de pêcher quelque chose quoi, j'ai pas le temps. »

3.6.3.3 L'orientation vers les urgences psychiatriques

Lorsque les médecins estiment être arrivés à la limite de leurs compétences, lorsque par, ils pensent que leur patient est en danger à cause de sa consommation en benzodiazépines, l'orientation vers les urgences psychiatriques a été évoquée comme un recours à la prescription :

M3 : « imaginons qu'il ne veuille pas partir tant qu'il n'a pas son médicament, et bien je lui expliquerai, gentiment, d'aller aux urgences psychiatriques. »

M7 : « Alors moi des fois je les oriente vers les urgences psychiatriques qui ne sont pas loin comme ça je me dédouane un peu. Et puis après c'est moche mais c'est une solution de facilité ! »

3.7 Les moyens de sécurisation de la prescription

3.7.1 Vérification des délivrances de benzodiazépines via le site Ameli Pro

Les médecins consultant en CMHE avaient pour la plupart le réflexe de consulter la dernière délivrance de benzodiazépines sur le site Ameli Pro avant d'effectuer un renouvellement.

M1 : « D'abord je lui demande s'il est à jour avant ensuite d'aller voir son compte Ameli, pour vérifier s'il est bien au-dessus des 28 jours ou pas, et après je vérifie constamment - quand il a sa carte vitale, et sinon j'utilise son numéro de sécu que je rentre sur le site internet. »

Enquêteur : « Dans quelles autres situations tu ne vas pas prescrire une benzo alors qu'il y a une demande de la part du patient ? »

M11 : « Quand j'ai l'impression que c'est inutile... quand je vois que sur Ameli il y a un abus, ou quand je vois qu'ils sont déjà venus dans le mois. En gros quand je peux repérer l'abus. »

M3 : « ensuite je regarde avec sa carte vitale sur le site Ameli pour voir la dernière ordonnance qui a été faite – enfin c'est la dernière délivrance que je vais regarder. Ça permet de voir s'il n'y a pas un abus de consommation. »

M4 : « Si tu peux avec Hellodoc, par le logiciel, tu peux voir ce qui a déjà été délivré. [...] regarder via Ameli ou via le logiciel les anciennes prescriptions. »

M5 : « il a la carte vitale, je vais voir sur historique des remboursements [...] si on est en novembre et que je vois qu'on lui a prescrit en août ou septembre, eh bien ok. »

M7 : « le mec quand je ne le sens pas trop, direct je me sers du site Ameli et je vais regarder. »

M8 : « je vais quand même essayer de regarder s'il n'y a pas une surconsommation, avec le logiciel, pour voir s'ils s'en sont servi régulièrement [...] Avec leur carte vitale, dans le logiciel on peut regarder un historique des remboursements. Donc ça c'est pour ceux qui ont leur carte vitale avec eux! [...] sans carte vitale, une demande de renouvellement, et bien des fois ça m'arrive de refuser chez un patient que je ne connais pas. [...] Et si on a la carte vitale, des fois ça marche, et des fois ça ne marche pas. Des fois le service Ameli ne fonctionne pas. C'est dommage. Et ça devrait être beaucoup plus complémentaire. [...] »

Ce système présente néanmoins quelques limites :

3.7.1.1 Impossibilité de vérifier la consommation sans carte vitale

M10 : « Moi je dirais juste un truc, il faudrait également qu'avec le numéro de sécurité sociale, et sans la carte vitale, on puisse regarder sur Ameli les précédentes prescriptions. »

M11 : « les patients continueront à aller dans les centres ou dans les pharmacies sans carte vitale. Il faudrait un système de contrôle plus fiable. »

3.7.1.2 Impossibilité de vérifier qui a été dernier prescripteur

M7 : « Ca on peut pas le voir, on peut juste voir ce qu'on lui a délivré et quand ! »

3.7.1.3 Pas d'accès au dossier d'autres cabinets

M1 : « à partir du moment où les médecins n'ont pas accès au dossier de leur confrère, c'est sûr que le patient peut se retrouver avec une cinquantaine d'ordonnances dans la journée. »

3.7.1.4 Pas de formation au site Ameli pour les remplaçants

M7 : « Et ça tu vois par exemple, c'est un collègue des urgences qui me l'a montré, mais quand tu fais des remplas en maison méd, il n'y a personne qui te le montre. Y a pas un mec qui vient de l'ARS à un moment donné qui te l'apprend. »

3.7.2 Les ordonnances sécurisées

3.7.2.1 Permettent la diminution des prescriptions

3.7.2.1.1 En substituant par un autre traitement

M4 : « certains en commandent encore, mais on préfère prescrire autre chose. Je pourrais en commander à la sécu, j'ai pas fait la démarche. »

3.7.2.1.2 La sécurisation est un argument pour ne plus prescrire

M12 : « Ce qui a changé c'est la décision que j'ai prise de ne plus en renouveler du tout. »

M3 : « Ça donne une excuse pour ne plus en prescrire ! [...] ça permet aussi de se dédouaner en disant qu'on n'a pas forcément les ordonnances [...] s'il y a une insistance particulière du patient on est tranquille. »

M6 : « c'est un avantage parce que maintenant on peut dire qu'on ne fait pas parce que c'est sécurisé. Un peu ce qu'on fait sur les nouveaux patients. »

3.7.2.1.3 La sécurisation permet d'éviter les toxicomanes

M4 : « pour éviter les toxicos, on n'a pas d'ordonnance sécurisée. »

3.7.2.1.4 Par ajout d'une contrainte au médecin

M8 : « Ici moi je n'ai pas d'ordonnance sécurisée. Du coup quand c'est un renouvellement on est bien embêtés. »

M11 : « ça prend plus de temps pour le médecin. »

M5 : « Moi, pour moi, ça me fait de la paperasse supplémentaire ! »

M9 : « Mon ressenti c'est que c'est emmerdant d'aller faire ces ordonnances, et je pense que le but c'est ça. Il faut sortir l'ordonnance, l'écrire à la main et mine de rien c'est pénible. »

3.7.2.1.5 Par la modification de la représentation des benzodiazépines

M3 : « il y a le côté « sérieux » [...] mêmes ordonnances que la morphine, que le Subutex [...] ça fait prendre conscience que c'est pas des bonbons. »

M5 : « ça a heurté les gens qui se disent qu'on leur fait une ordonnance à part - pour mon médicament, pour le Stilnox ? Les gens se sont dit « waouh ! » Ils m'ont même posé la question des fois « pourquoi vous faites sur une ordonnance à part ? » Et là je leur ai dit que c'est passé dans les stupéfiants. C'est un peu la définition des ordonnances sécurisées. Donc ils se sont dit « ah ouais ! » [...] pour la plupart ils viennent renouveler leur médicament et il n'y a pas à discuter. Voilà faut le remettre et puis c'est tout. Même pas poser de questions sur le pourquoi du comment. Comment est-ce qu'on va essayer de diminuer. Donc là le fait qu'il soit un petit peu à part, ça peut ouvrir des portes. »

3.7.2.2 Ne traitent pas le problème dans sa globalité

M11 : « A mon avis ça limite pas les abus, les patients continueront à aller dans les centres ou dans les pharmacies sans carte vitale. Il faudrait un système de contrôle plus fiable, on contrôle bien les chômeurs ! »

M3 : « je trouve ça incompréhensible de le faire pour le Stilnox et pas les autres, genre l'Imovane ou le Noctamide. »

M5 : « Alors ce que j'ai pas compris c'est par exemple le Stilnox oui mais l'Imovane non. Déjà pourquoi ? Pour moi c'est un peu la même chose. [...] regarde le Lexomil... il est pas en ordonnance sécurisée ? Pourtant le Lexomil pour le coup, dans mon expérience du Centre Anti poison, c'était le premier médicament qui était pris dans les IMV. T'as le SAMU qui t'appelle, tentative de suicide, t'avais souvent le Lexomil dedans, et je pense plus que le Stilnox. [...] je ne sais pas si c'est une bonne chose, parce qu'on a peut-être traité qu'une partie du problème. »

M6 : « Les benzo je pense qu'on peut les mettre sur des sécurisées. Je ne vois pas pourquoi le Stilnox et pas l'Havlane ou le Noctamide. »

M7 : « Je pense même que toutes les benzos devraient passer en ordonnance sécurisée. Limite l'Atarax non mais les benzos oui. »

M8 : « Pourquoi le Stilnox plus qu'un autre ? Moi c'est ça ma question. Pourquoi le Stilnox plus qu'un autre. Plutôt que le passage en ordonnance sécurisée, on pourrait en sécuriser beaucoup d'autres ! »

M9 : « Mais après autant aller plus loin. Soit il y a la preuve que les autres n'ont pas la même dangerosité et dans ce cas-là OK. Soit pourquoi ne mettre que celui-là ? »

3.7.3 Le contrôle par les pharmaciens

Quelques médecins ont évoqué l'utilité des pharmacies pour contrôler la consommation. Mais avec certaines limites :

3.7.3.1 Les pharmaciens n'appellent pas systématiquement

M6 : « *ça serait pas mal que les pharmacies, quand ils voient le patient plein de fois, qu'ils appellent ou ils leur disent non à la prescription. Voire même quand ils disent non, qu'ils appellent le médecin pour dire « ce patient on lui a donné 2 boîtes de Stilnox et 4 boîtes de Valium il y a 2 jours, est-ce que vous maintenez votre prescription ? [...] J'ai déjà eu des appels. Mais ça serait bien que ça soit plus fréquent. »*

M8 : « *Je pense qu'on devrait être très complémentaires mais on ne l'est pas trop ! Ça arrive qu'ils nous appellent, mais je pense que plein d'autres fois ils ne nous appellent pas. Et eux contrairement à nous ils peuvent vérifier sans la carte vitale. »*

3.7.3.2 Impossibilité d'appeler toutes les pharmacies du quartier

M6 : « *Appeler la pharmacie. Mais ce n'est pas très fiable parce que des pharmacies il y en a plein. On ne va pas faire le tour. Rien que dans notre secteur il y en a quatre ! Et puis c'est compliqué de les appeler. »*

3.7.3.3 Dépréciation du rôle du pharmacien en tant que conseiller de soins

M9 : « *Le pharmacien a longtemps été un conseiller de soins. Il l'est de moins en moins et c'est dû à la place de la prescription un peu magique du médecin, ainsi qu'à la dérive ultra-commerciale de certaines pharmacies avec des écrans, des rayons immenses de parapharmacies avec des crèmes de jeunesse de machin et bidule... Une fois que tu rentres dans une pharmacie, et qu'il y a un caddie à l'entrée... type panier à roulette... [...] leur place est délicate. Je ne sais pas quelle est la considération des gens pour les pharmaciens. Est-ce qu'ils les considèrent comme des partenaires de santé ? »*

4 DISCUSSION

4.1 Les points forts de l'étude

4.1.1 L'analyse qualitative par entretien individuel semi-dirigés

L'analyse qualitative donne une dimension humaine à la recherche. En organisant des entretiens individuels, les médecins interrogés ont pu se livrer sans barrière, contrairement aux focus group dans lesquels les médecins interrogés peuvent ressentir une honte vis-à-vis de leurs confrères présents en ce qui concerne leur vision ou leur pratique médicale.

De plus, elle permet une liberté et une diversité de résultats contrairement à un traitement quantitatif.

4.1.2 Le sujet de l'étude

La pratique de la médecine générale étant extrêmement variée et évolutive, il faut s'intéresser aux nouvelles formes d'exercice de la discipline. Etudier les permanences médicales permet d'en comprendre les atouts et les points faibles.

Il est intéressant de sortir du cadre classique de prescription des benzodiazépines car cela permet de comprendre comment les médecins adaptent leur pratique à leurs conditions de travail.

4.1.3 Le double codage des données

Tous les verbatims ont été codés par deux personnes distinctes, ce qui a amélioré la qualité de l'analyse. Lorsqu'il y avait un désaccord sur un ou plusieurs codages, elles en discutaient afin d'exprimer leur point de vue sur l'interprétation des données, puis trouvaient un terrain d'entente.

4.2 Les points faibles de l'étude

4.2.1 Biais de sélection

- Refus de réponse : les médecins estimant ne pas avoir assez d'expérience en CMHE n'ont pas souhaité participer à l'étude. Pour la plupart, il s'agissait de jeunes médecins remplaçants, souvent non thésés. Les arguments avancés étaient le manque de recul vis-à-vis de la pratique en CMHE. Cela a pu entraîner un biais de sélection.

Les autres refus étaient pour les motifs suivants : manque de temps, période de vacances (Toussaint puis Noël), surcharge de travail, aucune explication.

- Sex ratio : Il y a eu 8 hommes interrogés pour 4 femmes, ce qui n'est pas représentatif de la population médicale qui se féminise de plus en plus.

4.2.2 Biais internes

- L'enquêteur : Comme dans tout entretien qualitatif et malgré un travail préalable d'oubli de son propre à priori, les opinions de l'enquêteur ont pu influencer sur les questions posées aux interviewés.

L'absence d'expérience de l'enquêteur dans la direction d'un entretien a pu entraîner un biais.

- L'interviewé : Les facteurs pouvant influencer l'interviewé dans ses réponses sont multiples : l'expérience récente, la mémorisation de faits ou événements, la fatigue sont des biais possibles.

Le sujet de la thèse étant énoncé au début de l'entretien, les médecins ont pu essayer d'embellir leurs réponses ou développer des mécanismes de défense afin que leur travail ne soit pas jugé négativement.

4.2.3 Biais externes

- Les horaires : un des médecins a été interrogé à la fin de sa journée de travail, alors qu'il enchaînait son 4^e jour d'affilée. Les rythmes étant particulièrement soutenus, avec très peu de temps morts, cela a pu influencer ses réponses. Tous les entretiens étaient sinon effectués entre 9h et 13h.
- Les lieux d'entretien : l'absence de lieu d'entretien neutre disponible pour l'enquêteur l'a conduit à proposer les entretiens soit sur le lieu de travail, soit au domicile de l'interviewé. Bien que cela n'ait jamais perturbé les discours de manière évidente – notamment grâce à la vérification préalable de la disponibilité, la possibilité d'être seul à seul ainsi qu'au fait d'éteindre le téléphone - le cadre a pu influencer le discours.

4.3 Discussion des résultats

4.3.1 La particularité de la relation médecin-patient en CMHE

La relation médecin-patient est la résultante de l'interaction entre deux individualités ayant leur influence propre sur la prescription médicamenteuse. Au cours des décennies, le rôle du médecin traitant et la relation médecin-patient ont évolué. Dans sa thèse sur la place du médecin généraliste en 2011, MH Cavel relevait que les patients ne gardent pas le même médecin aussi longtemps qu'avant, et cette relation tend à s'amoinrir, notamment en milieu urbain.(18) Ceci peut expliquer en partie le développement des CMHE à Marseille et ses alentours : onze centres en 2012, dix-huit en 2018.

Cependant dans notre étude, les médecins interrogés ont accordé beaucoup d'importance à la relation de confiance qu'ils souhaitent instaurer avec leur patient avant la prescription de benzodiazépines. Notamment car celle-ci se fait après évaluation de la balance bénéfico-risque. Les médicaments prescrits pouvant être particulièrement addictifs, il est nécessaire pour le médecin de s'assurer en amont que le patient respecte les délais de délivrance, les posologies, et reconsulte en cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance du traitement, comme le préconise la HAS. En plus de cela, le patient doit « montrer patte blanche » pour inspirer confiance au médecin, notamment en amenant sa carte vitale ou une ancienne ordonnance, synonyme de sa bonne foi en ce qui concerne sa consommation réelle.

Nous avons comparé notre étude à celle de Guerin qui portait sur l'étude des prescriptions de benzodiazépines en médecine générale.(19) Tout comme nous l'avons fait, elle a souligné l'importance de la relation médecin-patient dans ce type de prescription. Mais l'angle d'approche est différent : celle-ci n'aborde pas le thème de la confiance réciproque et de la nécessité de la mise en confiance du médecin avant une prescription de psychotropes. En effet, celle-ci a interrogé des médecins généralistes ayant une activité avec une patientèle fixe, et qui s'oppose aux nombreuses consultations uniques que l'on peut voir en CMHE.

Comme dans n'importe quelle structure de groupe, chaque médecin a sa vision propre de la manière de prescrire. Ceci est à rapprocher de l'affinité pour la psychiatrie propre à chacun : nous avons pu observer les deux extrêmes dans deux centres différents : l'un n'hésitait pas à prendre 45 minutes pour des consultations psychiatriques et

à donner beaucoup de conseils et de coaching, tandis qu'un autre avouait son aversion pour la psychiatrie via des termes assez forts, comme la perte d'argent liée à la durée des consultations qu'il estimait exagérée, ou même son désintérêt total pour la discipline.

Il y a un confort dans le suivi des patients via le dossier partagé. Lorsqu'il s'agit d'un renouvellement d'un patient inconnu du cabinet, ce dossier sert à dépister les abus éventuels. Certains médecins ont exprimé leur hésitation lorsqu'il s'agissait de modifier une prise en charge d'un patient sous benzodiazépines (modification de posologie, changement de molécule, refus de prescrire...) suivi régulièrement par un confrère. Il est probable qu'il y ait un rapport d'âge et d'expérience entre ces médecins, ce qui expliquerait ce ressenti.

Nous avons vu que le profil d'activité en CMHE était, selon les médecins interrogés, composé d'une majeure partie de consultations ponctuelles. Le patient est inconnu du médecin prescripteur alors que la demande peut concerner aussi bien un renouvellement qu'une plainte d'anxiété ou d'insomnie.

La fragilité de cette relation ne semble ainsi pas compatible avec la confiance réciproque nécessaire, comme préconisé par les sujets de notre étude.

Néanmoins, il y a une nuance à apporter à cette constatation.

La pression du patient sur le médecin dans la prescription des benzodiazépines a été évoquée par certains sujets. Nous y avons consacré un seul chapitre, mais nous pouvons retrouver cette pression de manière indirecte dans le chapitre sur le patient addict. Il est intéressant d'analyser un article d'Actualité et Dossier en Santé Publique intitulé « Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage du médicament ». Dans un paragraphe sur la demande sociale du médicament, les auteurs expliquent que la pression exercée par le patient sur le médecin est proportionnelle à la distance entre le médecin et le patient ainsi qu'à l'intégration du médecin dans un réseau plus ou moins serré avec des confrères.(20) En considérant le cadre de prescription de notre recherche, c'est-à-dire avec de nombreuses consultations ponctuelles, beaucoup de patients inconnus ainsi qu'une activité de groupe solide, la distance entre le patient et le médecin est suffisante pour que ce dernier ne soit pas influencé dans sa prescription.

Certains médecins interrogés pensent même que l'affect ne peut pas influencer une prise en charge concernant un patient inconnu.

Cette pression du patient semble donc être un argument mineur dans la décision médicale.

4.3.2 La contrainte du temps

L'importance et le manque de temps de consultation est une notion récurrente de notre étude. Une consultation donnant lieu à une première prescription de benzodiazépines est fatalement longue. Un médecin rigoureux cherchera les facteurs favorisant une insomnie ou questionnera son patient sur les causes d'une anxiété aigüe. Les points de vue étaient assez partagés sur cette contrainte. Certains médecins évoquaient le fait que le travail en CMHE ne permettait pas d'accorder le temps nécessaire à ce type de consultation. D'autres estimaient que

ces consultations étaient effectivement plus longues que les autres, mais qu'il était important pour eux d'y accorder le temps nécessaire, malgré la pression de la salle d'attente.

Dans une étude de 1992, Cormack montrait que les médecins pensent qu'ils prescrivent plus lorsqu'ils sont surchargés de travail.(21)

Au sein des CMHE, ce sont la plupart du temps deux médecins qui consultent à la fois. Comme évoqué par l'un des interrogés, cette pratique en binôme permet au contraire de travailler en subissant moins la pression de la salle d'attente. Un autre médecin évoquait même la tolérance des patients qui savent à l'avance qu'ils vont attendre.

Nous pouvons également nous demander si ce temps de consultation, évoqué par certains médecins comme étant une entrave à leur pratique de la psychiatrie de médecine générale, n'est pas une façon d'exprimer un désintérêt pour la discipline, comme nous avons pu en parler dans un des paragraphes des résultats.

De plus, deux médecins de l'étude ont évoqué les conséquences financières d'une consultation longue au sein d'une journée de consultations sans rendez-vous. La tarification à l'acte incite les médecins à multiplier les consultations, et donc à en diminuer la longueur. Anne-Cécile Schouler-Bourjal l'évoquait dans son étude sur les déterminants de la prescription de benzodiazépines en médecine générale.(22) Les médecins qu'elle avait interrogés ne l'avaient pas explicitement mis en avant, contrairement à notre étude.

4.3.3 Les compétences du médecin

Dans l'article « Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage du médicament » sont également définis les profils de médecins favorisant les prescriptions inappropriées, et parmi eux certains des éléments retrouvés dans notre étude : la formation initiale, les connaissances par rapport aux propriétés des médicaments et leurs effets sur certains groupes de patients.(20)

Les compétences médicales du médecin sont fondées sur des bases scientifiques théoriques, issues de la formation médicale initiale mais également sur un savoir-faire d'expérimentation. Nous avons vu dans notre étude que les consultations ponctuelles sont une entrave au développement d'une auto-critique des médecins sur leurs prescriptions de benzodiazépines, par l'absence de retour d'expérience du patient. Certains insistent pour revoir les patients, en leur donnant par exemple les jours pendant lesquels ils travaillent ou en leur rappelant que le planning est disponible sur internet. Quand ce n'est pas possible, les médecins ont exprimé une insatisfaction vis-à-vis de leur travail.

La formation initiale est très critiquée par les médecins interrogés. La plupart d'entre eux pensent que la formation psychiatrique tout au long des études est trop spécialisée et pas assez orientée vers la médecine générale de premier recours. Ils estiment ne pas avoir eu les bases nécessaires à une prescription correcte des benzodiazépines lors du démarrage de leur activité de généraliste, pourtant assez fournie en consultations d'orientation psychiatrique.

Pour rappel, il n'est pas obligatoire, durant le 2^e cycle des études médicales, d'effectuer de stage en service de psychiatrie. S'il n'en effectue pas, la vision de la discipline sera issue de la prise en charge partielle des patients

disséminés dans les services de soins somatiques, mais qui seront la plupart du temps traités par des spécialistes non-psychiatres. L'activité aux urgences - passage obligatoire de tout étudiant de 2^e cycle - peut être un apport intéressant notamment par le contact avec les psychiatres venant effectuer des avis spécialisés. Pour ceux ayant effectué un passage de quelques mois en tant qu'externe de psychiatrie, l'expérience n'est selon eux pas utile à la pratique de la psychiatrie fréquente en médecine générale. Les pathologies lourdes sont mises en avant. Les thèmes fréquents retrouvés en médecine générale, à savoir l'anxiété et l'insomnie, ne sont pas ou peu vus en hospitalisation. (23)

En ce qui concerne le 3^e cycle, plusieurs constats ont été faits. La formation psychiatrique a été décrite comme très succincte au cours des 3 années d'internat, avec un aveu de lacunes vis-à-vis de la maîtrise des benzodiazépines. Le travail avec des psychiatres lors de l'internat – que cela soit en tant qu'interne en service de psychiatrie ou non – semble être formateur pour la prise en charge des pathologies psychiatriques fréquentes en médecine générale. Le stage chez le médecin généraliste est mis en avant de par son côté ambulatoire et immersif. Ces impressions se rapprochent des résultats de l'enquête nationale menée par Bez et Lepetit sur la formation des internes de médecine générale en psychiatrie (24), qui mettait en avant la nécessité d'améliorer la formation psychiatrique ambulatoire. On retrouve la même notion dans l'article de B. Gay « Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale », dans lequel celui-ci rappelle la nécessité de réorienter les études médicales vers les soins de santé primaire, notamment par le transfert des stages du CHU vers la médecine de ville.(25)

4.3.4 L'influence du patient sur la prescription

L'attente du patient est déterminante dans la prescription de benzodiazépines. Dans son étude sur les attentes du patient vis-à-vis du système de santé et de la consommation de médicaments, Chalamon reprend une description du système de Floch qui répartit les patients en 4 catégories. Le patient dit « fonctionnel » est en quête de rapidité et praticité des soins, et ne consulte que si cela est nécessaire. Il recherche l'efficacité en premier lieu.(26) Nous avons retrouvé ce profil dans la description faite par les médecins du patient consultant en CMHE, lorsque nous avons évoqué le consumérisme médical et la banalisation des benzodiazépines par certains patients.

Les consultations sans rendez-vous attirent donc ce type de patients, recherchant la possibilité de voir un médecin généraliste dans la journée aux dépens du relationnel.

4.3.5 Le manque d'alternatives thérapeutiques

Notre étude montre que les médecins sont conscients que le problème principal dans l'initiation d'un traitement par benzodiazépine est d'en envisager l'arrêt. Selon l'ANSM, 14% des nouveaux utilisateurs de benzodiazépines ont un premier épisode de traitement non conforme aux recommandations (6).

La plupart des omnipraticiens ont évoqué la durée maximale préconisée par la HAS, et nos résultats montrent qu'ils limitent majoritairement les premières prescriptions à une semaine de traitement, avant d'adresser au médecin traitant.

Afin de guider les médecins généralistes dans le suivi, le sevrage et les alternatives de ces traitements, la HAS a établi en 2011 des recommandations sur la prise en charge non médicamenteuse des patients.

Toujours selon d'après cette recommandation, une consultation plus longue aboutit à moins de prescription médicamenteuse (27), ce qui s'oppose évidemment à la tarification à l'acte qui est actuellement la norme, et à la pression de la salle d'attente évoquée précédemment.

En ajoutant à cette constatation les résultats de notre étude, ces recommandations semblent difficilement applicables à la médecine générale.

En effet, lorsque nous avons évoqué les règles hygiéno-diététiques (RHD) dans les insomnies, celles-ci semblaient trop souvent négligées alors que leur dépistage est recommandé par la HAS. Le manque de temps nécessaire à l'éducation du patient et la méconnaissance de ces RHD ont été évoqués.

La HAS accorde une importance particulière aux psychothérapies dans la prise en charge de l'insomnie. Or certains médecins nous ont évoqué leur impuissance face au manque de psychiatres ou leur méconnaissance de spécialistes pratiquant la thérapie cognitivo-comportementale. D'autres ont évoqué la création d'annuaires spécialisés afin de permettre la création d'un réseau de soins psychiatriques.

Une étude a retrouvé les mêmes résultats en questionnant 948 médecins belges. Pour 97% d'entre eux, la plupart de leurs patients pourraient bénéficier d'une thérapeutique non pharmacologique mais ne peuvent pas à cause de certains freins liés au système de santé.(28)

Ces résultats sont donc semblables à ceux obtenus par Faurie dans son étude sur la recherche des déterminants au renouvellement des benzodiazépines au-delà de 3 mois (29). La négligence des RHD par le patient est vue par le médecin prescripteur comme un des symptômes du consumérisme médical dans lequel la rapidité d'obtention des soins est primordiale. La responsabilité du patient n'est plus mise en cause dans le dysfonctionnement de ses besoins naturels comme le sommeil. Le médecin se sait également responsable de la non prise en charge des RHD en partie par manque de temps à accorder, ainsi que par méconnaissance des réseaux psychiatriques existant dans leur secteur.

Les alternatives médicamenteuses ont été peu abordées dans notre étude. L'homéopathie et l'Euphytose® a été évoquée par un des sujets et plusieurs médecins ont parlé de l'utilisation de l'hydroxyzine avant instauration d'une benzodiazépine.

Le manque d'alternative thérapeutique semble donc être un facteur important de la chronicité du traitement.

Les médecins interrogés sont bien conscients des effets secondaires des molécules, et même si nous avons évoqué la banalisation des benzodiazépines, elle concerne plus le renouvellement pour un patient chronique qu'une primo-prescription pour laquelle la vigilance des médecins reste importante.

4.3.6 Le suivi du patient sous benzodiazépines

Dans notre étude nous avons vu qu'il y a deux grandes situations de prescription : la primo-prescription et le renouvellement. Certains médecins de CMHE ont un suivi de certains patients, mais cela reste dépendant de leur volonté. Lorsqu'un patient a déjà un médecin généraliste qu'il voit régulièrement – pour une prescription de benzodiazépines ou autre – le médecin renouvelle pour des courtes durées. Quand le suivi se fait habituellement en CMHE, ou que le patient décide de se faire suivre en CMHE pour ses benzodiazépines, les médecins ont évoqué trois problématiques :

- **L'automatisme dans le renouvellement :**

Plusieurs médecins travaillent au sein du même centre médical, et chaque médecin ne travaille pas tous les jours. Le suivi ne sera pas donc pas fait systématiquement par le même médecin à chaque consultation de renouvellement du patient.

Certains médecins estiment que la réévaluation du traitement est négligée et que les renouvellements sont quasi automatiques quand ils ne suivent pas le patient.

- **La difficulté d'obtention d'un suivi par un psychiatre :**

Parmi les autres facteurs influençant la prescription des benzodiazépines, le suivi par les psychiatres semble être indispensable à un certain stade de la prise en charge du patient sous benzodiazépines. Ils estiment que le patient est mieux encadré dans son suivi. Nous supposons que la répétition du discours permet d'améliorer l'éducation du patient, et donc la prise de conscience vis à vis des effets néfastes sur une consommation sur le long terme. De plus, le médecin de permanence y trouve un soutien ainsi qu'un partage de la responsabilité qu'il estime être engagée sur chaque prescription de ces molécules. Mais leur manque de disponibilité et leur faible nombre en médecine libérale est un frein majeur à ce suivi.

- **L'impossibilité d'envisager un sevrage en benzodiazépines** au regard des deux éléments précédents :

En observant les recommandations de la HAS sur le sevrage en benzodiazépines en médecine générale, celles-ci préconisent des consultations très rapprochées jusqu'à une fois par semaine les six premiers mois après l'arrêt, ce qui est difficilement envisageable dans un CMHE avec le turnover des médecins et la relation de confiance nécessaire à ce sevrage.

4.3.7 L'apport de la législation sanitaire et ses limites

- **Le site Ameli Pro** permet aux médecins français de vérifier, par l'intermédiaire de la Carte Vitale, les dernières délivrances de médicaments dans les pharmacies. La majorité des médecins que nous avons interrogés nous ont dit utiliser ce système pour vérifier l'absence d'abus de la part du patient, mais cela reste dépendant de la Carte Vitale que le patient peut volontairement oublier afin que le médecin ne vérifie pas sa consommation.

Par ailleurs, **l'apport de la Carte Vitale** est un des facteurs de confiance du médecin envers le patient et contribue ainsi de manière positive à la relation médecin-patient.

Ces résultats peuvent sembler surprenants. Pour les comprendre, il faut relier la description du profil du patient à la nécessité des contrôles. Etant donné qu'il y a un certain nomadisme médical au sein des CMHE, on peut comprendre que les médecins généralistes y exerçant ont adapté leurs habitudes de prescription en fonction des patients venant les consulter.

Une des autres limites abordées est celle de l'absence de possibilité de consultation du dossier médical d'un confrère et qui permettrait à tout praticien de vérifier les données médicales d'un patient le consultant même en l'absence de Carte Vitale.

- C'est à ce stade que **le rôle du pharmacien** pourrait intervenir. Son rôle de régulateur d'ordonnances et de contrôleur de la consommation médicamenteuse a été systématiquement rappelé pour évoquer le manque de relations avec eux. Une étude suisse a démontré que lorsque les médecins et les pharmaciens d'un même quartier travaillent ensemble dans des « cercles de qualité », ils parviennent à obtenir une diminution de la consommation d'antibiotiques sensibles en termes de résistance bactérienne, une augmentation de la délivrance de génériques ainsi qu'une meilleure application des recommandations (30). Ainsi, nous pourrions penser qu'un exercice coordonné de qualité entre médecins et pharmaciens pourrait être une des solutions pour le contrôle de consommation des benzodiazépines.

Une autre solution possible est apportée par une étude américaine récente faisant référence au Prescription Drug Monitoring Program (PDMP). Il s'agit d'une obligation de vérification des prescriptions précédentes avant d'en établir une nouvelle. Cette obligation est pour le moment circonscrite aux opioïdes(31,32). Certains états ont pu observer une diminution des décès liés au surdosage des opioïdes depuis l'instauration du PDMP, mais l'impact direct du programme n'a pas été démontré. Il semblerait que la sensibilisation des médecins aux dangers de ces substances soit également responsable de ce déclin (33). Cette étude montre une multiplication par 8 des décès par surdosage en benzodiazépines entre 1999 et 2015 sur le territoire américain et les auteurs préconisent une extension aux benzodiazépines du PMDP.

Ce moyen de vérification permet à la fois de lutter contre les renouvellements volontaires – dans le cadre des abus conscients des patients dépendants voire toxicomanes – ainsi que les renouvellements involontaires, comme étudié par Okumura en 2015. Celui-ci préconise que les renouvellements de benzodiazépines soient faits après vérification des données de délivrance médicamenteuse pour éviter les chevauchements d'ordonnance et par conséquent les risques de surdosage(34).

- Les décisions des autorités de santé sont saluées par les médecins de permanence, notamment en ce qui concerne **la sécurisation des ordonnances**, et ont changé la représentation des benzodiazépines à la fois par les médecins et les patients. Nous avons par ailleurs pu voir que cette représentation a une importance capitale dans la prescription. Le changement de type d'ordonnance est un argument de poids pour changer les habitudes de prescriptions. Ces choix sont toutefois insuffisants selon eux, et ne permettent pas une diminution de la consommation de benzodiazépines. La focalisation faite sur le Zolpidem peut laisser penser à une

banalisation de la prescription des autres molécules. Il faut craindre une augmentation de la consommation d'une ou plusieurs autres benzodiazépines dans les années à venir, comme cela a été montré dans par Dupui et al. à propos du renforcement de la sécurisation de certaines benzodiazépines en France. Cette étude avait mis en évidence la hausse de la prescription des autres benzodiazépines suite à l'arrêt de commercialisation du flunitrazepam et la sécurisation renforcée du clonazepam (35).

Comme proposé par un grand nombre de médecins, une des solutions pourrait être de faire évoluer le cadre juridique pour étendre cette sécurisation à toutes les benzodiazépines et apparentées.

5 CONCLUSION

Les facteurs influençant la prescription des benzodiazépines en centres médicaux à horaires élargis (CMHE) comportent des notions inhérentes aux cabinets de médecine générale, auxquels s'ajoutent des spécificités des CMHE.

Comme dans toute prescription médicamenteuse, les compétences et l'expérience du médecin, ainsi que sa vision de la médecine et des thérapeutiques prescrites influent sur la prise de décision. En ce qui concerne la prescription des benzodiazépines, les effets secondaires et la possibilité d'un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement justifient la rédaction de nombreuses recommandations par la HAS qui sont bien connues des médecins. La dépendance du patient, engendrée par un dépassement des délais de prescription recommandés, contraint le médecin à des prescriptions parfois inappropriées. A cette dépendance s'ajoute le poids de la vision de la médecine par le patient, décrite comme étant de plus en plus consumériste. Par le manque d'alternatives thérapeutiques, les prescriptions sur le long terme sont fréquentes et les médecins généralistes jugent la prise en charge par un psychiatre nécessaire. Malheureusement, le manque de psychiatres, la méconnaissance des réseaux et le manque de temps pour les contacter rend difficile la coordination des soins.

Une spécificité majeure du CMHE est la difficulté de mise en place d'une relation de confiance nécessaire au suivi de psychotropes. Ceci s'explique par un nombre important de médecins et par la fréquentation de ces cabinets par une patientèle consultant de façon occasionnelle ou non programmée. Par conséquent, les médecins rédigent des prescriptions volontairement courtes afin de réorienter le suivi vers le médecin traitant, lorsque le patient en a un.

En effet, l'ouverture de tels centres favorise un certain nomadisme médical, et en l'absence de contrôles de la part des médecins, une surconsommation médicamenteuse voire un trafic. Ces mésusages de médicaments peuvent être limités par l'utilisation de moyens de contrôles informatiques via la carte vitale du patient, une coordination téléphonique avec les pharmaciens et l'élargissement des restrictions via les ordonnances sécurisées.

6 RESUME

INTRODUCTION Les benzodiazépines sont des substances psychoactives nécessitant une rigueur de prescription et de suivi. Elles sont majoritairement prescrites par les médecins généralistes dans l'anxiété et l'insomnie, la France se classant 2e pays consommateur européen. Les centres médicaux à horaires élargis (CMHE) sont des structures de soins en pleine expansion, proposant des consultations sans rendez-vous tous les jours de la semaine y compris le week-end. Face à la démographie médicale actuelle, ces structures sont de plus en plus confrontées à des patients pratiquant le nomadisme médical et consommateurs de benzodiazépines. L'objectif de l'étude est d'analyser les facteurs influençant la prescription des benzodiazépines dans les CMHE.

METHODES Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes exerçant en CMHE dans Marseille et sa région proche. L'échantillonnage a été mené en variation maximale. Les critères d'exclusion étaient les médecins faisant partie de la sphère amicale de l'interviewer. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. L'analyse s'est faite sur un logiciel d'analyse qualitative N'Vivo permettant un codage par la méthode de la théorisation ancrée dans les données.

RESULTAT Le rapport à la médecine et la représentation des benzodiazépines par le médecin et le patient sont déterminantes. La contrainte et la fatalité de prescription ressenties par le médecin sont dues à la souffrance des patients. Les CMHE sont définis par le travail en groupe, le turnover des médecins, la difficulté de suivi des patients, et par le rôle que le médecin pense avoir en son sein. Le temps disponible est un des freins majeurs à la qualité de consultation. La relation de confiance entre le médecin et le patient influe sur la décision thérapeutique. Les médecins sont sensibilisés aux indications, règles de prescriptions et mésusage des benzodiazépines, et déplorent le manque d'alternatives thérapeutiques malgré l'efficacité des traitements.

DISCUSSION-CONCLUSION La prescription des benzodiazépines dans ce type de structure de soins est déterminée par de multiples facteurs inhérents à la médecine générale. Les spécificités aux CMHE sont la relation de confiance et le suivi, indispensables mais difficiles à instaurer à cause des nombreuses consultations ponctuelles et du changement quotidien de l'équipe médicale.

7 **ABSTRACT**

INTRODUCTION Benzodiazepines are psychoactive substances that require strict prescription and monitoring. Benzodiazepines are psychoactive substances that require strict prescription and follow-up. They are mainly prescribed by general practitioners in anxiety and insomnia, with France ranking 2nd European consumer country. Extended-hour Medical Centers (EHMCs) are fast-growing health care facilities offering walk-in consultations every day of the week, including weekends. Faced with the current medical demography, these structures are increasingly confronted with patients practicing medical nomadism and benzodiazepines consumers. The objective was to study the factors influencing the prescription of benzodiazepines in EHMCs.

METHODS We conducted a qualitative study by semi-directed individual interviews with 12 general practitioners practicing in EHMCs in Marseille and its surrounding region. Sampling was conducted in maximum variation. The exclusion criteria were physicians in the interviewer's friendly sphere. The interviews were conducted until data saturation. The analysis was done on a software of qualitative analysis N'Vivo allowing a coding by the method of the theorization anchored in the data.

RESULTS The relationship to medicine and the representation of benzodiazepines by the doctor and the patient are crucial. The constraint and the inevitability of prescription felt by the doctor are due to the suffering of the patients. EMHCs are defined by group work, turnover of doctors, difficulty of follow-up of patients, and by the role that the doctor thinks to have within it. The time available is one of the major obstacles to the quality of consultation. The relationship of trust between the doctor and the patient influences the therapeutic decision. Doctors are aware of indications, rules of prescription and misuse of benzodiazepines, and deplore the lack of therapeutic alternatives despite the effectiveness of treatments.

DISCUSSION-CONCLUSION The prescription of benzodiazepines in this type of care structure is determined by multiple factors inherent in general practice. The specificities of the EHMCs are the relationship of trust and follow-up, essential but difficult to implement because of the large number of one-off consultations and the daily change of the medical team.

8 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Uzun S, Kozumplik O, Jakovljević M, Sedić B. Side effects of treatment with benzodiazepines. *Psychiatria Danubina*. 1 janv 2010;22(1):90.
2. Lader M. Benzodiazepines revisited--will we ever learn? *Addiction*. déc 2011;106(12):2086- 109.
3. Authier N, Balayssac D, Sautereau M, Zangarelli A, Courty P, Somogyi AA, et al. Benzodiazepine dependence: Focus on withdrawal syndrome. */data/revues/00034509/v67i6/S00034509001382/*. 9 nov 2009
4. Haute Autorité de Santé - Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Internet]. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie
5. Consommation des benzodiazépines : Bien respecter les règles de bon usage pour limiter les risques dont celui de démence - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Consommation-des-benzodiazepines-Bien-respecter-les-regles-de-bon-usage-pour-limiter-les-risques-dont-celui-de-demence-Point-d-information>
6. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
7. ANSM. Prescription obligatoire du zolpidem sur ordonnance sécurisée - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prescription-obligatoire-du-zolpidem-sur-ordonnance-securisee-Point-d-Information>
8. Green LA, Fryer GEJ, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *New England Journal of Medicine*. 28 juin 2001;344(26):2021 - 5.
9. WHO | Primary health care [Internet]. WHO. Disponible sur: http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/
10. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
11. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#s=2017;v=map2;l=fr;i=qualif.dens_lib_mixte;f=23
12. CNOM. Démographie médicale 2017 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2365>
13. Verger P, Bocquier A, Bournot M-C, Buyck J-F, Carrier H, Chaput H, et al. Le panel de médecins généralistes de ville : éclairages sur les enjeux de la médecine de premier recours d'aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales*. 25 oct 2017;(3):213- 35.

14. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 - Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013>
15. Mondet B. Motifs de recours aux permanences médicales à horaires élargies des patients porteurs de pathologies chroniques [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2013.
16. Casanova R. Développement d'une nouvelle offre d'accès aux soins non programmés en Médecin Général: étude portant sur le 11 permanences médicales des Bouches-du-Rhône [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2012.
17. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2013. (Armand Colin).
18. Cavel M-H. Le médecin généraliste en 2011: place et représentation du point de vue des patients : étude qualitative réalisée auprès de patientèles picardes, par entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2011.
19. Guerin C, Potier A. Quels sont les déterminants de la prescription de benzodiazépines et molécules apparentées en médecine générale ? Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2014.
20. Actualité et dossier en santé publique - *Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments*. [en ligne] 1999 (27)
21. Cormack M, Howells E. Factors Linked to the Prescribing of Benzodiazepines by General Practice Principals and Trainees. *Fam Pract*. 1 déc 1992;9(4):466- 71.
22. Schouler Bourjal AC. Les déterminants de la prescription des benzodiazépines. Une étude qualitative réalisée auprès de seize médecins généralistes en Moselle. [Thèse de Doctorat, Médecine Générale]. Nancy : Université Poincaré Faculté de Médecine ; 2009. [Internet].
23. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France, Current State of General Practitioner Training in Psychiatry and Mental Health in France. *L'information psychiatrique*. 12 juin 2014;me 90(5):319- 22.
24. Bez C, Lepetit A. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale en France : résultats d'une enquête nationale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 janv 2018;176(1):48- 54.
25. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 juin 2013;61(3):193- 8.
26. Chalamon I, Heilbrunn B, Chouk I. Proposal of a Typology of Patients' Attitudes and Expectations towards the Health-Care System and the Consumption of Medicines [Internet].
27. Haute Autorité de Santé - Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees
28. Anthierens S, Pasteels I, Habraken H, Steinberg P, Declercq T, Christiaens T. Barriers to nonpharmacologic treatments for stress, anxiety, and insomnia: Family physicians' attitudes toward benzodiazepine prescribing. *Canadian Family Physician*. 1 nov 2010;56(11):e398- 406.
29. 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.

30. Netgen. Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-227/Qualite-de-la-prescription-medicamenteuse-des-progres-grace-a-la-collaboration-medecins-pharmaciens>
31. Paulozzi LJ, Kilbourne EM, Desai HA. Prescription Drug Monitoring Programs and Death Rates from Drug Overdose. *Pain Med.* 1 mai 2011;12(5):747- 54.
32. Lembke A, Papac J, Humphreys K. Our Other Prescription Drug Problem. *New England Journal of Medicine.* 22 févr 2018;378(8):693- 5.
33. Griggs CA, Weiner SG, Feldman JA. Prescription Drug Monitoring Programs: Examining Limitations and Future Approaches. *West J Emerg Med.* janv 2015;16(1):67- 70.
34. Okumura Y, Shimizu S, Matsumoto T. Prevalence, prescribed quantities, and trajectory of multiple prescriber episodes for benzodiazepines: A 2-year cohort study. *Drug and Alcohol Dependence.* 1 janv 2016;158:118- 25.
35. Dupui M, Jouanjus E, Lapeyre-Mestre M. Patterns of Use and Diversion of Benzodiazepines and Related Substances in France: Results of the Osiap Survey. *Clinical Therapeutics.* 1 août 2017;39(8):e68- 9.

9 ANNEXE

ANNEXE 1 : CANEVAS D'ENTRETIEN

Présentations : « Bonjour, nous allons évoquer la prescription des benzodiazépines en permanence médicale. Le but est d'étudier une prescription fréquente au sein de nouvelles structures de soins non programmés, et d'essayer d'en comprendre les tenants et les aboutissants »

Explications sur le déroulement de l'entretien :

« L'entretien va durer entre 30 et 45 min pendant lesquelles nous allons discuter. Je ne cherche pas à évaluer vos connaissances ni à porter un jugement sur votre pratique de la médecine générale. Répondez-moi ce qu'il vous vient quand je vous pose une question, je vous réorienterai si j'estime que cela sort d'un cadre de notre étude. Nous allons parler des benzodiazépines, mais aussi des molécules apparentées. Si vous êtes d'accord, je vais enregistrer l'intégralité de notre entrevue sur le dictaphone. A aucun moment je n'évoquerai votre nom, et tout sera anonymisé. »

Début de l'entretien

« Nous allons commencer par une question assez large. J'aimerais que vous m'expliquiez ce qu'il vous vient à l'esprit quand je vous évoque la prescription des benzodiazépines en permanence médicale ? »

Questions à poser selon le contexte

Dans quelles situations prescrivez-vous des benzodiazépines ?

Quelle est la place du médecin de permanence dans la prise en charge d'un patient sous benzodiazépines ? Quel est votre rôle vis-à-vis du médecin généraliste ?

Quels sont les avantages de ce genre de structure dans la prescription de tels médicaments ?

Quels peuvent être les problématiques liées à la prescription de benzodiazépines dans ce genre de structure ?

Comment se passe la prise en charge quand il y a potentiellement plusieurs médecins qui s'occupent d'un même patient ?

Comment se passe une consultation de nature psychiatrique dans une permanence médicale ?

Comment va se faire le choix d'une benzodiazépine par rapport à une autre ?

Comment envisagez-vous un sevrage ?

[si le médecin évoque sa formation] Que pensez-vous de la formation des médecins généralistes à la prescription des benzodiazépines ?

Quelles sont les situations qui peuvent vous faire refuser une prescription ?

Quels sont les moyens de contrôle que vous utilisez dans votre pratique ?

Que pensez-vous du passage du Stilnox en ordonnance sécurisée ?

Qu'est-ce qui a changé dans votre pratique depuis ce changement ?

Quelle importance accordez-vous au rôle du psychiatre dans la prise en charge d'un de vos patients sous benzodiazépines ?

Quel rôle des pharmacies ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

INTRODUCTION Les benzodiazépines sont des substances psychoactives nécessitant une rigueur de prescription et de suivi. Elles sont majoritairement prescrites par les médecins généralistes dans l'anxiété et l'insomnie, la France se classant 2e pays consommateur européen. Les centres médicaux à horaires élargis (CMHE) sont des structures de soins en pleine expansion, proposant des consultations sans rendez-vous tous les jours de la semaine y compris le week-end. Face à la démographie médicale actuelle, ces structures sont de plus en plus confrontées à des patients pratiquant le nomadisme médical et consommateurs de benzodiazépines. L'objectif de l'étude est d'analyser les facteurs influençant la prescription des benzodiazépines dans les CMHE.

METHODES Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 12 médecins généralistes exerçant en CMHE dans Marseille et sa région proche. L'échantillonnage a été mené en variation maximale. Les critères d'exclusion étaient les médecins faisant partie de la sphère amicale de l'interviewer. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. L'analyse s'est faite sur le logiciel d'analyse qualitative N'Vivo permettant un codage par la méthode de la théorisation ancrée dans les données.

RESULTAT Le rapport à la médecine et la représentation des benzodiazépines par le médecin et le patient sont déterminantes. La contrainte et la fatalité de prescription ressenties par le médecin sont dues à la souffrance des patients. Les CMHE sont définis par le travail en groupe, le turnover des médecins, la difficulté de suivi des patients, et par le rôle que le médecin pense avoir en son sein. Le temps disponible est un des freins majeurs à la qualité de consultation. La relation de confiance entre le médecin et le patient influe sur la décision thérapeutique. Les médecins sont sensibilisés aux indications, règles de prescriptions et mésusage des benzodiazépines, et déplorent le manque d'alternatives thérapeutiques malgré l'efficacité des traitements.

DISCUSSION-CONCLUSION La prescription des benzodiazépines dans ce type de structure de soins est déterminée par de multiples facteurs inhérents à la médecine générale. Les spécificités aux CMHE sont la relation de confiance et le suivi, indispensables mais difficiles à instaurer à cause des nombreuses consultations ponctuelles et du changement quotidien de l'équipe médicale.

Mots-clés : benzodiazépines, médecine générale, centres médicaux à horaires élargis.

ABSTRACT

INTRODUCTION Extended-hour Medical Centers (EHMC) are care facilities offering walk-in consultations every day of the week, including weekends. The hard pace of work implies that doctors change every day. Benzodiazepines are predominantly prescribed by general practitioners and require strict prescription and follow-up. The objective was to study the factors influencing the prescription of benzodiazepines in EHMCs.

METHODS We conducted a qualitative study by semi-directed individual interviews with 12 general practitioners practicing in EHMCs in Marseille and its surrounding region. Sampling was conducted in maximum variation. The exclusion criteria were physicians in the interviewer's friendly sphere. The interviews were conducted until data saturation. The analysis was done on a software of qualitative analysis N'Vivo allowing a coding by the method of the theorization anchored in the data.

RESULTS The relationship to medicine and the representation of benzodiazepines by the doctor and the patient are crucial. The constraint and the inevitability of prescription felt by the doctor are due to the suffering of the patients. EHMCs are defined by group work, turnover of doctors, difficulty of follow-up of patients, and by the role that the doctor thinks to have within it. The time available is one of the major obstacles to the quality of consultation. The relationship of trust between the doctor and the patient influences the therapeutic decision. Doctors are aware of indications, rules of prescription and misuse of benzodiazepines, and deplore the lack of therapeutic alternatives despite the effectiveness of treatments.

DISCUSSION-CONCLUSION The prescription of benzodiazepines in this type of care structure is determined by multiple factors inherent in general practice. The specificities of the EHMC are the relationship of trust and follow-up, essential but difficult to implement because of the large number of one-off consultations and the daily change of the medical team.

Keywords: benzodiazepines, general medicine, extended-hour medical center.