



HAL
open science

RPIB “ Benzos ” : impact de la proposition de formation en ligne des médecins généralistes sur leurs prescriptions et leurs perceptions de la prise en charge du trouble de l’usage des benzodiazépines

Guillaume Bosseboeuf

► To cite this version:

Guillaume Bosseboeuf. RPIB “ Benzos ” : impact de la proposition de formation en ligne des médecins généralistes sur leurs prescriptions et leurs perceptions de la prise en charge du trouble de l’usage des benzodiazépines. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02101471

HAL Id: dumas-02101471

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02101471>

Submitted on 16 Apr 2019

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

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

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2019

Thèse n° 21

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 26 février 2019

Par Guillaume BOSSEBOEUF

Né le 1 Juin 1987 à Bordeaux

**RPIB « Benzos » : impact de la proposition de formation
en ligne des médecins généralistes sur leurs prescriptions
et leurs perceptions de la prise en charge du trouble de
l'usage des benzodiazépines.**

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Jury

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX	Président
Monsieur le Professeur William DURIEUX	Juge
Monsieur le Professeur François PETREGNE	Juge
Monsieur le Docteur Nicolas ROUSSELOT	Rapporteur

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur DEMEAUX, je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury. C'est un honneur pour moi que vous portiez votre regard critique et pertinent sur l'ensemble de mon travail.

Monsieur le Professeur DURIEUX, je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et d'apporter à ce travail votre expérience.

Monsieur le Professeur PETREGNE, je vous remercie de nous faire partager votre expérience de la médecine générale en acceptant de prendre place dans ce jury.

Monsieur le Docteur ROUSSELOT, vous avez accepté de réaliser le rapport de cette thèse et de siéger au sein du jury. Je vous en remercie et vous prie de trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude.

Monsieur le Professeur CASTERA, je vous remercie de m'avoir proposé un sujet de thèse aussi intéressant et d'avoir accepté d'en assurer la direction. Tout au long de ce travail, vous avez su me conseiller avec beaucoup de bienveillance pour m'aider à mener à bien cette étude. Vos conseils pour la rédaction du mémoire final m'ont été très précieux.

Monsieur Benoît Marcos, Chargé de mission – Statistiques et GDR du service Gestion du Risque de la CPAM de la Gironde, je vous remercie pour votre aide si précieuse dans mon travail d'inclusion.

Madame Catherine Meurant, Déléguée Santé Prévention au sein du réseau AGIR 33 ainsi que l'ensemble des médecins ayant répondu aux questionnaires, je vous remercie d'avoir consacré de votre temps et permis à ce travail de voir le jour.

À Marion, pour ton amour et tes conseils bienveillants. Merci pour tout.

À ma famille et mes amis pour leur soutien tout au long de mes études.

À tous les médecins et les équipes soignantes qui m'ont accompagné pendant ce long chemin de l'internat qui fut, grâce à vos enseignements techniques et humanistes, un beau parcours si formateur.

À toutes ces belles rencontres faites durant cette longue aventure d'étudiant en médecine.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
1. CONTEXTE	10
1.1. Définition des benzodiazépines.	10
1.2. Définition des mésusages possibles des benzodiazépines.	11
1.3. Epidémiologie des usages et troubles de l'usage des benzodiazépines.	12
1.4. Les recommandations de bon usage des benzodiazépines.....	13
1.4.1. L'insomnie en médecine générale.	13
1.4.2. L'anxiété en médecine générale.....	15
1.4.3. Le sevrage alcoolique.	15
1.5. Les risques des benzodiazépines.....	16
1.6. Le sevrage des benzodiazépines.	18
1.7. Difficultés d'application des recommandations en médecine ambulatoire.	19
1.8. Difficultés d'application des recommandations pour les BZD.....	21
1.9. Le RPIB « Benzos » : Repérage Précoce et Intervention Brève.....	27
1.10. Un tutoriel en ligne porté par une structure associative indépendante.	31
1.11. Les choix de l'étude.....	32
1.11.1. Question de recherche.	32
1.11.2. Objectifs.	33
1.11.3. Hypothèses.	33
2. METHODOLOGIE	34
2.1. Schéma de l'étude.	34
2.2. Population.	34
2.3. Calcul du nombre de sujets nécessaires.	35
2.4. Déroulement de l'étude.....	35
2.5. Matériel de l'étude.	36
2.6. Plan d'analyse.	37
2.6.1. Critère de jugement principal.....	37
2.6.2. Critères de jugement secondaires.....	38
2.7. Recueil, saisie et traitement des données.	39
2.8. Mesures éthiques et réglementaires.	39
3. RESULTATS	41
3.1. Diagramme de flux.	41
3.2. Caractéristiques de la population des médecins.....	42

3.3.	Résultats concernant le RPIB.....	42
3.3.1.	Critère de jugement principal : impact sur la prescription.....	42
3.3.2.	Critères de jugements secondaires.	48
3.3.2.1.	Ressenti sur les compétences.	50
3.3.2.2.	Ressenti sur les connaissances.	51
3.3.2.3.	Evolution des opinions et pratiques.	53
3.3.2.3.1.	Obstacle du patient.	53
3.3.2.3.2.	Alternatives à la prescription.....	54
3.3.2.4.	Satisfaction sur le tutoriel.....	57
4.	DISCUSSION	60
4.1.	Analyse des principaux résultats.....	60
4.2.	Le médecin généraliste, spécialiste de soins primaires.....	63
4.3.	Obstacles pour aborder la consommation de benzodiazépines.....	63
4.4.	Intérêts et faiblesses de l'étude.	64
4.4.1.	Intérêts.....	64
4.4.2.	Limites de cette étude.	65
	CONCLUSION	68
	BIBLIOGRAPHIE	69
	ANNEXES	75

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BZD : Benzodiazépines
RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève
IB : Intervention Brève
HAS : Haute Autorité de Santé
AGIR 33 : Addictions Gironde
GABA : Acide γ -aminobutyrique
NHS Fife : National Health Service Fife
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
CEIP : Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECAB : Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines
EBM : Evidence-Based Medicine
OPEPS : Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
TAG : Trouble Anxieux Généralisé
DSP : Déléguée Santé Prévention
SFA : Société Française d'Alcoologie
DPC : Développement Professionnel Continu
OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
FMI : Formation Médicale Initiale
FMC : Formation Médicale Continue
QAA : Questionnaire Auto-Administré
QCM : Questionnaire à Choix Multiples
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Déroulement chronologique de l'étude.....	36
Figure 2 : Diagramme de flux.....	41
Figure 3 : Comparaison Avant/Après pour les questions Q6, Q7, Q8 (n=49).....	51
Figure 4 : Comparaison Avant/Après pour les questions Q3, Q4, Q5 (n=49).....	52
Figure 5 : Comparaison Avant/Après pour les questions Q9, Q10, Q11, Q12 (n=49).....	54
Figure 6 : Comparaison Avant/Après pour les questions Q13, Q14, Q15, Q16, Q17 (n=49).....	55
Figure 7 : Taux de réponses aux Q18, Q19, Q20, Q21 (n=23).....	57
Figure 8 : Taux de réponses aux Q22, Q23, Q24 (n=23).....	58

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Description de la population.....	42
Tableau II : Recueil des prescriptions de benzodiazépines.	43
Tableau III : Recueil des prescriptions d'anxiolytiques.	46
Tableau IV : Recueil des prescriptions d'hypnotiques.....	47
Tableau V : Caractéristiques sociodémographiques des médecins "Avant" (n=79).....	48
Tableau VI : Taux de réponse par item "Avant" (n=79).....	49
Tableau VII : Obstacles en lien avec les compétences (n=49).	50
Tableau VIII : Obstacles en lien avec les connaissances (n=49).	52
Tableau IX : Obstacles en lien avec le patient (n=49).	53
Tableau X : Obstacles en lien avec les alternatives à la pharmacologie (n=49).....	55
Tableau XI : Comparaison Avant/Après des médecins ayant répondu aux 2 questionnaires.	56
Tableau XII : Sentiment d'avoir changé sa pratique dans un sens favorable (n=23).....	57
Tableau XIII : Sentiment de satisfaction après visionnage du tutoriel (n=23).	58

INTRODUCTION

Par son rôle de professionnel de santé de premier recours, le médecin généraliste est l'un des acteurs principaux pour le dépistage et la prise en charge des usages de substances addictives.

La consommation de benzodiazépines (BZD) expose au risque de trouble de l'usage avec ses conséquences physiques, psychiques ou sociales (1).

Le RPIB, Repérage Précoce et Intervention Brève, constitue un outil simple et efficace, validé en médecine générale, pour prévenir le risque d'addiction (2). En 2006, les pouvoirs publics ont décidé de soutenir les médecins de soins primaires en engageant un programme de formation des médecins traitants au RPIB et en soutenant la publication de recommandations par la HAS en 2014.

En 2016, le réseau AGIR 33 Aquitaine dans le cadre du travail de thèse du docteur Elodie Coispeau (3) a mis en ligne un outil pédagogique sur le modèle du RPIB alcool. Son but est de repérer les troubles de l'usage, de proposer des interventions pour prendre en charge les patients en fonction de leur situation, de proposer des solutions alternatives à la prescription de benzodiazépines, de mettre à la disposition des généralistes des outils simples qui leur soient destinés et d'autres à remettre aux patients, et de pouvoir orienter vers le spécialiste addictologue/psychiatre le patient relevant d'une prise en charge complexe.

Dans ce contexte, il nous a paru intéressant de mettre à disposition cet outil, présent sur le site www.addictutos.com, auprès des médecins généralistes de Gironde et d'en étudier l'impact sur leur perception, leurs prescriptions et leur prise en charge du trouble de l'usage des benzodiazépines.

L'objectif de notre étude est, via la présentation de l'outil par une Déléguée Santé Prévention, d'évaluer si le fonctionnement de cet outil et sa disponibilité en ligne modifient les représentations et les pratiques des médecins généralistes concernant le repérage et la prise en charge des patients ayant une consommation à risque de BZD.

Dans ce contexte, notre travail de thèse s'articule en 2 parties :

-tout d'abord, une revue narrative de la littérature s'intéressant aux BZD et au RPIB afin de faire le point sur ces problématiques.

-ensuite, nous exposerons dans la partie « Etude » l'outil RPIB, le protocole mis en place et nos résultats après 3 mois de diffusion du RPIB.

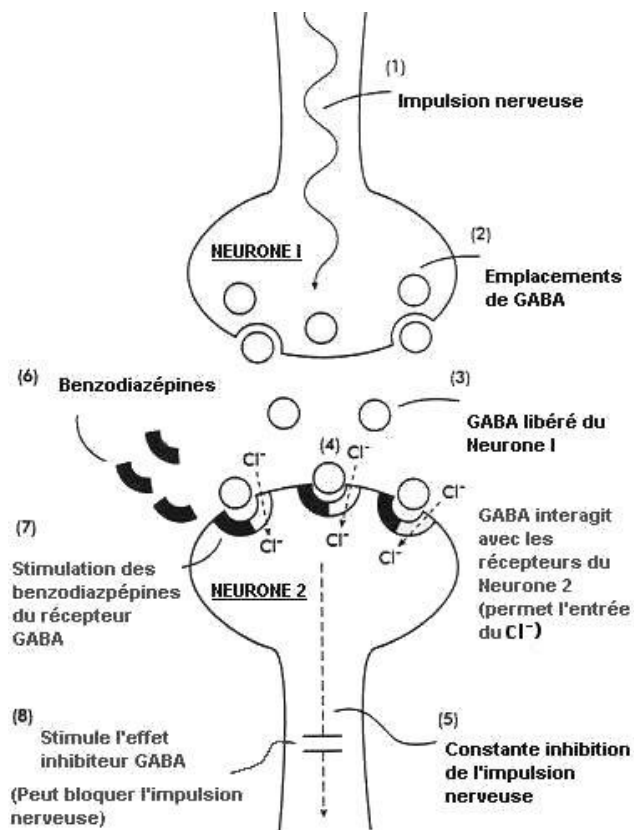
1. CONTEXTE

1.1. Définition des benzodiazépines.

Les benzodiazépines sont des molécules dont la structure chimique est composée de la fusion d'un cycle benzène et d'un cycle diazépine (4).



Cette classe pharmacologique potentialise l'action du neurotransmetteur GABA au niveau du système nerveux central. Elles agissent sur des sites de liaison spécifiques aux benzodiazépines (BZD) $GABA_A$. Les benzodiazépines facilitent l'action de l'acide γ -aminobutyrique responsable de l'inhibition pré et post-synaptique par une augmentation de la perméabilité de la membrane aux ions chlorures (hyperpolarisation) (5).



Il en résulte une action sédatrice, anxiolytique, hypnotique, anticonvulsivante et myorelaxante. Elles sont indiquées dans le traitement de l'anxiété, des troubles sévères du sommeil, du sevrage alcoolique et de l'épilepsie.

1.2. Définition des mésusages possibles des benzodiazépines.

Dans leur article publié dans *Alcoolologie et Addictologie* en 2017, Dematteis et Pennel proposent plusieurs définitions relatives à l'usage des médicaments psychotropes :

« L'abus est défini par un usage excessif intentionnel, persistant ou sporadique, de médicaments accompagné de réactions physiques ou psychologiques nocives.

Le mésusage est une utilisation intentionnelle et inappropriée, non conforme à l'autorisation de mise sur le marché ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques. L'abus est donc un aspect du mésusage.

L'usage détourné constitue une utilisation à des fins récréatives, frauduleuses ou lucratives (revente), délictuelles ou criminelles (soumission chimique). La présence de l'aspect récréatif dans cette définition peut être discutable, il pourrait plutôt s'intégrer dans le mésusage » (6).

Dans son rapport d'élaboration, « Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire » la HAS propose plusieurs types de dépendance selon le NHS Fife (7) :

Dépendance	Caractéristiques
Dépendance à dose thérapeutique (Dose < 30 mg diazépam)	<p>Prise des benzodiazépines à faibles doses prescrites pendant des mois ou des années.</p> <p>« Besoin » progressif de benzodiazépines afin de mener des activités normales de la vie quotidienne.</p> <p>Poursuite de la prise des médicaments, même si l'indication d'origine a disparu. Symptômes de sevrage connus lors des essais de réduction ou d'arrêt.</p> <p>Contact avec le prescripteur fréquent pour demander les renouvellements d'ordonnances.</p> <p>Anxiété vécue s'il y a un retard à la prochaine prescription. Augmentation de la posologie depuis l'ordonnance originale.</p> <p>Symptômes d'anxiété, de panique, d'agoraphobie, d'insomnie, de dépression et augmentation des symptômes physiques malgré la poursuite des benzodiazépines.</p>

<p>Dépendance à haute dose (Dose \geq 30 mg diazépam)</p>	<p>Le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> -essaie de convaincre le médecin de modifier les doses et/ou le nombre de comprimés sur la prescription ; -se présente à l'hôpital ou demande au médecin en raison de nouvelles pratiques pour obtenir plus de comprimés ; -combine des benzodiazépines avec une consommation excessive d'alcool ou d'autres médicaments sédatifs ; -est très anxieux, présente une dépression ou un trouble de la personnalité ; -présente une tendance à ne pas utiliser les drogues illicites, mais peut obtenir des benzodiazépines par sa famille ou des connaissances.
<p>Usage à dose illicite ou récréative</p>	<p>Le patient développe souvent une polytoxicomanie et tente de renforcer l'effet des opiacés ou des stimulants.</p> <p>Une très haute tolérance se développe, ce qui rend difficile à détecter l'ampleur réelle de la consommation de drogue.</p> <p>Les utilisateurs peuvent prendre bien au-delà de 100 mg par jour en une seule dose pour maximiser l'effet.</p> <p>Il peut y avoir un problème d'alcool de manière concomitante et l'utilisateur peut avoir connu les benzodiazépines au cours d'une précédente désintoxication d'alcool.</p>

1.3. Epidémiologie des usages et troubles de l'usage des benzodiazépines.

En avril 2017, l'ANSM a publié la 3^{ème} actualisation de son état des lieux des consommations en France en raison d'une importante consommation des molécules de cette classe pharmacologique, de leur profil de sécurité d'emploi et de certains détournements.

« Près de 13,4 % de la population française a ainsi consommé en 2015 au moins une fois une benzodiazépine.

La France se situe derrière l'Espagne au 2^{ème} rang de la consommation des benzodiazépines en Europe, mais c'est en France que la plus forte diminution est observée entre 2012 et 2015. En 2015, 64,6 millions de boîtes de benzodiazépines anxiolytiques (versus 64,9 en 2010) et 46,1 millions de boîtes d'hypnotiques (versus 48,2 en 2010) ont été vendues en France. La proportion d'utilisateurs de benzodiazépines est en baisse de 5,7 % en 2015 par rapport à 2012. Cette baisse est plus prononcée pour les hypnotiques (-12,8 %) que pour les anxiolytiques (-3,8 %). La consommation concomitante d'anxiolytique et d'hypnotique a également diminué, passant de 3,1 % en 2012 à 2,7 % en 2015 » (8).

Il existe une prévalence féminine qui s'accroît avec l'âge, notamment après 80 ans.

Selon l'ANSM, 5,4 % des Français ont déjà débuté un traitement par benzodiazépine en 2015, l'âge médian des nouveaux utilisateurs d'anxiolytiques et hypnotiques confondus est de 49 ans. Cette proportion a peu évolué entre les années 2012 et 2014 pour les benzodiazépines anxiolytiques, mais les indicateurs semblent mettre en évidence une légère diminution en ce qui concerne la prise d'hypnotiques.

« Les traitements sont initiés par un médecin généraliste dans environ 82 % des cas. La durée du premier épisode de traitement est inférieure ou égale à 28 jours dans 75 % des cas et inférieure à 12 semaines dans 90 % des cas. De 2012 à 2014, 15 % des nouveaux utilisateurs ont eu un premier épisode de traitement d'une durée non conforme avec les recommandations, parmi lesquels environ 2 % de plus d'un an.

Les benzodiazépines les plus utilisées sont l'alprazolam, suivi du zolpidem et du bromazépan. Il est à noter cependant une diminution de la consommation de zolpidem et zopiclone concordante avec une baisse de la consommation des hypnotiques » (8).

La demi-vie semble influencer la consommation puisqu'il existe une tendance des patients à se tourner vers les molécules à demi-vie courtes (alprazolam et oxazépan). Il subsiste un risque théorique plus important de dépendance mais un moindre risque d'accumulation dans l'organisme en particulier chez la personne âgée.

Bien que les dernières données montrent une baisse de la consommation de benzodiazépines, le nombre d'utilisateurs en France reste cependant élevé. Ceci laisse présager des utilisations inappropriées et des troubles de l'usage.

Il nous paraît ainsi important de revenir sur les recommandations de prescription.

1.4. Les recommandations de bon usage des benzodiazépines.

Depuis les années 1990, les hautes instances sanitaires ont statué sur de nombreuses recommandations concernant les benzodiazépines et apparentés.

1.4.1. L'insomnie en médecine générale.

Les indications des hypnotiques sont limitées aux troubles sévères du sommeil dans seulement deux occurrences (9) :

-l'insomnie occasionnelle, essentiellement représentée par les perturbations liées à des voyages.

-les insomnies transitoires liées à des événements graves, perturbateurs de la vie.

Les durées de prescription recommandées des BZD hypnotiques et anxiolytiques sont respectivement de 4 et 12 semaines afin de limiter leur mésusage. Cependant la durée médiane de traitement est de 7 mois par an, parfois de plusieurs années (10). Dans sa thèse, Manon Reboul montre qu'il persiste des troubles anxieux pour 77 % des patients traités par anxiolytiques et des troubles du sommeil chez la majorité des patients traités par hypnotiques. Les 2/3 ont des difficultés pour s'endormir et 1/3 déclarent avoir un sommeil de mauvaise qualité (11). Ces résultats font discuter la pertinence de ces traitements, notamment au long cours.

L'interrogatoire du patient devant un trouble du sommeil doit viser à repérer un facteur physique s'opposant à l'endormissement (bruit, température inadaptée, sport dans les 4 heures précédant le coucher...), la prise d'excitants (alcool, café, nicotine, médicaments), l'utilisation d'écrans dans l'heure et demie précédant le coucher, une affection médicale, un trouble dépressif, anxieux ou un autre trouble mental associé, une apnée du sommeil, des mouvements périodiques, un syndrome des jambes sans repos.

D'après les recommandations de la HAS en 2006 sur la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est applicable en soins primaires. Elle repose sur trois axes :

- le contrôle du stimulus,
- la restriction de sommeil,
- la relaxation.

Le contrôle du stimulus permet de renforcer l'association mentale entre le lit et le sommeil. Il faut que le patient prenne conscience du caractère négatif de la recherche du sommeil à tout prix et l'aider à dédramatiser si un endormissement tardif se produit. Le but est que le temps passé au lit se limite au temps réel de sommeil.

La restriction de sommeil vise à produire un léger état de privation afin d'amener le patient à ressentir de la somnolence au moment du coucher. Le patient doit s'astreindre malgré la durée de sommeil de la nuit précédente à se lever à des heures fixes, éviter les siestes après 15h et de plus de 30 min pour rétablir un rythme de qualité.

C'est dans ce but que l'agenda du sommeil est utilisé. On procède à une décroissance progressive de 15 min par semaine de manière à être le plus possible en adéquation avec les informations recueillies sur l'agenda du sommeil.

La relaxation vise à réduire l'hypervigilance qui peut résulter de conditionnements physiques, cognitifs ou émotionnels. Elle peut faciliter l'endormissement et le maintien du sommeil, notamment dans les cas d'insomnie à composante anxieuse.

Une étude publiée dans le JAMA, randomisée, en double aveugle, contrôlée versus placebo portant sur 46 adultes souffrant d'insomnie primaire chronique menée entre janvier 2004 et décembre 2005 en Norvège conduite par Sivertsen et al. a permis de conclure que la TCC a amélioré les résultats à court et à long terme par rapport au zopiclone chez 3/4 des patients. Pour la plupart des résultats, le zopiclone ne différait pas du placebo. Les participants recevant la TCC ont amélioré leur qualité de sommeil de 81,4 % à 90,1 % à 6 mois contre une diminution de la qualité de sommeil de 82,3 % à 81,9 % dans le groupe avec zopiclone (12).

1.4.2. L'anxiété en médecine générale.

Aucun trouble anxieux n'a l'indication d'une prescription de BZD au long cours. Il est recommandé de n'en utiliser que de manière ponctuelle, pour les manifestations aiguës du trouble anxieux généralisé (TAG) (13). Cette pathologie, qui évolue de manière chronique avec des phases aiguës entrecoupées de rémissions, nécessite un traitement au long cours associant une psychothérapie en première intention et des ISRS (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine). Si les BZD à visée anxiolytique sont indiquées (lors des manifestations aiguës), quelques règles de bonne prescription sont à respecter : le moins longtemps possible (12 semaines maximum) et ceci en incluant la période de réduction de posologie (14). En effet, lors d'un congrès qui s'est déroulé à Boston le 16 Août 2004, le Dr Pollack a confirmé que les cliniciens et les patients sont préoccupés par le développement potentiel d'une tolérance thérapeutique se manifestant par une perte d'efficacité ou un besoin d'augmenter la dose pour maintenir le bénéfice (15).

1.4.3. Le sevrage alcoolique.

D'après la recommandation de la Société Française d'Alcoologie, il n'y a pas d'indication prolongée des BZD dans l'alcoolo-dépendance (16). Au cours du sevrage alcoolique, la prescription de BZD n'est pas systématique si des sevrages antérieurs se sont passés sans problème. Si une prescription doit être faite, elle le sera à la dose minimale efficace et ne dépassera pas 8-10 jours.

Ainsi, les BZD, sauf exception, ne relèvent pas d'une prescription au long cours. Or, nous avons vu qu'au moins 15 % des utilisateurs sont hors des recommandations, ce qui représente un nombre très élevé de personnes.

Dans une démarche de réduction des risques et des dommages, Dematteis (6) appuie sur l'importance de caractériser les sujets concernés par la consommation. Les critères varient en fonction de la psychopathologie sous-jacente et le contexte de vie de chaque individu. Il est intéressant d'observer, pour chaque groupe ainsi défini, la médication, les mésusages et dépendance pour chaque médicament, ce qui a conduit à la primo-prescription et la manière dont celle-ci évolue (notamment en fonction de l'anxiété, du sommeil, de la douleur, ou de l'usage récréatif), les éléments potentialisant le mésusage ou au contraire les facteurs dissuasifs, les conséquences sociales, les impacts au niveau de la morbi-mortalité.

Les professionnels de santé sont incités à mieux connaître les effets à long terme notamment cognitivo-comportementaux, à sensibiliser et informer la population sur les risques des médicaments psychoactifs, promouvoir les stratégies alternatives, dépister les sujets à risques, examiner la balance bénéfique/risque des benzodiazépines ainsi que la durée du traitement, ses limites, et améliorer le diagnostic de trouble addictif.

Le bon usage des benzodiazépines doit s'inscrire selon un modèle intégratif (17). Selon Dematteis (6), *« réduire ou arrêter une consommation n'a de sens que si elle s'intègre dans une démarche globale intégrative multidimensionnelle permettant à l'individu d'implémenter de nouvelles stratégies lui permettant de réinvestir les domaines de la vie qu'il avait abandonnés au profit des consommations. Sans cette approche, l'arrêt d'une conduite addictive est à risque de rechute ou de report sur une autre conduite. Sur la base d'une évaluation précise et transversale, il s'agit de construire avec le patient un projet de soins dont les objectifs thérapeutiques sont pragmatiques, réalistes et adaptés à ses propres objectifs, à ses difficultés et à son contexte de vie, et qui vise à mobiliser ses ressources à travers une approche motivationnelle qui le rend acteur de sa prise en charge ».*

Les recommandations ont pour but de réduire les risques et dommages liés à l'usage des BZD. Quels sont donc les risques des BZD ?

1.5. Les risques des benzodiazépines.

Les dispositifs de surveillance et de régulation pharmacologique confirment le profil à risque déjà connu de ces médicaments. Environ 23 % des effets indésirables graves déclarés avec les benzodiazépines sont des affections du système nerveux (sommolence, comas voire, plus rarement, amnésies). Les affections psychiatriques représentent 12 % des effets indésirables graves des benzodiazépines anxiolytiques et 17 % des hypnotiques avec majoritairement des états confusionnels. Les risques d'effets indésirables graves sont accrus chez le sujet âgé chez qui des chutes sont fréquemment rapportées. Le réseau national des Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) - Addictovigilance démontre que l'usage des benzodiazépines expose à un risque d'abus et de

dépendance physique et psychique avec un syndrome de sevrage à l'arrêt. En outre, une étude publiée dans l'International Journal of Legal Medicine révèle que les benzodiazépines sont les substances les plus impliquées dans la soumission chimique (18).

La consommation de benzodiazépines expose également à une augmentation du risque d'accidents de la route, confirmée par une revue de la littérature faite par Smink et al. en 2010. La littérature indique que le plus grand risque d'accident est associé à l'utilisation de benzodiazépines à demi-vie longue, à l'augmentation du dosage et aux premières semaines de mise sous traitement (19). Toutes les benzodiazépines sont désormais classées en « niveau trois » de danger depuis le 13 mars 2017, se traduisant par une incompatibilité majeure avec la conduite automobile.

Dans la dernière publication du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, la notion de trouble de l'usage regroupe les anciennes notions d'abus et de dépendance avec un seuil diagnostique se situant à 2 critères parmi les 11 suivants :

1. Incapacité à remplir des obligations importantes.
2. Usage malgré les dommages physiques.
3. Problèmes interpersonnels ou sociaux.
4. Tolérance.
5. Sevrage.
6. Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié.
7. Désir ou efforts persistants pour diminuer.
8. Beaucoup de temps consacré.
9. Activités réduites au profit de la consommation.
10. Continuer malgré les dégâts physiques ou psychiques.
11. « Craving », désir impérieux.

Les risques sont donc importants quel que soit l'âge, notamment d'accidents et d'addiction, mais aussi en détournant les patients de traitements mieux adaptés. Ils justifient le respect des recommandations.

Ceci nous amène logiquement à la question du sevrage des benzodiazépines, vu le caractère addictif de cette classe thérapeutique.

1.6. Le sevrage des benzodiazépines.

Pour le sujet âgé de plus de 65 ans, traité quotidiennement par BZD depuis plus de 30 jours, l'HAS a publié en 2007 des recommandations sur la stratégie d'arrêt des BZD (20). Le premier objectif est d'amener le médecin à s'interroger sur la pertinence du traitement par BZD devant toute demande de renouvellement. Au moment d'entreprendre un arrêt, les attentes du patient doivent être évaluées, ainsi que son degré d'attachement aux BZD (à l'aide de l'échelle ECAB) et les facteurs pronostiques (rapidité de la diminution posologique ; posologie élevée de BZD ; demi-vie courte d'élimination du médicament ; existence d'une anxiété importante au début de l'arrêt progressif ; existence d'une dépression associée ; surconsommation régulière d'alcool ou d'autres substances psychoactives), pour aboutir à une décision partagée.

Il faut savoir détecter les situations nécessitant une stratégie particulière comme l'existence d'un trouble psychique associé (dépression, troubles anxieux caractérisés, troubles cognitifs), des échecs antérieurs d'arrêt, une surconsommation régulière d'alcool, l'association à d'autres médicaments psychotropes, une insomnie rebelle.

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

En juin 2015, la HAS a publié une fiche mémo pour aider le médecin traitant dans sa démarche d'arrêt des BZD en ambulatoire (7). Cette fiche reprend les recommandations de 2007 pour le sujet âgé de plus de 65 ans, en l'appliquant au patient adulte en général et en insistant sur la stratégie de manière pragmatique, notamment en introduisant la notion d'Intervention Brève. L'Intervention Brève doit se poursuivre par une consultation spécifique centrée sur les modalités d'arrêt de la benzodiazépine avec des informations données au patient sur la benzodiazépine consommée, les risques de la consommation au long cours, les bénéfices de l'arrêt, les symptômes pouvant apparaître pendant l'arrêt et les alternatives non médicamenteuses. C'est au cours de cette consultation que sont présentés l'agenda du sommeil et la fiche de suivi de la décroissance posologique. Ensuite, sont présentés le rythme et les modalités de surveillance après l'arrêt, qui doivent être définis avec le patient, en fonction de la présence de facteurs de risque d'échec. Les précautions visent à prévenir l'apparition d'un syndrome de sevrage ou en limiter les effets.

Le syndrome de sevrage aux benzodiazépines s'explique par une neuroadaptivité rendant le GABA dépendant de la stimulation des benzodiazépines pour initier son action. S'en suit une grande variété de

suractivités neurologiques impactées par une plus grande sensibilité aux neuromédiateurs excitateurs.

Le tableau clinique met en évidence :

-Symptômes psychologiques :

Anxiété, dépression, insomnie, déréalisation/dépersonnalisation, pensées obsessionnelles négatives, des changements d'humeur rapides, dysphorie, altération des fonctions cognitives, pensées suicidaires, cauchemars, hallucinations, psychose, craving.

-Symptômes physiques :

Sensibilité anormale aux stimuli, tensions/douleurs musculaires, douleurs articulaires, acouphènes, maux de tête, tremblements, vision floue, démangeaisons, paresthésies, fatigue, sensations de vibration interne, transpiration, fluctuation de la température corporelle, difficulté à avaler, perte d'appétit, symptômes pseudo-grippaux, fasciculation, goût métallique dans la bouche, nausées, soif extrême, baisse ou augmentation occasionnelle de la libido, palpitations cardiaques, étourdissements, vertiges, essoufflements, baisse du seuil épileptogène.

Le sevrage des benzodiazépines expose ainsi à des risques et à des difficultés. Des procédures sont recommandées incluant les Interventions Brèves. Les recommandations de bon usage des benzodiazépines existent ainsi que les recommandations pour procéder à leur sevrage ou à leur réduction quand l'usage n'est pas ou plus approprié. Pourtant ces recommandations semblent insuffisamment pratiquées. Pourquoi ?

1.7. Difficultés d'application des recommandations en médecine ambulatoire.

Malgré des efforts importants pour promouvoir l'utilisation de recommandations de bonnes pratiques, leur suivi n'est souvent pas optimisé.

Grimshaw et Russel ont publié dans The Lancet en 1993 une méta-analyse de l'impact de 59 référentiels sur les pratiques des médecins et retrouvaient une amélioration statistiquement significative après la mise en place de ces recommandations. Néanmoins, le degré d'amélioration était très variable en fonction de la spécialité médicale choisie (21). De même, une étude néerlandaise menée par Lugtenberg et al. en 2008 a évalué l'impact de 20 études sur le système de soins néerlandais. Ce travail a démontré un apport au niveau de l'orientation dans le système de soins. Les données étaient cependant insuffisantes pour mettre en évidence un véritable bénéfice au niveau de la prise en charge du patient lui-même (22). Deux autres études ont montré l'impact relativement faible sur les pratiques cliniques malgré les efforts faits pour diffuser des recommandations orientant les médecins dans leurs missions (23) (24). Dans le JAMA en 2001, Grol commente de façon critique certaines approches qui ont gagné

en popularité au cours des dernières décennies : méthode EBM, développement professionnel, évaluation et responsabilisation, habilitation des patients. Les preuves concernant l'impact et la faisabilité de ces différentes approches sont mitigées ou font défaut.

Aux Etats Unis, une étude publiée dans le *New England Journal of Medicine* en 2003 a montré que seulement 55 % des patients recevaient des soins en adéquation avec les recommandations (25). La même tendance s'observe aux Pays Bas où l'on observe que les médecins généralistes n'adhèrent pas de manière optimale aux guides de pratique clinique (26).

Deux articles publiés dans *The Lancet* (27) et dans le *JAMA* (28) ont mis en évidence plusieurs facteurs : Grol et Grimshaw suggèrent qu'il est possible de changer la pratique médicale, mais ce changement nécessite généralement des approches globales à différents niveaux (médecin, équipe, hôpital), adaptées à des contextes spécifiques et à des groupes cibles. Dans une revue de la littérature, Cabana et al. ont identifié 293 obstacles potentiels à l'observance des directives médicales en recoupant 76 articles. Parmi ces facteurs ils ont pu mettre en exergue les barrières suivantes : le manque de sensibilisation à l'existence des guidelines (n = 46), l'absence de familiarité avec les recommandations (n = 31), le désaccord avec les auteurs ou les référentiels (n = 33), le sentiment d'efficacité personnelle (n = 19), l'absence de bénéfice potentiel attendu (n = 8), la difficulté à surmonter l'inertie d'une pratique médicale antérieure (n = 14), et des obstacles liés à l'environnement de travail (n = 34). La majorité des enquêtes (70 [58 %] sur 120) ont examiné seulement un type de barrière. Les obstacles à l'adhésion aux guidelines peuvent être liés au patient, à l'acteur de soins, au contexte organisationnel et au contexte social et culturel du système de santé.

Une étude par focus group parmi les médecins généralistes néerlandais a montré que le manque d'applicabilité, les contraintes organisationnelles étaient les obstacles les plus importants à l'adhésion aux guidelines (29).

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) sont en charge du développement des référentiels. Leur application reste partielle pour des raisons différentes. Gallais identifie ainsi plusieurs facteurs (30) (31) :

- une approche plus sociétale qu'individuelle,
- des présentations inappropriées, trop longues, non focalisées sur des résolutions de problèmes et non intégrées aux logiciels métiers des professionnels,
- des réticences liées aux origines hospitalières des universitaires et aux promoteurs, souvent hors de la collectivité des pairs concernés,
- des désaccords idéologiques non explicités et des conflits de territoire entre disciplines,
- la variabilité de l'utilité perçue et de l'applicabilité sur le terrain, dans les pratiques réelles,
- des craintes des professionnels de perte de liberté dans leurs pratiques soignantes,
- la non prise en compte des contradictions entre les recommandations dans les cas de polyopathologies,
- des logiques de mise en place avec une hiérarchie institutionnelle descendante,

- des risques de conflits d'intérêts et relationnels entre professionnels,
- la place limitée de la santé publique dans la formation comme dans les choix politiques.

L'application des référentiels est limitée par la nature des spécificités de la médecine générale.

Le médecin généraliste est en effet confronté à des situations médicales de soins primaires qui se répartissent en symptômes (1/3), en syndromes (1/3) et en maladies (1/3). Ces dernières sont celles sur lesquelles sont focalisés l'enseignement universitaire et la rédaction de référentiels et recommandations. Les plaintes et demandes de soins révèlent également une souffrance psychique et/ou sociale souvent associées à des manifestations corporelles qui servent au patient de médiation, d'écran ou de support. La décision médicale est toujours une décision dans un contexte d'incertitudes multiples au moment de l'acte mais aussi dans son suivi.

Il convient de rester pragmatique quant à l'application des guidelines. Par exemple, les recommandations HAS sur la dépression isolée ne sont applicables qu'une fois sur deux. Selon Young et al., le praticien s'adapte et restreint son application, la littérature correspondant souvent à des formes cliniques stéréotypées (32).

« Les polyopathologies croissent avec l'âge, et professionnels comme patients sont soumis à des injonctions multiples souvent contradictoires. Le nombre de problèmes de santé simultanément gérés par le médecin généraliste varie en particulier avec l'âge. Les données de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG-SFMG) sur le nombre moyen de diagnostics aigus et chroniques par consultation confirment la complexité des interactions prévisibles, négociations et arbitrages tant lors de la consultation elle-même que dans le suivi au long cours ».

Les limites des recommandations de bonne pratique s'observent dans la régularité des décalages entre la pratique de médecin de premier recours et l'application pragmatique du soin. Le développement en France des groupes de pairs permet d'avoir un retour critique sur les raisons imposant une adaptation des recommandations en suivant une logique EBM où la sphère patient peut prendre le pas sur les données scientifiques.

Donc, l'application des recommandations est difficile. Les conditions d'exercice de la médecine générale, l'organisation du système de santé, les représentations des patients et des médecins, souvent spécifiques du contexte français, peuvent expliquer, en partie, la situation nationale. Qu'en est-il pour les recommandations concernant la prescription des BZD ?

1.8. Difficultés d'application des recommandations pour les BZD.

Malgré les recommandations, les traitements prolongés par benzodiazépines sont fréquents.

Une étude publiée dans Exercer en 2012 a voulu explorer le processus décisionnel de ces prescriptions par les généralistes. *« Tous les médecins ont déclaré connaître les règles de prescription des benzodiazépines. Les motifs de prescription étaient souvent intuitifs. Certains minimisaient avec force la notion de dépendance. La demande des patients bénéficiait d'une volonté de compréhension. Elle était le plus souvent interprétée à la fois comme une souffrance et comme une dépendance. Cette ambiguïté permettait aux participants d'argumenter la prescription sur le terrain médical, en négociant des compromis avec le patient dans une perspective de réduction des risques. Ils se disaient démunis face aux difficultés du sevrage et exprimaient un sentiment d'incompétence pour la relation d'aide, malgré un élan compassionnel envers des patients supposés en souffrance »* (33).

L'analyse de la littérature permet d'identifier de nombreux obstacles à l'application des recommandations, expliquant en partie ce phénomène de surconsommation de BZD. Cette analyse a été utilisée pour la construction de l'outil de formation objet de l'étude et appelé « RPIB Benzos ». Le rappel du contexte dans lequel il s'inscrit nous semble en éclairer les objectifs.

Une formation initiale insuffisante sur la prescription médicamenteuse.

Le rapport de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) sur le bon usage des médicaments psychotropes, rappelle que plusieurs rapports européens ont établi que le nombre d'heures de formation initiale consacrées en France à la prescription des médicaments est cinq à six fois inférieur à ce qu'il est dans les pays de l'Europe du Nord (34). Zarifian, dans son rapport d'expertise sur la prescription des psychotropes, jugeait la Formation Médicale Initiale (FMI) des médecins généralistes déterminante sur la pratique de prescription des psychotropes (35). La formation actuelle des médecins généralistes à la psychiatrie apparaît insuffisante, contrastant avec la fréquence importante des patients souffrant de pathologie psychiatrique en pratique clinique. Il mettait en relief également que durant leurs études, les futurs médecins généralistes étaient surtout confrontés à la psychiatrie hospitalière, et non à des malades anxieux ou déprimés suivis en ambulatoire. Selon Fovet et al., les médecins généralistes bénéficient d'une formation en psychiatrie qui apparaît insuffisante au cours de leur parcours universitaire (36). Ces observations contrastent largement avec la place importante qu'occupe le médecin généraliste dans la filière de soin du patient souffrant de pathologie psychiatrique et la fréquence des troubles psychiatriques en pratique de médecine générale.

Une formation médicale continue sous-sollicitée et influencée par l'industrie pharmaceutique.

D'une manière générale, il a été prouvé que les médecins qui suivent une FMC prescrivent de façon plus pertinente dans les pathologies concernées que les médecins qui n'en ont pas suivi (37). A propos de la formation médicale continue, le rapport scientifique de l'OPEPS de 2005 expliquait que malgré

l'obligation depuis la loi du 4 mars 2002, celle-ci ne concernait que 9 % des professionnels libéraux à cette époque et restait massivement financée par l'industrie pharmaceutique. Entre 2013 et 2015, 45 % des professionnels éligibles à une formation continue financée par l'OGDPC c'est-à-dire les professionnels libéraux ou à exercice mixte majoritairement libéral et les salariés des centres de santé conventionnés ont suivi une formation financée par cet organisme. Les médecins généralistes déclarent consacrer 13 demi-journées en moyenne par an au versant formation de leur activité (38). Les financements de la part de l'industrie pharmaceutique restent opaques selon un rapport de l'inspection générale des affaires sociales datant de 2006, de l'ordre de plusieurs centaines de millions d'euros (400 à 600 millions d'euros) soit bien supérieur au montant des financements publics (39). Des conflits d'intérêts se présentent dans les entreprises de formation médicale, dont plusieurs sont à buts lucratifs et sont presque exclusivement financées par les fabricants de médicaments et d'instruments médicaux. Ce résultat du rapport de l'OPEPS conduit à nous interroger sur l'accessibilité des FMC présentielle, qui ne sont pas toujours adaptées à l'emploi du temps des médecins généralistes. Nous disposons de nouvelles méthodes de formation à distance en e-learning qui font leur apparition en France depuis quelques années et constituent un des axes du DPC.

Enfin, Abidi et al. ont identifié un large éventail de stratégies qui pourraient potentiellement être utilisées pour surmonter les obstacles à la mise en œuvre du RPIB en matière d'alcool dans la pratique générale et ouvrent la voie à de futures recherches pour tester expérimentalement les stratégies de mise en œuvre identifiées en utilisant des approches multidimensionnelles, notamment en matière de benzodiazépines (40).

Plus de prescriptions en zone d'incertitude.

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a établi, dans son rapport de 2005 sur la prescription des médecins généralistes et leurs déterminants, que le degré d'incertitude du diagnostic avait une influence importante sur le volume des prescriptions (41). Les stratégies utilisées par les professionnels de santé pour faire face à l'incertitude lors des consultations comprennent l'utilisation de décisions provisoires notamment de prescriptions médicamenteuses (42), parfois non réévaluées ultérieurement.

Des représentations plutôt positives sur les benzodiazépines.

Siriwardena et al. montrent que les médecins ont une opinion positive envers les benzodiazépines et en particulier les Z-drugs (43). Le travail de thèse de Charlotte Guérin « Déterminants de la prescription de benzodiazépines et molécules apparentées en médecine générale », en 2014, confirme cette vision positive des benzodiazépines, par l'intérêt ancien qu'on y a trouvé en thérapeutique, en relais des neuroleptiques, qui avaient l'inconvénient de présenter des effets secondaires immédiats (44). Cette

vision positive de cette classe thérapeutique a également été pointée du doigt en 2009 par Schouler Bourjal et peut expliquer les freins à la réévaluation de nos prescriptions.

Patientèle importante et contrainte de temps.

Le rapport de l'OPEPS sur le bon usage des médicaments psychotropes montre une corrélation entre le taux de prescription et le volume de la patientèle. Cormack et Howells ont observé que les médecins peu prescripteurs de benzodiazépines dans les troubles psycho-sociaux cherchaient une meilleure approche psychologique de leurs patients. Les « grands prescripteurs » de BZD considéraient ce type de prescription comme un gain de temps (45).

Dans son travail de thèse, Guérin a noté que cette économie sur le temps de consultation est un frein à la remise en cause du renouvellement systématique de benzodiazépines et apparentées. Les praticiens mettent en avant la multiplicité des motifs de consultation ce qui laisse peu de temps pour une réévaluation de cette prescription. Les médecins estiment parfois manquer de temps pour réaliser la totalité de leur prise en charge et voient la prescription de benzodiazépines comme un moyen d'abrèger la consultation. Ces contraintes de temps ont aussi été soulevées par les médecins généralistes interrogés dans l'étude Polychrome, qu'ils renvoient à l'organisation globale de l'activité libérale en cabinet, avec ses conséquences sur la prescription et la formation (46).

Connaissances et représentations du patient.

Les représentations des patients ont un impact sur le projet thérapeutique, qu'elles soient en rapport avec leur état de santé (somatisation du trouble anxieux), avec les pathologies psychiatriques (le discrédit porté aux antidépresseurs conduit à préférer les benzodiazépines) ou avec la recherche d'une quantité de sommeil trop importante par rapport aux besoins (et une hygiène de sommeil inadaptée) (44). Dans l'étude Polychrome, menée par l'INSERM en 2009, dont un des axes s'intéresse aux déterminants de la polyprescription médicamenteuse, les médecins interrogés affirmaient constater parfois une certaine réticence au changement chez le patient, un refus de changer ou de modifier son traitement (46). Selon une étude publiée dans *Psychiatric Services*, près de la moitié des patients étaient réticents à envisager un traitement psychotrope. Cette étude mettait également en lumière l'impact positif des recommandations des médecins généralistes sur les patients réticents. Encourager les médecins à discuter des problèmes de santé mentale favoriserait ainsi probablement des attitudes plus positives et augmenterait la volonté des patients d'accéder au traitement (47).

Syndrome de sevrage aux BZD.

Le rapport de l'OPEPS sur le bon usage des médicaments psychotropes explique qu'en termes de santé publique, le problème de l'usage des psychotropes n'est pas la dépendance, qui ne concerne qu'une faible minorité d'utilisateurs, mais la prévention et le traitement du syndrome de sevrage en BZD et apparentées. Sa fréquence d'apparition est comprise, selon ce rapport, entre 15 et 26 % chez les consommateurs chroniques, avec un risque qui atteint 80 % si la durée du traitement est supérieure à 3 ans. Tout cela explique les réticences des utilisateurs et des prescripteurs à interrompre le traitement. Il est difficile de faire la différence entre une récurrence des troubles psychiques et un syndrome de sevrage. Evoquer la première option encourage à reprendre le traitement, avec le risque de conduire à des traitements chroniques.

Impact de la polyopathie et facteurs biopsychosociaux.

L'étude Polychrome, qui s'attachait à étudier les déterminants de la polyprescription en médecine générale, a souligné que la polyprescription est liée à la polyopathie, qui elle-même augmente avec l'âge. D'autre part, selon Linden et al. (48), les taux de prescriptions augmentent en fonction de l'importance des troubles psychiatriques, de la précarité sociale, du sexe féminin, un âge supérieur à 40 ans, un faible niveau d'éducation, le chômage et le divorce.

Echec d'une précédente tentative de sevrage.

L'un des freins principaux identifiés était l'échec d'un sevrage antérieur en hypnotiques (49). Kan et al. ont confirmé ce facteur (50) dans une étude prospective récente sur la réduction progressive de posologie qui a mis en évidence quatre types de symptômes : une diminution graduelle du syndrome de sevrage, une aggravation initiale suivie d'une diminution après l'arrêt du traitement, une augmentation ultérieure de la gravité et aucun changement.

De nombreux protocoles de sevrage existent mais des interventions minimales suffisent souvent en soins primaires (51). Les résultats d'une revue systématique publiée dans Cochrane en 2006 menée par Denis et al. soulignent la valeur potentielle de la carbamazépine pour l'arrêt progressif de la consommation de benzodiazépine. La carbamazépine a montré un bénéfice plutôt modeste dans la réduction de la sévérité du sevrage, bien qu'elle ait significativement amélioré le résultat par rapport au placebo (52).

Manque de motivation du patient.

C'est un élément identifié par Cook et al. et qui peut être mis en relation avec un manque d'information du patient sur les effets secondaires d'une consommation chronique de BZD et apparentées, associé à une banalisation de leur utilisation (53).

Mode de rémunération des généralistes.

La DREES a montré que l'appartenance au secteur I était un élément déterminant de la prescription médicamenteuse. Les médecins du secteur à honoraires libres prescrivent moins fréquemment et en moins grande quantité que leurs confrères du secteur à honoraires conventionnelles. Le rapport de l'OPEPS sur la prescription de psychotropes montre aussi le rôle déterminant du paiement à l'acte, qui ne permettrait pas la réalisation de consultations longues et approfondies, nécessaires à la prise en charge efficace des problèmes psychosociaux.

Cependant, la mise en œuvre de la stratégie de rémunération à la performance avec la ROSP n'a pas affecté la prescription de benzodiazépines à longue demi-vie, tandis que le nombre de prescriptions de médicaments à demi-vie courte a augmenté entre 2011 et 2012 (54).

Limites des échanges entre spécialistes.

L'étude Polychrome (46) a mis en évidence le rôle déterminant de l'organisation du système de soins et le manque de coordination entre les différents professionnels de santé. Les difficultés d'échanges entre les généralistes et les spécialistes sont parfois à l'origine d'une polymédication injustifiée. Il en va de même avec les sorties d'hospitalisation sans réévaluation du traitement de sortie, que le médecin traitant ne prend pas forcément le temps de remettre en cause.

Le rapport de l'OPEPS souligne que les médecins généralistes français adressent moins fréquemment que dans les autres pays leurs patients aux psychiatres et aux psychologues, quelle que soit la pathologie. De fait, les passerelles entre la médecine générale et les médecins psychiatres fonctionnent mal. Dans une étude en focus group publiée dans Internal Journal of General Medicine, les omnipraticiens se plaignent qu'ils n'ont souvent pas été suffisamment informés des traitements ou des rendez-vous en cours pour leurs patients. Les médecins généralistes se sentent responsables de la continuité des soins et souhaitent être plus impliqués, en particulier dans les décisions de traitement à long terme. En ne les impliquant pas, des informations importantes concernant les antécédents médicaux et l'environnement social des patients ne sont pas prises en compte (55).

Manque d'alternatives professionnelles.

Ce point a été soulevé en 2008 dans le rapport de l'étude Sentinelles « Déterminants de la prescription des psychotropes chez les personnes âgées en médecine générale en France », de l'INSERM, à laquelle 350 médecins généralistes ont participé (56). L'impossibilité de mettre en place une psychothérapie par absence d'offre de ce type de prise en charge et d'autres alternatives thérapeutiques à proposer au patient étaient deux barrières majeures à la diminution des BZD et apparentées.

Absence de prise en charge du suivi psychologique par la sécurité sociale.

Dans l'étude Sentinelles (56), parmi les obstacles les plus importants rencontrés pour diminuer les doses d'anxiolytiques, les médecins généralistes retenaient le refus du patient d'utiliser la psychothérapie comme alternative du fait de son non-remboursement. Un des facteurs majorant le taux de prescription de BZD de manière significative était le ressenti par le prescripteur d'une contrainte géographique ou financière pour l'accès à une consultation avec un psychologue.

Parmi toutes ces explications de l'excès de prescriptions, certaines impliquent des changements fondamentaux ou complexes de l'organisation du système de santé. Certaines par contre ont été retenues pour le projet « RPIB Benzos » :

Une formation courte, au moment où le médecin est disponible, pragmatique, exposant les alternatives aux prescriptions médicamenteuses. Une formation centrée sur la prévention (prescrire à bon escient) et sur le traitement du syndrome de sevrage.

Nous avons vu la promotion des Interventions Brèves par l'HAS. Pour qu'elles soient mises en pratique, il convient que les médecins soient informés des recommandations, aient facilement accès aux formations, veuillent et puissent les mettre en pratique dans leur contexte personnel.

1.9. Le RPIB « Benzos » : Repérage Précoce et Intervention Brève.

Trois raisons font du médecin généraliste le soignant le mieux placé pour dépister le mésusage (57) :

- la probabilité élevée d'identifier un patient à risque en médecine générale (58).
- la place avancée du médecin généraliste : chaque année les médecins généralistes sont en contact avec 75 % de la population française.
- le développement d'instruments cliniques validés par et pour des médecins généralistes (RPIB).

Dans les années 80, l'OMS a lancé un programme « Less Is Better » visant à promouvoir la réduction

de consommation d'alcool (59). Au tout début des années 2000 un groupe régional a choisi de travailler à l'implémentation de ce programme en Aquitaine, sous la forme du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève concernant les consommations excessives d'alcool (RPIB alcool).

Une étude de faisabilité, réalisée en Aquitaine par le réseau AGIR 33 entre 2003 et 2005 s'est révélée positive (60). En 2005, un rapport national a été produit par l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie) afin d'avoir le recul nécessaire pour élaborer un plan de diffusion national du RPIB (2).

En 2006, le Ministère chargé de la Santé avec la circulaire N°DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006 décide de développer une stratégie de diffusion du RPIB en matière d'alcool à l'échelle nationale, prévoyant de former 75 % des médecins généralistes français d'ici 2010. Néanmoins le nombre de praticiens formés reste en deçà de ces estimations. Il est proposé aux régions d'inscrire la formation au RPIB dans leurs priorités locales et d'assurer la mise en œuvre et le suivi de cette action en utilisant la méthode et les outils proposés dans la circulaire. Le texte recommande fortement que la stratégie de diffusion s'appuie sur une médiatisation de grande ampleur et une structuration au niveau local avec une large mobilisation des partenaires (institutionnels, réseaux, organismes de formation, financeurs...), la mise en place d'un comité de pilotage et d'un comité opérationnel.

Le ministère de la santé fait de la prévention des risques liés à l'alcool et de la formation au RPIB une priorité dans son « Plan de lutte gouvernementale contre les drogues et conduites addictives 2013-2017 » (61) et dans le « Plan cancer 2014-2019 (objectif 11) ». La HAS a également mis au point des recommandations pour la diffusion du RPIB dans le cadre des addictions à l'alcool, au tabac et au cannabis (62). Le rapport de la cour des comptes de 2017 (63) souligne l'efficacité du RPIB en soins primaires et en conseille le développement.

L'Intervention Brève (IB), inspirée des thérapies cognitivo-comportementales, fait partie de la famille des entretiens motivationnels (64). D'une durée de 5 à 15 minutes, elle a pour but de faire prendre conscience au patient des risques et dommages encourus et de l'encourager à mettre en place des stratégies pour changer son comportement.

La pratique de l'Intervention Brève nécessite une structuration qui a été explicitée chez les anglo-saxons par l'acronyme FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu strategies, Empathy, Self efficacy).

L'Intervention Brève s'appuie sur les modalités de l'entretien motivationnel : le soignant apprécie le degré de motivation du patient à diminuer la consommation de substance ou le comportement problématique. Cette évaluation fait référence aux stades décrits par Prochaska et DiClémento :

- stade de pré-contemplation ou pré-intention,
- stade de contemplation ou d'intention,
- stade de préparation,
- stade d'action,
- stade de maintien et de résolution.

L'IB a pour objectif d'initier un changement, de faire progressivement passer le patient du stade de pré-intention au stade d'intention (65).

Suite au RPIB alcool, le réseau AGIR 33 Aquitaine a développé des RPIB centrés sur des publics plus que sur des produits : le RPIB jeunes, le RPIB seniors, le RPIB femmes enceintes. En 2015, et vu l'importance prise par ce problème, il a été décidé de développer un RPIB « Benzos ».

Un comité d'experts et un comité de pilotage ont été mis en place selon les recommandations et il a été décidé de développer un tutoriel en ligne composé de 7 diaporamas et de 9 mini-films illustrant les thèmes suivants :

- « enseignement au patient de la relaxation selon la méthode de Jacobson » ;
- « abord de la question et feedback » ;
- « amener le patient à l'engagement » ;
- « abord de la consultation spécifique » ;
- « expliquer l'agenda du sommeil » ;
- « expliquer le suivi » ;
- « le suivi » ;
- « retour de l'agenda du sommeil ».

Le site débouche sur 5 menus déroulants. S'y trouvent les onglets « Vidéos » et « Références », reprenant toutes les vidéos d'illustration et références citées dans les diaporamas. Le quatrième onglet « Documents patients », propose des documents à délivrer en consultation aux patients. Un onglet « Quizz » permet de s'évaluer.

La première partie du tutoriel en ligne revient sur les principales données épidémiologiques et les indications/contre-indications des anxiolytiques et hypnotiques (66) (67) :

- prévalence féminine, surconsommation à l'échelle nationale.
- privilégier des durées de prescriptions les plus courtes possible.
- classe pharmacologique réservée aux formes sévères et invalidantes d'anxiété, prévention du délirium tremens, formes transitoires de troubles de sommeil.

La deuxième partie se focalise sur la primo prescription des benzodiazépines anxiolytiques, en particulier dans le cadre du TAG. La place des benzodiazépines est réservée à la décompensation aiguë pour appuyer un traitement de fond par ISRS et psychothérapie.

La troisième partie aborde la place des benzodiazépines dans les troubles du sommeil. Après correction des perturbateurs du sommeil et un rappel sur les règles hygiéno-diététiques, les hypnotiques conservent une AMM pour 4 semaines de prescription maximale. Il revient au praticien de premier recours de s'attacher à repérer une tendance à l'addiction. Une vidéo vient illustrer la méthode de relaxation musculaire de Jacobson avec une mise en pratique au cabinet.

La quatrième partie illustre comment arrêter les benzodiazépines et les facteurs pouvant entraver le bon déroulement d'un sevrage. Le tutoriel rappelle le tableau clinique du syndrome de sevrage en substance psychoactive.

Les cinquième et sixième parties s'attardent sur l'intérêt du RPIB qui apporte une réduction statistiquement significative de la consommation de benzodiazépines dans les groupes ayant reçu une Intervention Brève. Le but est de repérer les patients prenant des benzodiazépines depuis plus de 30 jours et d'évaluer la pertinence de l'indication des benzodiazépines chez le patient. Par des questions ouvertes et/ou l'utilisation d'échelles standardisées, le médecin cherche à entamer un changement dans le stade de motivation de son patient pour l'impliquer activement dans une démarche de réduction de son traitement. Des vidéos d'exemples de consultations viennent suggérer comment engager un changement chez son patient.

Enfin, la septième partie expose les modalités de la consultation spécifique consacrée au sevrage du médicament. Le praticien informe le patient sur l'indication de son traitement, la balance bénéfique/risque des benzodiazépines, les modalités du sevrage, l'intérêt attendu de l'arrêt du traitement et les signes pouvant apparaître lors de cette manœuvre. Le patient peut utiliser un calendrier de décroissance posologique ou un agenda du sommeil. L'arrêt est progressif sur 4 à 10 semaines, avec diminution de 25 % la première semaine. Un suivi très régulier est indispensable.

Le RPIB « Benzos » est ainsi considéré comme un outil de formation sur la bonne utilisation des BZD et sur leur sevrage. Il s'adresse à la population des patients ayant un trouble d'usage faible ou modéré, sans comorbidité psychiatrique lourde, cas les plus fréquents. C'est un outil ayant bénéficié d'une démarche de consensus régional entre experts de domaines variés (médecins généralistes, addictologues, spécialistes du sommeil, psychiatres, spécialistes en santé publique).

Mais pourquoi ce choix d'un tutoriel en ligne ?

1.10. Un tutoriel en ligne porté par une structure associative indépendante.

Il ne s'agit pas de développer ici un véritable e-learning, ce qui justifierait d'utiliser tout un ensemble de moyens numériques à partir d'une ingénierie complexe et coûteuse, nécessitant une équipe et des moyens non disponibles au sein du réseau.

L'objectif est simplement de proposer un accès facile à une formation courte et pragmatique, en ligne, avec des illustrations pédagogiques. Il s'agit également de fournir un accès facilité aux documents de référence sélectionnés par des experts variés non soumis à des conflits d'intérêt.

La structure porteuse permet également une visite médicale par une Déléguée Santé Prévention, ce qui permet de porter à la connaissance des praticiens l'existence du support pédagogique.

L'association est reconnue régionalement dans le champ des addictions et met à la disposition des praticiens des outils facilitants comme un annuaire en ligne.

Ainsi, les experts ont pensé que les médecins pouvaient accéder à la formation :

-lorsqu'ils étaient confrontés à une situation difficile en rapport avec les BZD.

-lorsqu'ils choisissaient de mettre à jour leurs connaissances.

Pour cela, il suffisait que le praticien dispose :

-d'un peu de temps et de motivation.

-d'une connexion internet.

-du lien vers le tutoriel.

Sans autres obstacles que l'absence de rémunération pour le temps consacré :

-accès gratuit.

-pas d'inscription ni d'autre formalité administrative.

Le tutoriel a été ainsi positionné sur un site internet, www.addictutos.com qui outre le RPIB « Benzos » comporte notamment des tutoriels sur le sevrage tabagique et la cigarette électronique dans le cadre du « Mois sans tabac ».

La formation « RPIB Benzos » a été ainsi mise en place sous la forme d'un tutoriel en ligne, simple, avec peu d'interactions avec les professionnels. Il s'agit donc d'un format pédagogique minimal, peu coûteux pour l'organisme de formation. Facile d'accès à tout moment, gratuit et court, il comporte des avantages indéniables. Mais quel est son impact sur les professionnels ?

La question se pose de l'impact à mesurer et de la façon de le mesurer.

1.11. Les choix de l'étude.

La finalité de la démarche est de savoir si ce type de tutoriel en ligne, compte-tenu des autres moyens mis en place par la structure porteuse (AGIR 33 Aquitaine), a un impact visible sur les professionnels, en situation réelle.

La démarche consiste à présenter le tutoriel aux médecins avec les liens donnant l'accès à la formation, grâce à la Déléguée Santé Prévention. Proposer la formation n'implique pas que les médecins vont s'y connecter, ni la suivre en intégralité. Même si la formation a été suivie, aura-t-elle un impact mesurable, ne serait-ce que sur les représentations et sur les nouvelles prescriptions, par exemple ? Enfin, les praticiens ne seront pas forcément satisfaits et il serait important de recueillir leurs avis et leurs suggestions.

Compte-tenu des nombreux facteurs de confusion, comme les restrictions de prescription, la ROSP, l'indisponibilité transitoire de médicaments, leur suppression, les autres formations, une étude Avant/Après paraît insuffisante.

La comparaison de deux groupes de médecins, un exposé et un non exposé à la visite de présentation du tutoriel paraît idéale. La randomisation des médecins est difficile du fait des coûts de déplacement de la déléguée et d'une visite secteur par secteur, d'autres projets devant être portés sur des secteurs prioritaires. Le choix de deux cohortes comparables non randomisées paraît raisonnable, sur un territoire proche.

L'impact le plus important, mais probablement le plus difficilement accessible, est la quantité de BZD prescrites. Cette donnée dure peut être obtenue auprès de la CPAM. Afin de disposer d'un territoire suffisamment important pour disposer des deux cohortes, la Gironde correspond au choix le plus approprié. En effet, il paraît plus aisé de négocier l'obtention des chiffres avec une seule caisse.

Le choix a été ainsi fait de réaliser une étude comparative sur l'impact de la formation sur les prescriptions des praticiens entre avant et après la formation, selon que le tutoriel en ligne leur a été proposé ou pas.

Cette étude est complétée d'une enquête d'opinion Avant/Après sur les « ressentis » (perceptions) sur leurs pratiques par rapport aux BZD, et d'une enquête de satisfaction sur le tutoriel. Cette seconde partie de l'étude est limitée aux médecins visités.

1.11.1. Question de recherche.

Quel est l'impact de la proposition de formation en ligne via www.addictutos.com des médecins généralistes de Gironde sur leurs prescriptions et leurs perceptions de la prise en charge du trouble de l'usage des benzodiazépines ?

1.11.2. Objectifs.

Objectif principal :

-Mesurer l'impact de la proposition de formation au tutoriel en ligne « RPIB Benzos » sur les prescriptions des médecins généralistes.

Objectifs secondaires :

- Mesurer le degré d'accord avec les propositions des médecins de l'étude au questionnaire « Avant ».
- Mesurer l'évolution des opinions et pratiques déclarées des médecins généralistes entre avant et après la proposition de formation au tutoriel en ligne « RPIB Benzos ».
- Mesurer la satisfaction sur le tutoriel en ligne des médecins généralistes l'ayant visionné.

1.11.3. Hypothèses.

Le dispositif en ligne RPIB « Benzos » n'a pas d'impact mesurable significatif sur les prescriptions de BZD des médecins visités par rapport aux non visités, sur un temps aussi court et du fait des autres facteurs susceptibles d'impacter les pratiques.

Par contre le dispositif en ligne modifie certaines perceptions de façon significative entre avant et après pour les médecins visités, ceci laissant augurer des changements de pratiques sur la durée.

Le dispositif est globalement bien perçu.

2. METHODOLOGIE

2.1. Schéma de l'étude.

L'étude se divise en deux parties selon l'objectif principal et les objectifs secondaires.

Afin de répondre à l'objectif principal, nous avons réalisé une étude observationnelle longitudinale comparative de l'évolution des prescriptions de BZD de deux cohortes de médecins. Cette étude compare la cohorte de médecins visités auxquels le tutoriel est proposé à une cohorte de médecins comparable sur les critères d'âge, de sexe et d'installation en milieu urbain ou semi-rural/rural. Pour avoir des données objectives les prescriptions sont mesurées par le nombre de boîtes remboursées par la CPAM. L'étude recueille les prescriptions des médecins sur 6 mois de l'année 2017 (comprenant la visite à partir de la fin de l'année 2017 pour les médecins visités) et les compare aux prescriptions sur 6 mois de l'année 2018. L'évolution des prescriptions est ainsi mesurée entre la période 1 (novembre 2016-avril 2017) et la période 2 (novembre 2017-avril 2018) pour chaque groupe et cette évolution est comparée entre les deux groupes.

Afin de répondre aux objectifs secondaires, nous avons réalisé en parallèle une étude observationnelle longitudinale prospective de type comparaison « Avant/Après » du ressenti vis-à-vis des prescriptions de benzodiazépines sur un échantillon de médecins généralistes de Gironde recrutés dans le groupe visité. Cette étude est complétée d'une enquête de satisfaction transversale, après la formation.

2.2. Population.

Dans l'idéal, la population cible qui nous intéresse est la population de médecins généralistes de Gironde, soit 2321 praticiens libéraux au premier janvier 2016.

La population source est constituée d'un échantillon de médecins généralistes volontaires de Gironde pour faciliter la réalisation de l'objectif principal.

La population non visitée correspond à un échantillon représentatif des médecins de Gironde, non visités dans le cadre de l'étude par la Déléguée Santé Prévention (DSP). Cet échantillon est équilibré au niveau de l'âge, du sexe et du caractère urbain ou semi-rural/rural, par les services statistiques de la CPAM, l'anonymat étant total vis-à-vis des promoteurs de l'étude.

La population visitée de l'étude doit répondre à un nombre de critères limité afin de correspondre au mieux à la population des médecins non visités. Il s'agit également d'être au plus près d'une situation naturelle.

Critères d'inclusion :

- médecins généralistes en exercice en Gironde.
- recevant la visite de la DSP.
- acceptant de compléter les 2 questionnaires.
- ayant donné leur consentement écrit pour l'étude de la CPAM.

Critères de non inclusion :

- médecin remplaçant ou installé après le 1 Janvier 2017.
- refus de répondre au questionnaire.
- pas d'accès à Internet.

Critères d'exclusion pour les objectifs secondaires :

- données nécessaires à l'étude non accessibles.
- refus de répondre au questionnaire sur le suivi de la formation.
- médecin injoignable (en arrêt, absent...).

Les médecins visités ne sont pas exclus selon ces derniers critères pour l'objectif principal.

2.3. Calcul du nombre de sujets nécessaires.

Ne disposant pas d'études antérieures comparables sur l'évolution des données de prescriptions, nous estimons qu'une modification de 20 % du nombre de prescriptions pour les médecins visités, par rapport à une diminution de 5 % pour les non visités, serait un résultat convaincant. Pour que ce résultat soit significatif pour un risque de première espèce de 0,05 et une puissance de 0,9, selon le test le plus exigeant (epiR package 0.9-87) disponible sur Biostat-TGV®, nous devrions inclure 164 médecins, soit 82 dans chaque groupe. Cependant, l'étude des données par le service de la CPAM n'a pu concerner que 30 médecins ayant signé un consentement écrit.

2.4. Déroulement de l'étude.

La première partie de l'étude consiste à inclure tous les médecins visités par la Déléguée Santé Prévention et acceptant de participer à l'étude avec un objectif idéal d'au moins 100 médecins. Le temps estimé pour cette phase d'inclusion est de 3 mois.

Le questionnaire « Avant » est donné le jour de la visite sous format papier et doit être rempli avant de visionner le tutoriel. Le questionnaire « Après » est envoyé par courrier postal. La DSP informe régulièrement le doctorant de l'inclusion initiale des médecins, d'Octobre 2017 à Février 2018, afin que

le questionnaire « Après » soit envoyé à 3 mois de la visite. Tous les médecins de la cohorte ont été rappelés par le doctorant. S'ils n'avaient pas répondu au questionnaire et n'avaient pas encore visionné le tutoriel, un nouveau questionnaire « Avant » leur a été envoyé afin de maximiser le nombre de répondants « Avant ». Les questionnaires sont restés anonymes.

Les questionnaires « Après » sont recueillis par le doctorant, grâce à une enveloppe préimprimée.

Pour répondre à l'objectif principal une requête est effectuée auprès de la CPAM, qui établit dans le groupe des médecins visités ayant signé l'accord le nombre de prescriptions issu des données du régime général. Elle établit les mêmes données dans le groupe des médecins tirés au sort, et non visités par la DSP. Ces données sont recueillies pour la période 1 (novembre 2016-avril 2017) et la période 2 (novembre 2017-avril 2018) afin de faire la comparaison Avant/Après dans les deux groupes.

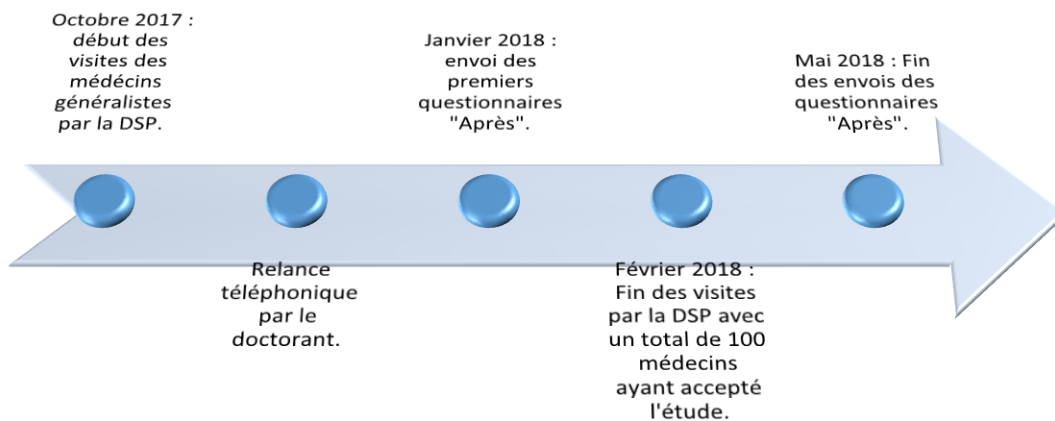


Figure 1 : Déroulement chronologique de l'étude.

2.5. Matériel de l'étude.

Questionnaire « Avant » (cf. annexe 1) :

Le questionnaire « Avant » comporte 17 questions, sous la forme d'une échelle de Likert à choix forcés (4 réponses) :

- les questions 1 et 2 portent sur la disponibilité d'un avis spécialisé.
- les questions 3 à 5 évaluent les représentations du médecin concernant ses connaissances.
- les questions 6 à 8 portent sur le ressenti concernant les compétences du praticien.
- les questions 9 à 12 illustrent le rôle du patient au sein de la prise en charge.

-les questions 13 à 17 permettent d'explorer le ressenti des praticiens sur leurs prescriptions et leurs alternatives aux benzodiazépines.

L'entête du questionnaire explore les critères sociodémographiques susceptibles d'impacter les pratiques (âge, mode d'exercice, possibilité d'un remplaçant, statut marital...). La proximité du CHU va permettre d'éventuellement détailler une sous population (exercice rural, semi rural, ou urbain) pour voir si les médecins ruraux trouvent un bénéfice plus important au tutoriel en ligne.

Questionnaire « Après » (cf. annexe 2) :

-les questions 1 à 17 sont identiques au questionnaire « Avant ».

-les questions 18 à 24 portent sur l'ergonomie du tutoriel et le ressenti concernant l'impact du tutoriel.

2.6. Plan d'analyse.

2.6.1. Critère de jugement principal.

Il répond à l'objectif principal correspondant à l'impact sur les pratiques de la formation.

Le critère de jugement principal P vise à comparer le nombre de prescriptions concernant les benzodiazépines hypnotiques et anxiolytiques des médecins de la cohorte ayant donné leur consentement écrit pour que le service de Gestion du Risque de la CPAM de la Gironde puisse nous fournir les données chiffrées. La comparaison se fait sur les chiffres des remboursements mensuels de ce lot de médecins entre la période novembre 2016-avril 2017 et novembre 2017-avril 2018.

Nous ciblons les molécules suivantes :

Hypnotiques :

-ZOLPIDEM

-ZOPICLONE

-TEMAZEPAM

-LOPRAZOLAM

-LORMETAZEPAM

-ESTAZOLAM

-NITRAZEPAM

Anxiolytiques :

-CLOTIAZEPAM

-OXAZEPAM

- LORAZEPAM
- ALPRAZOLAM
- BROMAZEPAM
- CLOBAZAM
- DIAZEPAM
- ETHYLE LOFLAZEPATE
- PRAZEPAM
- NORDAZEPAM
- CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE

Les données de prescriptions remboursées sont étudiées par rapport à un échantillon de médecins généralistes comparable fourni par la CPAM et n'ayant pas suivi la formation. Ces données fournies par la CPAM correspondent aux boîtes prescrites et délivrées, sans possibilité de prendre en compte les boîtes prescrites et non délivrées.

2.6.2. Critères de jugement secondaires.

Ces critères ont pour but de répondre aux objectifs secondaires de l'étude, et ne concernent que la cohorte visitée.

Une photographie des opinions et pratiques déclarées des médecins de l'étude est réalisée par le questionnaire « Avant ».

Les critères de jugement S1 à S4 sont mesurés sur la population des médecins répondant aux deux questionnaires « Avant » et « Après ».

Le critère de jugement secondaire S1 vise à mesurer l'évolution des opinions et pratiques déclarées des médecins généralistes entre avant et après la proposition de formation au tutoriel en ligne « RPIB Benzos » en ce qui concerne leurs compétences (questions Q6, Q7, Q8).

Ce critère de jugement est susceptible de montrer l'impact sur les opinions et pratiques déclarées de la séquence suivante : visite d'une Déléguée Santé Prévention ⇒ réponse à un questionnaire ⇒ proposition d'une formation par tutoriel en ligne ⇒ éventuel visionnage du tutoriel ⇒ questionnaire à 3 mois.

Le critère de jugement secondaire S2 correspond au pourcentage de médecins estimant avoir un meilleur ressenti sur leurs connaissances. Nous recherchons un taux de réponses favorables aux Q3, Q4, Q5 statistiquement différent avant et après le tutoriel.

Le critère de jugement secondaire S3 correspond à l'évolution du pourcentage de médecins qui considèrent le rôle du patient comme un obstacle à une prescription plus adaptée avec Q9, Q10, Q11, Q12.

Le critère de jugement secondaire S4 apprécie l'évolution du pourcentage de médecins généralistes utilisant des alternatives à la prescription pharmacologique Q13 à Q17.

Les questions 18 à 21 permettent de mesurer la satisfaction sur le tutoriel en ligne des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire « Après », les questions 22 à 24 se limitant aux médecins ayant visionné le tutoriel.

2.7. Recueil, saisie et traitement des données.

Nous avons initialement saisi les données obtenues dans un tableau de données sous Excel. La saisie a été réalisée de façon manuelle pour les QAA « Avant » et « Après » à partir des questionnaires recueillis.

Nous avons ensuite traité les données avec le logiciel « Microsoft Excel 2013 ». Puis nous les avons analysées en exprimant les variables qualitatives sous forme d'effectifs et de pourcentages.

Nous avons utilisé le test de Kruskal Wallis pour la comparaison des variables. Ces statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel en ligne « Biostat TGV » et du logiciel R.

2.8. Mesures éthiques et réglementaires.

L'étude proposée, dans ses deux axes, est non interventionnelle. Elle se compose pour l'objectif principal de données recueillies par la CPAM selon des procédures ayant fait l'objet des demandes nécessaires.

L'accès à ces données pour l'étude est anonyme. Les questionnaires correspondent à une enquête d'opinion sur les pratiques et une enquête de satisfaction sur un tutoriel, dans un cadre pédagogique. Aucune donnée sur les patients n'est recueillie. Aucune autorisation CPP n'a été nécessaire selon la loi Jardé qui ne requiert pas d'avis lors de l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins conformément au Code de la santé publique, article L. 1121-1, qui précise le champ de compétence des CPP.

Il est mentionné notamment que :

« Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui ne sont pas organisées ni pratiquées sur des personnes saines ou malades et n'ont pas pour finalités

celles mentionnées au I, et qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé. ».

Une autorisation CNIL simplifiée (MR 003) a été obtenue sous le numéro 2096834.

3. RESULTATS

3.1. Diagramme de flux.

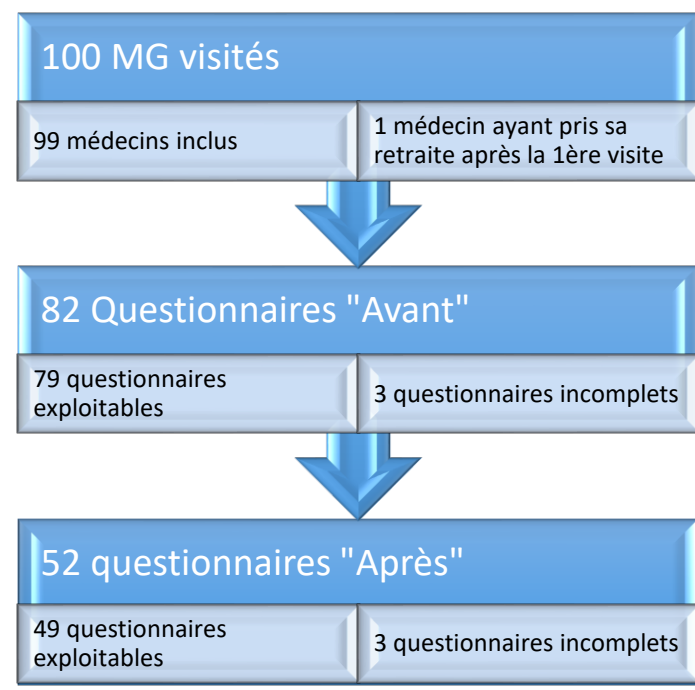


Figure 2 : Diagramme de flux.

-Taux de participation aux QAA « Avant » :

Sur 100 participants, 99 répondaient aux critères d'inclusion, un des médecins de la cohorte ayant cessé son activité au cours de l'étude.

3 questionnaires ont été exclus soit par défaut d'identification soit rempli de façon incomplète avec des annotations ne respectant pas les choix multiples imposés. Nous avons donc eu une participation initiale de 82 %. Les 17 perdus de vue sont dus à l'absence de réponse au 1^{er} questionnaire.

-Taux de participation aux QAA « Après » :

52 % des inclus ont répondu au QAA « Après », ce qui faisait un total de 48 perdus de vue. 3 questionnaires n'ont pu être exploités car incomplets.

-30 praticiens ont donné leur consentement écrit pour l'étude du nombre de boîtes prescrites analysé par le service Gestion du Risque de la CPAM.

3.2. Caractéristiques de la population des médecins.

La population était composée de 40 hommes et de 39 femmes. L'âge moyen de la population était de 52,4 ans (allant de 31 ans à 69 ans). La durée moyenne d'exercice était de 20,7 ans avec un minimum de 6 mois et un maximum de 40 ans. 31 (39 %) médecins interrogés exerçaient en milieu rural contre 48 (61 %) en zone urbaine. 39 (49,4 %) travaillaient dans des cabinets de groupe. 20 participants (25,3 %) avaient déjà suivi des formations en addictologie.

Tableau I : Description de la population.

Sexe	Milieu d'installation	Mode d'installation	Age	Durée d'exercice
Homme : 40 (50,6 %)	Urbain : 48 (60,8 %)	Seul : 40 (50,6 %)	Age Moyen : 52,4 ans	Moyenne : 20,7 ans
Femme : 39 (49,4 %)	Rural : 31 (39,2 %)	Groupe : 39 (49,4 %)	Ecart-type : 10,8	Ecart-type : 12,3

3.3. Résultats concernant le RPIB.

3.3.1. Critère de jugement principal : impact sur la prescription.

Tableau II : Recueil des prescriptions de benzodiazépines.

Benzodiazépines										
Mois de prescription	Cohorte de médecins généralistes girondins ayant suivi la formation et ayant donné leur consentement					Cohorte des médecins généralistes girondins n'ayant pas suivi la formation				
	Nombre de boîtes	Nombre de consommateurs	Nombre de prescripteurs	Nombre de boîtes par prescripteur	Nombre de boîtes par consommant	Nombre de boîtes	Nombre de consommateurs	Nombre de prescripteurs	Nombre de boîtes par prescripteur	Nombre de boîtes par consommant
Novembre-2016	1 706	690	27	63	2,5	103 255	37 793	1 368	75	2,7
Décembre-2016	1 500	607	28	54	2,5	97 185	35 686	1 362	71	2,7
Janvier-2017	1 759	685	27	65	2,6	106 389	38 625	1 370	78	2,8
Février-2017	1 495	605	28	53	2,5	91 444	34 633	1 368	67	2,6
Mars-2017	1 641	645	28	59	2,5	103 046	38 266	1 369	75	2,7
Avril-2017	1 397	600	28	50	2,3	82 705	32 906	1 369	60	2,5
De novembre 2016 à avril 2017	9 498	1 774	28	339	5,4	584 024	93 734	1 437	406	6,2
Novembre-2017	1 820	732	28	65	2,5	100 127	37 706	1 362	74	2,7
Décembre-2017	1 619	657	27	60	2,5	94 001	35 456	1 359	69	2,7
Janvier-2018	2 057	772	28	73	2,7	108 462	40 362	1 361	80	2,7
Février-2018	1 623	675	27	60	2,4	90 891	34 914	1 357	67	2,6
Mars-2018	1 877	744	28	67	2,5	102 029	38 499	1 364	75	2,7
Avril-2018	1 698	719	27	63	2,4	89 164	35 540	1 359	66	2,5
De novembre 2017 à avril 2018	10 694	1 943	28	382	5,5	584 674	96 431	1 435	407	6,1

Analyse du nombre moyen de consommateurs/prescripteur (c/p) :

- Avant l'intervention, les prescripteurs du groupe « intervention » prescrivaient à 63,4 consommateurs en moyenne, pour 65,2 dans le groupe de comparaison (soit +2,8 %).
- Il y a eu une augmentation de la moyenne du nombre de consommateurs par prescripteur du groupe « intervention » après celle-ci (69,4 c/p versus 63,4 c/p, soit +9,5 %). On a observé également une augmentation mais moindre dans le groupe de comparaison (67,2 c/p versus 65,2 c/p, soit +3,1 %).
- Après l'intervention, le nombre moyen de consommateurs par prescripteur est devenu plus élevé dans le groupe « intervention » (69,4 vs 67,2).

Analyse du nombre moyen de boîtes/prescripteur (b/p) :

- Avant l'intervention, les prescripteurs du groupe « intervention » prescrivaient moins de boîtes en moyenne (339) que le groupe de comparaison (406, soit +19,8 %).
- Il y a eu une augmentation du nombre de boîtes prescrites en moyenne par les prescripteurs du groupe « intervention » après celle-ci (382 b/p versus 339 b/p, soit +12,7 %), alors que l'on a observé une stabilité dans le groupe de comparaison (407 b/p versus 406 b/p, soit +0,2 %).
- Après l'intervention, les prescripteurs du groupe « intervention » prescrivaient toujours moins de boîtes en moyenne (382) que le groupe de comparaison (407, soit +6,5 %), l'écart se réduisant de façon nette.

Analyse du nombre de boîtes par consommant :

- Avant le tutoriel, le nombre de boîtes par consommant était plus faible dans le groupe « intervention » que dans le groupe de comparaison (5,4 versus 6,2).
- Après le tutoriel, le nombre de boîtes par consommant restait toujours moins important dans le groupe « intervention » que dans le groupe de comparaison (5,5 versus 6,1).
- Dans chaque groupe, le nombre de boîtes par consommant restait stable entre avant et après la formation, avec respectivement 5,5 versus 5,4 dans la cohorte ayant reçu la visite de la DSP et 6,1 versus 6,2 dans la cohorte de comparaison.

Le nombre de consommateurs a augmenté de manière assez importante dans le groupe « intervention » entre les deux périodes : ce qui a fait mécaniquement augmenter le nombre de boîtes par prescripteur (le nombre de prescripteurs restant stable).

Le nombre de consommateurs n'a pas augmenté dans les mêmes proportions dans les deux groupes (boîtes/consommant : groupe « intervention » +9,5 % ; groupe « non intervention » +3,1 %).

Les tableaux nous ayant été transmis tels quels par la CPAM, il n'a pas été possible de déterminer les écarts-types pour les différentes moyennes. L'analyse statistique des données de prescription n'a pas été possible. D'une part, parce qu'il s'agissait de données agrégées, et que pour faire des tests de

comparaison, il aurait fallu les données de chaque médecin et d'autre part car le nombre de « consommateurs » correspondait au nombre de patients à qui on a prescrit des BZD sans « notion » du nombre total de patients suivis par le médecin. La notion de consommant implique un patient pour lequel la CPAM a remboursé une prescription de benzodiazépine.

La CPAM nous a fourni les nombres de prescriptions en distinguant les molécules anxiolytiques et les hypnotiques.

On a observé une augmentation du nombre de consommateurs d'anxiolytiques entre avant et après la formation dans le groupe « intervention » (700 versus 599, soit +17 %) (Tableau III).

Avant l'intervention, les prescripteurs du groupe « intervention » prescrivaient moins de boîtes en moyenne (65) que le groupe de comparaison (78, soit +20 %).

Il y a eu une augmentation du nombre de boîtes prescrites en moyenne par les prescripteurs du groupe « intervention » après celle-ci (77 b/p versus 65 b/p, soit +18 %), alors que l'on observait une stabilité dans le groupe de comparaison (79 b/p versus 78 b/p, soit +1,2 %).

Après l'intervention, les prescripteurs du groupe « intervention » prescrivaient toujours moins de boîtes en moyenne (77) que le groupe de comparaison (79, soit +0,2 %).

On a observé une augmentation du nombre de consommateurs d'hypnotiques entre avant et après la formation dans le groupe « intervention » (1384 versus 1312, soit +5,4 %) (Tableau IV).

Avant l'intervention, les prescripteurs du groupe « intervention » prescrivaient moins de boîtes en moyenne (279) que le groupe de comparaison (336, soit +20,4 %).

Il y a eu une augmentation du nombre de boîtes prescrites en moyenne par les prescripteurs du groupe « intervention » après celle-ci (307 b/p versus 279 b/p, soit +10 %), alors que l'on a observé une stabilité dans le groupe de comparaison (336 b/p versus 336 b/p).

Après l'intervention, les prescripteurs du groupe « intervention » prescrivaient toujours moins de boîtes en moyenne (307) que le groupe de comparaison (336, soit +9,4 %).

Tableau III : Recueil des prescriptions d'anxiolytiques.

Anxiolytiques										
Mois de prescription	Cohorte de médecins généralistes girondins ayant suivi la formation et ayant donné leur consentement					Cohorte des médecins généralistes girondins n'ayant pas suivi la formation				
	Nombre de boîtes	Nombre de consommateurs	Nombre de prescripteurs	Nombre de boîtes par prescripteur	Nombre de boîtes par consommant	Nombre de boîtes	Nombre de consommateurs	Nombre de prescripteurs	Nombre de boîtes par prescripteur	Nombre de boîtes par consommant
Novembre-2016	339	196	25	14	1,7	19 140	10 248	1 279	15	1,9
Décembre-2016	259	160	24	11	1,6	17 989	9 694	1 270	14	1,9
Janvier-2017	337	186	26	13	1,8	19 875	10 555	1 280	16	1,9
Février-2017	245	154	26	9	1,6	16 600	9 217	1 268	13	1,8
Mars-2017	284	167	25	11	1,7	19 187	10 514	1 287	15	1,8
Avril-2017	223	153	26	9	1,5	14 852	8 893	1 267	12	1,7
De novembre 2016 à avril 2017	1 687	599	26	65	2,8	107 643	32 122	1 386	78	3,4
Novembre-2017	349	195	27	13	1,8	18 927	10 198	1 273	15	1,9
Décembre-2017	335	186	24	14	1,8	17 749	9 595	1 272	14	1,8
Janvier-2018	399	216	26	15	1,8	20 697	11 009	1 293	16	1,9
Février-2018	334	194	25	13	1,7	16 817	9 336	1 269	13	1,8
Mars-2018	353	210	25	14	1,7	19 219	10 479	1 277	15	1,8
Avril-2018	315	202	25	13	1,6	16 025	9 467	1 255	13	1,7
De novembre 2017 à avril 2018	2 085	700	27	77	3,0	109 434	33 151	1 389	79	3,3

Tableau IV : Recueil des prescriptions d'hypnotiques.

Hypnotiques										
Mois de prescription	Cohorte de médecins généralistes girondins ayant suivi la formation et ayant donné leur consentement					Cohorte des médecins généralistes girondins n'ayant pas suivi la formation				
	Nombre de boîtes	Nombre de consommateurs	Nombre de prescripteurs	Nombre de boîtes par prescripteur	Nombre de boîtes par consommant	Nombre de boîtes	Nombre de consommateurs	Nombre de prescripteurs	Nombre de boîtes par prescripteur	Nombre de boîtes par consommant
Novembre-2016	1 367	529	27	51	2,6	84 115	30 191	1 345	63	2,8
Décembre-2016	1 241	487	28	44	2,5	79 196	28 484	1 340	59	2,8
Janvier-2017	1 422	538	27	53	2,6	86 514	30 817	1 344	64	2,8
Février-2017	1 250	486	28	45	2,6	74 844	27 841	1 340	56	2,7
Mars-2017	1 357	511	28	48	2,7	83 859	30 396	1 349	62	2,8
Avril-2017	1 174	477	27	43	2,5	67 853	26 203	1 342	51	2,6
De novembre 2016 à avril 2017	7 811	1 312	28	279	6,0	476 381	70 710	1 419	336	6,7
Novembre-2017	1 471	563	28	53	2,6	81 200	29 836	1 320	62	2,7
Décembre-2017	1 284	496	27	48	2,6	76 252	28 130	1 331	57	2,7
Janvier-2018	1 658	595	28	59	2,8	87 765	31 934	1 335	66	2,7
Février-2018	1 289	508	27	48	2,5	74 074	27 767	1 329	56	2,7
Mars-2018	1 524	573	28	54	2,7	82 810	30 449	1 343	62	2,7
Avril-2018	1 383	550	27	51	2,5	73 139	28 328	1 331	55	2,6
De novembre 2017 à avril 2018	8 609	1 384	28	307	6,2	475 240	72 020	1 416	336	6,6

3.3.2. Critères de jugements secondaires.

Nous avons reçu 79 questionnaires « Avant ». Les principales caractéristiques des 79 praticiens sont résumées dans les tableaux suivants.

Tableau V : Caractéristiques sociodémographiques des médecins "Avant" (n=79).

Caractéristiques	Valeurs (en années)
Age	
Maximum	69
Minimum	31
Moyenne	52,4
Médiane	55
Ecart-type	10,8
Durée d'installation	
Maximum	40
Minimum	0,5
Moyenne	20,7
Médiane	22
Ecart-type	20

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Milieu d'installation		
Urbain	48	60,8 %
Rural	31	39,2 %
Formation sur les benzodiazépines		
Formation antérieure	20	25,3 %
Absence de formation	59	74,7 %

Les différents degrés d'accord des médecins ayant répondu au questionnaire « Avant » ont été décrit dans le tableau suivant.

Tableau VI : Taux de réponse par item "Avant" (n=79).

Questions	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je connais bien les indications et les durées maximales recommandées des BZD hypnotiques	0 (0 %)	12 (15,2 %)	47 (59,5 %)	20 (25,3 %)
Je connais bien les indications et les durées maximales recommandées des BZD anxiolytiques	2 (2,5 %)	12 (15,2 %)	44 (55,7 %)	21 (26,6 %)
Je me sens suffisamment formé et ce n'est pas un obstacle	3 (3,8 %)	24 (30,4 %)	42 (53,2 %)	10 (12,6 %)
J'ai le sentiment de mettre en œuvre des actions pour limiter le mésusage de BZD	0 (0 %)	7 (8,8 %)	48 (60,8 %)	24 (30,4 %)
Je n'ai pas de difficulté à proposer aux patients de diminuer les BZD pour les troubles du sommeil	3 (3,8 %)	19 (24 %)	36 (45,6 %)	21 (26,6 %)
Je n'ai pas de difficulté à proposer aux patients de diminuer les BZD pour les troubles anxieux	1 (1,3 %)	19 (24 %)	39 (49,4 %)	20 (25,3 %)
La demande de BZD par les patients est un obstacle important	4 (5,1 %)	29 (36,7 %)	34 (43 %)	12 (15,2 %)
Les patients qui prennent des BZD depuis des années sont disponibles à diminuer	20 (25,3 %)	40 (50,6 %)	17 (21,6 %)	2 (2,5 %)
Au moins un quart des patients arrivent à diminuer	4 (5,1 %)	26 (32,9 %)	43 (54,4 %)	6 (7,6 %)
Les limitations de prescription actuelles incitent les patients à arrêter/diminuer les BZD	15 (19 %)	34 (43 %)	24 (30,4 %)	6 (7,6 %)
Prescrire et expliquer les règles hygiéno-diététiques pour améliorer le sommeil est facile	2 (2,5 %)	23 (29,1 %)	44 (55,7 %)	10 (12,7 %)
Prescrire et expliquer l'utilisation de l'agenda du sommeil est facile	10 (12,6 %)	39 (49,4 %)	26 (32,9 %)	4 (5,1 %)
Prescrire et expliquer comment se déroule une séance de relaxation est facile	11 (13,9 %)	39 (49,4 %)	25 (31,6 %)	4 (5,1 %)
J'ai le sentiment d'avoir des alternatives efficaces aux médicaments pour ces troubles	10 (12,7 %)	30 (38 %)	31 (39,2 %)	8 (10,1 %)
La ROSP sur les BZD m'incite à diminuer les prescriptions	16 (20,2 %)	20 (25,3 %)	35 (44,3 %)	8 (10,2 %)

Les médecins connaissaient bien les indications et les durées de prescriptions avant la formation (84,8 % en accord avec l'item concernant les hypnotiques et 82,3 % pour les anxiolytiques).

Plus de 90 % d'entre eux ont eu le sentiment de mettre en œuvre des actions pour lutter contre le mésusage.

75,9 % de la cohorte pensaient que les patients consommant des BZD étaient réticents à diminuer.

Plus de 60 % des praticiens ressentaient des difficultés pour utiliser l'agenda du sommeil (62 %) ou expliquer une séance de relaxation (62,8 %).

3.3.2.1. Ressenti sur les compétences.

Pour les différents critères de jugement secondaires nous avons comparé les réponses aux 49 questionnaires que nous avons reçus avant et après la visite de la DSP.

Le critère de jugement secondaire S1 tenait à mesurer l'évolution des opinions et pratiques déclarées des médecins généralistes entre avant et après la proposition de formation au tutoriel en ligne « RPIB Benzos » en ce qui concernait leurs compétences (questions Q6, Q7, Q8.).

Tableau VII : Obstacles en lien avec les compétences (n=49).

	Pas du tout d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		Tout à fait d'accord	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
J'ai le sentiment de mettre en œuvre des actions pour limiter le mésusage de BZD	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (8,2 %)	4 (8,2 %)	25 (51 %)	32 (65,3 %)	20 (40,8 %)	13 (26,5 %)
Je n'ai pas de difficulté à proposer aux patients de diminuer les BZD pour les troubles du sommeil	2 (4 %)	2 (4 %)	14 (28,6 %)	12 (24,4 %)	16 (32,7 %)	20 (40,8 %)	17 (34,7 %)	15 (30,8 %)
Je n'ai pas de difficulté à proposer aux patients de diminuer les BZD pour les troubles anxieux	0 (0 %)	1 (2 %)	12 (24,5 %)	9 (18,3 %)	22 (44,9 %)	26 (53 %)	15 (30,6 %)	13 (26,7 %)

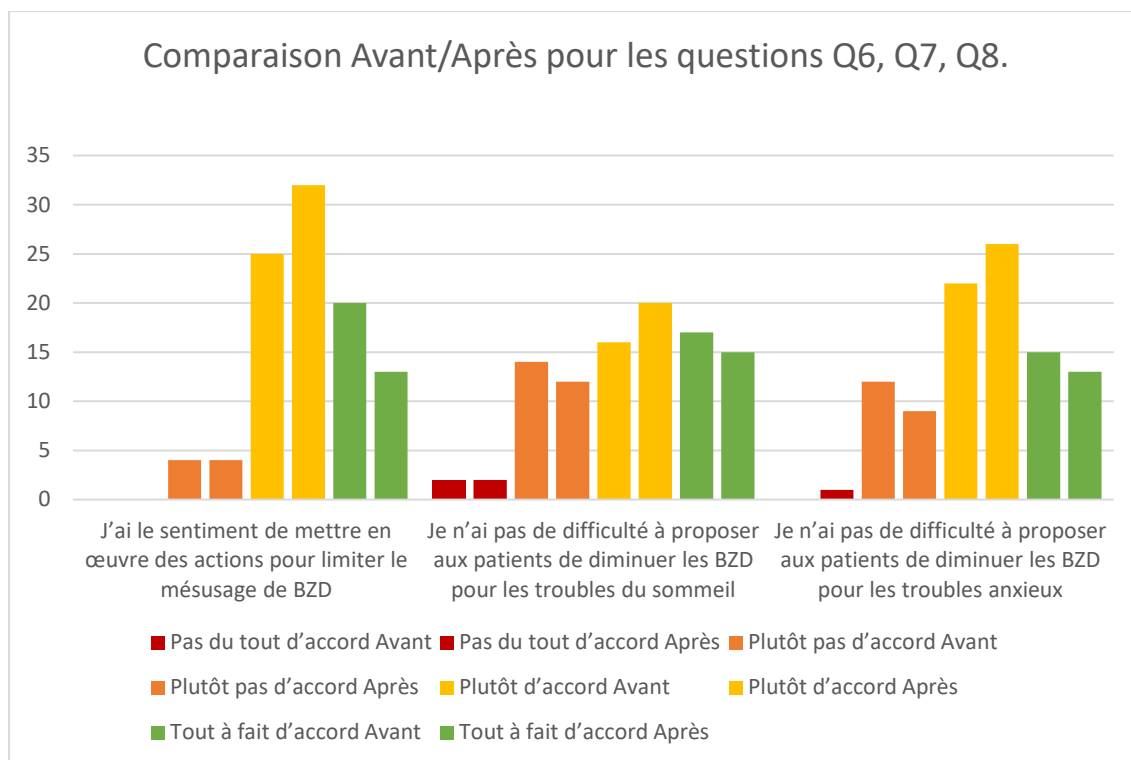


Figure 3 : Comparaison Avant/Après pour les questions Q6, Q7, Q8 (n=49).

Nous avons pu observer sur le questionnaire « Avant » que 91,8 % des médecins mettaient en place des actions pour limiter le mésusage. Le pourcentage de satisfaction « Après » a été stable puisqu'il est resté à 91,8 %.

Pour les troubles anxieux, on a vu qu'un quart des médecins généralistes estimait ce domaine comme difficile à prendre en charge. On observe que 44,9 % avant vs 53 % après des praticiens étaient plutôt d'accord et 30,6 % avant vs 26,7 % après étaient tout à fait d'accord pour adhérer au fait qu'ils n'ont pas eu de difficulté pour proposer aux patients de diminuer leur consommation de BZD lors de troubles anxieux.

Pour les troubles du sommeil, la proportion de médecins se sentant en difficulté est resté sensiblement identique après la formation avec 28,6 % avant vs 24 % après et nous avons observé une augmentation du nombre de praticiens en accord avec l'intitulé (67,4 % avant vs 71,6 % après).

3.3.2.2. Ressenti sur les connaissances.

Le critère de jugement secondaire S2 correspondait au pourcentage de médecins estimant avoir un meilleur ressenti sur leur connaissance. Nous avons recherché un taux de réponses favorables aux Q3, Q4, Q5 plus important après le tutoriel.

Tableau VIII : Obstacles en lien avec les connaissances (n=49).

	Pas du tout d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		Tout à fait d'accord	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Je connais bien les indications et les durées maximales recommandées des BZD hypnotiques	0 (0 %)	1 (2 %)	10 (20,4 %)	8 (16,3 %)	26 (53,1 %)	22 (44,9 %)	13 (26,5 %)	18 (36,8 %)
Je connais bien les indications et les durées maximales recommandées des BZD anxiolytiques	2 (4 %)	2 (4 %)	9 (18,4 %)	6 (12,3 %)	25 (51 %)	21 (42,9 %)	13 (26,5 %)	20 (40,9 %)
Je me sens suffisamment formé et ce n'est pas un obstacle	3 (6,1 %)	2 (4 %)	13 (26,5 %)	12 (24,5 %)	27 (55,1 %)	25 (51 %)	6 (12,3 %)	10 (20,5 %)

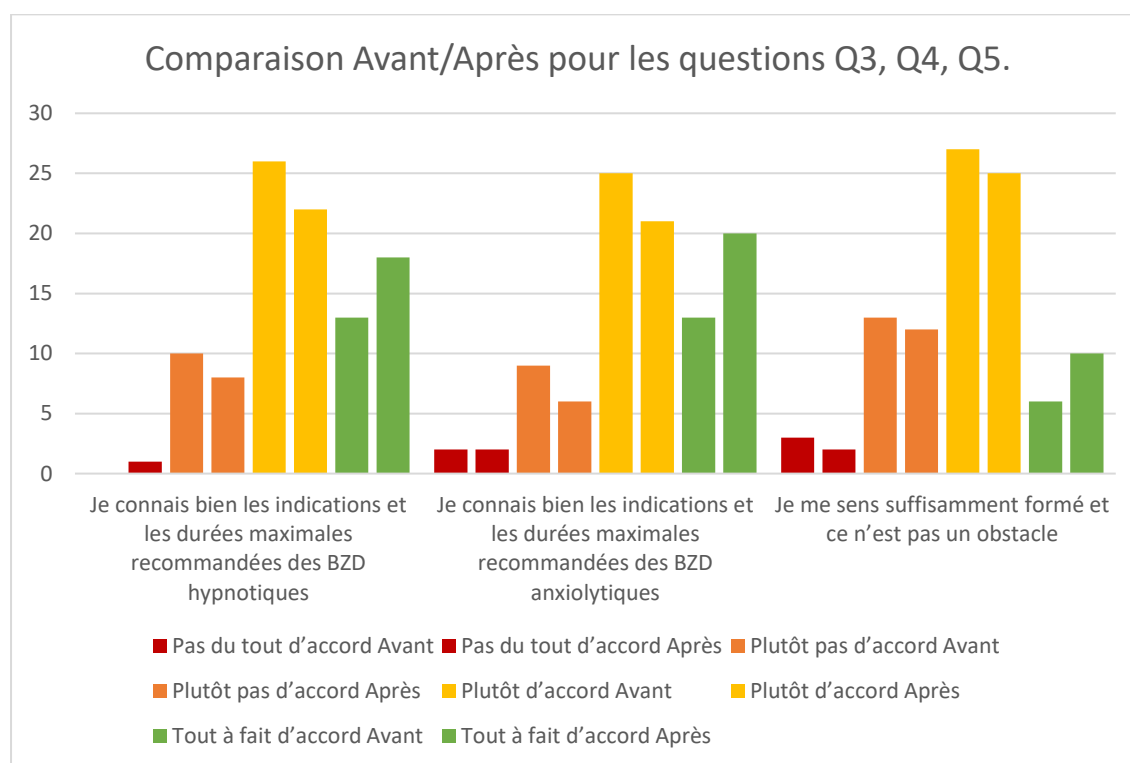


Figure 4 : Comparaison Avant/Après pour les questions Q3, Q4, Q5 (n=49).

En termes de connaissances, le sentiment de connaître les indications des BZD anxiolytiques est passé de 26,5 % à 40,9 % d'une part, et le sentiment de connaître les indications des BZD hypnotiques est passé de 26,5 % à 36,8 % d'autre part.

Après le tutoriel, 71,5 % des répondants se sentaient suffisamment formés et ne percevaient pas le trouble de l'usage des BZD comme un obstacle contre 67,3 % avant.

3.3.2.3. Evolution des opinions et pratiques.

3.3.2.3.1. Obstacle du patient.

Le critère de jugement secondaire S3 correspondait à l'évolution du pourcentage de médecins qui considéraient le rôle du patient comme un obstacle à une prescription plus adaptée avec Q9, Q10, Q11, Q12.

Tableau IX : Obstacles en lien avec le patient (n=49).

	Pas du tout d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		Tout à fait d'accord	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
La demande de BZD par les patients est un obstacle important	2 (4 %)	1 (2 %)	19 (38,8 %)	14 (28,6 %)	20 (40,8 %)	24 (48,9 %)	8 (16,3 %)	10 (20,4 %)
Les patients qui prennent des BZD depuis des années sont disponibles à diminuer	13 (26,5 %)	8 (16,3 %)	25 (51 %)	32 (65,3 %)	11 (22,5 %)	8 (16,3 %)	0 (0 %)	1 (2,1 %)
Au moins un quart des patients arrivent à diminuer	3 (6,1 %)	2 (4 %)	14 (28,6 %)	17 (34,7 %)	29 (59,2 %)	26 (53,1 %)	3 (6,1 %)	4 (8,2 %)
Les limitations de prescription actuelles incitent les patients à arrêter/diminuer les BZD	9 (18,4 %)	8 (16,3 %)	20 (40,8 %)	20 (40,8 %)	17 (34,7 %)	17 (34,7 %)	3 (6,1 %)	4 (8,2 %)

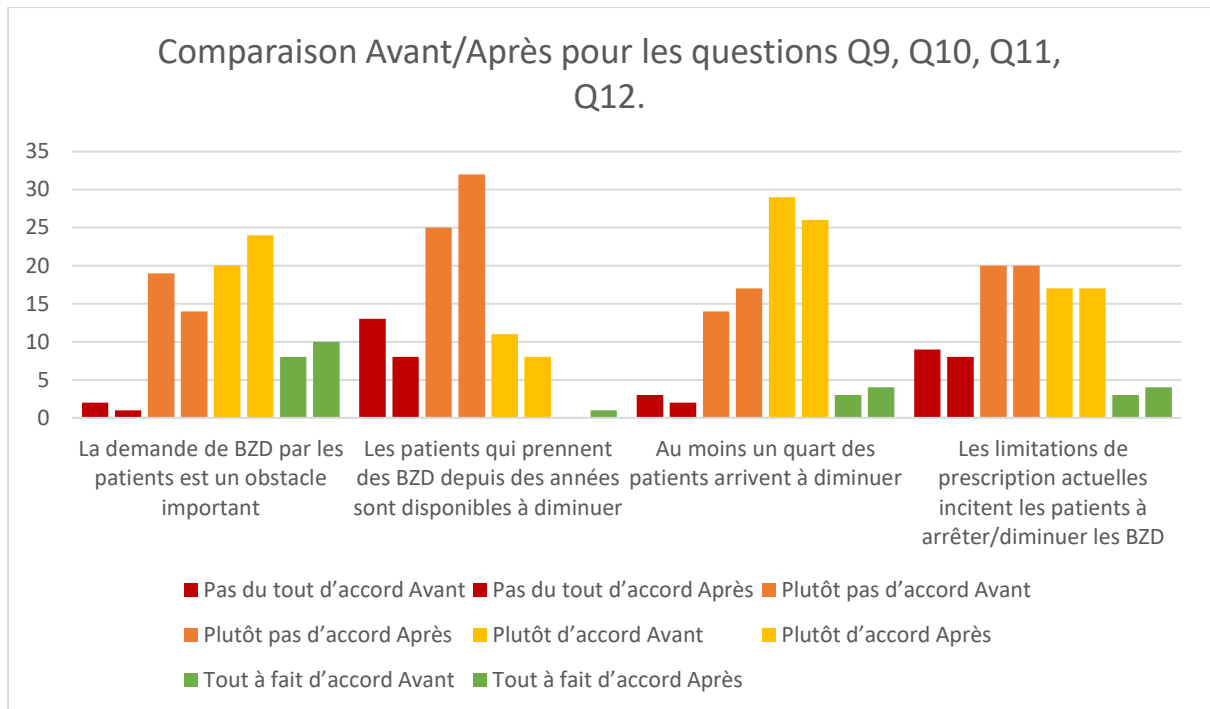


Figure 5 : Comparaison Avant/Après pour les questions Q9, Q10, Q11, Q12 (n=49).

Avant la formation, 42,8 % des médecins généralistes n'étaient pas d'accord pour considérer la demande du patient comme un obstacle important à la bonne prescription des BZD. Après la formation, 69,3 % des praticiens considéraient cette demande comme un frein.

Avant la formation, 65,3 % des médecins sont d'accord avec le fait que au moins un quart des patients arrivaient à diminuer. Ce taux est passé à 61,3 % en post formation.

Avant la formation, un quart des médecins (26,5 %) n'étaient pas du tout d'accord avec le fait que les patients qui prennent des BZD étaient disposés à diminuer. Le pourcentage total de praticiens avec une opinion négative concernant cet item a atteint 77,5 %. Après la formation, ce taux a augmenté à 81,6 %.

3.3.2.3.2. Alternatives à la prescription.

Le critère de jugement secondaire S4 appréciait l'évolution du pourcentage de médecins généralistes utilisant des alternatives à la prescription pharmacologique Q13 à Q17.

Tableau X : Obstacles en lien avec les alternatives à la pharmacologie (n=49).

	Pas du tout d'accord		Plutôt pas d'accord		Plutôt d'accord		Tout à fait d'accord	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Prescrire et expliquer les règles hygiéno-diététiques pour améliorer le sommeil est facile	1 (2 %)	2 (4,1 %)	14 (28,6 %)	8 (16,3 %)	26 (53 %)	34 (69,4 %)	8 (16,3 %)	5 (10,2 %)
Prescrire et expliquer l'utilisation de l'agenda du sommeil est facile	7 (14,3 %)	3 (6,1 %)	21 (42,9 %)	25 (51 %)	18 (36,7 %)	17 (34,7 %)	3 (6,1 %)	4 (8,2 %)
Prescrire et expliquer comment se déroule une séance de relaxation est facile	7 (14,3 %)	10 (20,4 %)	25 (51 %)	18 (36,7 %)	13 (26,5 %)	16 (32,7 %)	4 (8,2 %)	5 (10,2 %)
J'ai le sentiment d'avoir des alternatives efficaces aux médicaments pour ces troubles	7 (14,3 %)	3 (6,1 %)	18 (36,7 %)	24 (48,9 %)	18 (36,7 %)	17 (34,7 %)	6 (12,3 %)	5 (10,3 %)
La ROSP sur les BZD m'incite à diminuer les prescriptions	11 (22,4 %)	7 (14,3 %)	12 (24,5 %)	19 (38,8 %)	22 (44,9 %)	18 (36,7 %)	4 (8,2 %)	5 (10,2 %)

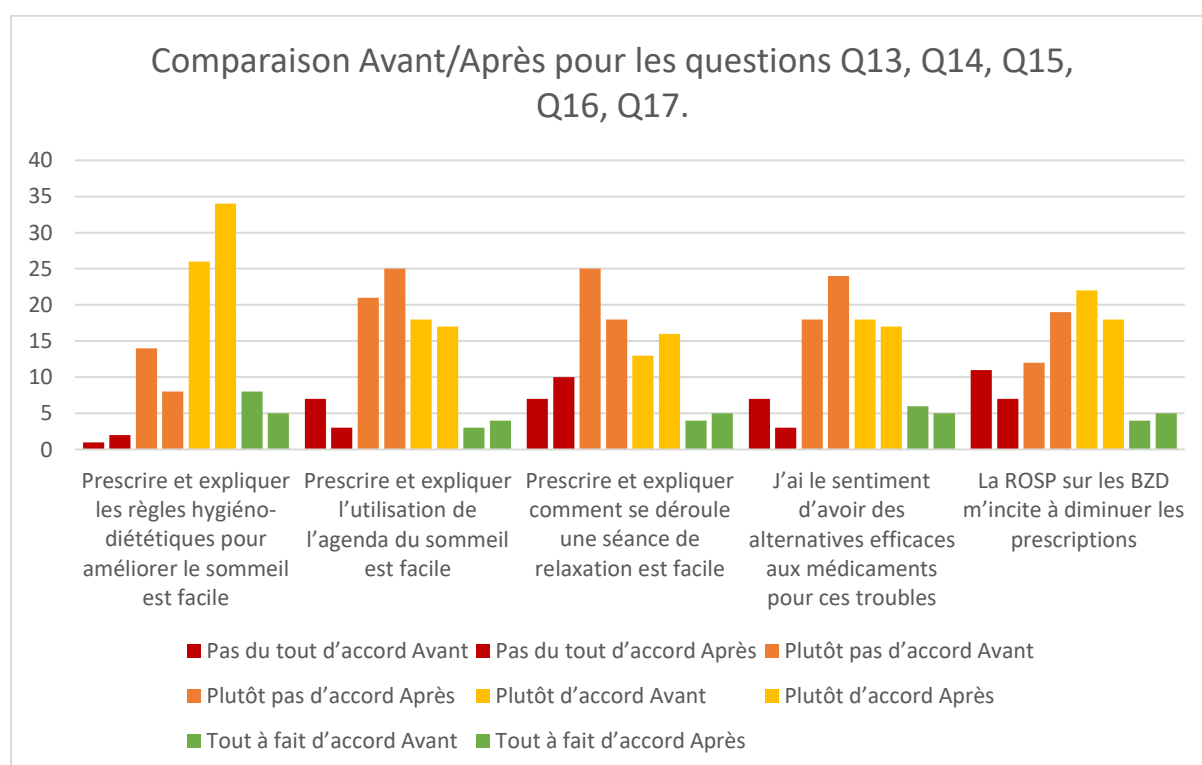


Figure 6 : Comparaison Avant/Après pour les questions Q13, Q14, Q15, Q16, Q17 (n=49).

Le pourcentage de taux de satisfaction pour prescrire et expliquer les règles hygiéno-diététiques pour améliorer le sommeil est passé de 69,3 % à 79,6 % entre avant et après la formation.

Le pourcentage de médecins insatisfaits pour prescrire et expliquer l'utilisation de l'agenda du sommeil est passé de 14,3 % à 6,1 %.

Pour expliquer une séance de relaxation, le taux de médecins tout à fait d'accord pour trouver cela facile est passé de 8,2 % à 10,2 %.

Le pourcentage de praticiens ayant le sentiment d'avoir des alternatives efficaces aux médicaments a diminué entre avant et après la formation, 48,9 % contre 45 %.

Sur l'ensemble de la cohorte, 49 médecins généralistes ont répondu aux deux questionnaires, avant et après la mise à disposition de www.addictutos.com, ce qui nous a permis de faire une analyse de l'association statistique selon le test de Kruskal Wallis.

Tableau XI : Comparaison Avant/Après des médecins ayant répondu aux 2 questionnaires.

Question	Pas du tout d'accord Avant	Pas du tout d'accord Après	Plutôt pas d'accord Avant	Plutôt pas d'accord Après	Plutôt d'accord Avant	Plutôt d'accord Après	Tout à fait d'accord Avant	Tout à fait d'accord Après	Test de Kruskal Wallis
Q3	0	1	10	8	26	22	13	18	0,39
Q4	2	2	9	6	25	21	13	20	0,15
Q5	3	2	13	12	27	25	6	10	0,37
Q6	0	0	4	4	25	32	20	13	0,2
Q7	2	2	14	12	16	20	17	15	0,98
Q8	0	1	12	9	22	26	15	13	0,94
Q9	2	1	19	14	20	24	8	10	0,23
Q10	13	8	25	32	11	8	0	1	0,61
Q11	3	2	14	17	29	26	3	4	0,88
Q12	9	8	20	20	17	17	3	4	0,74
Q13	1	2	14	8	26	34	8	5	0,74
Q14	7	3	21	25	18	17	3	4	0,61
Q15	7	10	25	18	13	16	4	5	0,78
Q16	7	3	18	24	18	17	6	5	0,99
Q17	11	7	12	19	22	18	4	5	0,95

Au seuil alpha à 0,05, il n'existait pas d'association statistiquement significative au niveau du questionnaire entre avant et après la formation.

3.3.2.4. Satisfaction sur le tutoriel.

Il s'agissait ici de mesurer la satisfaction des médecins ayant répondu au questionnaire « Après ».

Tableau XII : Sentiment d'avoir changé sa pratique dans un sens favorable (n=23).

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Le thème de ce tutoriel m'intéresse particulièrement	0 (0 %)	1 (4,3 %)	16 (69,6 %)	6 (26,1 %)
Ce tutoriel m'a fait prendre conscience de certaines limites dans ma prise en charge	2 (8,7 %)	3 (13,1 %)	13 (56,5 %)	5 (21,7 %)
J'ai commencé à modifier certaines de mes pratiques suite au tutoriel	2 (8,7 %)	4 (17,4 %)	14 (60,9 %)	3 (13 %)
Le tutoriel va m'aider à améliorer mes résultats dans le cadre de la ROSP	2 (8,7 %)	7 (30,4 %)	13 (56,5 %)	1 (4,4 %)

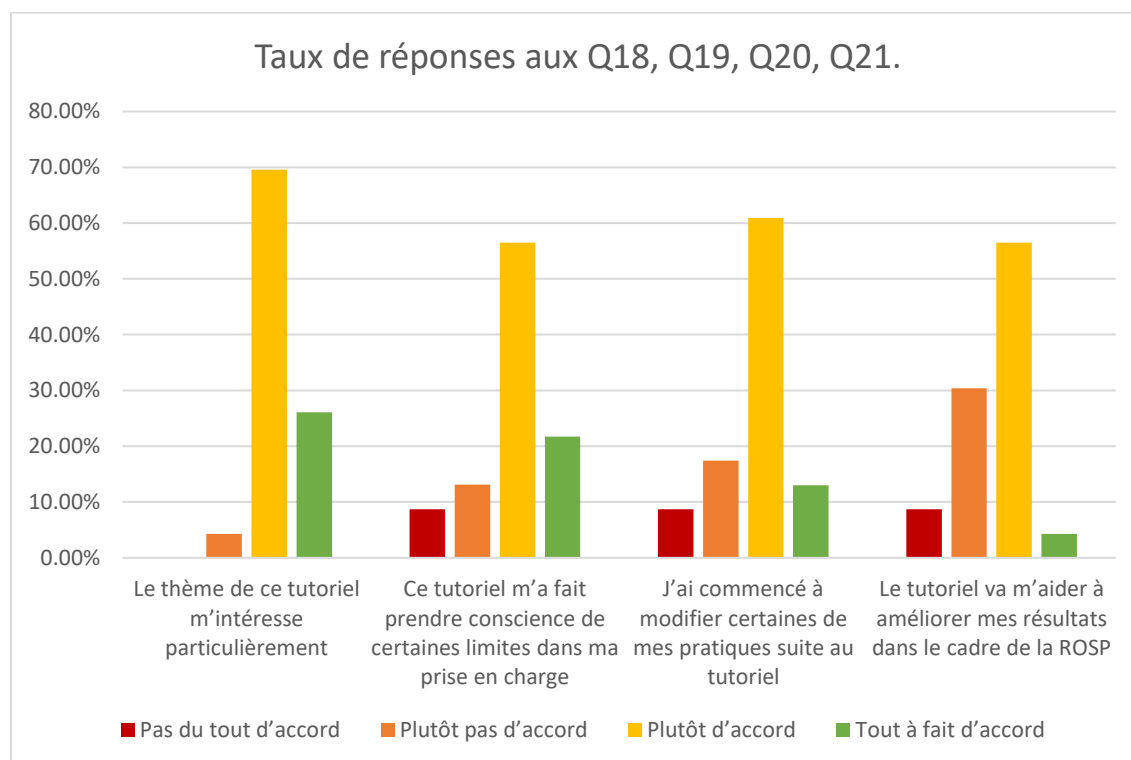


Figure 7 : Taux de réponses aux Q18, Q19, Q20, Q21 (n=23).

Nous voyons ici que le tutoriel a été majoritairement bien accueilli par la cohorte des médecins généralistes. Cependant, seulement 23 praticiens ont visionné le tutoriel dans son intégralité soit un peu moins de 47 % de la cohorte, la difficulté la plus souvent évoquée étant le manque de temps.

Enfin, les questions 22 à 24 se limitaient aux médecins ayant visionné le questionnaire.

Tableau XIII : Sentiment de satisfaction après visionnage du tutoriel (n=23).

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Les conditions matérielles du tutoriel me paraissent satisfaisantes (ergonomie, documents, vidéos, ...)	0 (0 %)	1 (4,3 %)	17 (74 %)	5 (21,7 %)
Le contenu de ce tutoriel me semble adapté à la pratique de la médecine générale	0 (0 %)	1 (4,3 %)	17 (74 %)	5 (21,7 %)
Ce tutoriel doit être complété de formations pratiques en présentiel	2 (8,7 %)	6 (26,1 %)	12 (52,1 %)	3 (13,1 %)

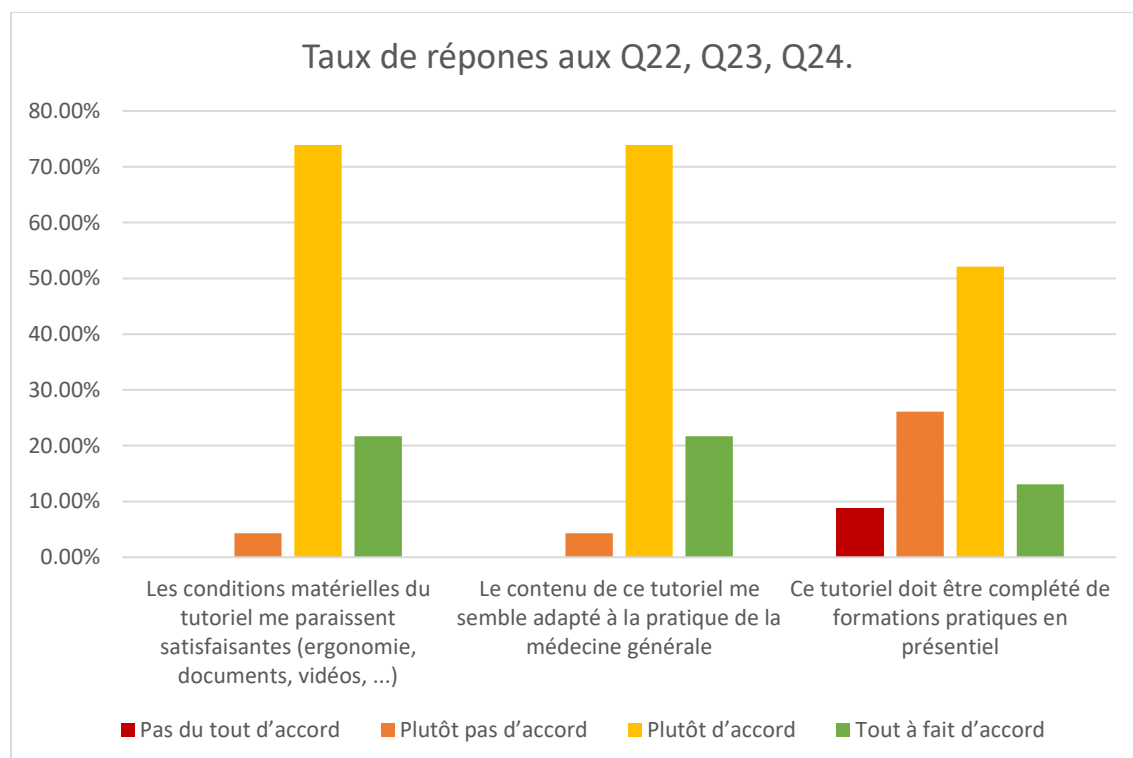


Figure 8 : Taux de réponses aux Q22, Q23, Q24 (n=23).

95,7 % des médecins de l'étude trouvaient que les conditions matérielles du tutoriel étaient satisfaisantes et qu'il faisait partie du champ de la médecine générale.

65,2 % des médecins pensaient que le tutoriel devait être complété par une formation présentielle.

4. DISCUSSION

4.1. Analyse des principaux résultats.

Cette étude offre un reflet d'une situation réelle en essayant de mesurer l'impact de la proposition de formation en ligne sans visionnage obligatoire du tutoriel. Seulement 23 médecins ont visionné le tutoriel en entier sur les 49 ayant répondu au deuxième questionnaire. Les résultats ne font que mesurer l'impact de la proposition de tutoriel en ligne au sein d'une profession libérale soumis à de multiples impératifs chronophages.

L'exploitation des données « dures » transmises par la CPAM, notamment le nombre de boîtes prescrites, ne montre pas de variation significative des pratiques des médecins généralistes malgré la mise à disposition de www.addictutos.com. Le nombre de consommateurs a augmenté de manière assez importante dans le groupe « intervention » entre les deux périodes : ce qui fait mécaniquement augmenter le nombre de boîtes par prescripteur (le nombre de prescripteurs restant stable). On observe la même tendance lorsqu'on détaille la classe pharmacologique. Pour les anxiolytiques et les hypnotiques, il y a augmentation du nombre moyen de consommateurs par prescripteur dans le groupe « intervention » après celle-ci. Il y a une augmentation du nombre de boîtes prescrites en moyenne par les prescripteurs du groupe « intervention » après celle-ci alors que la cohorte non visitée a des chiffres stables. Nous pouvons cependant constater que le nombre de boîtes par prescripteur reste toujours plus faible dans le groupe ayant suivi la formation par rapport à la cohorte témoin, que ce soit pour les anxiolytiques ou pour les hypnotiques. Toutefois, si les indicateurs retenus étaient les plus simples à recueillir de façon standardisée, ils ne permettent pas de vérifier s'il y a une amélioration de la qualité des prescriptions. En effet, il n'est pas possible de différencier ici la durée des traitements, ni la pertinence de l'indication selon les recommandations. De même, nous voyons que notre population de volontaires n'est sans doute pas identique à la population de comparaison, au moins au niveau de l'intérêt pour la problématique de l'étude. Enfin, en ce qui concerne une substance addictogène, le changement de comportement peut durer des années, et il est possible que le changement d'intention des médecins formés n'ait pas eu le temps, en quelques mois, d'impacter sur les indicateurs retenus. Enfin, seulement 23 participants, donc une minorité, ont eu le temps de regarder le tutoriel.

Enfinement, on retiendra surtout, que les professionnels ayant accepté de participer à l'étude et d'avoir leurs prescriptions observées, sont moins prescripteurs que la population standard comparée. Il s'agit d'un indicateur de qualité valorisé par l'Assurance Maladie, sans que l'on puisse conclure sur la qualité réelle des prescriptions.

Le recueil du ressenti des médecins avant la mise à disposition de www.addictutos.com lors de la visite de la DSP montre que les praticiens semblent bien connaître les recommandations de bonne pratique concernant les BZD. Plus de 80 % d'entre eux sont en accord avec le sentiment de connaître les indications et durées de prescriptions des hypnotiques et anxiolytiques. Les professionnels de santé sont concernés par ce mésusage puisque plus de 90 % d'entre eux ont le sentiment de mettre en œuvre des actions pour lutter contre ce trouble. Les freins pour lutter contre ce mésusage s'articulent autour du patient (75,9 % de la cohorte pensent que les patients consommant des BZD sont réticents à diminuer) et des alternatives à la prescription (62 % des praticiens ressentent des difficultés pour utiliser l'agenda du sommeil et 62.8 % des difficultés pour expliquer une séance de relaxation).

L'étude semble montrer un impact positif de la formation. En effet, un changement d'opinion des médecins généralistes avant et après la formation au RPIB a été mis en évidence sur la majorité des difficultés et des pratiques lors du repérage et de la prise en charge des patients ayant un trouble de l'usage des benzodiazépines. Ces changements positifs n'atteignent pas cependant le seuil de significativité, peut-être par manque de puissance. Nous pouvons observer que la majorité des médecins sont impliqués dans la prise en charge du trouble de l'usage des benzodiazépines puisque la très grande majorité d'entre eux mettent en place des actions pour limiter ce mésusage. Ce score est cependant peu impacté par le tutoriel puisque le score « Après » reste stable avec 91,8 % de praticiens concernés. Dans le cadre de la prise en charge des troubles anxieux, on voit qu'un quart des médecins généralistes estiment ce domaine comme difficile à prendre en charge. Néanmoins, il n'existe pas d'amélioration contributive de ce ressenti en post formation. 30,6 % avant vs 26,7 % après sont tout à fait d'accord pour adhérer au fait qu'ils n'ont pas de difficulté pour proposer aux patients de diminuer leur consommation de BZD lors de troubles anxieux. Pour les troubles du sommeil, nous observons une augmentation du nombre de praticiens en accord avec le fait de ne pas avoir de difficulté à proposer aux patients de diminuer les BZD (67,4 % avant vs 71,6 % après). En termes de connaissances, le tutoriel conforte les acquis des médecins ou offre un rappel synthétique qui semble consolider le sentiment de connaître les indications des BZD anxiolytiques ou hypnotiques.

Les difficultés en lien avec le patient semblent rester le problème principal rencontré par les médecins généralistes, que ce soit en termes de demande de la part du patient ou de refus de diminuer une consommation déjà existante.

Trois mois après la formation, la majorité des médecins manifeste un progrès pour traiter un problème de consommation de benzodiazépines excessive ou de dépendance. La formation au RPIB a donc permis d'améliorer le sentiment de savoir réagir dans ces situations chez la plupart des participants. Nous pouvons penser que le tutoriel conforte les médecins déjà à l'aise avec ce type de prise en charge. Par contre, les chiffres restent stables pour ceux en difficulté initialement.

Le gain le plus important dans les alternatives à la prescription se révèle être le rappel des règles hygiéno-diététiques.

Le pourcentage de médecins insatisfaits pour prescrire et expliquer l'utilisation de l'agenda du sommeil passe de 14,3 % à 6,1 %. Pour expliquer une séance de relaxation, le taux de médecins tout à fait d'accord pour trouver cela facile passe de 8,2 % à 10,2 %. Ces résultats sont à mettre en lien avec la nécessité d'une consultation dédiée pour expliquer ces deux méthodes plus techniques. Le pourcentage de praticiens ayant le sentiment d'avoir des alternatives efficaces aux médicaments diminue entre avant et après la formation, 48,9 % contre 45 %. Une revue de la littérature, menée par Smith et Tett en 2010 pour analyser les stratégies d'amélioration de prescription de benzodiazépines a montré que les interventions les plus efficaces sont celles qui associent différentes stratégies, destinées aux prescripteurs et aux patients. Les interventions testées appartiennent à trois stratégies différentes : les méthodes éducatives destinées aux patients ou aux professionnels de santé, les audits cliniques et feedback et les stratégies d'alerte. Ces différents articles montrent que la réflexion concernant la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique et des guides thérapeutiques est primordiale et que l'information doit être diffusée aux professionnels de santé, mais également au public (68).

L'évolution dans le groupe « intervention » tend vers l'augmentation des prescriptions des BZD. Nous pouvons penser que le nombre de boîtes remboursées est en fait un résultat qui peut induire des biais dans l'interprétation des résultats : il suffit qu'il y ait eu plus de boîtes de petite contenance remboursées avec une prescription identique pour faire augmenter artificiellement l'estimation du nombre de prescriptions faites (changements de packaging sur la période, ruptures de stocks). D'autant plus qu'il s'agit là de données où tous les médicaments sont « poolés » : par exemple, une boîte de 120 comprimés de bromazépan 1,5 va "compter autant" qu'une boîte de 5 comprimés de zopiclone 3,75. A noter également que la période d'étude a chevauché celle du changement de législation de la prescription du zolpidem (ordonnances sécurisées) qui a induit de multiples changements de prescriptions.

Dans la littérature, seules deux études ont constaté que les médecins généralistes peuvent réduire l'utilisation excessive de benzodiazépines chez leurs patients consommateurs au long cours en utilisant des Interventions Brèves telles que des lettres ou manuels d'auto-assistance. Bashir et al. ont mis en évidence que 18 % des patients inclus dans le groupe bénéficiant d'une Intervention Brève parvenaient à réduire leur usage contre seulement 5 % des patients inclus dans le groupe contrôle (69). Cormack et al. ont fait une étude concernant 209 patients et ont montré que les patients qui recevaient une lettre leur incitant à réduire leur consommation réduisaient leur utilisation d'au moins deux tiers (70).

Il semble donc que la remise d'un document au patient soit un moyen de renforcer l'Intervention Brève, ce qui n'a pas été réalisé ici.

Au vu de ces éléments, nous pouvons penser que les médecins de l'étude commencent à mieux appréhender la prise en charge du trouble de l'usage des BZD mais qu'il n'existe pas encore de répercussions concrètes dans leur pratique, d'où l'intérêt de mener une nouvelle étude à plus long terme. En effet, sur un temps d'observation relativement court de deux périodes de 6 mois de prescription, nous pouvons émettre l'hypothèse que les médecins ne se sentent pas encore assez à l'aise pour oser changer leur pratique. Même si le changement de pratiques est là, il faut également tenir compte du temps de changement des patients, qui peut être encore plus long.

4.2. Le médecin généraliste, spécialiste de soins primaires.

Suite à la formation, le taux des participants qui pensent que le médecin généraliste joue un rôle pivot en matière de prise en charge du trouble de l'usage lié aux benzodiazépines et qui est susceptible d'adresser aux spécialistes augmente, que ce soit pour les troubles du sommeil ou anxieux. 79,6 % après versus 81,7 % avant sont en accord avec le fait de connaître les indications et les durées maximales des hypnotiques. 83,8 % après versus 77,5 % avant sont en accord avec le fait de connaître les indications et les durées maximales des anxiolytiques. Ceci montre que la légitimité et la place perçue du médecin généraliste pour prendre en charge ces patients est améliorée par la formation au RPIB. Néanmoins, près de la moitié des médecins généralistes ne sont plutôt pas d'accord en ce qui concerne le sentiment d'avoir des alternatives efficaces en post formation (55 % après versus 51 % avant). Ce résultat est probablement à mettre en lien avec le côté synthétique du tutoriel qui se veut une aide pouvant être consultée immédiatement en consultation. Cette formation ne remplace pas une formation plus longue et présentielle, à même de travailler sur les savoir-faire et savoir-être nécessaires à la pratique. Mais elle peut motiver à y aller, ce que nous n'avons pas exploré ici.

4.3. Obstacles pour aborder la consommation de benzodiazépines.

La disposition des médecins quant à aborder le problème des psychotropes en consultation est dans l'ensemble plus favorable trois mois après la formation. Ce gain, même si discret, est en faveur d'une meilleure appréhension des problèmes liés aux troubles de l'usage des benzodiazépines en soins de premier recours. Sur un temps relativement court, nous pouvons envisager que la proposition du tutoriel en ligne offre une première orientation aux médecins généralistes pour faire face à des interrogations lors de consultation de médecine ambulatoire. En extrapolant, nous pouvons penser que le tutoriel conforte les médecins déjà à l'aise avec ce type de prise en charge.

Dans une étude menée par Anthierens et al. en 2007, on observe que les médecins généralistes font preuve de prudence lorsqu'ils introduisent une thérapie par BZD (71). Cependant, il semble que les généralistes se sentant dépassés par les problèmes psychosociaux de leurs patients se montrent empathiques en prescrivant avec parfois le sentiment de n'utiliser que la seule alternative possible. Ils admettent avoir recours aux BZD en raison du manque de temps et du manque d'options. Les médecins généralistes ne perçoivent pas la nature addictive de la consommation de BZD comme un problème chez les nouveaux utilisateurs. Les généralistes ne mentionnent pas spécifiquement la demande des patients comme élément de départ. Ainsi, notre tutoriel semble permettre une meilleure prise de conscience de la nécessité d'une bonne évaluation de la situation clinique du patient avant toute instauration de BZD, à condition d'être visionné.

4.4. Intérêts et faiblesses de l'étude.

4.4.1. Intérêts.

-Outil d'évaluation fiable et reproductif :

L'outil d'évaluation utilisé est un questionnaire auto-administré. Comme il implique moins d'investigateurs, il est moins sensible aux biais d'information (par exemple, le biais de désirabilité sociale) et aux effets d'intervieweur, mais il est plus sensible à la non-réponse partielle. Toutefois, les données d'une revue systématique de 57 études menée par Garber et al. en 2004 suggèrent que les questionnaires peuvent être plus fiables que les entretiens (72). Ce type de questionnaire a prouvé sa fiabilité et sa reproductivité (73).

-Données dures :

Les données de prescription de la CPAM sont des données objectives non soumises au ressenti du médecin de la cohorte, ce qui là aussi peut expliquer la différence entre données objectives et sentiment subjectif d'amélioration.

-Courte durée :

Nous avons fait le choix d'une étude de courte durée pour les critères secondaires. Le choix d'un « Après » à court terme (3 mois) a permis d'évaluer les changements immédiats d'opinions de pratiques des médecins généralistes, et de montrer un impact rapide de la formation, indispensable pour obtenir un changement à plus long terme. De plus cela a permis de limiter les biais de confusion et d'analyser l'impact réel de la proposition de formation. Enfin, le choix d'un délai court a permis d'obtenir un taux de réponse plus élevé au QAA « Après ». La mise en évidence d'un impact significatif sur une durée

de 3 mois se retrouve dans la littérature anglaise. Ces résultats sont d'autant plus intéressants qu'ils font écho à une méta-analyse publiée dans Cochrane conduite par Darker et al. incluant 1066 patients. La TCC, courte, et l'entretien motivationnel sont plus susceptibles d'aboutir à l'arrêt des BZD comparés à une simple décroissance de posologie à 4 semaines (risque relatif (RR) 1,40, intervalle de confiance (IC) 95 % : 1,05 à 1,86) et à 3 mois (RR 1,51, IC à 95 % : 1,15 à 1,98). Il serait intéressant d'obtenir des résultats sur une plus longue période notamment en ce qui concerne le nombre de boîtes prescrites afin de montrer un réel changement de pratique (74).

-E-learning :

La mise à disposition des praticiens d'un outil de formation en ligne a permis de laisser aux médecins une autonomie et la possibilité de s'autogérer pour accéder aux informations. Comme mentionné par Alexandre et al. dans la revue *Courrier des Addictions* en 2010 (75), la plus-value du tutoriel en ligne se révèle être la flexibilité qu'elle offre à l'utilisateur. La formule du e-learning s'intègre parfaitement dans l'optique d'un DPC chez des praticiens en quête de perfectionnement malgré des contraintes professionnelles ou des impératifs chronophages.

-Biais d'attrition faible :

Le taux de réponse de notre étude est assez élevé puisque seulement 19 médecins n'ont pas rempli le QAA « Avant » et que 49 % des participants inclus ont répondu au QAA « Après ». Les perdus de vue peuvent être expliqués par un manque de temps ou d'intérêt.

-Appariement :

Les 2 groupes de MG girondins étaient appariés sur l'âge, le sexe et le lieu d'exercice.

-Saisonnalité :

L'étude détaillée mois par mois a permis la prise en compte d'une éventuelle saisonnalité susceptible de modifier les chiffres de prescriptions dans cette classe de médicaments selon les périodes choisies.

4.4.2. Limites de cette étude.

-Biais liés à la méthodologie de l'étude :

Schéma de l'étude :

En ce qui concerne le recueil des questionnaires, il s'agit d'une enquête d'opinion prenant en compte des perceptions et des pratiques déclarées. C'est une déclaration subjective avec un faible niveau de preuve, pouvant donner lieu à un biais de mémorisation.

Pour le critère de jugement principal, ce travail faisant parti d'un travail de thèse, les moyens méthodologiques n'étaient pas exhaustifs et nous avons du palier à quelques limites. Par exemple, le nombre de boîtes prescrites varie mais nous ne savons pas si les patients sont restés les mêmes. Le fait de prescrire ou de ne pas prescrire semble moins pertinent que le fait de savoir si une prescription était justifiée pour les patients qui en ont besoin ou si une prescription inappropriée avait pu être arrêtée chez les personnes n'en ayant plus la nécessité. Ensuite, moins prescrire ne signifie pas mieux prescrire. Il n'est pas certain que le fait de diminuer le nombre de boîtes soit le reflet d'un bon impact du tutoriel. Un critère plus pertinent aurait été de savoir si la durée et la posologie de benzodiazépines prescrites étaient correctement suivies par les patients, travail fastidieux à notre échelle car méthodologie et ingénierie de moyens trop complexes. Le nombre de boîtes prescrites s'il diminue n'est pas forcément synonyme d'impact positif de notre tutoriel si les praticiens ne prescrivent plus à des patients qui en auraient eu besoin. De même, si les praticiens prescrivent plus, peut être le font-ils à raison. Toujours est-il qu'il s'agit des indicateurs retenus par l'Assurance Maladie pour observer l'activité de prescription des médecins, et on en voit donc les limites.

Puissance de l'étude :

L'un des reproches que l'on peut faire à cette étude est sa faible puissance. En effet, la population réduite de cette étude pourrait nous empêcher de mettre en évidence un éventuel impact de la formation. Par ailleurs, l'utilisation d'un échantillon plus petit que l'idéal augmente les chances d'extrapoler un faux résultat comme étant vrai. Ainsi, une méta-analyse à plus grande échelle, menée par Young et al. en 2014, nuance l'efficacité du RPIB pour réduire l'utilisation des substances psychoactives ou les effets nocifs associés à l'utilisation non médicale de ces substances (76). Une étude à plus grande échelle permettrait d'avoir des résultats plus significatifs.

Nécessité d'outils de formation plus directs :

La proposition d'un tutoriel en ligne (ou plus précisément de ce tutoriel en ligne) ne suffit pas à un changement statistiquement significatif des pratiques et des perceptions des praticiens. Cela nous amène à penser qu'il faut agir par des outils directs au niveau de la pratique. Une des pistes à l'amélioration de la formation en ligne serait l'association à des outils téléchargeables et pratiques comme des échelles de repérage par exemple, notamment outils de cotation pouvant être utilisés en consultation de médecine générale. Il s'agit également de la possibilité de distribution de documents d'information à tous les

patients bénéficiant de BZD, par le médecin, mais aussi par le pharmacien, comme ceci a été expérimenté au Canada avec succès (77).

-Biais lié à la population de l'étude.

Le recrutement des médecins participants à la formation était basé sur le volontariat. On peut penser que les médecins qui se sont manifestés pour participer à la formation étaient initialement plus sensibles et plus intéressés par le thème. Les chercheurs peuvent trouver un impact significatif résultant d'une intervention, même s'il n'en existe pas. C'est ce que l'on appelle l'effet Hawthorne, où les participants montrent des changements parce qu'ils sont étudiés. Ce biais de sélection ne nous permet pas d'affirmer que la population source est bien représentative de la population cible, ce qui rend l'interprétation des résultats prudente. Cet effet peut être majoré du fait du modèle de formation, outil en ligne nécessitant une autonomie et une motivation des participants.

-Biais lié aux données recueillies auprès de la CPAM.

Nous avons pu avoir accès à des données « dures » moins soumises au ressenti du médecin. A noter que cela est tout de même susceptible de soulever des biais de confusion, car un indicateur chiffré n'exclut pas une augmentation de la patientèle qui requiert des benzodiazépines. Il faut noter que les chiffres correspondent à la base de données de remboursements ce qui constitue un reflet indirect des véritables prescriptions.

Après rendez-vous avec le médecin conseil de la CPAM, il n'a pas été possible d'avoir accès aux données médecin par médecin, faute d'accès aux profils de prescriptions des médecins. Le Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) ne donne pas accès aux relevés individuels médecin par médecin mais uniquement les chiffres globaux.

CONCLUSION

Les résultats de notre étude sont nuancés mais prometteurs. Le RPIB offre un mécanisme simplifié de dépistage systématique, par une intervention à court terme qui répondra aux besoins de la plupart des médecins en les aidant à réduire ou enrayer l'utilisation dangereuse de benzodiazépines. Il permet d'informer sur l'existence d'alternatives validées pour les troubles de l'usage pouvant être mises en œuvre en soins primaires, et sur les ressources pour obtenir des soins spécialisés si besoin. Les résultats montrent un impact favorable mais modeste, non significatif, de la formation RPIB sur les perceptions des médecins généralistes. Elle permet un repérage plus organisé, levant de nombreux obstacles pour aborder les consommations de benzodiazépines et améliorant le sentiment de savoir réagir avec les patients ayant une consommation excessive ou une dépendance aux BZD. De plus, le RPIB « Benzos » est bien adapté aux approches multidisciplinaires et collaboratives et pourrait inclure des dépistages initiés par le personnel infirmier. Les données sur la morbidité et la mortalité liées aux BZD place le RPIB à un niveau prioritaire, en en faisant un dispositif central de santé publique. Cependant la mise à disposition d'outils sans participation active reste insuffisante dans la démarche d'une meilleure prise en charge des troubles. Les professionnels de santé doivent se focaliser sur le rappel des mesures hygiéno-diététiques et l'entretien motivationnel pour augmenter la confiance des patients dans les chances d'arriver à diminuer et arrêter les BZD. Ils peuvent orienter vers le spécialiste pour compléter la prise en charge par la formation à la relaxation et aux TCC. Il est essentiel que les médecins et les autres pourvoyeurs de soins primaires n'abdiquent pas dans leur mission d'identification, d'Intervention Brève et de prise en charge des problèmes de mésusage chez les patients, et restent actifs dans cette démarche. En effet en tant que professionnel de santé le plus familier avec le patient, le médecin généraliste est idéalement situé pour avoir un impact maximal sur les comportements de consommation du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Moigne P. La dépendance aux médicaments psychotropes. De la psychopharmacologie aux usages. *Drogues, santé et société*. 2008;7(1):57–88.
2. Diaz Gomez C, Milhet M (Membres de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies OFDT). Stratégies de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. France; 2005.
3. Coispeau E. Élaboration d'un outil de formation en ligne de type RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) pour l'optimisation des prescriptions des benzodiazépines en médecine générale [Thèse de Doctorat d'Université, Biologie et Santé, Médecine]. Université de Bordeaux; 2016.
4. Ashton C. Les Benzodiazépines : Comment agissent-elles et comment s'en sevrer ? [En ligne] 2002. [Consulté le 20/11/17]. Disponible sur internet : <https://www.benzo.org.uk/freman/bzcha01.htm>
5. Collège National de Pharmacologie Médicale. Benzodiazépines [En ligne]. [Consulté le 7/6/2017]. Disponible sur internet : <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/benzodiazepines>
6. Dematteis M, Pennel L. La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière d'addiction aux médicaments psychotropes et de polyconsommations ? *Alcoologie et Addictologie*. 2017 Jun 15;39(2):148–71.
7. Haute Autorité de Santé. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Saint Denis (France): HAS; Juin 2015.
8. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé ANSM. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information [En ligne]. 2017 [Consulté le 6/6/2017]. Disponible sur internet : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
9. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? Saint Denis (France): HAS; Avril 2017.
10. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé ANSM. Plan d'actions de l'ANSM visant à réduire le mésusage des benzodiazépines - Point d'Information [En ligne]. 2012 [Consulté le 31/08/2017]. Disponible sur internet : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Plan-d-actions-de-l-ANSM-visant-a-reduire-le-mesusage-des-benzodiazepines-Point-d-information>
11. Reboul M. Etude transversale observationnelle de la balance bénéfico-risque des traitements par benzodiazépines et/ou antidépresseurs auprès de patients interrogés par auto-questionnaires en officine. [Thèse de Doctorat d'Université, Biologie et Santé, Pharmacie]. Faculté de Pharmacie de Grenoble; 2013.

12. Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Havik OE, Kvale G, et al. Cognitive Behavioral Therapy vs Zopiclone for Treatment of Chronic Primary Insomnia in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2006 Jun 28;295(24):2851–8.
13. Haute Autorité de Santé. Utiles dans l’anxiété, les benzodiazépines restent une solution temporaire. Saint Denis (France): HAS; Juin 2015.
14. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l’anxiété ? Saint Denis (France): HAS; Juin 2018.
15. CME Institute of Physicians Postgraduate Press, Inc. Benzodiazepines: Revisiting Clinical Issues in Treating Anxiety Disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2005;7(1):23–32.
16. Société Française d’Alcoologie. Mésusage de l’alcool : dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie et Addictologie*; 2015.
17. Lende DH, Smith EO. Evolution meets biopsychosociality: an analysis of addictive behavior. *Addict Abingdon Engl*. 2002 Apr;97(4):447–58.
18. Djezzar S, Questel F, Burin E, Dally S, French Network of Centers for Evaluation and Information on Pharmacodependence. Chemical submission: results of 4-year French inquiry. *Int J Legal Med*. 2009 May;123(3):213–9.
19. Smink BE, Egberts ACG, Lusthof KJ, Uges DRA, de Gier JJ. The relationship between benzodiazepine use and traffic accidents: A systematic literature review. *CNS Drugs*. 2010 Aug;24(8):639–53.
20. Haute Autorité de Santé. Modalités d’arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Saint Denis (France): HAS; Octobre 2007.
21. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet Lond Engl*. 1993 Nov 27;342(8883):1317–22.
22. Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2009 Oct;18(5):385–92.
23. Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA*. 2001 Nov 28;286(20):2578–85.
24. Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, MacLennan G, Ramsay C, Fraser C, et al. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med*. 2006 Feb;21 Suppl 2:S14-20.
25. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *N Engl J Med*. 2003 Jun 26;348(26):2635–45.
26. Jones R, Schellevis F, Westert G. The changing face of primary care: the second Dutch national survey. *Fam Pract*. 2004 Dec;21(6):597–8.
27. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients’ care. *The Lancet*. 2003 Oct 11;362(9391):1225–30.

28. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999 Oct 20;282(15):1458–65.
29. Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implement Sci IS*. 2009 Aug 12;4:54.
30. Laure P, Trépos JY. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. *Santé Publique*. 2006 18(4):573–84.
31. Gallais JL. Les normes en santé : avis, recommandations, guides de bonnes pratiques (2ème partie). *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*. 2015.
32. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jan;58(1):55–61.
33. Canévet JP, Bonnaud Antignac A, Mollet V, Le Mauff P. Consommateurs de benzodiazépines au long cours : qu'en pensent leurs médecins généralistes prescripteurs ? *Exercer, la revue francophone de médecine générale*. 2012.
34. Briot M (Membre de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé OPEPS). Le bon usage des médicaments psychotropes [En ligne]. Assemblée Nationale : Sénat; 2006 [Consulté le 6/6/2017]. Disponible sur internet : <http://www.senat.fr/rap/r05-422/r05-422.html>
35. Zarifian E (Membre du Ministère du Travail et des Affaires Sociales). Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France [En ligne]. 1996 [Consulté le 12/6/2017]. Disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/964063200/index.shtml>
36. 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. *Inf Psychiatr*. 2014.
37. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Dalen I, Straand J. Prescription peer academic detailing to reduce inappropriate prescribing for older patients: a cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2013 Aug;63(613):e554-562.
38. Barlet M, Marbot C (Membres de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques DREES). Portrait des professionnels de santé - édition 2016. Collection Panoramas de la DREES - Santé [En ligne]. 2006 [Consulté le 12/12/2018]. Disponible sur internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche15-3.pdf>
39. Autume C, Postel-Vinay D (Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales IGAS). Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales [En ligne]. 2006 [Consulté le 12/12/2018]. Disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000180/index.shtml>

40. Abidi L, Oenema A, Nilsen P, Anderson P, van de Mheen D. Strategies to Overcome Barriers to Implementation of Alcohol Screening and Brief Intervention in General Practice: a Delphi Study Among Healthcare Professionals and Addiction Prevention Experts. *Prev Sci.* 2016;17:689–99.
41. Amar E, Pereira C (Membres de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques DREES). Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants [En ligne]. Paris; 2005 [Consulté le 6/6/2017]. Disponible sur internet : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440.pdf>
42. Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ.* 2005 Mar 5;330(7490):511.
43. Siriwardena AN, Qureshi Z, Gibson S, Collier S, Latham M. GPs' attitudes to benzodiazepine and 'Z-drug' prescribing: a barrier to implementation of evidence and guidance on hypnotics. *Br J Gen Pract.* 2006 Dec 1;56(533):964–7.
44. Guérin C. Quels sont les déterminants de la prescription de benzodiazépines et molécules apparentées en médecine générale ? [Thèse de Doctorat d'Université, Biologie et Santé, Médecine]. Faculté de Médecine de Tours. 2014.
45. Cormack MA, Howells E. Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainees. *Fam Pract.* 1992 Dec;9(4):466–71.
46. Clerc P. Etude Polychrome - Rapport Final. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale INSERM [En ligne]. Octobre 2009. [Consulté le 6/6/2017]. Disponible sur internet : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/626/fichier_fichier_fichier_etude_polychrome_rapport_final_insermbf13853fd9e86.pdf
47. Hornik-Lurie T, Lerner Y, Zilber N, Feinson MC, Cwikel JG. Physicians' Influence on Primary Care Patients' Reluctance to Use Mental Health Treatment. *Psychiatr Serv.* 2014 Apr 1;65(4):541–5.
48. Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C, Benkert O, Kisely S, Simon G. The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *J Clin Psychopharmacol.* 1999 Apr;19(2):132–40.
49. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' Perspectives on Prescribing Benzodiazepines for Older Adults: A Qualitative Study. *J Gen Intern Med.* 2007 Mar;22(3):303–7.
50. Kan CC, Hilberink SR, Breteler MHM. Determination of the main risk factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach. *Compr Psychiatry.* 2004 Apr;45(2):88–94.
51. Lader M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol.* 2014 Feb;77(2):295–301.
52. Denis C, Fatséas M, Lavie E, Auriacombe M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jul 19;(3):CD005194.

53. Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC. Older Patient Perspectives on Long-Term Anxiolytic Benzodiazepine Use and Discontinuation: A Qualitative Study. *J Gen Intern Med.* 2007 Aug;22(8):1094–100.
54. Rat C, Penhouet G, Gaultier A, Chaslerie A, Pivette J, Nguyen JM, et al. Did the new French pay-for-performance system modify benzodiazepine prescribing practices? *BMC Health Serv Res.* 2014 Jul 11;14:301.
55. Tandjung R, Rosemann T, Badertscher N. Gaps in continuity of care at the interface between primary care and specialized care: general practitioners' experiences and expectations. *Int J Gen Med.* 2011 Nov 14;4:773–8.
56. Lasserre A, Younès N, Blanchon T, Cantegreil-Kallen I, Passerieux C, Thomas G, et al. Psychotropic drug use among older people in general practice: discrepancies between opinion and practice. *Br J Gen Pract.* 2010 Apr 1;60(573):e156–62.
57. Huas D, Rueff B. Le repérage précoce et l'intervention brève sur les consommateurs excessifs d'alcool en médecine générale ont-ils un intérêt ? *Exercer, la revue francophone de médecine générale* 2010;90:20-3.
58. Depinoy D, Demeaux JL. Dépistage des mésusages de l'alcool - Résumé utile des recommandations pour la pratique clinique élaborées sous l'égide de la SFA. *La Revue du Praticien Médecine Générale Tome 18 N ° 650/651.*
59. Heather N. WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care : report on phase IV : development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care. 2006.
60. Castéra P, Maurat F, Fleury B, Demeaux JL. Peut-on repérer « en routine » les mésusages d'alcool ? *Médecine.* Septembre 2007.
61. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives MILDECA. La documentation française. Septembre 2013.
62. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Saint Denis (France): HAS; Décembre 2014.
63. La situation et les perspectives des finances publiques [En ligne]. Cour des comptes. [Consulté le 28/08/2017]. Disponible sur internet : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-situation-et-les-perspectives-des-finances-publiques-0>
64. L'entretien motivationnel [En ligne]. Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel AFDEM. [Consulté le 6/6/2017]. Disponible sur internet : <https://www.afdem.org/entretienmotivationnel/>
65. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot AJHP.* 1997 Oct;12(1):38–48.

66. Haute Autorité de Santé. Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves. Saint Denis (France): HAS; Juin 2007.
67. Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Saint Denis (France): HAS; Décembre 2006.
68. Smith AJ, Tett SE. Improving the use of benzodiazepines-is it possible? A non-systematic review of interventions tried in the last 20 years. *BMC Health Serv Res.* 2010 Nov 30;10:321.
69. Bashir K, King M, Ashworth M. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *Br J Gen Pract.* 1994 Sep;44(386):408–12.
70. Cormack MA, Sweeney KG, Hughes-Jones H, Foot GA. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. *Br J Gen Pract.* 1994 Jan;44(378):5–8.
71. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2007;25(4):214–9.
72. Garber MC, Nau DP, Erickson SR, Aikens JE, Lawrence JB. The concordance of self-report with other measures of medication adherence: a summary of the literature. *Med Care.* 2004 Jul;42(7):649–52.
73. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ.* 2004 May 29;328(7451):1312–5.
74. Darker CD, Sweeney BP, Barry JM, Farrell MF, Donnelly-Swift E. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(5):CD009652.
75. Alexandre JM, Humeau M, Fatséas M, Auriacombe M. E-learning : méthode efficace pour la formation continue. *Courr Addict.* 2010;12:23–4.
76. Young MM, Stevens A, Galipeau J, Pirie T, Garritty C, Singh K, et al. Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: a systematic review. *Syst Rev.* 2014 May 24;3:50.
77. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med.* 2014 Jun;174(6):890–8.

ANNEXES

Annexe 1 :

QAA « Avant » :

N° d'anonymat :

Questionnaire « Avant »
Benzodiazépines (BZD)

Pas du Plutôt Plutôt Tout à
tout pas d'accord fait
d'accord d'accord d'accord

Mon ressenti sur mon contexte

- [1] Je dispose de correspondants spécialisés facilement accessibles pour les troubles du sommeil
- [2] Je dispose de correspondants spécialisés facilement accessibles pour les troubles anxieux

Mon ressenti sur mes connaissances

- [3] Je connais bien les indications et les durées maximales recommandées des BZD hypnotiques
- [4] Je connais bien les indications et les durées maximales recommandées des BZD anxiolytiques
- [5] Je me sens suffisamment formé et ce n'est pas un obstacle

Mon ressenti sur mes compétences

- [6] J'ai le sentiment de mettre en œuvre des actions pour limiter le mésusage de BZD
- [7] Je n'ai pas de difficulté à proposer aux patients de diminuer les BZD pour les troubles du sommeil
- [8] Je n'ai pas de difficulté à proposer aux patients de diminuer les BZD pour les troubles anxieux

Mon ressenti sur le rôle du patient

- [9] La demande de BZD par les patients est un obstacle important

- [10] Les patients qui prennent des BZD depuis des années sont disponibles à diminuer
- [11] Au moins un quart des patients arrivent à diminuer
- [12] Les limitations de prescription actuelles incitent les patients à arrêter/diminuer les BZD

Mon ressenti sur mes prescriptions et conseils

- [13] Prescrire et expliquer les règles hygiéno-diététiques pour améliorer le sommeil est facile
- [14] Prescrire et expliquer l'utilisation de l'agenda du sommeil est facile
- [15] Prescrire et expliquer comment se déroule une séance de relaxation est facile
- [16] J'ai le sentiment d'avoir des alternatives efficaces aux médicaments pour ces troubles
- [17] La ROSEP sur les BZD m'incite à diminuer les prescriptions

Avez-vous déjà suivi une formation sur la prescription des benzodiazépines OUI NON

Âge :

Sexe :

Nombre d'années d'installation :

Installation seul ou en groupe :

Urbain ou rural/semi-rural :

Mail :

Annexe 2 :

QAA « Après » :

N° d'anonymat :

Questionnaire « Après » Benzodiazépines (BZD)	Pas tout d'accord	du	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout fait d'accord	à
--	-------------------------	----	---------------------------	--------------------	--------------------------	---

Mon ressenti sur mon contexte

- [1] Je dispose de correspondants spécialisés facilement accessibles pour les troubles du sommeil
- [2] Je dispose de correspondants spécialisés facilement accessibles pour les troubles anxieux

Mon ressenti sur mes connaissances

- [3] Je connais bien les indications et les durées maximales recommandées des BZD hypnotiques
- [4] Je connais bien les indications et les durées maximales recommandées des BZD anxiolytiques
- [5] Je me sens suffisamment formé et ce n'est pas un obstacle

Mon ressenti sur mes compétences

- [6] J'ai le sentiment de mettre en œuvre des actions pour limiter le mésusage de BZD
- [7] Je n'ai pas de difficulté à proposer aux patients de diminuer les BZD pour les troubles du sommeil
- [8] Je n'ai pas de difficulté à proposer aux patients de diminuer les BZD pour les troubles anxieux

Mon ressenti sur le rôle du patient

- [9] La demande de BZD par les patients est un obstacle important
- [10] Les patients qui prennent des BZD depuis des années sont disponibles à diminuer
- [11] Au moins un quart des patients arrivent à diminuer
- [12] Les limitations de prescription actuelles incitent les patients à arrêter/diminuer les BZD

Mon ressenti sur mes prescriptions et conseils

- [13] Prescrire et expliquer les règles hygiéno-diététiques pour améliorer le sommeil est facile
- [14] Prescrire et expliquer l'utilisation de l'agenda du sommeil est facile
- [15] Prescrire et expliquer comment se déroule une séance de relaxation est facile
- [16] J'ai le sentiment d'avoir des alternatives efficaces aux médicaments pour ces troubles
- [17] La ROSEP sur les BZD m'incite à diminuer les prescriptions

Avez-vous déjà suivi une formation sur la prescription des benzodiazépines OUI NON

Questionnaire « Après » Benzodiazépines (BZD)

Pas du Plutôt Plutôt Tout à
tout pas d'accord fait
d'accord d'accord d'accord

Je n'ai pas visionné le tutoriel

(*expliquez pourquoi à la fin du questionnaire*)

Mon ressenti sur l'impact du tutoriel sur ma pratique

- [18] Le thème de ce tutoriel m'intéresse particulièrement
- [19] Ce tutoriel m'a fait prendre conscience de certaines limites dans ma prise en charge
- [20] J'ai commencé à modifier certaines de mes pratiques suite au tutoriel
- [21] Le tutoriel va m'aider à améliorer mes résultats dans le cadre de la ROSP

Mon ressenti sur le tutoriel

- [22] Les conditions matérielles du tutoriel me paraissent satisfaisantes (ergonomie, documents, vidéos,...)
- [23] Le contenu de ce tutoriel me semble adapté à la pratique de la médecine générale
- [24] Ce tutoriel doit être complété de formations pratiques en présentiel

Mes suggestions et commentaires libres :

Annexe 3 :

Déclaration CNIL :

CNIL

3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2096834 v 0

du 06 septembre 2017

Monsieur BOSSEBOEUF Guillaume
UNIVERSITE DE BORDEAUX II VICTOR SEGALEN
146 RUE LEO SAIGNAT
33000 BORDEAUX

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE DE BORDEAUX II VICTOR SEGALEN

Service : COLLEGE SCIENCES DE LA SANTE

Adresse : 146 RUE LEO SAIGNAT

Code postal : 33000

Ville : BORDEAUX

N° SIREN ou SIRET :

130018351 00077

Code NAF ou APE :

8542Z

Tél. : 05 57 57 46 20

Fax. :

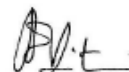
Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 06 septembre 2017

Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Serment d'Hippocrate :

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.

Titre :

RPIB « Benzos » : impact de la proposition de formation en ligne des médecins généralistes sur leurs prescriptions et leurs perceptions de la prise en charge du trouble de l'usage des benzodiazépines.

Résumé :

Les différentes études s'intéressant au problème du mésusage de benzodiazépines (BZD) mettent en évidence la difficulté pour appliquer les recommandations de bonne pratique en termes de prescriptions de BZD en médecine générale. Les conditions d'exercice des praticiens, l'organisation du système de santé, les représentations des patients et des médecins peuvent notamment l'expliquer.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'impact d'une proposition de tutoriel en ligne sur la prescription des benzodiazépines par les médecins généralistes (MG). Il s'agit d'une étude observationnelle comparant les prescriptions d'un groupe de 100 MG girondins visités par une Déléguée Santé Prévention pour leur présenter le tutoriel en ligne à celles d'un groupe de 1435 MG girondins non visités, appariés sur l'âge, le sexe, et le milieu d'installation. L'évolution des prescriptions de BZD (anxiolytiques et hypnotiques), en nombre global de boîtes remboursées par la CPAM, a été observée entre une période avant la visite (novembre 2016-avril 2017) et une période après (novembre 2017-avril 2018). Les données de remboursement étaient fournies par la CPAM. Le travail a aussi étudié l'évolution des opinions et pratiques déclarées des médecins généralistes après la proposition de formation au tutoriel en ligne ainsi que leur satisfaction sur le tutoriel.

Il ressort de nos résultats que les prescripteurs du groupe « intervention » prescrivaient moins de boîtes en moyenne (339) que le groupe de comparaison (406, soit +19,8 %) avant la mise à disposition du tutoriel. Il y a eu une augmentation du nombre de boîtes prescrites en moyenne par les prescripteurs du groupe « intervention » après celle-ci (382 b/p versus 339 b/p soit +12,7 %), restant moindre que dans le groupe non visité même si l'écart se réduit de façon nette, alors qu'on observe une stabilité des prescriptions dans le groupe de comparaison (407 b/p versus 406 b/p soit +0,2 %). Les résultats montrent un impact favorable mais modeste, non significatif, de la formation RPIB sur les perceptions des médecins généralistes. Les difficultés en lien avec le patient semblent rester le problème principal rencontré par les médecins généralistes, que ce soit en termes de demande de la part du patient ou de refus de diminuer une consommation déjà existante. L'apport le plus important du tutoriel dans les alternatives à la prescription se révèle être le rappel des règles hygiéno-diététiques.

Le RPIB offre un mécanisme simplifié de dépistage systématique, par une intervention à court terme. Il permet d'informer sur l'existence d'alternatives validées pour les troubles de l'usage pouvant être mises en œuvre en soins primaires, et sur les ressources pour obtenir des soins spécialisés si besoin.

Mots-clés :

RPIB, benzodiazépines, médecine générale.

Title:

RPIB "Benzos": impact of the e-learning of general practitioners on their prescriptions and their perceptions of benzodiazepines misuse.

Abstract:

The different studies dealing with the problem of benzodiazepines (BZD) misuse highlight the difficulty of applying guidelines in terms of BZD prescriptions in general practice. Physicians' conditions of practice, the health system organization, as well as patients and doctors' representations can explain it. The objective of our study is to evaluate the impact of an online tutorial proposal on the prescription of benzodiazepines by general practitioners. Two groups have been compared in this observational study: a 100-physician group from Gironde who have been introduced to the online tutorial by a delegate and a second group of 1435 physicians who have not. They were matched on the age, sex and installation medium. The evolution of the prescriptions of BZD (anxiolytics and hypnotics), in total number of boxes given by the CPAM, was observed between a period before the visit (November 2016-April 2017) and a period after (November 2017-April 2018). The CPAM provided the data. GP's changes in opinions and practices after the online tutorial training offer were analysed, as well as if they were satisfied by the tutorial.

Our results show that prescribers in the "intervention" group prescribed fewer boxes (339) than the comparison group (406, i.e. +19.8 %) before the tutorial was made available. There was an increase in the average number of boxes prescribed by the prescribers of the "intervention" group after this one (382 b/p versus 339 b/p i.e. +12.7 %), remaining lower than in the non-introduced group, while we can notice a stability of prescriptions in the comparison group (407 b/p versus 406 b/p i.e. +0.2 %). The results show a positive but modest, non-significant impact of the SBIRT training on the perceptions of GPs. Difficulties related to the patient seem to remain the main problem encountered by general practitioners, whether in terms of patient demand or refusal to reduce existing consumption. Reminding hygienic-dietary rules proves to be the most important contribution of the tutorial as alternatives to prescriptions.

SBIRT offers a simplified mechanism for routine screening, with short-term intervention. It provides information on the existence of validated alternatives for use disorders that can be implemented in primary care, and resources to obtain specialized care if needed.

Keywords:

SBIRT, benzodiazepines, general medicine.

Université de Bordeaux, U.F.R. des Sciences Médicales, 146 rue Léo Saignat, 33000 Bordeaux, France

