



HAL
open science

Freins et leviers perçus par les personnes âgées dans le sevrage du traitement par Benzodiazépines au long cours par une étude qualitative

Irina Bouyne

► To cite this version:

Irina Bouyne. Freins et leviers perçus par les personnes âgées dans le sevrage du traitement par Benzodiazépines au long cours par une étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03097253

HAL Id: dumas-03097253

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03097253>

Submitted on 5 Jan 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Irina BOUYNE

Le 15 octobre 2020

TITRE :

**FREINS ET LEVIERS PERCUS PAR LES PERSONNES AGEES DANS LE
SEVRAGE DU TRAITEMENT PAR BENZODIAZEPINES AU LONG COURS
PAR UNE ETUDE QUALITATIVE**

Directeur de thèse : Docteur Stéphanie MIOT

JURY

Président du jury : Professeur Philippe LAMBERT

Membres du jury : Professeur Jorge LOPEZ CASTROMAN

Docteur Agnès OUDE ENGBERINK

Docteur Stéphanie MIOT

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Irina BOUYNE

Le 15 octobre 2020

TITRE :

**FREINS ET LEVIERS PERCUS PAR LES PERSONNES AGEES DANS LE
SEVRAGE DU TRAITEMENT PAR BENZODIAZEPINES AU LONG COURS
PAR UNE ETUDE QUALITATIVE**

Directeur de thèse : Docteur Stéphanie MIOT

JURY

Président du jury : Professeur Philippe LAMBERT

Membres du jury : Professeur Jorge LOPEZ CASTROMAN

Docteur Agnès OUDE ENGBERINK

Docteur Stéphanie MIOT

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Héléne
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian

Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

JEANDEL Claude

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement,
médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier

Médecine intensive-réanimation

JORGENSEN Christian

Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier

Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre

Neurologie

LARREY Dominique

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

LUMBROSO Serge

Biochimie et Biologie moléculaire

MARTY-ANE Charles

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques

Physiologie

MESSNER Patrick

Cardiologie

MONDAIN Michel

Oto-rhino-laryngologie

MORIN Denis

Pédiatrie

PAGEAUX Georges-Philippe

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PUJOL Pascal

Biologie cellulaire

QUERE Isabelle

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine
vasculaire)

RENARD Eric

Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie
médicale

REYNES Jacques

Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIPART Jacques

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

ROUANET Philippe

Cancérologie ; radiothérapie

SOTTO Albert

Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TAOUREL Patrice

Radiologie et imagerie médicale

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophthalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal

Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence

Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin

Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC DONNETTE Moglie

Néphrologie

LETOUZEY Vincent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas

Neurochirurgie

LOPEZ CASTROMAN Jorge

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric

Rhumatologie

MAURY Philippe

Chirurgie orthopédique et traumatologique

MILLET Ingrid

Radiologie et imagerie médicale

MORANNE Olivier

Néphrologie

MURA Thibault

Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NAGOT Nicolas

Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

PANARO Fabrizio

Chirurgie viscérale et digestive

PARIS Françoise

Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PASQUIE Jean-Luc

Cardiologie

PELLESTOR Franck

Histologie, embryologie et cytogénétique

PEREZ MARTIN Antonia

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

POUDEROUX Philippe

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie

Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François

Pédiatrie

ROGER Pascal

Anatomie et cytologie pathologiques

ROSSI Jean François

Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François

Cardiologie

SEBBANE Mustapha

Médecine d'urgence

SIRVENT Nicolas

Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme

Biologie cellulaire



STOEBNER Pierre

Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane

Nutrition

THOUVENOT Éric

Neurologie

THURET Rodolphe

Urologie

VENAIL Frédéric

Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max

Ophtalmologie

VINCENT Denis

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement,
médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry

Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne

Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
GOUZI Farès	Physiologie



HERRERO Astrid

Chirurgie viscérale et digestive

JEZIORSKI Éric

Pédiatrie

KUSTER Nils

Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain

Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie

Thérapeutique; addictologie

ROUBILLE Camille

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;
addictologie

SZABLEWSKY

Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe



Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements

Aux membres du jury :

Au Professeur LAMBERT, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez trouver, cher Professeur, l'expression de mes sincères remerciements et de mon plus grand respect.

Au Professeur LOPEZ CASTROMAN, vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury de thèse, merci pour votre intérêt, votre disponibilité et votre attention à juger ce travail.

Au Dr OUDE ENGBERINK, je vous exprime toute ma gratitude pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci d'avoir bien voulu donner de votre temps et vos impressions sur ce travail, vos conseils avisés m'ont été précieux.

A Stéphanie, un grand merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour ta patience et d'avoir su me guider et me soutenir dans ce projet. Encore merci pour tes remarques et tes relectures. Travailler à tes côtés a été pour moi un grand plaisir.

A tous ceux qui ont participé à ce travail :

A tous les patients qui ont accepté de participer à mon étude, merci pour le café pour ceux qui m'ont accueillie chaleureusement chez eux.

A mes collègues depuis deux ans déjà, Céline, Virginie, Guillaume, Raphael et Patrice vous m'avez soutenue et aidée dans ce travail. Merci de m'avoir prêté votre cabinet et vos patients pour le bon déroulement de mon étude. Une pensée spéciale à Julie, merci pour ta présence et ta bonne humeur qui a toujours su égayer mes journées de travail. J'espère poursuivre l'aventure avec vous encore longtemps.

A tous ceux qui m'ont accompagnée durant ce long apprentissage :

A tous les médecins qui m'ont connue et formée tout au long de mes études. Chaque stage et chaque garde étaient instructifs et inoubliables. Tout particulièrement les médecins généralistes, Dr Vedrenne et Dr Guido, qui m'ont fait découvrir, dans la bienveillance et la bonne humeur, le métier que je vais m'appliquer à poursuivre désormais.

A tous ceux que j'ai côtoyé durant mon externat, tout particulièrement Anne, Camille, Marion... et j'en passe malheureusement, j'en suis désolée. Merci pour toutes ces aventures, les années fac, les soirées, les week-ends, les vacances mais aussi des moments parfois difficiles. Merci pour tous ces instants inoubliables à l'AMEUSO et ailleurs.

A tous les internes que j'ai pu côtoyer durant mes études. A Bagnols sur Cèze, Nîmes, Perpignan, Nouméa et Montpellier. Grace à vous, les 3 ans n'étaient que plaisir et rigolade !

A Manu, ma première co-interne, les mois passés en pédiatrie sont passés « crème », le début de l'internat paraissait (presque) trop facile avec toi !

A l'équipe de choc de Bagnols sur Cèze. Mes inoubliables « Boules » !

A Popoboule et Camille, ça fait toujours plaisir de venir squatter chez vous (surtout depuis le nouveau canapé ;) ! Profitez bien de votre dispo !

A Anaboule et Arnaud, on a hâte de venir enfin manger une salade de tomates de votre jardin... « Ce qui est à la terre, revient à la terre ! » Et bienvenue à la toute belle et toute fraîche Eleanor ! On l'aime déjà trop !

A Péniels, Stéfoufoune et Laurène, je n'ai pas le souvenir de la dernière fois qu'on ait eu une conversation sérieuse ensemble, ça dégénère toujours en délires plus fous les uns des autres ! Niels, Stéphane : A qui le tour ?! :D

A Anthoboule, on a partagé tellement de choses ! Une colloc' géniale, une colloc' bizarre... avec des knackis/ravioles/mayo, des big fat tacos, un frigo plein de Tourtel Twist, un canapé rouge douteux ... puis un billard et des voisins qui nous détestaient... mais surtout aucun regret !

Je vous aime ! Merci d'être toujours là pour moi depuis déjà 6 ans, merci pour toutes les péripéties qu'on a vécu ensemble dont la liste est bien trop longue pour toutes les citer. Des souvenirs à en revendre et ce n'est que le début !

A Camille, pour ces bons moments passés ensemble ! Après notre internat à Doudou, on s'est retrouvées finalement à Lyon pour créer une formidable amitié. Plein de bonheur à Clément et à toi, bien triste de votre départ en Picardie. Mais « loin des yeux, proches du cœur », c'est promis!

A tous les amis rencontrés en Calédo ! Expérience unique que je n'oublierai jamais. Merci pour ces escapades dans le pays des Kanaks et les lagons paradisiaques. Tout particulièrement :

A Coline et Damien, vous m'avez bien guidée dans ma dernière ligne droite ! Et travailler au bord de votre piscine était un régal ;) ! Gros bisous à Bibou, qui ne va pas tarder à pointer le bout de son nez !

A Alice et Guillaume, mes bretons préférés ! C'est toujours trop chouette de venir manger des huitres à Cancale, et parfois il fait même beau ...

A Lisa et Luc avec le petit Tybalt que j'ai hâte de rencontrer ! A Justine et Jean-Seb avec la petite Rose et ses beaux yeux bleus ! A Audrey ma surfeuse préférée ! A Ingrid et Ben, les vadrouilleurs avec le petit Raphael !

Tata Bisous la kanaky ! Sans oublier une pensée spéciale à mon cher ami le Dugong.

A l'équipe MISAG : Coco, Adel, Valoche, Antho, Boran, Camille, sans oublier l'équipe infirmière et nos chefs. Mon internat ne pouvait pas mieux se terminer ! Entre nos petit-déj du jeudi, les pauses café interminables, les soirées à rédiger les CRH avec la musique électro/bizarre de Valoche, je crois que je n'ai jamais autant rit durant un stage !

Et encore merci Stéphanie d'être restée à mon côté pour ce travail !

A tous les médecins que j'ai remplacés et avec qui j'ai travaillé, qui m'ont toujours accueillie avec bienveillance et toujours de bons conseils !

A tous ceux qui ne sont pas en médecine, qui ont su me comprendre et me supporter durant ces longues années.

A mes amies de longues date, Céline et Maria, à chaque retrouvaille on rit comme au premier jour et votre bonne humeur fait toujours chaud au cœur. Bisous à vos familles, ils grandissent bien vite les loustiques !

A Cindy, pour les quatre cents coups qu'on a faits, tous ces bons moments qu'on a passé ensemble. Des bisous et plein de bonnes choses à ta petite famille en herbe.

A Laure, tabernacle ! La vie est bien platte depuis que tu t'es exilée à Montréal, j'espère que les caribous te tiennent bien chaud dans ce frette pays. Bon trip à toi et reviens nous vite !

A Cédric, père de substitution, merci pour les voyages et les soirées délirantes. On continue dans la même lancée !

A tous les amis lyonnais, les non lyonnais, les jurassiens... que j'ai croisés, côtoyés et avec qui je me suis liée d'amitié, que je ne cite pas malheureusement, mais qui sont chers à mon cœur !

A ma famille :

A mes parents, merci pour votre amour et soutien sans faille. Pour tous les sacrifices que vous avez fait pour nous. Merci pour les valeurs et l'éducation qui me permettent d'avancer dans la vie et m'ont permis d'être qui je suis aujourd'hui. Maman, Papa, je vous aime.

A ma sœur Nadia, grâce à toi je suis devenue combative et j'ai su affronter la vie comme il se doit ! Je ne le dirai pas souvent, mais j'ai de la chance de t'avoir comme sœur et amie pour la vie ! Grosse pensée à Nicolas qui partage ta vie, bravo ! En connaissance de cause, ce n'est pas une épreuve facile ;)

A mes grands-mères qui ont toujours cru en moi, qui m'ont poussée et m'ont soutenue. Même à distance votre amour et votre bienveillance m'ont aidée à m'accomplir dans la vie. Je vous aime et vous embrasse.

A mes cousines, mes tantes et oncles, pour votre soutien, c'est toujours un grand plaisir de vous retrouver à l'autre bout de l'Europe !

A ma belle-famille, Anne et Pascal, Loic, merci de m'avoir accueillie aussi chaleureusement dans votre famille. Vous avez su me trouver une place malgré votre grand nombre et d'avoir fait de moi un membre de la famille à part entière. C'est toujours un plaisir de retrouver tout le monde ! Bisous à vous tous !

Et enfin,

A mon Lolo, pour ton amour infailible, pour ta joie de vivre de chaque instant, merci de m'avoir soutenue et supportée durant tout ce périple. Entre tous les voyages à travers le monde et la vie qu'on s'apprête à construire à Lyon, merci de poursuivre la folle aventure avec moi ! Ce n'est que le début ! Je t'aime.

Liste des Abréviations

BZD Benzodiazépines

TNC Troubles Neuro-Cognitifs

GABA Acide gamma-aminobutyrique

ISRS Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

HAS Haute Autorité de Santé

IMV Intoxication Médicamenteuse Volontaire

TCC Thérapie Cognitivo-Comportementale

EM Entretien Motivationnel

COREQ Consolidated criteria for reporting qualitative research

ANSM Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Table des matières

Introduction	21
1. Intérêt de l'étude	21
2. Benzodiazépines.....	22
2.1. Définition.....	22
2.2. Le mécanisme d'action :	23
2.3. Pharmacodynamique.....	24
2.4. Pharmacocinétique.....	25
2.5. Les indications	25
2.6. Les contre-indications.....	26
2.7. Modalités de prescription	26
2.8. Effets indésirables.....	29
3. Pharmacologie chez la personne âgée	31
4. Epidémiologie	32
5. Modalités d'arrêt des BZD chez les personnes âgées	33
Matériels et Méthodes.....	36
1. Recherche bibliographique.....	36
2. Le choix de la Méthode	36
3. Population étudiée.....	37
3.2. Critère d'inclusion.....	37
3.3. Critères d'exclusion	37
3.4. Recrutement.....	37
4. Recueil de données	37
5. Analyse des données.....	39
Résultats	40
1. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens	40
2. Analyse transversale.....	41
2.1. Parcours du patient, primo prescription du traitement	41
2.2. Face au sevrage des Benzodiazépines	43
2.3. Perception des risques liés au traitement, état des lieux des connaissances.....	56
Discussion	61
1. Méthodologie.....	61
1.1. Forces.....	61
1.2. Limites.....	62
2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature.....	63
2.1. Population	63

2.2. Les résultats.....	64
Conclusion	68
Bibliographie.....	70
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	73
Annexe 2 : Calendrier de suivi de l'arrêt des benzodiazépines.....	75
Annexe 3 : Agenda sommeil-éveil.....	77
Annexe 4 : Grille COREQ.....	78
Annexe 5 : Les entretiens semi-dirigés.....	81

Introduction

1. Intérêt de l'étude

Il est évident que la consommation de Benzodiazépines (BDZ) relève d'un problème de santé publique mondial.

Malgré la sensibilisation des professionnels de santé, la France est le deuxième pays d'Europe, après l'Espagne, à avoir la plus forte consommation de benzodiazépines et dont la prévalence augmente avec l'âge des patients (1)

Les benzodiazépines sont indiquées majoritairement dans l'anxiété, les troubles du sommeil et les troubles du comportement liés aux troubles neurocognitifs majeurs.

Du fait de sa place centrale dans le suivi des patients, le médecin généraliste joue un rôle primordial dans le dépistage, la prise en charge et le suivi des troubles du sommeil et l'anxiété, qui représentent de fréquents motifs de consultation.

On constate que les BZD sont initiés dans la majorité des cas par le médecin généraliste (1).

De nombreux effets délétères sont connus chez les personnes âgées de plus de 65ans (troubles de la vigilance, somnolence, risque accru de chutes, risque accru de fracture, dépendance...) (2). De plus, la prescription de BZD est fortement corrélée à la présence de troubles neurocognitifs (TNC) majeurs, sans que l'on parvienne à établir si le TNC est une cause ou une conséquence de la prescription de BZD (3,4).

Depuis plusieurs années, de nombreux moyens sont mis à disposition par les autorités sanitaires pour limiter la prescription initiale, améliorer le bon usage et faciliter l'arrêt des BZD en ambulatoire chez les personnes âgées.

Malgré cela les BZD continuent à être prescrits de façon importante et durable chez cette tranche de population, et leur arrêt est souvent difficile.

Peu d'études explore la relation qu'entretiennent les personnes âgées avec leur traitement et leur place dans l'arrêt de celui-ci. (5,6)

Le but de cette étude est de **mettre en évidence des freins et des leviers perçus par les personnes âgées dans le sevrage de leur traitement par Benzodiazépines**, afin de faire émerger de nouvelles pistes dans l'approche du patient dans cette démarche.

Secondairement, on fera l'état des lieux des connaissances sur les effets indésirables de leur traitement.

2. Benzodiazépines

2.1. Définition

Les Benzodiazépines ont été découvertes dans les années 50, avec une première mise sur le marché en 1960 du chlordiazépoxyde (Librium®).

Elles font partie d'une famille de médicaments aux effets tranquillisants, sédatifs et anticonvulsivants. Ils favorisent la relaxation musculaire et l'endormissement. Pris à forte dose ou pendant une durée trop longue, ils entraînent une dépendance. Leur arrêt brutal expose à un syndrome de sevrage. Habituellement elles sont classées selon leur demi-vie, caractéristique principale dans le choix du traitement lors de sa prescription (1).

Tableau 1 : Benzodiazépines et apparentées actuellement commercialisées en France

Substance active	Nom des spécialités commercialisées	Année de première AMM	Classe	Demi-vie (h)
Anxiolytiques				
Alprazolam	Xanax et génériques	1982	Anxiolytique	6-18
Bromazépam	Lexomil et génériques	1974	Anxiolytique	8-20
Clobazam	Urbanyl	1974	Anxiolytique	10-31
	Likozam	2016		
Clorazépate potassique	Tranxene	1974	Anxiolytique	2
Clotiazépam	Veratran	1982	Anxiolytique	4
Diazépam	Valium et génériques	1973	Anxiolytique	15-60
Ethyl loflazépate	Victan	1980	Anxiolytique	73-119
Lorazépam	Temesta et génériques	1977	Anxiolytique	9-20
Nitrazépam	Nordaz	1984	Anxiolytique	17-48
Oxazépam	Seresta et génériques	1968	Anxiolytique	4-11
Prazépam	Lysanxia et génériques	1975	Anxiolytique	1,3
Hypnotiques				
Estazolam	Nuctalon	1977	Hypnotique	10-31
Loprazolam	Havlane	1981	Hypnotique	3,3-14,8
Lormétazépam	Noctamide et génériques	1987	Hypnotique	10
Midazolam	Génériques	1986	Hypnotique	1-4
Nitrazépam	Mogadon	1965	Hypnotique	17-48
Apparentés aux benzodiazépines				
Zolpidem	Stilnox et génériques	1987	Hypnotique	0,7-3
Zopiclone	Imovane et génériques	1984	Hypnotique	5
Anticonvulsivant				
Clonazépam	Rivotril	1973	Antiépileptique	19-60
Midazolam	Buccolam	2011	Antiépileptique	1-4

2.2. Le mécanisme d'action :

Les BZD ont pour propriété de se fixer spécifiquement sur des récepteurs cérébraux, dont l'existence a été démontrée en 1977.

L'acide gamma-aminobutyrique (GABA) est le neurotransmetteur inhibiteur principal du système nerveux central et joue un rôle important dans la réduction de l'activité neuronale amygdalienne et au sein du circuit cortico-striato-thalamo-cortical, impliqués dans les processus anxieux. Les BZD sont les anxiolytiques les plus utilisés et les mieux connus. Elles augmentent l'action du GABA au sein de l'amygdale et du cortex préfrontal, réduisant ainsi l'anxiété.

Il existe trois sous-types de récepteurs au GABA : le récepteur GABA_A, GABA_B et GABA_C. Les BZD se fixent sur le récepteur GABA_A. Ce dernier est composé de 5 sous-unités qui assemblées forment un récepteur GABA_A intact possédant en son centre un canal chlore. En se fixant sur le récepteur GABA_A, les BZD vont engendrer une modification conformationnelle du récepteur post-synaptique, entraînant une ouverture du canal chlore. Le chlore pénètre alors dans le neurone et le dépolarise, le rendant plus résistant à l'excitation.

Il existe de très nombreux isoformes de ces sous-unités du récepteur GABA_A (α_{1-6} , β_{1-3} , γ_{1-3} , δ , ϵ , π , θ et ρ_{1-3}). Selon les 5 sous-unités présentes, le rôle du récepteur GABA_A va varier. Les BZD ciblent uniquement les récepteurs GABA_A possédant 2 sous-unités α_{1-3} , deux sous unités β_{1-3} , et une sous unité γ_{2-3} . Les BDZ se fixent plus précisément sur les sous-unités α et β . L'agonisme exercé par les BZD sur les sous-unités α_{2-3} provoque un effet anxiolytique, myorelaxant et potentialisateur des effets de l'alcool, tandis que l'effet sur la sous-unité α_1 est sédatif, hypnotique, amnésiant et anticonvulsivant. (7)

Une consommation régulière et prolongée des BZD modifie l'expression génique de ces récepteurs GABA_A, provoquant une baisse de la synthèse des récepteurs spécifiques expliquant le phénomène de tolérance avec diminution de l'efficacité et entraînant souvent une augmentation de la posologie, dite tachyphylaxie.

Les interactions médicamenteuses pour la plupart des BZD sont liées aux réactions d'oxydation médiées par l'isoenzyme P-450 CYP3A4. De ce fait, les inhibiteurs du métabolisme médié par le cytochrome P-450 CYP3A4, favorisent l'accumulation de ces BZD (ex : ketoconazole, erythromycine, corticostéroïdes, certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et le jus de pamplemousse) (8)

2.3. Pharmacodynamique

Les BZD sont des molécules qui agissent sur le système nerveux central et possèdent les propriétés suivantes :

- Anxiolytique
- Sédatif
- Hypnotique

- Myorelaxante
- Anticonvulsivante
- Amnésiante

2.4. Pharmacocinétique

La demi-vie ($T_{1/2}$) d'élimination représente le temps que met une substance médicamenteuse à diminuer de moitié sa concentration plasmatique. Elle permet de calculer le temps durant lequel le médicament va persister dans l'organisme, correspondant à une période de l'ordre de 5 demi-vies.

- demi-vie courte < 10 h : midazolam, clotiazépam
- demi-vie intermédiaire 10-24 h : alprazolam, bromazépam, clobazam, estazolam, loprazolam, lorazépam, lormétazépam, nitrazépam, oxazépam
- demi-vie longue > 24 h : clonazépam, diazépam, éthyl loflazépate

Les benzodiazépines sont des molécules liposolubles avec métabolisme hépatique et élimination urinaire. (8)

Ces propriétés pharmacocinétiques sont susceptibles d'être modifiées chez les personnes âgées, chez l'insuffisant rénal et hépatique avec un allongement de la demi-vie.

2.5. Les indications

Même si les benzodiazépines partagent la même activité pharmacodynamique, elles ne possèdent pas toutes les mêmes indications. Elles sont pour la plupart indiquée pour le traitement symptomatique des manifestations anxieuses et/ou invalidantes. Dans d'autres cas elles peuvent être utilisées dans la prévention et le traitement du *delirium tremens* et autres manifestations du sevrage alcoolique.

Le clonazépam et le midazolam sont classés parmi les antiépileptiques.

Cinq benzodiazépines et deux apparentées sont classées comme hypnotiques et sédatifs. La plupart de ces benzodiazépines ont des indications limitées aux troubles sévères du sommeil dans les cas d'insomnie occasionnelle ou d'insomnie transitoire.

2.6. Les contre-indications

Les principales contre-indications sont :

- Myasthénie
- Insuffisance respiratoire et syndrome d'apnée du sommeil
- Insuffisance hépatique sévère, aiguë ou chronique (risque de survenue d'une encéphalopathie hépatique)
- Allergie au produit ou à un des excipients
- Grossesse avec un risque tératogène au premier trimestre et risque de détresse respiratoire du nouveau-né en fin de grossesse
- Allaitement avec un risque de somnolence, d'effet paradoxaux et de détresse respiratoires chez le nourrisson.
- Personne ayant un problème de dépendance

2.7. Modalités de prescription

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques définissent les durées maximales de prescription. On retient que les BZD à visée anxiolytique peuvent être prescrites de 4 à 12 semaines, à visée hypnotique de 2 à 4 semaines et la prescription n'est pas renouvelable. (9,10)

A visée anxiolytique, les BZD ne doivent être prescrites qu'en cas de retentissement important des manifestations anxieuses sur le fonctionnement quotidien et la qualité de vie, selon les règles de l'HAS suivantes (11) :

1. Evaluer la situation du patient :
 - Rechercher et prendre en charge spécifiquement une dépression ou un autre trouble psychiatrique à l'origine des manifestations anxieuses,

- Rechercher une origine somatique (hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, hypoglycémie...) ou toxique (caféine, stimulants, alcool, drogues...) des symptômes anxieux,
 - Confirmer la nécessité du traitement par benzodiazépine anxiolytique.
2. Limiter la prescription à 12 semaines. Dans l'anxiété et l'insomnie, les benzodiazépines ont montré leur efficacité sur des durées brèves de traitement. Elles perdent leur intérêt thérapeutique en cas de traitement prolongé qui, dans la plupart des cas, devient injustifié alors qu'en parallèle les effets indésirables persistent.
 3. Débuter par les doses les plus faibles adaptées à la situation clinique.
 4. Ne pas associer plusieurs benzodiazépines anxiolytiques ou hypnotiques.
 5. Dès l'instauration d'un traitement par benzodiazépine, expliquer au patient :
 - La durée brève du traitement,
 - Ses modalités d'arrêt,
 - Les risques associés : sédation, dépendance, interaction avec l'alcool, risque de la conduite automobile
 6. En complément du traitement par benzodiazépine :
 - Expliquer et vérifier le respect des règles hygiéno-diététiques,
 - Proposer une prise en charge psychologique adaptée.
 7. Ne pas reconduire une prescription sans réévaluation régulière de sa nécessité.
 8. Arrêter progressivement le traitement

A visée hypnotique, l'HAS a définie des règles du bon usage (12) :

Dans un premier temps et dans les cas d'insomnie, il faut s'assurer que les règles d'hygiène du sommeil sont réunies, car elles peuvent être suffisante pour restaurer le sommeil :

- Dormir selon les besoins, mais pas plus ; éviter les siestes trop longues (> 1 h) ou trop tardives (après 16 h).

- Adopter un horaire régulier de lever et de coucher. Pour les personnes âgées, retarder le coucher.
- Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher.
- Éviter la caféine, l'alcool et la nicotine.
- Pratiquer un exercice physique dans la journée, mais en général pas après 17 h.
- Éviter les repas trop copieux, trop gras le soir.

Toutes fois si cela est insuffisant, la prescription d'un hypnotique ne doit s'inscrire que dans une stratégie à court terme.

La plus faible dose efficace, individuelle, doit être recherchée et prescrite pour une période limitée, de quelques jours à 4 semaines maximum incluant la période de diminution de la dose. Le cumul de plusieurs médicaments à effet sédatif est à proscrire : il n'apporte pas d'effet supplémentaire mais potentialise les effets indésirables parfois graves.

Le choix d'un hypnotique est fonction :

- Du profil d'insomnie du patient (insomnie d'endormissement, difficulté de maintien du sommeil ou réveil matinal prématuré) ;
- Du délai et de la durée d'action du produit ;
- Du risque d'interactions médicamenteuses, notamment avec d'autres psychotropes (éviter si possible de cumuler plusieurs médicaments psychotropes) ;
- De l'état physiologique du patient (âge, état rénal et hépatique) ;
- Du type d'activités susceptibles d'être pratiquées par le patient au décours de la prise.

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

Le changement d'un médicament pour un autre n'est justifié que si le patient a des effets indésirables en rapport direct avec le produit utilisé.

Quel que soit le choix thérapeutique, une seconde consultation au moins est recommandée à l'issue de la durée de prescription, en vue d'une réévaluation de la situation, ne serait-ce qu'en raison d'un risque de chronicisation du trouble.

Si la situation semble devoir durer plusieurs semaines, voire plus longtemps, il est recommandé de proposer un traitement non pharmacologique, notamment une prise en charge psychologique de type cognitivo-comportementale.

2.8. Effets indésirables

Les principaux effets indésirables sont liés à l'action des BZD sur le système nerveux central avec des effets neuropsychiatriques.

- Amnésie antérograde, dose et molécule dépendantes, survenant surtout au début du traitement.
- Effets paradoxaux, fréquemment recherchés en cas de toxicomanie avec une hyperactivité, insomnie.
- Troubles du comportement avec modifications de la conscience (irritabilité, agressivité, agitation).
- Sensations ébrieuses, ataxie et céphalées.
- Somnolence, baisse de la vigilance, confusion, voire coma lors de situations à risque (IMV, co prescription, sujet âgé).
- Dépendance physique et psychique avec syndrome de sevrage ou de rebond à l'arrêt brutal du traitement.

La dépendance est définie selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV) comme un mode d'utilisation inadapté réunissant au moins trois des critères suivant dans les douze derniers mois :

1. Tolérance : amenant à une augmentation des doses pour retrouver un effet similaire, soit dans le cadre d'une consommation de quantités notablement plus fortes pour obtenir l'effet désiré, soit dans le cadre d'un effet notablement diminué pour une consommation continue de la même quantité

2. syndrome de sevrage ou prise de produit pour éviter le syndrome de sevrage
3. Consommation d'une quantité plus importante ou sur une durée plus prolongée que prévue, incapacité à gérer la consommation
4. efforts infructueux pour contrôler la consommation
5. temps consacré à la recherche du produit de plus en plus important
6. abandon ou réduction des activités sociales, culturelles de loisir
7. consommation malgré les conséquences néfastes

Avec la dépendance physique : réunissant la présence d'une tolérance et d'un sevrage.

Sans la dépendance physique : absence d'une tolérance ou d'un sevrage

Des facteurs prédictifs de sévérité du syndrome de sevrage ont été identifiés (13) : ils sont soit en lien avec le produit consommé (posologie, la demi-vie, durée du traitement et la rapidité de sevrage) soit en lien avec le terrain du patient. Des études ont également mis en évidence que la dépression et l'anxiété augmentaient le risque d'échec d'un sevrage en BZD (14, 15).

- Hypotonie musculaire, asthénie, malaise, chute et diplopie.
- Risque de chute et de fracture

La consommation de BZD par les personnes âgées augmente le risque de chute (16) et ce risque semble d'autant plus important que les personnes sont âgées et si elles consomment plus de 2 BZD (17).

Plusieurs études tendent à montrer une augmentation de risque de fracture chez les personnes âgées consommant des BZD (18) mais cette relation n'est pas clairement établie (19).

- Le risque d'altération des fonctions cognitives

La prescription de BZD est fortement corrélée à la présence de TNC majeurs, sans que l'on parvienne à établir si le TNC est une cause ou une conséquence de la prescription de BZD (3,4)

3. Pharmacologie chez la personne âgée

La demi-vie reste une représentation imparfaite de la réelle durée d'action de la BZD, molécule lipophile. Car cette dernière va varier également avec d'autres facteurs. Comme par exemple chez la personne âgée avec une diminution de la résorption gastrique, modification du métabolisme hépatique et de l'excrétion urinaires, ou encore l'augmentation de la masse grasse. Cela peut provoquer une augmentation de la durée de vie et augmenter le risque de développer des effets indésirables dus à l'accumulation du médicament.

La pharmacodynamique et la pharmacocinétique sont modifiée chez la personne âgée ce qui accroît la iatrogénie dans cette tranche de population.

De plus, du fait de la polyopathie, les personnes âgées sont sujets à une polymédication et leur traitement devrait être réévaluer régulièrement, les traitements superflus doivent être arrêtés dès que possible. Une étude française à Limoges en 2007 montrait que 66% des patients rentrant en cours séjour gériatrique prenaient des médicaments inappropriés, dont 23% des BZD à demi-vie longue (>20h) (20). Certains médicaments peuvent potentialiser l'effet de la benzodiazépine en modifiant leur pharmacocinétique. Les risques concernent tout particulièrement les molécules inhibant le métabolisme médié par le cytochrome P-450 CYP3A4, comme les antibiotiques kétoconazole et érythromycine, les corticostéroïdes, certains antidépresseurs de la classe des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS) et le jus de pamplemousse.

De nombreux effets délétères sont connue chez les personnes âgées, tels que les troubles psychomoteurs et du comportement, accidents de la route, perte d'autonomie, et également une augmentation du risque de chute traumatique et du risque de fracture de hanche sous un traitement par BZD à demi-vie longue au long cours (21,22).

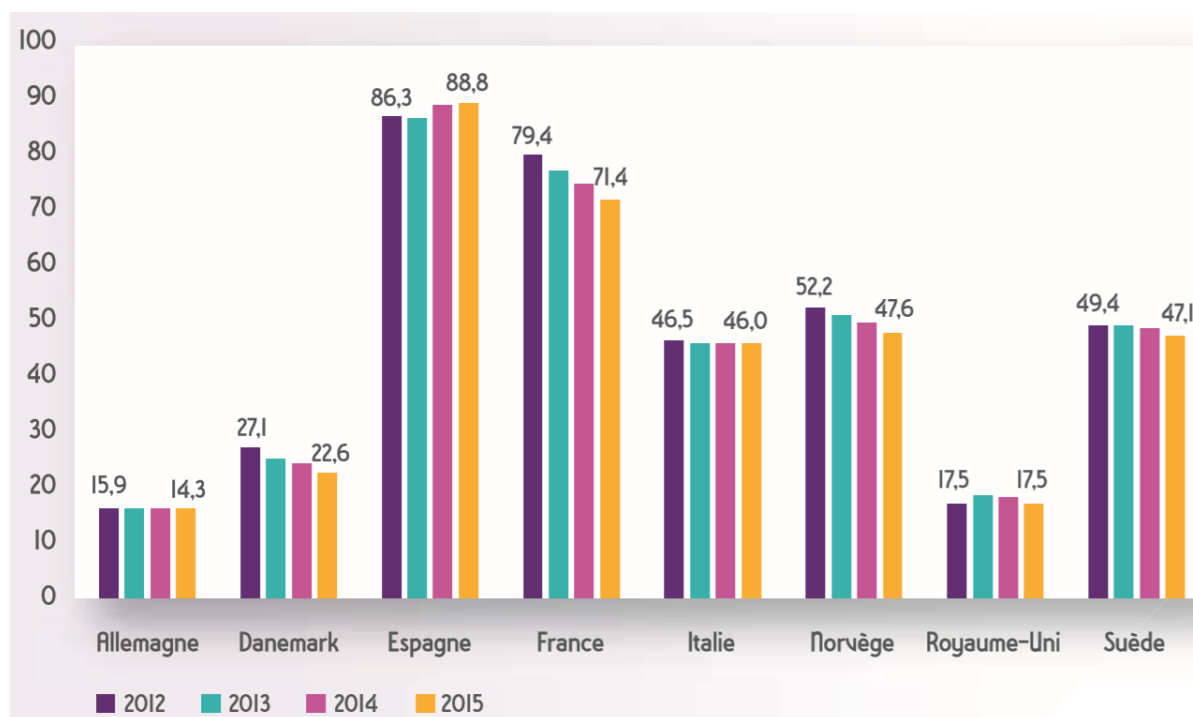
De plus, plusieurs études mettent évidence un lien entre les troubles neurocognitifs et la consommation de BZD au long cours, sans pouvoir établir de lien de causalité (3,4).

Quel que soit la demi-vie de la BZD, sa prescription et son renouvellement doit être argumentée avec évaluation de la balance bénéfique/risque et une demi-vie courte sera toujours à privilégier.

4. Epidémiologie

La France, avec ses 20 molécules commercialisées, reste le 2^{ème} pays consommateur de BZD et apparentés en Europe malgré une baisse de 10% entre 2012 et 2015 (1).

Figure 1 : Niveaux de consommation des benzodiazépines dans huit pays européens, en DDJ/1000 habitants/J entre 2012 et 2015



On constate en 2015 une consommation encore trop élevée avec environ 13,4 % de la population française ayant consommé au moins une fois une benzodiazépine quelle que soit l'indication.

Les benzodiazépines anxiolytiques ou hypnotiques les plus utilisées sont l'alprazolam (3,8 %), suivi du zolpidem (3,1 %) et du bromazépam (2,7 %). Concernant le Clonazepam, depuis la mise en place d'une prescription sécurisée en 2011, sa consommation a nettement diminué (de 84% entre 2010 et 2015)

Le traitement est initié par un médecin généraliste dans environ 82 % des cas. Les consommateurs sont essentiellement des femmes (65%) et la prévalence augmente avec l'âge (38.3% des femmes de plus de 80ans consomment des BZD) (1).

5. Modalités d'arrêt des BZD chez les personnes âgées

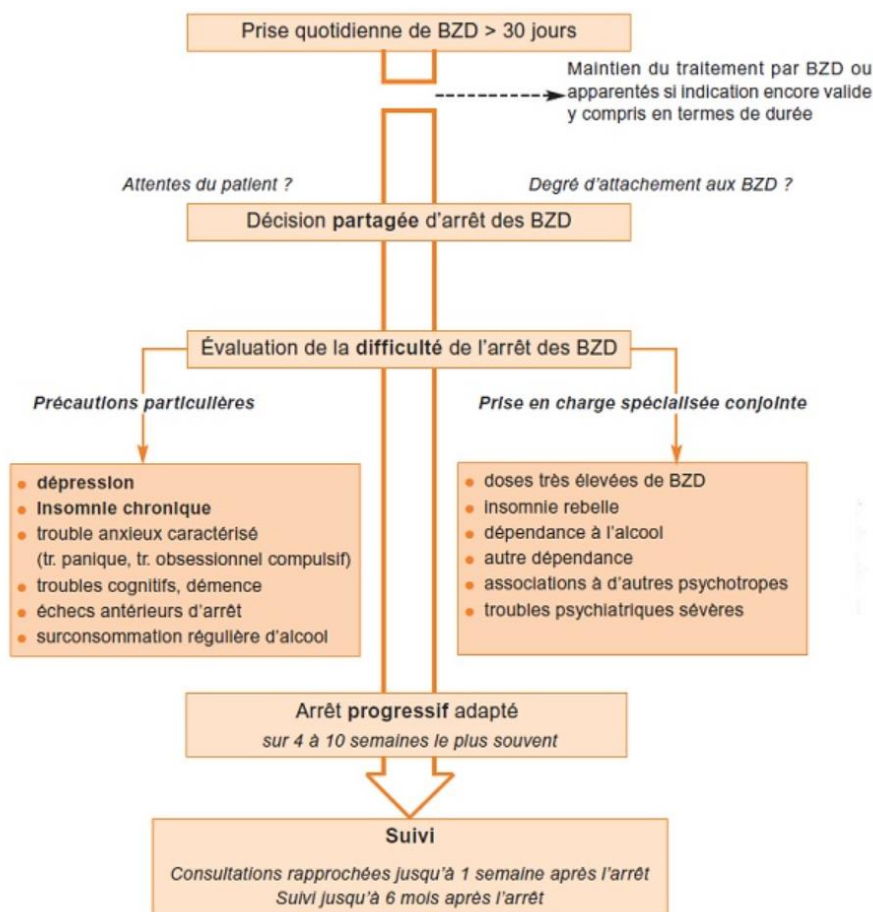
Une étude de cohorte de 2001 en Gironde, montrait que la prévalence d'un traitement par BZD augmentait chez les sujets âgés de sexe féminin, ayant des antécédents psychiatriques, un traitement antidépresseur, présentant des symptômes dépressifs, ayant une perception négative de leur santé, ou ayant de multiples comorbidités ou traitements (23).

Les facteurs de risque de maintien au long cours (plus de 90 jours) d'un traitement par BZD chez les sujets âgés identifiés sont : le sexe féminin, la polymédication, les douleurs chroniques, la grande dépendance physique, les TNC, l'isolement social, ainsi que la présence d'idées suicidaires (24).

L'HAS propose des stratégies d'aide au sevrage des BZD chez les personnes âgées (25). Dont cet algorithme :

- Dès l'instauration d'un traitement : expliquer au patient la durée du traitement et ses modalités d'arrêt progressif du fait des risques.
- Devant toute demande de renouvellement : s'interroger sur la mise en œuvre d'un arrêt.
- Chez tout patient âgé traité quotidiennement depuis plus de 30 jours : proposer une stratégie d'arrêt de la consommation si l'indication n'est plus valide.
- Au moment d'entreprendre un arrêt : évaluer les attentes du patient, son degré « d'attachement » aux BZD pour aboutir à une décision partagée et évaluer les facteurs pronostiques ; distinguer les situations nécessitant une stratégie particulière.

Figure 2 : Démarche du médecin traitant en ambulatoire pour l'arrêt des BZD et apparentés chez les patients de plus de 65 ans selon HAS:



L'arrêt doit être progressif dans tous les cas, de quelques semaines à plusieurs mois. L'objectif étant soit un arrêt complet, soit une réduction de la posologie. Et en cas d'échec, il est recommandé de proposer une nouvelle tentative d'arrêt après avoir évalués les causes de l'échec.

Il est recommandé de proposer au patient (et à son entourage) de tenir un calendrier de décroissance posologique avec un relevé des symptômes inhabituels (cf. annexe 2) et si besoin tenir un agenda du sommeil (cf. annexe 3)

La diminution progressive de la posologie peut être accompagnée d'une Thérapie Cognitive-Comportementale (TCC) qui a montré son intérêt et tout particulièrement dans le cadre de l'insomnie (26, 27). Mais ce n'est pas toujours accessible tant sur le plan financier que cognitif, et cela nécessite davantage de formations pour les professionnels de santé, médecins et paramédicaux.

Le patient doit bénéficier d'un suivi rapproché pendant la période de sevrage mais aussi après le sevrage si celui-ci abouti.

Matériels et Méthodes

1. Recherche bibliographique

Une recherche bibliographique a été menée sur les BZD, leur consommation, les difficultés de leur sevrage et leurs effets indésirables chez la personne âgée.

Les mots clés utilisées : Benzodiazépines, Personnes âgées, Effet indésirable / iatrogénie, Dépendance, Sevrage

2. Le choix de la Méthode

Le choix d'une étude qualitative semblait le plus adapté à la question de recherche. En effet, le but d'une étude qualitative étant de comprendre les phénomènes sociaux dans leur environnement. Issue historiquement des sciences humaines et sociales, elle permet d'explorer le vécu, les opinions, les croyances et les représentations des patients. Cette méthode permet de voir émerger de nouvelles théories et non seulement se baser sur des théories déjà existantes (28).

Ces éléments subjectifs et non mesurables ont été recueillis lors d'entretiens semi dirigés individuels.

Pour ce faire, un guide d'entretien a été élaboré au préalable. Il a été modifié à plusieurs reprises, suite à la discussion avec la directrice de thèse et suite à la validation du projet de thèse par les membres du Département de Médecine Générale.

Afin d'évaluer la validité de la méthode d'étude qualitative, la grille COREQ a été utilisée (29). Cette grille australienne publiée en 2007 a permis de vérifier qu'aucun élément de l'étude qualitative n'a été oublié. 30 items sur 32 ont été remplis (cf. annexe 4)

3. Population étudiée

3.2. Critère d'inclusion

Les patients recrutés devaient provenir du secteur géographique choisi, Lyon et agglomération. Ils devaient être âgés de 65 ans ou plus et être traités par des benzodiazépines depuis plus de 6 mois.

3.3. Critères d'exclusion

Les patients âgés de moins de 65 ans, ne parlant pas le français, ayant des troubles cognitifs ou vivant en institution ont été exclus.

3.4. Recrutement

Le recrutement des patients s'est fait en échantillonnage raisonné, à base de volontariat, se faisant de façon directe lors de consultation de médecine générale, pour toute raison confondue. Soit directement par la chercheuse, soit par intermédiaire de médecins généralistes connus par la chercheuse via ses remplacements à Villeurbanne, agglomération Lyonnaise.

Les patients cibles étaient identifiés par les médecins, ils donnaient leur accord pour transmettre leurs coordonnées à la chercheuse.

L'étude était présentée comme étude portant sur leur vécu avec leur traitement afin de ne pas amener de vision positive ou négative et ne pas les influencer.

La prise de contact se faisait soit directement lors de la consultation, soit par téléphone afin de programmer un rendez-vous d'entretien.

Le recrutement s'est effectué de septembre 2019 à février 2020.

4. Recueil de données

Le lieu des entretiens était choisi selon la préférence du patient, dans un cabinet médical ou à leur domicile pour que les participants se sentent à leur aise et pour favoriser un climat de confiance. Les entretiens se déroulaient sans observateur extérieure, de façon individuelle, afin d'éviter d'influencer les réponses du patient et pour qu'il se sente libre de s'exprimer librement.

Les patients étaient informés toujours de la même manière au début de l'entretien :

« Bonjour,

Tout d'abord je vous remercie de m'accorder de votre temps pour cet entretien.

Je suis étudiante en médecine et réalise actuellement un travail pour ma thèse de Médecine Générale.

Je souhaiterais vous poser quelques questions sur le traitement que vous prenez.

Pour cela je vais interroger plusieurs personnes afin d'avoir un maximum de réponses.

Si vous le voulez bien, je vais enregistrer notre conversation, afin de faciliter mon travail de retranscription par la suite. Je serai la seule à avoir accès à l'enregistrement audio, mais la retranscription écrite pourra apparaître dans le travail final et pourra faire l'objet de publications scientifiques si vous êtes d'accord.

Cela reste anonyme, et votre identité est tenue secrète.

Vous répondez comme vous le sentez, vous pouvez dire tout ce que vous pensez, je ne suis pas là pour vous juger. Il ne s'agit pas d'un test, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Mon but est de récupérer votre opinion et ressenti sur le sujet.

Si vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous avez une question, n'hésitez pas à me demander. »

Les questions étaient ouvertes avec des sous questions de relance, posées de façon directive, sans jugement ni commentaire positif ou négatif. Les questions devaient rester simples, claires et compréhensibles par tous les patients.

L'entretien se déroulait dans un climat d'écoute active avec une attitude neutre.

L'entretien était enregistré à l'aide d'un smartphone, afin de faciliter le recueil et la retranscription des données. Aucune note n'était prise durant l'entretien.

Il n'y avait pas de durée prédéfinie pour les entretiens.

La retranscription se faisait de façon brute, sans modification des réponses, sous format texte Word, immédiatement après les entretiens. Le verbatim retranscrit était immédiatement anonymisé à l'aide du numéro chronologique du patient et de la date de réalisation de celui-ci.

5. Analyse des données

Le paradigme étant compréhensif, pour explorer les freins et les leviers potentiels pour les patients face à un sevrage en Benzodiazépines, le choix d'une approche par analyse thématique a été la plus évidente, permettant de synthétiser les propos de façon descriptive.

Après une lecture flottante du verbatim retranscrit mot pour mot, un encodage a été réalisé progressivement avec la succession des entretiens permettant d'enrichir les codes.

Un codage axial a permis de réagencer les codes, les regrouper et identifier différents thèmes conceptuels permettant l'interprétation des résultats. La thématisation s'est faite progressivement au fur et à mesure de l'étude.

Un logiciel d'aide à l'analyse d'étude qualitative N'vivo a été utilisé afin de faciliter le codage thématique et limiter les pertes d'information.

L'étude était menée jusqu'à saturation, c'est-à-dire lorsque les entretiens n'apportaient peu de nouvelles données.

Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Les participants ont été recrutés à Villeurbanne, dans l'agglomération lyonnaise, dans le Rhône.

10 participants ont répondu favorablement à la première approche pour participer à l'étude :

- 3 patients recrutés indirectement via un médecin généraliste, puis contacté par téléphone pour une prise de rendez-vous
- 7 patients recrutés directement par la chercheuse lors d'une consultation durant son remplacement
- 2 patients qui ont refusé secondairement lors du contact téléphonique pour la prise de rendez-vous.
- 8 personnes ont été interrogées pour l'étude.

Les entretiens conduits ont duré de 12 à 22 minutes donc une moyenne de 17 minutes. Quatre entretiens ont été menés au domicile du patient et quatre dans le cabinet médical de leur médecin traitant.

Les participants étaient âgés de 65 à 90 ans, 7 femmes et 1 homme. Ils étaient suivis par 4 médecins traitants différents avec une fréquence de consultation moyenne de tous les 3 mois. 7 participants étaient retraités et il n'y avait qu'un seul conducteur.

Ils consommaient tous des benzodiazépines depuis plus d'un an au moment de l'étude.

Tous les patients étaient au courant de l'anonymisation de l'étude et ont tous donné leur accord oral pour leur participation.

Les caractéristiques des participants sont regroupées dans le Tableau N°2.

Tableau 2 : Caractéristiques des participants et de leurs entretiens.

Patient	Sexe	Age	BZD	Médecin traitant	Mode recrutement	Lieux entretien	Durée de l'entretien
P1	F	85ans	Oxazépam	MT1	Direct	Domicile	15min30
P2	F	71ans	Bromazépam	MT2	Direct	Domicile	15min30
P3	F	90ans	Oxazépam	MT3	Indirect	Domicile	12min45
P4	F	72ans	Oxazépam	MT3	Indirect	Cabinet	14min25
P5	F	76ans	Clobazam	MT2	Direct	Cabinet	16min40
P6	F	87ans	Alprazolam	MT2	Direct	Domicile	17min10
P7	H	65ans	Bromazépam et Alprazolam	MT1	Direct	Cabinet	12min58
P8	F	65ans	Oxazépam	MT4	Direct	Cabinet	22min13

2. Analyse transversale

Le verbatim retranscrit et encodé, a été ensuite analysé de façon transversale permettant l'émergence de 3 grands thèmes avec des sous catégories.

Illustration des résultats par des verbatims notés en italiques et entre guillemets.

2.1. Parcours du patient, primo prescription du traitement

Parmi les participants, la primo prescription du traitement s'est faite par des médecins généralistes et des psychiatres. Deux patientes évoquent avoir eu une psychothérapie associée à l'initiation de ce traitement.

« J'ai fait plusieurs analyses psychiatriques, au bout du troisième j'ai trouvé le bon, parce que c'est pas évident de trouver quelqu'un qui est réceptif... une fois que j'ai pu lui vider tout mon sac et que ça allait bien dans ma tête » P8

Le début du traitement par benzodiazépine est souvent associé à un événement de vie particulier, douloureux et anxiogène. La benzodiazépine se présente à ce moment-là comme le

remède face à la souffrance. Le début du traitement se fait alors naturellement sans remise en question.

Certains patients se souviennent précisément du moment où leur traitement a été débuté. On trouve une notion de facteur déclenchant, un événement ou des circonstances de vie faisant basculer le patient dans la consommation de ce traitement.

Pour d'autres, leur traitement est tellement ancien, qui semble être là depuis toujours, renforçant la place du traitement comme une habitude de vie, une normalité de leur quotidien.

*« Aah le Temesta, ça fait des années et des années... je ne saurais pas vous dire en quelle année ... c'était Dr L** qui me suivait ...mais alors depuis très longtemps, pourtant j'ai une bonne mémoire mais ça fait tellement longtemps !» P3*

BZD à visée hypnotique

Pour certains patients, la benzodiazépine a été initiée dans le cadre de difficulté d'endormissement. Le manque de sommeil est défini comme une quantité de sommeil insuffisante pour mener une vie normale. Une des patientes souligne l'importance d'un sommeil de qualité :

« Parce que je ne dormais pas, et c'est vrai que c'est pénible ! ne pas dormir ... » P6

« Dans mon cas c'est pour pouvoir dormir, quand on a un cancer, on gamberge tout le temps, dès qu'on se couche c'est... on n'a plus que ça à penser quoi. C'est pratiquement impossible de dormir » P7

BDZ à visée anxiolytique

Pour tous, les patients décrivent souvent une succession d'événements familiaux et/ou professionnels les menant à une souffrance existentielle, des événements « dramatiques » (P2).

« le divorce... et là ça été dramatique... les angoisses, les regrets, j'aurais dû peut être accepter cette situation, c'est là le départ. » P2

« tout a commencé par rapport au divorce, le boulot, ma fille, les retards de loyer ... et je n'ai pas pu m'empêcher d'arrêter à le prendre » P5

« ça a été débuté quand on m'a diagnostiqué mon cancer en 2005, fin 2004, puis tout s'est enchaîné... » P7

Les circonstances restent toutefois floues, sans diagnostic concis posé au préalable par le corps médical ou identification d'une maladie. Les BZD traitent un ressenti, un mal-être, « empêche penser à beaucoup de choses, à la fin de vie...à la mort... » (P2), « aide à être moins fatiguée » (P4).

2.2.Face au sevrage des Benzodiazépines

2.2.1. Les freins au sevrage

a) Freins en lien avec le mode de consommation

Consommation non problématique et positive

- Traitement bénéfique au quotidien, amélioration de la qualité de vie

La consommation durable est justifiée par la nécessité de soulager un symptôme qui a un retentissement négatif sur leur qualité de vie. Cela devient une nécessité pour affronter le quotidien, permettant de se sentir mieux, inhiber une angoisse, neutraliser des préoccupations anxiogènes, empêcher des pensées négatives ou de récupérer un sommeil de qualité.

« Je dors toute suite, au bout de un quart d'heure, alors j'ai pas le temps de réaliser de ce qu'il me fait, je dors tout de suite. Puis je vous dis, je me réveille, impeccable. Je trouve que c'est le mieux, de tous ces médicaments, l'Imovane et tout » P6

« Il m'aide à être moins fatiguée, je me laisses pas aller je fais de la piscine et aquagym... Pour l'instant c'est un médicament qui me va bien ! » P4

Les patients perçoivent uniquement leur effet bénéfique sans inquiétude face à une consommation prolongée. C'est un traitement inoffensif, qui fait du bien.

« Bah je suis bien quoi, j'ai pas d'angoisses » P1

« Je trouve qu'il est très bon, je peux pas en dire du mal parce que vraiment il est bien » P6

- Banalisation du traitement

On note une banalisation du traitement, qui devient une routine que les patients gèrent selon leur convenance. Ils modifient leur posologie selon leurs besoins et leur ressenti sans évoquer la nécessité d'une surveillance ou des précautions particulières pour leur prise. Si cela leur semble

nécessaire, ils prennent plus de comprimés sans notion de prise de risque. La BZD est un outil à la disposition du patient qu'ils utilisent quand ils en ont besoin.

« Je ne prends que ce qu'il m'a donnée, sauf à midi j'en reprends un entier de Seresta, tant pis je ne lui ai pas dit mais ... » P1

« Sur l'ordonnance, c'est un le matin et un le soir, et vu mon emploi du temps, je me voyais pas le faire le matin et le soir, alors je me suis dit, vu que j'ai beaucoup de mal à m'endormir, café ou pas café, je prends deux le soir » P8

Comme cette patiente qui propose son traitement à des voisines et des connaissances d'une façon des plus naturelles :

« il y a avait une dame ça faisait un moment qu'elle dormait pas, et je lui en ai prêté un, oulala elle était ravie ! Elle a dormi toute la nuit, elle a pris le nom et elle ira voir son docteur pour lui en faire marquer » P6

Plusieurs patients ne conçoivent pas leur consommation problématique car ils estiment prendre le comprimé au besoin, ponctuellement, uniquement en cas de besoin. Malgré une consommation depuis de nombreuses années, elle ne leur semble pas chronique.

« Le Seresta je ne le prends pas quand tout va bien, je le prends uniquement quand j'ai des crises, quand ça va mal, autrement, quand tout va bien j'en prends pas... moi-même je contrôle, moi-même quand je vais bien je l'arrête et quand la crise arrive je le reprends » P4

Par ailleurs, une autre patiente ne remet pas en question son traitement car pour elle, c'est un traitement comme un autre sur son ordonnance. S'il est prescrit par les médecins, c'est qu'il doit être approuvé par ces derniers.

« je le prends et puis voilà. L'infirmier me fait mon pilulier tous les mardis et voilà » P3

Parfois, la molécule est perçue comme un moyen de pouvoir arrêter ou réduire un autre traitement.

« Je prenais de l'Imovane et je suis arrivée d'en prendre qu'une moitié, ça va faire un mois. J'ai complété avec des herbes, et ça m'a permis de diminuer » P4

Les effets indésirables sont méconnus ou rationalisés. Plusieurs patients ne semblent pas prêter attention à ces derniers et parfois ne désirent même pas s'informer.

« Ben je sais pas, j'ai jamais lu la notice et j'ai pas eu de ressenti, apparemment non, au bout de tant d'année que je le prends, je n'ai pas l'impression ... » P5

L'Innocuité du médicament semble logique à certains. Le fait de n'avoir jamais ressentie d'effets néfastes et de ne pas avoir reçu de mise en garde ou ne pas avoir prêté attention à cette information, ils associent cela à une absence de danger. Comme une des participantes, qui évoque un potentiel effet secondaire avec le sourire, qu'elle préfère attribuer à son vieillissement « naturel » plutôt qu'à son traitement.

« Peut-être la tête qui tourne, un manque d'équilibre quand on se lève ... quoi que je l'ai le manque d'équilibre ... mais ce manque d'équilibre ça vient pas de ça, c'est la vieillesse ... quand je me lève vite... » P6

Et quand on évoque un éventuel arrêt de leur traitement, ils semblent surpris et ne l'ont jamais envisagé.

« pourquoi ? c'est un médicament toxique ? Si je le continue il y a un risqué pour la santé ? » P4

« Ah non je voudrai pas, je pourrai pas là non, rien que de sentir de pas le prendre déjà Je sais pas, et pourquoi il faudrait je l'arrête ? ... Vous voulez pas me l'enlevez hein !? ... parce que.... je sais pas » P1

Consommation lucide et résignée

Les patients expriment une certaine méfiance vis-à-vis de leur traitement. Ils ont une vision réaliste, conscients d'un danger potentiel mais pas suffisant pour enrayer leurs habitudes.

- Attachement au médicament

Ils trouvent que c'est un médicament indispensable, il y a un certain attachement à leur médicament, il fait partie de leur vie, de leurs habitudes. Ils leur apportent un confort de vie et ils ne remettent plus en cause l'efficacité de leur traitement.

« Il faut que je le prenne pour me sentir en sécurité psychologiquement » P2

« Moi ça m'aide à vivre, ça m'aide à dormir » P7

Il y a un réel besoin de ce médicament, voir une impossibilité de vivre sans. La seule idée de ne pas pouvoir gérer leur angoisse entraîne la poursuite du traitement.

« Le fait que je ne l'ai pas pris, seulement, que je ne l'ai pas pris, ça me provoque une angoisse » P2

« L'angoisse elle reviendrait hein, rien que de le savoir, déjà je prenais une moitié... » P1

Le bénéfice apporté par le médicament pour soulager les angoisses ou l'insomnie est primordial. Voir réapparaître les symptômes devient plus délétère que la surconsommation en BZD.

- Balance bénéfice/risque

Il existe une certaine ambiguïté dans leur consommation.

Ils ne remettent pas en cause le bienfait qu'apporte leur médicament, mais certains ont conscience qu'il est là pour les soulager de façon transitoire. Il traite des symptômes au coup par coup sans véritable miracle, les symptômes reviennent et amènent à poursuivre le médicament. Le traitement est comme une aide pour mieux appréhender le quotidien, comme une béquille.

« Quand je le prends, il n'y a pas d'effet comme ça, c'est au milieu de matinée, je sens que je suis un peu mieux mais enfin ça dure pas ... ça dure pas » P3

« Bah disons que c'est un médicament qui peut faire de l'effet au tout début, j'avais toujours une boîte sur moi » P8

Par ailleurs, les risques du traitement restent flous. Les informations perçues ne sont pas précises ni concrètes et de ce fait ont moins d'impact.

« qu'on m'a prescrit le Valium et je ne sais plus quel médecin m'a dit que non il faut arrêter ça parce que c'est trop fort, » P2

« à l'hôpital on m'a dit que c'était pas très bon à mon âge alors j'ai pas insisté, voilà » P3

La notion de dangerosité reste au second plan, les patients mettent en place un processus leur permettant de minimiser ces effets et rationaliser leur consommation. Comme cette patiente qui évoque les pertes de mémoire comme un effet indésirable majeure mais chez elle en particulier cela lui apparaît peu important :

« Bon c'est vrai que j'ai petits oublis comme tout le monde, des fois je remonte parce que je ne sais pas si j'ai fermé ma porte, des trucs comme ça quoi. Maintenant, des gros oublis, jusqu'à maintenant je touche du bois... je pense pas. Je sais que ça peut entraîner la perte de mémoire, ça je sais » P2

Plusieurs des participants préfèrent fermer les yeux, ne pas lire la notice, pour ne pas savoir et continuer son traitement plus sereinement, puisque dans tous les cas ils ne se voient pas l'arrêter.

« Je les connais pas les effets secondaires, je l'ai même pas lu, je veux pas les savoir, parce que je sais que de toute façon effets secondaires ou pas, il m'est nécessaire ! » P2

« Non jamais d'effets secondaires, j'ai pas lu la notice... » P8

Parfois, le risque est alors reporté sur les autres, les patients eux-mêmes se sentent moins concernés.

« On m'a parlé de l'histoire de la mémoire. Mais moi ma mémoire elle est au contraire... J'ai un collègue qui prends la même chose que moi, lui par contre, il a beaucoup de troubles de mémoire lui » P7

Malgré la conscience de ce danger, ils continuent leur traitement avec les inquiétudes qui les accompagnent, faisant une balance bénéfice risque, dont le bénéfice importe. Ils ont l'impression de maîtriser leur situation, modulant leur traitement, réduisant leur consommation au besoin sans toutefois pouvoir l'arrêter entièrement.

« Des fois je prends que 1... enfin, maintenant je prends $\frac{3}{4}$ le matin et je prends $\frac{1}{4}$ dans l'après-midi et $\frac{1}{4}$ le soir, je m'arrange ... je m'arrange à ma façon quoi... » P2

« J'ai réussi après à passer à un matin et un le soir mais par fois en étant toute seule dans cet appartement, je ne sais pas pourquoi, je reprends la moitié en plus » P5

b) Place de l'entourage dans la consommation chronique

Caractère tabou

Dans la plupart des cas, les participants ne désirent pas discuter de leur traitement avec leur entourage.

« Pas vraiment non, je le prends et puis voilà. » P3

« Mon entourage est très limité, j'ai mes enfants qui sont à côté de Toulouse, et puis bon je ne parle pas de ça avec mon... non » P2

« J'hésite d'en discuter avec lui, c'est délicat » P7

Dans certains cas, le fait de ne pas en discuter reflète la crainte d'un avis négatif de la part de leur entourage. Ne pas aborder le sujet, permet de ne pas savoir ce que pensent les autres et de ce fait, se préserver d'un jugement qui remettra en question leur traitement. Dans certains cas, le sujet semble être un tabou. Les fils d'une patiente sont au courant, mais ils n'en parlent pas.

« Non je ne raconte rien, je dis rien, les nerfs, vous savez, les gens ils comprennent rien hein, même mes enfants, je leur dis pas, vous savez les garçons... mais ils savent mais ils me posent pas de questions » P1

Renforcement positif

Dans d'autres cas, un entourage consommateur a un effet déculpabilisant. Le traitement semble alors banal et anodin.

« Il y a des personnes à qui ça réussit très bien ... »P3

Cette patiente qui partage avec bienveillance son traitement avec son entourage, qui à son tour valide ce traitement.

« J'en discute, des personnes qui n'arrivent pas à bien dormir, je leur en propose. On est parti en vacances cet été et il y a avait une dame ça faisait un moment qu'elle dormait pas, et je lui en ai prêté un, oulala elle était ravie ! Elle a dormi toute la nuit, elle a pris le nom et elle ira voir son docteur pour lui en faire marquer. Moi je trouve que c'est bien » P6

Responsabilité médicale

L'absence de mise en garde de la part du corps médicale peut être perçu comme une approbation du traitement.

« Je pense que les docteurs savent ce qu'ils font quand ils prescrivent des médicaments » P8

Un des patients suggère que chez certains la consommation problématique est entretenue par leurs médecins qui poursuivent leur prescription. Ils se déresponsabilisent de leur consommation chronique.

« Beaucoup de gars ont des problèmes avec ça apparemment. Mais c'est les médecins qui les prescrivent, c'est pas les pharmaciens qui les donnent comme ça ! Enfin c'est vrai ... » P7

c) Un sevrage inconcevable

Quand on aborde le sujet avec certains patients, ils semblent surpris. On est dans le cadre d'une consommation volontaire et positive sans remise en question du traitement. Les patients ne peuvent envisager l'arrêt de leur traitement car leur consommation ne leur semble pas problématique et améliore leur qualité de vie.

« Je sais pas, et pourquoi il faudrait je l'arrête ? » P1

« Non jamais et j'y tiens pas spécialement, parce qu'avec ça je suis bien. Il me convient bien » P6

Le traitement faisant partie de leur quotidien, une habitude de tous les jours depuis de nombreuses années. Le traitement est là pour les aider à affronter les désagréments de la vie et de s'en passer leur semble inenvisageable.

« Ah non je voudrai pas, je pourrai pas là non, rien que de sentir de pas le prendre déjà ... » P1

« Là je sais pas ...parce que là ... C'est important de l'avoir en cas de crise » P4

La méconnaissance des effets indésirables les renforce dans leur consommation. Ils ne voient pas l'utilité d'un sevrage et ne songe pas à un changement de comportement.

d) Les difficultés perçus face à un sevrage

Dépendance

Au-delà de la volonté, certains patients utilisent de termes forts comme « l'addiction » ou « drogue », conscients d'être dans une dépendance qu'ils ont du mal à maîtriser, résignés à poursuivre le traitement. Cela les freine dans la démarche du sevrage, avec une perte de confiance dans leur propre capacité à pouvoir arrêter leur traitement.

« C'est devenu une habitude, c'est devenu comme... un besoin, une addiction, que j'ai du mal à ... Comment dirais-je... que j'ai du mal à supprimer quoi » P2

« Donc ça a été un engrenage quoi, même quand j'ai trouvé du travail, ma fille a grandi, ça allait mieux mais l'Urbanyl est toujours resté là ! Et mon docteur que j'avais avant elle me disait : « c'est devenu une drogue ! Vous pouvez plus vous en passer ! » » P5

Baisse du traitement difficile, mauvaises expériences

Les échecs de tentatives de sevrage dans le passé, mettent à l'épreuve la motivation des patients face à une nouvelle tentative. Les patients qui ont vécu une mauvaise expérience, ils ont du mal à envisager de recommencer.

*« Vous savez ce qu'il m'a fait une fois B***, il m'a tout arrêté ! tout ! et je prenais que le soir. Et bin, ça m'a pas fait tout de suite mais je mangeais plus rien, j'avais dû perdre au moins plus de 10kg en une semaine hein, c'est vrai hein, tout le monde me disait « qu'est-ce que t'as », et je sortais pas... je lui dis, Dr B*** le savait, moi je peux plus hein et il m'a tout redonné ! » P1*

« Une fois j'ai voulu en prendre juste un le matin et le soir je me suis dit tu n'en prends pas : affreux ! mais je faisais des films dans la tête, mais jamais tu vas tenir le coup ! » P5

« J'avais essayé un jour sur deux puis un jour sur trois puis ... enfin c'était intenable... je ne veux pas revivre ça non ! » P7

Une simple réduction du traitement pour certains semble difficile à envisager.

« Non, c'est vrai que j'aimerais bien l'arrêter, au moins n'en prendre qu'un déjà mais franchement c'est dur, Je vais essayer... » P5

*« Dr C** m'avait augmenté un peu la dose, mais bon il me demande tout le temps de diminuer... mais bon c'est pas facile... » P2*

Manque d'alternatives

Certains évoquent la nécessité d'alternative, un autre moyen pour empêcher la rechute de leurs symptômes, un autre moyen de lutter contre leurs préoccupations anxieuses et leur mal être.

Mais le choix leur semble très limité, voire inexistant et ils ne voient pas d'autres moyens que de poursuivre leur médicament.

« je pense qu'il est indispensable pour les gens qui sont très stressés, fin je pense, afin qu'il y a autre chose plus miraculeux disons... ? » P2

« Quel serai le meilleur moyen de l'arrêter ? Mais je sais pas moi ... proposer un autre médicament, c'est toujours un autre médicament, c'est toujours pareil, Xanax et compagnie c'est toujours la même chose, je vois pas, je peux pas répondre à cette question ... franchement » P2

« le docteur me l'avait préconisé à plusieurs reprises, il m'avais même proposé un stage je crois, enfin, il avait regardé sur internet, je crois qu'il y a des stages pour justement enlever cette addiction, mais c'est pas gratuit non plus je pense, donc voilà... moi je sais pas ... » P2

Nécessité de conditions idéales

Pour une autre patiente, un sevrage exige des circonstances propices à cela, un environnement favorable.

« Il faudrait que je vive dans un autre contexte, avec mes petits-enfants, mon fils...pour savoir quelqu'un auprès de moi. » P2

Ou alors, l'arrêt du traitement serait envisageable uniquement si le problème anxiogène disparaissait.

« On préférerais guérir, si on arrive à trouver le primitif ça ira bien. Mais pour l'instant non » P7

2.2.2. Leviers pour un sevrage

a) Leviers en lien avec le mode de consommation

Consommation lucide et résignée

Certains patients sont conscients que leur traitement a un effet potentiellement négatif et reconnaissent les difficultés à l'arrêter. Ils se préoccupent de l'incidence sur leur santé. Un

questionnement émerge suite aux messages qu'ils reçoivent de leur proches ou du personnel de santé et ils expriment la volonté d'arrêter leur traitement.

« Je voudrai bien l'arrêter, pourquoi pas, moi ça me gêne pas de l'arrêter mais j'ai peur de tomber dans un forme de dépression, d'angoisse vraiment très grande, c'est ça qui me fait peur.... Sinon l'arrêter, s'il y a aucune séquelle de l'arrêt, moi personnellement ça ne me dérange pas, mais pas du tout, au contraire » P2

b) Place de l'entourage

Désapprobation

Une patiente mentionne sa fille qui est clairement contre son traitement et l'encourage en faveur d'un sevrage :

« J'ai parlé avec ma fille, ma fille elle est contre les médicaments, elle n'en prend que si elle en a besoin, elle est vraiment contre. Elle me booste, heureusement, mais elle dit « mais arrête maman ! Arrête ! » » P5

Par ailleurs, le médecin traitant revient la plupart du temps comme désapprobateur du traitement. Il leur évoque la dangerosité du traitement, la nécessité d'une diminution ou d'un arrêt mais pour la plupart cela reste des consignes qui ne sont pas appliquées concrètement.

*« Dr C** m'avait augmenté un peu la dose, mais bon il me demande tout le temps de diminuer... mais bon c'est pas facile... il me le préconise à chaque fois, mais bon... » P2*

Le médecin traitant occupe parfois une place culpabilisatrice.

« Mon docteur que j'avais avant elle me disait : « c'est devenu une drogue ! Vous pouvez plus vous en passer ! » » P5

Comme cette patiente qui répète avec insistance que la posologie prescrite est respectée puis avoue augmenter son traitement sans le dire à son médecin.

« Je suis angoissée ... je prends quand c'est le moment, j'en prends pas plus hein ! j'en prends pas plus hein ! J'en prends un le matin, un midi, qu'il me donne une moitié et j'en reprends une moitié,

et le soir, c'est tout hein ... Je ne prends que ce qu'il m'a donnée, sauf à midi j'en reprends un entier de Seresta, tant pis je ne lui ai pas dit mais ... » P1

Rediscutions du traitement avec un nouveau médecin

On remarque qu'un changement de médecin traitant peut relancer la discussion sur leur traitement. Le nouveau médecin remet en question le traitement, parfois le modifie, et peut être plus insistant dans l'idée d'envisager un sevrage.

*« Dr L***, il m'a dit qu'il faudrait le supprimer, Du reste il m'a fait une ordonnance pour que j'essaie de le supprimer » P3*

Plusieurs patients ont vu leur traitement modifié pour une demi-vie plus courte :

« Lexomil c'est marqué défendu et puis Imovane pareil, docteur il veut pas en donner » P6

*« Si j'ai bonne mémoire, un médecin qui m'avait mis au départ sous Valium parce que j'étais pas bien du tout... et puis bon petit à petit on est passé sur Lexomil, c'est Dr L*** qui me la prescrit... » P2*

« Avant le Seresta j'ai eu de Lexomil » P8

Le changement du traitement semble souvent imposé aux patients par de nouveaux médecins avec une notion de dangerosité pour leur santé.

« Le Temesta on m'a dit qu'on va arrêter parce que c'est pas bon pour votre âge, le Seresta c'est peut être pareil ... A l'hôpital on m'a pas dit plus » P3

*« Je n'arrivais pas à dormir, c'est DR *** qui m'a soigné, il m'a soigné pendant 40 ans, ... c'est lui qui me donnait de l'Imovane et de Lexomil. Et puis après quand je suis allé voir Dr C**, je voulais qu'il m'en marque mais il m'a dit non non, donc ça fait bien deux ans que ça été changé.» P6*

« On m'a prescrit le Valium et je ne sais plus quel médecin m'a dit que non il faut arrêter ça parce que c'est trop fort, et puis voila » P2

« Et je sais pas pourquoi, elle m'a changé de calmant... » P8

c) Sevrage souhaitable

Motivation

Une patiente a accepté un sevrage avec son médecin traitant et semble décidée.

« C'est bon j'arrête, je n'en prendrai plus qu'un le matin, pendant quelques temps, un jour sur deux et puis j'arrêterai complètement » P3

Certains patients essaient d'envisager un changement de comportement. Une réduction du traitement leur semble bien, un objectif à atteindre, même si cela reste difficile.

« Non, c'est vrai que j'aimerais bien l'arrêter, au moins n'en prendre qu'un déjà mais franchement c'est dur... Après je peux peut-être essayer d'arrêter le samedi et le dimanche ... enfin je sais pas... » P5

« Je voudrais bien l'arrêter, pourquoi pas, moi ça me gêne pas de l'arrêter mais j'ai peur de tomber dans une forme de dépression, d'angoisse vraiment très grande, c'est ça qui me fait peur.... Sinon l'arrêter, s'il y a aucune séquelle de l'arrêt, moi personnellement ça ne me dérange pas, mais pas du tout, au contraire » P2

On peut remarquer, qu'au fil de l'entretien, la discussion autour de leur traitement et son sevrage, amène certains à un questionnement vis-à-vis de la molécule, des patients qui, de prime abord, ne concevait pas la nuisance de la molécule et encore moins la nécessité de l'arrêter.

« Pourquoi ? c'est un médicament toxique ? Si je le continue il y a un risqué pour la santé ? » P4

Les perspectives pour le changement

Les idées pour les moyens de sevrages sont pauvres chez les patients. Souvent ils ne voient pas d'alternatives mais toutefois, certains patients suggèrent quelques possibilités.

- Comme une diminution progressive de la posologie :

« Le meilleur moyen, je ne sais pas, de le faire, comme on me dit, progressivement » P3

« Peut-être essayer soit d'en prendre un le matin ou le soir... » P5

« Peut-être en espaçant les prises, petit à petit, il faut pas être sec » P8

- D'avoir un accompagnement

« Moi je n'ose pas arrêter de moi-même » P5

« Il faudrait que je vive dans un autre contexte, avec mes petits-enfants, mon fils...pour savoir quelqu'un auprès de moi » P2

Une patiente évoque la possibilité d'un stage prévu pour le sevrage.

« Le docteur me l'avait préconisé à plusieurs reprises, il m'avait même proposé un stage je crois, enfin, il avait regardé sur internet, je crois qu'il y a des stages pour justement enlever cette addiction » P2

2.3. Perception des risques liées au traitement, état des lieux des connaissances

Dans l'ensemble, les personnes interrogées ont une mauvaise connaissance des effets indésirables des benzodiazépines.

a) Méconnaissance des effets indésirables

La plupart des patients ont peu d'information et ne savent pas identifier les effets secondaires.

« Non, j'ai une forte constipation mais je pense pas que c'est lui non ? J'ai jamais eu d'effet secondaire ... » P4

Beaucoup de participants accordent peu d'importance aux effets indésirables. Et certains ne désire pas être informé ou s'informer seuls.

« J'ai jamais lu la notice et j'ai pas eu de ressenti » P5

Certains participants préfèrent fermer les yeux, ne pas lire la notice, pour ne pas savoir et continuer son traitement plus sereinement, puisque dans tous les cas ils ne se voit pas l'arrêter.

« Je les connais pas les effets secondaires, je l'ai même pas lu, je veux pas les savoir, parce que je sais que de toute façon effets secondaires ou pas, il m'est nécessaire ! » P2

Les patients traités depuis de très nombreuses années et n'ayant jamais ressenti d'effets indésirables, ont du mal à imaginer qu'il puisse en avoir un et sont plutôt surpris quand on leur pose la question.

« Au bout de tant d'année que je le prends, je n'ai pas l'impression ... » P5

« J'ai jamais eu d'effet secondaire ... pourquoi ? c'est un médicament toxique ? Si je le continue il y a un risqué pour la santé ? » P4

« Avec l'alprazolam, non jamais, rien, aucun effet secondaire, quand je me lève c'est comme si j'avais rien pris ! » P6

Les effets indésirables leur semblent dérisoires, semblables aux autres médicaments.

« Non jamais d'effets secondaires, j'ai pas lu la notice... je pense que ça doit être pareil que les autres... il faut pas être allergique, faut pas être enceinte... » P8

b) Notion de dangerosité du traitement

Les patients ont des connaissances assez floues sur les effets néfastes des BZD. Souvent, ils ne sont pas surs d'eux, les remettent en question et estiment que ce sont des effets possibles mais transitoire et réversible.

Les informations proviennent soit de leur médecin, soit de leur entourage.

« Il y avait un médecin qui m'a dit : attention, faites attention, vous allez perdre la mémoire, ça agit sur le mémoire » P2

« A l'hôpital on m'a dit que c'était pas très bon à mon âge alors j'ai pas insisté, voilà » P3

Les patients mentionnent leur médecin qui les met en garde vis-à-vis de leur médicament et qui les encourage à arrêter leur consommation.

*« Dr C*** me le préconise à chaque fois, mais bon... » P2*

Parfois, les patients se sont vu modifier leur traitement avec un passage à une BZD à demi-vie plus courte. La nouvelle molécule leur apparaît plus anodine par comparaison à l'ancienne.

Comme cette patiente qui prenait du Bromazepam et Zopiclone pour dormir, changés contre de l'Alprazolam, qui par comparaison lui paraît sans danger. Pour elle, c'est un tout autre traitement.

« Alors il ne voulait pas me donner l'Imovane... pourtant Lexomil c'est pas trop méchant non ? Dans tous les cas, c'est vrai que Lexomil quand on se réveille le matin on est un petit peu vasouillard, on a la tête pas d'plomb, alors qu'avec l'Alprazolam c'est bon ! » P6

Dépendance

La plupart des participants font en sorte de ne pas manquer de leur médicament. La plupart ne verbalisent pas leur dépendance mais expriment bien leur attachement à la molécule, se sentant mieux quand ils la prennent.

Une seule participante évoque sa dépendance entant que tel, elle en a conscience et se sent impuissante face à cela.

« C'est devenu une habitude, c'est devenu comme... un besoin, une addiction, que j'ai du mal à Comment dirai-je... que j'ai du mal à supprimer quoi ! » P2

D'autres expriment plutôt de l'inquiétude de ne pas avoir leur traitement à portée de main et de ne pas pouvoir affronter le retour de leurs symptômes.

« Quand on dort on n'en a pas besoin, on n'en prend pas. Et si un jour je ne dors pas... de passer toute une nuit sans dormir... » P6

« Du fait que je le prends donc pour moi tout va bien alors que si je m'arrête je me dis « il va t'arriver ça... il va t'arriver ça ... » P5

Le bénéfice apporté par le médicament pour soulager les angoisses ou l'insomnie est primordial. Voir réapparaître les symptômes devient plus délétère que la surconsommation en BZD.

Accoutumance, perte d'efficacité

Deux patientes évoquent l'impression que leur traitement est moins efficace après une consommation durable.

« Bah disons que c'est un médicament qui peut faire de l'effet au tout début » P8

Une des participantes propose une majoration du traitement pour obtenir une meilleure efficacité sans y associer un surrisque.

« Il est très efficace mais, c'est peut-être parce que ça fait longtemps je le prends, je trouve qu'il est moins efficace maintenant ... Je suis en train de me demander, parce qu'en ce moment j'en prends 3 par jour, je sais pas si c'est vraiment suffisant ... » P4

Somnolence, trouble de l'équilibre

Une patiente suggère ses troubles de l'équilibre mais se ravise et les attribue à d'autres problèmes de santé.

« Peut-être la tête qui tourne, un manque d'équilibre quand on se lève ... quoi que je l'ai le manque d'équilibre ... mais ce manque d'équilibre ça vient pas de ça, c'est la vieillesse ... quand je me lève vite... » P6

Une autre patiente aborde un état de somnolence résiduelle au réveil.

« Et bien le matin, j'avais la tête un peu dans les vapes, et puis bon, ça passait au bout d'un moment, quand je me mettais à faire mon boulot ça allait. Mais tout de suite je n'étais pas en forme » P6

Troubles de mémoire

Trois patients évoquent les troubles mnésiques, tout en minimisant leur importance.

Une des patientes mentionne des pertes de mémoires qui lui paraissent peu importantes, insignifiantes, voir normales, comme chez tout le monde à son âge par rapport à ce qu'elle pourrait avoir.

« Bon c'est vrai que j'ai petits oublis comme tout le monde, des fois je remonte parce que je ne sais pas si j'ai fermé ma porte, des trucs comme ça quoi. Maintenant, des gros oublis, jusqu'à maintenant je touche du bois... je pense pas » P2

Un autre patient cite son entourage présentant des effets indésirables, mais ne se sent pas concerné lui-même.

« On m'a parlé de l'histoire de la mémoire ? Mais moi ma mémoire elle est au contraire, d'après mes collègues, j'ai une excellente mémoire ! ...J'ai un collègue qui prends la même chose que moi, lui par contre, il a beaucoup de troubles de mémoire lui » P7

Discussion

1. Méthodologie

1.1. Forces

1.1.1. Choix de l'étude

L'étude qualitative semble la plus adaptée pour la question de recherche posée. En effet, elle permet de mieux appréhender le vécu et le ressenti des patients face à l'arrêt de leur traitement par BZD.

La majorité des études s'intéressent aux freins et les leviers perçus par les médecins face au sevrage en BZD de leurs patients et finalement très peu d'études se penche sur l'opinion des patients concernés.

Cette approche par des entretiens semi-dirigés permet de faire émerger de nouvelles idées qui n'auraient pas pu être dégagées par un questionnaire d'étude quantitative.

Pour s'assurer de sa standardisation et sa validité, cette étude qualitative a pu remplir 30 items sur 32 de la Grille COREQ (cf Annexe 4)

1.1.2. Recrutement

Lors du recrutement, le sujet de l'étude énoncé était sans a priori positif ou négatif sur leur consommation des BZD. Présentée comme une étude menée sur leur histoire et leur vécu vis-à-vis du médicament.

Le lieu des entretiens était choisi par les patients afin de favoriser un climat de confiance, le cabinet médical de leur médecin ou leur domicile, selon leur préférence.

Les questions étaient ouvertes, simples, compréhensibles. Il n'y avait pas de limite de temps prédéfinie. Les entretiens se déroulaient dans un environnement calme, à huit clos, dans un

climat d'écoute et sans jugement. Les réponses des participants n'étaient jamais interrompues et un temps de réflexion leur était laissé si nécessaire.

Les entretiens étaient enregistrés, pour ne perdre aucune donnée et anonymisés. L'absence de prise de notes était propice à la fluidité de l'entretien. Il n'y a pas eu de problèmes techniques lors des enregistrements.

1.1.3. Analyse

L'analyse thématique des données a été réalisée à l'aide du logiciel N'VIVO ce qui a permis de limiter les pertes d'informations.

1.2. Limites

1.2.1. Biais liés au recrutement

L'échantillon final n'était pas représentatif de la population étudiée.

A noter que les résultats d'une étude qualitative n'ont pas pour but de pouvoir être généralisées à l'ensemble de la population étudiée.

Le recrutement a été effectué durant l'activité de remplacement dans un cabinet libéral à Villeurbanne, agglomération Lyonnaise. Les patients étaient issus d'un secteur géographique exclusivement urbain.

On n'a pas pu obtenir d'équilibre entre les sexes. La participation à l'étude était proposée à tout patient de plus de 65 ans, venant en consultation de médecine générale pour toute raison confondue, consommant des BZD depuis plus de 6 mois, par la chercheuse ou leur médecin traitant.

Sur les huit patients, un seul homme a été recruté.

Cela reste concordant avec l'état des lieux de la consommation des BZD en France en 2015, avec une prévalence plus élevée chez les femmes (16,6 %) que chez les hommes (9,7 %) quel que soit l'âge, et 65 % des utilisateurs prévalents de benzodiazépines étaient des femmes dont 36 % des sujets âgés de 65 ans ou plus (1).

Deux patients ont refusé de participer à l'entretien engendrant un biais de non-réponse.

Le recrutement indirect par le médecin traitant a pu favoriser un recrutement de personnes susceptibles d'être plus ouvertes à participer.

Dans le contexte de survenue de l'épidémie mondiale COVID-19 avec le confinement national en mars 2020, le recrutement et les entretiens ont dû être arrêtés plus précocement que prévu.

1.2.2. Biais de recueil de données

Le cadre des entretiens et la façon de poser les questions peuvent varier et entraîner des biais.

Le déroulement des questions abordant certains sujets, comme les effets indésirables ou les expériences et le désir du sevrage de leur traitement, ont pu influencer les réponses des participants au fil de l'entretien.

De plus, le statut de médecin généraliste de la chercheuse était connu par les participants, ce qui a pu influencer les réponses et créer des biais de déclaration. Certaines réponses ont pu être omises ou déformées involontairement ou volontairement.

La chercheuse était novice dans la recherche médicale qualitative, ce qui a pu participer à une perte d'information.

1.2.3. Biais d'analyse

Le manque d'expérience dans le domaine de l'analyse thématique des données a pu participer à un biais d'interprétation.

2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

2.1. Population

Dans la population générale, la prévalence de la consommation des BZD est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Dans notre étude la proportion des femmes a en effet été spontanément plus importante, 7 femmes pour 1 homme.

L'étude de l'ANSM de 2017 montrait que chez les plus de 65 ans, le bromazépam est la BZD la plus utilisée dans cette tranche d'âge et que la prévalence de l'oxazépam et larazépam est deux fois supérieur chez les plus de 80 ans par rapport à celle de chez les 65-79ans, une tendance qu'on retrouve dans notre étude.

Selon les recommandations de bonnes pratiques, les BZD doivent être prescrites pour une durée limitée, or cette consommation est souvent au long cours et tout particulièrement chez les personnes âgées. La consommation est souvent initiée lors d'un moment de vie stressant, pour faire face à des troubles anxieux ou une insomnie. La BZD est souvent utilisée comme un médicament qui a pour but de soulager un symptôme altérant la qualité de vie du patient de façon efficace et rapide. Dans une étude de 2007 de *Anthierens et al.* (30), les médecins généralistes se sentaient souvent dépassés par les problèmes psychosociaux de leurs patients, ils se montraient empathiques mais prescrivaient des BZD pour soulager leurs patients par manque d'alternatives, par manque de temps, par manque de formation et la facilité à l'accès à ces molécules.

La consommation des BZD chez les personnes âgées est souvent très prolongée. Selon l'étude de cohorte rétrospective basée sur les données THALES entre 2001 et 2006, menée par l'HAS, la médiane de durée de consommation est de 45 jours [min = 1 ; max = 2 418] chez les plus de 65ans.

Dans cette étude, la durée est évaluée à plus de 10 ans pour tous les participants.

2.2. Les résultats

Le sevrage en BZD chez les personnes âgées est une problématique récurrente en médecine générale. Cette étude a essayé de dégager les freins et les leviers à l'arrêt des BZD perçus par les patients âgés de plus de 65 ans.

On constate différents profils de consommation des BZD.

D'une part, une *consommation volontaire et positive* chez certains patients qui perçoivent leur traitement comme un moyen mis à leur disposition pour améliorer leur qualité de vie, lutter contre des symptômes désagréables. Leur traitement fait partie de leur quotidien, comme une habitude. Ils manifestent peu d'inquiétudes et souvent leur consommation est implicitement approuvée par l'absence de mise en garde de leur médecin ou de leur entourage. Parfois ils

occultent les mises en garde. Il n'y a pas de remise en cause du traitement et ils sont surpris à la proposition de sevrage. Ils peuvent avoir une impression de maîtrise sur leur traitement, ils modulent les posologies selon leur besoin, sans pour autant l'arrêter.

D'autre part, on retrouve un mode de *consommation résignée et lucide* avec une vision plus réaliste de leur situation. Les patients semblent conscients d'un danger potentiel du traitement, certains évoquent même l'idée d'une réelle dépendance. L'effet bénéfique du traitement penche la balance vers la poursuite de celui-ci. Certains patients perçoivent des messages négatifs vis-à-vis de leur traitement, par leur proches, médecins ou via d'autres moyens d'information comme les médias, mais ils continuent leur consommation, car selon eux, le bénéfice est plus important.

Cela permet de se rendre compte que le discours du médecin devrait être adapté au patient selon l'attitude et les croyances qu'il a sur son traitement. Le rôle du médecin prescripteur dans le cheminement du patient vers l'idée du sevrage est important, lors de l'initialement du traitement et à chaque consultation de renouvellement. L'initiation d'un sevrage est difficile et chronophage d'autant plus que les interventions doivent être répétées pour être entendues. Selon les recommandations de l'HAS (25) le sevrage doit être progressif sur quelques semaines ou quelques mois chez les personnes âgées et la réduction est déjà considérée comme un succès.

(31)

On peut noter que parfois le changement du médecin traitant ou une hospitalisation peut remettre en question l'ordonnance du patient. Les traitements pourront alors être reconsidérés avec le patient. Une discussion plus neutre peut être engagée, elle peut mener soit à l'arrêt, une réduction ou un changement pour une molécule de demi-vie plus courte. Une réflexion amenée par l'entourage ou par le praticien peut motiver une réduction ou une tentative de sevrage. L'idée de désapprobation du traitement par le médecin ou la famille, ainsi que la notion de dangerosité, peut remettre en question le traitement par BZD. Il semble important de prendre en charge le patient de façon individuel mais aussi dans son contexte familial, prenant en compte les facteurs sociétaux comme l'hypermédicalisation. Pour certains patients, un symptôme égale un médicament.

Parfois les patients peuvent montrer une forme de désengagement, modulant leur perception du danger du médicaments. L'étude qualitative de *Milder et al.* de 2011 (32) sur la consommation des anti-inflammatoires non-stéroïdiens retrouve le même phénomène de variabilité de perception du risque avec soit un transfert de responsabilité vers leur prescripteur, soit la

considération du risque moindre par rapport à autre médicament, soit un sentiment d'immunité vis-à-vis des effets indésirables devant une longue consommation sans toxicité apparente. Les patients peuvent se penser à l'abri des effets secondaires d'un médicament qu'ils prennent depuis longtemps et se sentir moins exposés par rapport aux autres consommateurs.

La notion de dangerosité du traitement, peut être l'un des éléments motivant le sevrage. Dans cette étude, la plupart des participants n'avaient pas de connaissances sur les effets indésirables ou alors des connaissances erronées et imprécises. L'étude de 2004 en Angleterre (33) montrait que la majorité de leurs patients déclaraient ne pas avoir été avertis des effets indésirables des BZD. L'absence d'effets indésirables ressenties malgré une consommation de longue date, peut d'autant plus renforcer la poursuite du traitement.

Les chances de sevrage des BZD peuvent être augmentées si le patient et le praticien sont éduqués sur l'utilisation et le mésusage des BZD. L'utilisation du calendrier de sevrage et d'une psychothérapie, qui a principalement pour but de soigner la pathologie sous-jacente, peuvent également favoriser le succès d'un sevrage. (34)

Certains patients ont évoqué des tentatives de sevrages qui n'ont pas abouti, avec parfois de mauvaises expériences qui peuvent décourager un nouvel essai. L'étude de 2004 en Angleterre (33) montrait que pour la majorité des praticiens interrogés, pour l'initiation d'un sevrage des BZD le problème se posait dans la gestion d'effet rebond de l'anxiété, de la dépression ou des troubles du sommeil. Par peur de revivre la même chose, de voir revenir leurs symptômes, certains patients mettent place des stratégies pour éviter d'être à court de leur médicament et pour ne jamais en manquer.

Il n'y a pas assez de preuves concernant les Entretiens Motivationnels (EM). Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) semblent plus efficace dans l'initiation du sevrage associée à la diminution progressive de la posologie, mais ne semble pas permettre un sevrage à long terme. (35, 36) Une approche centrée sur le patient semble plus adaptée pour comprendre la place qu'occupe le traitement dans leur vie. Le fait d'adapter le discours aux représentations du patient vis-à-vis de sa consommation problématique peut aider à faire avancer la balance décisionnelle.

Il semblerait pertinent d'étudier la combinaison de plusieurs approches chez la personne âgées afin de réduire leur consommation. On peut supposer que la multiplication de différentes

stratégies pourrait être intéressante dans cette démarche. D'autre part, il semble important de pouvoir proposer des alternatives aux Benzodiazépines, comme des consultations en gérontopsychiatrie pour une prise en charge spécialisée, cela permettra de prendre en charge les symptômes et les pathologies sous-jacentes, et de relayer le médecin traitant dans le parcours du patient.

Conclusion

Cette étude s'inscrit dans une problématique de santé publique luttant contre la surconsommation des Benzodiazépines chez la personne âgée.

Elle a pour but de dégager des pistes d'aide au sevrage des BZD en donnant la parole aux patients concernés. Elle s'est concentrée sur la relation qu'ont les patients avec leur traitement en essayant de relever et comprendre les freins et les leviers qu'ils peuvent percevoir face à cette démarche. Une étude qualitative avec une analyse thématique a été menée chez 8 patients de plus de 65 ans, traités par des Benzodiazépines de façon prolongée via un recrutement en structure de soins primaires.

Les résultats confirment, conformément à la littérature et aux données épidémiologiques, que le sevrage en BZD dans cette population est délicat et difficile. L'approche du sevrage doit se faire en prenant compte toute la complexité de la relation et des représentations que le patient a de son traitement, sans oublier l'influence de son environnement. Le patient est au centre de la problématique.

Il est important de sensibiliser les patients aux dangers du traitement, de renforcer la délivrance d'information des effets indésirables qui sont souvent méconnus.

Le meilleur moyen de prévenir une chronicisation de ce traitement est d'accorder une vigilance toute particulière à son initiation. L'éviter si possible avec une prise en charge spécialisée, comme un suivi gérontopsychiatrique précoce. La prise en charge du problème amenant la consommation du médicament est cruciale.

Si toute la fois, le traitement doit être introduit, la posologie et la durée doivent être réduites au maximum.

La décision d'un sevrage ou d'une réduction de traitement ne peut être prise que conjointement avec le patient, en évaluant ses connaissances, ses croyances et ses craintes. L'adhésion du patient est essentielle et il doit être accompagné à chaque étape de cette démarche.

Il apparaît crucial de proposer systématiquement une réduction ou un arrêt progressif du traitement aux consultations de renouvellement, d'informer les patients sur les difficultés du

sevrage et les risques du traitement, de mener des Entretiens Motivationnels, une TCC et surtout de proposer des alternatives et un suivi spécialisé.

Il faut continuer à sensibiliser les médecins généralistes face à cette problématique et pourquoi pas, envisager une revalorisation tarifaire de telles consultations qui sont souvent longues, ce qui ne laisse pas forcément le temps aux médecins de mener leur consultation à bien.

Ce qui semble certain, c'est qu'aucune piste ne pourra fonctionner de manière isolée, il faut combiner toutes les ressources disponibles.

Il serait intéressant d'étudier l'impact d'un suivi spécialisé en gérontopsychiatrie sur les facilités du sevrage des Benzodiazépines dans cette tranche d'âge.

Bibliographie

1. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 2 mars 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
2. Carrière I, Mura T, Pérès K, Norton J, Jaussent I, Edjolo A, et al. Elderly Benzodiazepine Users at Increased Risk of Activity Limitations: Influence of Chronicity, Indications, and Duration of Action—The Three-City Cohort. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 1 août 2015;23(8):840-51.
3. Verdoux H, Lagnaoui R, Begaud B. Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies. *Psychol Med*. mars 2005;35(3):307-15.
4. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS Drugs*. 2004;18(1):37-48.
5. Canham SL, Gallo J, Simoni-Wastila L. Perceptions of Benzodiazepine Dependence Among Women Age 65 and Older. *Journal of Gerontological Social Work*. 17 nov 2014;57(8):872-88.
6. Pérodeau G, Grenon É, Savoie-Zajc L, Forget H, Green-Demers I, Suissa A. Attitudes envers les benzodiazépines et intentions de sevrage des personnes âgées de 50 ans et plus. *Drogues, santé et société*. 2008;7(1):391.
7. Stephen M Stahl. *Stahl's essential psychopharmacology, neuroscientific basic and practical applications, Chapter 9 « anxiety disorders and anxiolytics, p388-419, fourth edition, Cambridge medicine, 2015*
8. Landry P, Gervais M, O'Connor KP. Mise à jour sur les considérations pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et les interactions médicamenteuses dans le choix d'une benzodiazépine. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 août 2008;166(7):585-94.
9. Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite | Legifrance [Internet]. [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000020690355>
10. Réglementation - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Reglementation/\(offset\)/8](https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Reglementation/(offset)/8)
11. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete

12. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie
13. Schweizer E, Rickels K. Benzodiazepine dependence and withdrawal: a review of the syndrome and its clinical management. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1998;393:95-101.
14. Rickels K, DeMartinis N, García-España F, Greenblatt DJ, Mandos LA, Rynn M. Imipramine and buspirone in treatment of patients with generalized anxiety disorder who are discontinuing long-term benzodiazepine therapy. *Am J Psychiatry.* déc 2000;157(12):1973-9.
15. O'Connor KP, Marchand A, Bélanger L, Mainguy N, Landry P, Savard P, et al. Psychological distress and adaptational problems associated with benzodiazepine withdrawal and outcome: A replication. *Addictive Behaviors.* 1 mai 2004;29(3):583-93.
16. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and Falls in Older People: A Systematic Review and Meta-analysis: I. Psychotropic Drugs. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1999;47(1):30-9.
17. Caramel VMB, Remarque EJ, Knook DL, Lagaay AM, Brande KJV den. Benzodiazepine Users Aged 85 and Older Fall More Often. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1998;46(9):1178-9.
18. Takkouche B, Montes-Martínez A, Gill SS, Etminan M. Psychotropic Medications and the Risk of Fracture. *Drug-Safety.* 1 févr 2007;30(2):171-84.
19. Wagner AK, Ross-Degnan D, Gurwitz JH, Zhang F, Gilden DB, Cosler L, et al. Effect of New York State regulatory action on benzodiazepine prescribing and hip fracture rates. *Ann Intern Med.* 16 janv 2007;146(2):96-103.
20. Laroche M-L, Charmes J-P, Nouaille Y, Picard N, Merle L. Is inappropriate medication use a major cause of adverse drug reactions in the elderly? *British Journal of Clinical Pharmacology.* févr 2007;63(2):177-86.
21. Ray WA, Thapa PB, Gideon P. Benzodiazepines and the risk of falls in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* juin 2000;48(6):682-5.
22. Schneeweiss S, Wang PS. Claims Data Studies of Sedative-Hypnotics and Hip Fractures in Older People: Exploring Residual Confounding Using Survey Information. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2005;53(6):948-54.
23. Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Moore N, Bégaud B. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use. *Eur J Clin Pharmacol.* août 2001;57(5):419-25.
24. Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA. Substance abuse among older adults. *Clin Geriatr Med.* 2014;30(3):629-54.
25. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_601509/fr/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age

26. Voshaar RCO, Gorgels WJMJ, Mol AJJ, Balkom AJLMV, Lisdonk EHVD, Breteler MHM, et al. Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: three-condition, randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. juin 2003;182(6):498-504.
27. Baillargeon L, Landreville P, Verreault R, Beauchemin J-P, Grégoire J-P, Morin CM. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *CMAJ*. 11 nov 2003;169(10):1015-20.
28. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer [Internet]. De Boeck; 2014.
29. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-57.
30. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1 janv 2007;25(4):214-9.
31. Voshaar RCO, Gorgels WJMJ, Mol AJJ, van Balkom AJLM, van de Lisdonk EH, Breteler MHM, et al. Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: three-condition, randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. juin 2003;182:498 504.
32. Milder TY, Williams KM, Ritchie JE, Lipworth WL, Day RO. Use of NSAIDs for osteoarthritis amongst older-aged primary care patients: engagement with information and perceptions of risk. *Age Ageing*. mars 2011;40(2):254-9.
33. Iliffe S, Curran HV, Collins R, Yuen Kee SC, Fletcher S, Woods B. Attitudes to long-term use of benzodiazepine hypnotics by older people in general practice: findings from interviews with service users and providers. *Aging Ment Health*. mai 2004;8(3):242-8.
34. Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. févr 2014;204(2):98-107.
35. 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.
36. Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallières A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry*. févr 2004;161(2):332 42.

Annexe 1 : Guide d'entretien

Personnes âgées de plus 65ans sous BZD au long cours

Bonjour,

Tout d'abord je vous remercie de m'accorder de votre temps pour cet entretien.

Je réalise actuellement un travail pour ma thèse de Médecine Générale.

Je souhaiterais vous poser quelques questions sur le traitement que vous prenez.

Pour cela je vais interroger plusieurs personnes afin d'avoir un maximum de réponses.

Si vous le voulez bien, je vais enregistrer notre conversation, afin de faciliter mon travail de retranscription par la suite. Je serai la seule à avoir accès à l'enregistrement audio, mais la retranscription écrite pourra apparaître dans le travail final et pourra faire l'objet de publications scientifiques si vous êtes d'accord.

Cela reste anonyme, et votre identité est tenue secrète.

Vous répondez comme vous le sentez, vous pouvez dire tout ce que vous pensez, je ne suis pas là pour vous juger. Il ne s'agit pas d'un test, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Mon but est de récupérer votre opinion et ressenti sur le sujet.

Si vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous avez une question, n'hésitez pas à me demander.

I Contexte de la prescription

- 1) Quand je vous dis médicaments contre l'insomnie ou stress qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?
- 2) Prenez le temps de vous souvenir du moment où ce traitement a été débuté.

Relances si besoin :

- *Que s'est-il passé précisément ?*
- *Depuis combien de temps prenez-vous ce médicament ?*
- *Qui vous l'a-t-il prescrit la première fois ?*
- *Pourquoi vous l'a-t-on proposé ?*
- *Comment l'avez-vous vécu ?*
- *D'après vous, pourquoi avez-vous poursuivi ce traitement ?*
- *Il y a-t-il eu des modifications de la posologie ?*

- 3) Comment et avec qui discutez-vous de ce traitement ? De quoi parlez-vous ?
De quelle manière pensez-vous que votre entourage a une influence sur votre traitement ?

II Le ressenti et le vécu actuel des patients vis-à-vis de leur traitement et son sevrage

- 4) Quelle est votre opinion vis-à-vis du médicament pour le stress ou l'insomnie ?
Selon vous, quel rôle joue ce médicament dans votre quotidien ?
- 5) Que ressentez-vous quand vous prenez votre médicament ?
- 6) Quels effets indésirables avez-vous rencontrés ou pourrait-il entraîner ?
- 7) Selon vous, que se passerait-il si vous arrêtiez ce traitement ?
- 8) Comment réagiriez-vous à une proposition d'arrêt ?
- 9) Pouvez-vous essayer de vous souvenir si vous avez déjà essayé d'arrêter ou de diminuer la posologie de votre traitement ?
Relances : Si oui,
Comment cela s'est-il passé ?
Qu'est-ce qui vous a motivé ou démotivé ?
Quel accompagnement avez-vous eu ?
Quels ont été les difficultés ou les obstacles que vous avez rencontrés ?
Quels sont les facilités que vous avez rencontrées ?

D'après-vous, quelles sont les raisons pour lesquelles l'arrêt n'a pas abouti ?
D'après vous, aurait-on pu procéder autrement et si oui comment ?
- 10) Selon vous, quelle est la meilleure manière d'arrêter de prendre ce médicament
- 11) Avez-vous des remarques ?

III Epidémiologie/ Caractéristiques du patient

- 12) Age
- 13) Sexe
- 14) Entourage familial
- 15) Conducteur ?
- 16) Toxiques ?
- 17) Quelle molécule pour l'insomnie ou le stress prenez-vous ? A quelle posologie ? A quelle fréquence prenez-vous ce médicament ?

Annexe 2 : Calendrier de suivi de l'arrêt des benzodiazépines

Calendrier de suivi de l'arrêt

Données indispensables au suivi de votre diminution de dose de benzodiazépine

Renseignement sur le traitement (à remplir par le médecin)

Nom de la benzodiazépine :

Posologie initiale :

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

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

Durée prévisible de la période d'arrêt du médicament :

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

CALENDRIER D ARRÊT

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

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

Ce calendrier d'arrêt est destiné à :

- mieux vous faire comprendre les modalités d'arrêt des benzodiazépines ;
- noter les données indispensables au suivi du protocole (notamment les symptômes inhabituels) ;
- mieux informer votre médecin sur votre démarche d'arrêt des benzodiazépines.

Pour plus d'informations sur les modalités d'arrêt, n'hésitez pas à questionner votre médecin.

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. :

Nom et coordonnées de la personne à contacter en cas de problème :

.....
.....

Médecin traitant :

Adresse :

Tél. :

Cachet :

Pharmacien :

Adresse :

Tél. :

Cachet :

Annexe 3 : Agenda sommeil-éveil

Agenda sommeil – éveil

Nom et prénom du patient : Nom du médecin : Dates : période du/../... au/../...

Jours (*)	Hypnotique (cocher)															Qualité du sommeil	Qualité de l'éveil	Remarques
		19 h	21 h	23 h	1 h	3 h	5 h	7 h	9 h	11 h	13 h	15 h	17 h	19 h				
Lun																		
Mar																		
Mer																		
Jeu																		
Ven																		
Sam																		
Dim																		
Lun																		
Mar																		
Mer																		
Jeu																		
Ven																		
Sam																		
Dim																		
Lun																		
Mar																		
Mer																		
Jeu																		
Ven																		
Sam																		
Dim																		

Mode d'utilisation

- ↓ Heure d'extinction de la lumière
- /// Périodes de sommeil (griser)
- Périodes d'éveil nocturne (laisser en blanc)
- ↑ Heure du lever

- Fatigue
- ★ Envie de dormir
- Sieste involontaire
- Sieste volontaire

Qualité du sommeil : *noter de 1 à 10 dans la case* Exemple : | 8 |
 Qualité de l'éveil : *noter de 1 à 10 dans la case* Exemple : | 5 |
 (état dans la journée : en forme ou non)
 Traitement : *en cas de prise d'hypnotique, cocher la case* : | X |

Annexe 4 : Grille COREQ

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1	Enquêteur	BOUYNE Irina
2	Titre académique	Interne en médecine générale
3	Activité	Médecin généraliste remplaçant
4	Genre	Femme
5	Expérience et Formation	Première expérience dans le domaine de la recherche qualitative
<i>Relation avec les participants :</i>		
6	Relation antérieure	2 entretiens avec des patients rencontrés antérieurement en consultation de médecine générale lors des remplacements
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Cadre de la recherche : thèse d'exercice de médecine générale Les participants informés du statut de l'enquêteur de façon standardisé
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Intérêt pour les soins primaires en médecine générale
Domaine 2 : Conception de l'étude		
<i>Cadre théorique</i>		
9	Orientation méthodologique et théorie	Analyse thématique du discours
<i>Sélection des participants</i>		
10	Echantillonnage	Elaboration d'un échantillon en variation maximale
11	Prise de contact	Recrutement sur demande directe en consultation en soins primaire par l'enquêteur ou un autre médecin généraliste faisant partie du réseau de l'enquêteur. Prise de contact par téléphone.
12	Taille échantillon	Jusqu'à saturation des données
13	Non-Participation	Trois refus de participation après acceptation

<i>Contexte</i>		
14	Cadre de la collecte de données	Domicile, cabinet médical
15	Présence de non participants	Aucun
16	Description de l'échantillon	6 entretiens réalisées entre Septembre et octobre 2019. 6 participants de sexe féminin, âgées de 71 à 90 ans.
<i>Recueil des données</i>		
17	Guide d'entretien	Guide élaboré suite à des recherches bibliographiques discuté avec la directrice de thèse et les enseignants chercheurs du Département de Médecine Générale
18	Entretiens répétés	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio via smartphone
20	Cahier de terrain	
21	Durée	Entre 12 et 17 minutes
22	Seuil de saturation	Il a été choisi de parler de suffisance des données.
23	Retour des retranscriptions	Uniquement à la demande, aucune retranscription n'a été demandée.
Domaine 3 : Analyse et résultats		
<i>Analyse des données</i>		
24	Nombre de personnes codant les données	L'enquêteur a codé seul les données
25	Description de l'arbre de codage	
26	Déterminants des thèmes	Analyse thématique déterminée par les données, en rassemblant les codes du verbatim
27	Logiciel	L'enquêteur a fait recours à un logiciel de codage pour étude qualitative (NVIVO)
28	Vérifications par les participants	Aucune vérification par les participants
<i>Rédaction</i>		
29	Citations présentées	Les citations des participants ont été utilisées pour illustrer les résultats. Les participants étaient identifiés de façon anonyme avec un numéro correspondant à l'ordre chronologique des entretiens.
30	Cohérence des données et des résultats	Les données présentées étaient cohérentes avec les résultats.

31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont été exposées de façon claire dans les résultats représentant à chaque fois un titre de paragraphe facilement identifiable.
32	Clarté des thèmes secondaires	Il y a eu discussion des thèmes secondaires et des cas particuliers.

Annexe 5 : Les entretiens semi-dirigés

Patient n°1

Le 9/09/2019

Durée : 14min32

A domicile

I Contexte de la prescription

1) Quand je vous dis médicaments contre l'insomnie ou stress qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Pour les nerfs, je sais pas, moi je dors pas...des fois à 2h, 3h du matin je me réveille, je redors pas. Comme hier je suis restée toute seule, je me suis angoissée vous savez, et je vois que je vais pas mieux, puis je vais me coucher tard, plus de 11h et bah à 1h je me suis réveillée d'un seul coup, l'angoisse m'a pris.

Et à ce moment-là vous reprenez un médicament ?

Je ne prends que ce qu'il m'a donnée, sauf à midi j'en reprends un entier de Seresta, tant pis je ne lui ai pas dit mais ...

2) Prenez le temps de vous souvenir du moment où ce traitement a été débuté.

Oulala je ne me rappelle pas, ça fait déjà longtemps

C'était il y a combien de temps ?

Oulala je ne me rappelle plus, c'était encore Dr B***

Qu'est ce qui s'est passé ?

C'est parce que je fais des angoisses, quand j'étais plus jeune, j'avais tout vu, j'avais une blessure... vous savez quand vous êtes jeune, vous avez des enfants tout ça, et ma belle-sœur m'avais accusé d'une histoire qui avait rien à voir, que mon beau père était tombé dans la rue, et mon beau père est rentré à Edouard Hériot et il a rien dit, et ça m'a tout retombé sur les bras, et ça m'a travaillé tellement et là j'ai fait de la déprime. J'étais voir un spécialiste pour les nerfs, c'est lui qui a commencé. C'était un psychiatre, il doit être à la retraite maintenant, c'est vieux hein ! Bien il était, quelques temps après il s'est mis à la retraite. Il m'allongeait, il me questionnait, bien bien hein, il m'a remis sur pied.

C'est que je dormais plus ... je sortais plus hein, et pour pas sortir je lavais tous mes murs, machins, tellement ça m'avait... Ça m'avait tellement secoué hein, vous savez quand vous êtes jeune, et mon mari il ne m'a pas soutenue alors... je me rappellerai tout le temps.

3) Comment et avec qui discutez-vous de ce traitement ? De quoi parlez-vous ?

Non je ne raconte rien, je dis rien, les nerfs, vous savez, les gens ils comprennent rien hein, c vrai hein, déjà ma sœur maintenant je ne lui en parle plus, elle a pris la maladie...elle me dit « j'ai jamais rien pris c'est toi qui s'est fait des idées ... »

De quelle manière pensez-vous que votre entourage a une influence sur votre traitement ?

Non.

Parce que vous n'en parlez pas ?

Même mes enfants, je leur dis pas, vous savez les garçons...mais ils savent mais ils me posent

pas de questions.

II Le ressenti et le vécu actuel des patients vis-à-vis de leur traitement et son sevrage

4) *Quelle est votre opinion vis-à-vis du médicament pour le stress ou l'insomnie ?*

Ben ça me passe hein ... je suis angoissée ... je prends quand c le moment, j'en prends pas plus hein ! j'en prends pas plus hein ! J'en prends un le matin, un midi, qu'il me donne une moitié et j'en reprends une moitié, et le soir, c'est tout hein, et puis mes deux Lamalines, et le matin un Lamaline et un midi et deux pour dormir, je lui ai dit que ça me fait dormir alors il était content.

Selon vous, quel rôle joue ce médicament dans votre quotidien ?

Ça m'enlève mon angoisse.

C'est important ?

Mais j'en prends pas plus, pas plus ce qu'on me donne ! Regardez quand ça m'a pris à une heure du matin, j'aurais pu en prendre un, mais j'ai pas pris, j'ai dit non , je prends pas plus qu'est-ce qu'ils me disent. Il y a juste la Lamaline, mais si j'ai vraiment mal au ventre ils m'ont donnée doliprane, mais ça me fait rien ...

5) *Que ressentez-vous quand vous prenez votre médicament ?*

Bah je suis bien quoi, j'ai pas d'angoisses

Ça vous enlève l'angoisse oui ?

Une fois j'ai oublié... je suis pas jeune hein ! (silence)

6) *Quels effets indésirables avez-vous rencontrés ou pourrait-il entraîner ?*

Rien du tout... Que pourrait-il entraîner ? Non j'ai jamais rien eu ... Non non non ...

7) *Selon vous, que se passerait-il si vous arrêtiez ce traitement ?*

L'angoisse, elle reviendrait hein, rien que de le savoir, déjà je prenais une moitié... et toute l'après-midi ... L'autre fois j'ai oublié de le prendre... vous voyez des fois la tête... vous oubliez. Là j'avais été invitée chez mes petits-enfants, vous voyez, j'y ai pas pensé, j'ai amené sur moi mais...

Qu'est ce qui s'est passé ?

RIEN, j'y ai pas pensé ! j'y pense pas parfois.

8) *Comment réagiriez-vous à une proposition d'arrêt ?*

Ah non je voudrais pas, je pourrais pas, là non! Rien que de sentir de pas le prendre déjà ... (silence)

9) *Pouvez-vous essayer de vous souvenir si vous avez déjà essayé d'arrêter ou de diminuer la posologie de votre traitement ?*

Jamais arrêté non, personne, même Dr B***

Vous savez ce qu'il m'a fait une fois B***, il m'a tout arrêté ! Tout ! Et je prenais que le soir et bin, ça m'a pas fait tout de suite mais je mangeais plus rien, j'avais dû perdre au moins plus de 10kg en une semaine hein, c'est vrai hein, tout le monde me disait « qu'est-ce que t'as », et je sortais pas. Alors après, il y a la pharmacienne là, elle était bien la pharmacienne, elle me dit « mais retournez voir votre docteur, vous pouvez pas rester comme ça ».

Je lui dis, Dr B*** le savais, moi je peux plus hein et il m'a tout redonné ! Et après, quand je suis retourné le voir je l'ai remercié, « ah ça me fait plaisir, vous m'avez remis sur pieds ! »

Si vous saviez, j'avais perdu plus de 10kg, je mangeais plus, plus rien, je dormais pas la journée.

Comme il m'en avait donné le soir, je prenais le soir, pour dormir quoi, et là ça me faisait dormir toute la nuit. Parce que pas en prends pendant toute la journée hein ... pendant 3 semaines ça a été... mais après.... Ça plus été. Je mangeais plus rien, je sortais plus... plus rien.

Et j'ai fait venir un docteur, un SOS médecin, et il a pas su. Il a joué sur ma constipation et c'est vrai je suis bien constipée, alors il a dit, « votre maman elle n'a rien », alors je suis pas allée à la pharmacie parce que j'avais déjà tous les médicaments, mais il m'a rien donnée pour les nerfs hein ! Rien rien !

Et c'est après ça que je suis allée à la pharmacie et ils m'ont dit de pas rester comme ça. Et Dr B*** il a tout compris alors il m'a tout redonné.

10) Selon vous, quelle est la meilleure manière d'arrêter de prendre ce médicament ?

Je sais pas, et pourquoi il faudrait je l'arrête? Je peux pas vous dire...

Je l'avais arrêté 3 semaines, vous m'aurai vu hein !

11) Avez-vous des remarques ?

Vous voulez pas me l'enlevez ... parce que.... je sais pas.

III Epidémiologie/ Caractéristiques du patient

12) Age

85ans

13) Sexe

F

14) Entourage familial

2 fils, un à Paris et un autre dans la région, il vient une fois par semaine, diner, il s'occupe de tout, les réparations. Il est très présent

15) Conducteur?

Non, après un accident, distraite est rentrée dans une voiture en stationnement, il y a longtemps.

16) Toxiques?

Non.

17) Quelle molécule pour l'insomnie ou le stress prenez-vous ? A quelle posologie ? A quelle fréquence prenez-vous ce médicament ?

SERESTA 1 – ½ - 1

Patient n°2
Le 24/09/2019
Durée : 14 :31
A domicile

I Contexte de la prescription

1) Quand je vous dis médicaments contre l'insomnie ou stress qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Ça me fait penser qu'il y a beaucoup de gens qui n'arrivent pas à dormir, le stress... les gens qui sont stressés. Je pense que ça vient de notre mode de vie aussi.... C'est tout ce que ça m'évoque... et beaucoup de souffrance morale je pense aussi. Car quand on dort mal, on n'est pas bien, on n'est pas bien et la nuit et le lendemain parce qu'on est super fatigué.

Et le stress, c'est une angoisse, c'est quelque chose de très pénible à vivre

Et ça vient un peu de notre société je pense, qui est stressante, et puis plus les aléas de la vie, les problèmes familiaux...plus plus plus ...

2) Prenez le temps de vous souvenir du moment où ce traitement a été débuté.

Ah bah je me rappelle très très bien, ça c'est une chose que je n'oublierai jamais.

J'ai été mariée une première fois, c'était un amour d'enfance qui a duré des années et puis il y a eu une rupture, un divorce et la ça a commencé à dégénérer ma santé mentale, j'étais très angoissée, c'était un divorce en fait que je ne voulais pas, enfin, que je ne voulais pas... c'est pas ça, c'est pas que je ne voulais pas, enfin je le voulais et je ne le voulais pas. Et il s'est fait, pour une raison très simple que mon mari était stérile et il était magrébin, d'origine magrébine, c'était un cousin d'ailleurs, qu'avait fait des études ici à Lyon en tant que docteur vétérinaire, et le problème se posait vu qu'on avait pas d'enfants et il s'est avéré que c'était lui qui était stérile et dans un milieu magrébin, le fait qu'une femme n'ait pas d'enfant... ça faisait très longtemps qu'on était marié, je l'avais connu toute jeune, etc, le fait qu'une femme n'ait pas d'enfants c'est un gros problème, et on remet tout sur la femme sans savoir, sans avoir fait d'examens, rien du tout. Et moi à l'époque j'étais laborantine en Algérie aussi, on avait fait un spermogramme à mon mari et on avait trouvé une azoospermie totale, donc je lui ai dit « va voir un médecin » il m'a dit « non non non », pas ici en Algérie. C'est dégradant pour un homme si vous voulez, d'aller consulter un médecin, surtout pour ce genre de problème, il est parti à Paris, où il a confirmé sa stérilité, il avait une chance sur 100 de pouvoir avoir des enfants. Donc, notre couple a commencé à se dégrader. Lui, quand il a su ça, il s'est donné à fond dans son travail, il était docteur vétérinaire, c'était un des premiers docteurs vétérinaires algériens, il voyageait bcp, il acceptait des missions à droite à gauche. Moi j'étais toujours à la maison, puis bon, ça a dégénéré, le divorce, le divorce... et là ça été dramatique... les angoisses, les regrets, j'aurais dû peut être accepter cette situation, c'est là le départ.

Le départ est là.

Qui vous l'a-t-il prescrit la première fois ?

Quand moi j'étais en Algérie, je travaillais aussi et puis bon, on avait divorcé en 75, je suis rentrée en 77, plus rien n'allait, plus rien n'allait...

Je suis rentrée, ma mère était très malade, elle est morte assez jeune d'ailleurs, je n'arrivais pas à oublier ce divorce, c'est en France que j'ai consulté, j'ai consulté à Toulouse, si j'ai bonne mémoire, un médecin qui m'avait mis au départ sous Valium parce que j'étais pas bien du tout.

C'était un médecin généraliste ?

Oui c'est un généraliste, et puis bon petit à petit on est passé sus Lexomil, c'est Dr L*** qui me la prescrit...

Mais bon c'est en France qu'on m'a prescrit le Valium et je ne sais plus quel médecin m'a dit

que non il faut arrêter ça parce que c'est trop fort, et puis voilà, et puis il y a eu d'autres problèmes ... j'ai eu pas mal de problèmes à l'adolescence avec mon fils, une femme seule Après bon, je me suis remise en couple, j'ai eu mon fils... et puis bon... ça ne marchait pas non plus Décidemment ! Ça ne marche pas souvent avec moi !

Ça ne marchait pas, on s'est séparé aussi avec le père de mon fils et puis bon, les problèmes à l'adolescence de mon fils, j'étais une femme seule à ce moment-là, ça n'a pas toujours été facile non plus, et puis voilà... voilà ... ça s'est enchaîné quoi... Et c'est devenu une habitude.

C'est devenu une habitude, c'est devenu comme... un besoin, une addiction, que j'ai du mal à Comment dirai-je... que j'ai du mal à supprimer quoi.

Le fait que je ne l'ai pas pris, seulement, que je ne l'ai pas pris, ça me provoque une angoisse. Il faut que je le prenne pour me sentir en sécurité psychologiquement.

3) Comment et avec qui discutez-vous de ce traitement ? De quoi parlez-vous ? De quelle manière pensez-vous que votre entourage a une influence sur votre traitement ?

Ah bah, mon entourage est très limité. Je suis veuve depuis 5ans, parce qu'après je me suis remariée, je suis veuve depuis 5ans, mon entourage est très limité, j'ai mes enfants qui sont à coté de Toulouse, et puis bon je ne parle pas de ça avec mon... non...

4) Il y a-t-il eu des modifications de la posologie ?

Ça a été modifiée... disons à la mort de mon mari, où j'ai été un peu angoissée, j'étais à 1, je suis restée à 1 comprimé par jour pendant des années, et puis à la mort de mon mari, je me suis retrouvée toute seule. Des problèmes de succession, parce qu'il avait des enfants d'un côté, moi de l'autre, bref, Dr C** m'avait augmenté un peu la dose, mais bon il me demande tout le temps de diminuer... mais bon c'est pas facile... (rires)

Des fois je prends que 1... enfin, maintenant je prends $\frac{3}{4}$ le matin et je prends $\frac{1}{4}$ dans l'après-midi et $\frac{1}{4}$ le soir, je m'arrange ... je m'arrange à ma façon quoi...

II Le ressenti et le vécu actuel des patients vis-à-vis de leur traitement et son sevrage

5) Quelle est votre opinion vis-à-vis de ce médicament ?

Ah, ben je pense qu'il est indispensable pour les gens qui sont très stressés, fin je pense, afin qu'il y a autre chose plus miraculeux disons... ?

6) Selon vous, quel rôle joue ce médicament dans votre quotidien ?

Disons, que ça m'empêche à penser à beaucoup de choses, à la fin de vie...à la mort...parce qu'on y pense quand on est retraité, qu'on vit dans un cocon tout seul sans pouvoir rigoler, sans pouvoir discuter, forcément, on pense souvent à ça... et ça me soulage un petit peu, ça me soulage mes angoisses.

7) Que ressentez-vous quand vous prenez votre médicament ?

Qu'est-ce que je ressens ? Rien de spécial, non.

8) Quels effets indésirables avez-vous rencontrés ou pourrait-il entraîner ?

Bah écoutez, moi je sais que, il y avait un médecin qui m'a dit « Attention, faites attention, vous allez perdre la mémoire, ça agit sur la mémoire ». Bon c'est vrai que j'ai petits oublis comme tout le monde, des fois je remonte parce que je ne sais pas si j'ai fermé ma porte, des trucs comme ça quoi. Maintenant, des gros oublis, jusqu'à maintenant je touche du bois... je pense pas. Je sais que ça peut entraîner la perte de mémoire, ça je sais ! Je les connais pas les effets secondaire, je l'ai même pas lu, je veux pas les savoir, parce que je sais que de toute façon effets secondaires ou pas, il m'est nécessaire !

9) Selon vous, que se passerait-t-il si vous arrêtiez ce traitement ?

Oulala, je pense que ce sera dramatique pour moi. Je pense... Il faudrait que je vive dans un autre contexte, avec mes petits-enfants, mon fils...pour savoir quelqu'un auprès de moi. Mais comme ça arrêter nette là actuellement, je ne sais pas quelles seraient les conséquences

10) Pouvez-vous essayer de vous souvenir si vous avez déjà essayé d'arrêter ou de diminuer la posologie de votre traitement ?

Dr C*** me le préconise à chaque fois, mais bon...

Est-ce que vous avez déjà essayé de l'arrêter ou diminuer ?

Diminuer... un peu mais pas beaucoup. J'évite de moi-même... le docteur me l'avait préconisé à plusieurs reprises, il m'avait même proposé un stage je crois, enfin, il avait regardé sur internet, je crois qu'il y a des stages pour justement enlever cette addiction, mais c'est pas gratuit non plus je pense, donc voilà... moi je sais pas ...

Je voudrais bien l'arrêter, pourquoi pas, moi ça me gêne pas de l'arrêter mais j'ai peur de tomber dans une forme de dépression, d'angoisse vraiment très grande, c'est ça qui me fait peur...

Sinon l'arrêter, s'il y a aucune séquelle de l'arrêt, moi personnellement ça ne me dérange pas, mais pas du tout, au contraire.

Mais moi je veux pas, Dr C** me l'a dit plusieurs fois...

11) Selon vous, quelle est la meilleure manière d'arrêter de prendre ce médicament

Quel serait le meilleur moyen de l'arrêter ? Mais je sais pas moi ... proposer un autre médicament, c'est toujours un autre médicament, c'est toujours pareil, Xanax et compagnie c'est toujours la même chose, je vois pas, je peux pas répondre à cette question ... franchement.

12) Avez-vous des remarques ?

Non

III Epidémiologie/ Caractéristiques du patient

13) Age

71ans

14) Sexe

F

15) Entourage familial

Fils et petits enfants à Toulouse, se voit en vacances. Projet de rapprochement à Toulouse

16) Conducteur ?

Non, depuis 97

17) Toxiques ?

Non

18) Quelle molécule pour l'insomnie ou le stress prenez-vous ? A quelle posologie ? A quelle fréquence prenez-vous ce médicament ?

LEXOMIL : ½ - ¼ - ½

Patient n°3
Le 8/10/2019
Durée : 11min44
A domicile

I Contexte de la prescription

1) Quand je vous dis médicaments contre l'insomnie ou stress qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Je dors bien, je prends rien pour dormir. Après j'ai le Seresta le soir, est-ce que ça a une influence sur le sommeil... Non je pense pas, j'en prend le matin. Parce que pour ne rien vous cacher, je pleure beaucoup... Et même avec l'antidépresseur il n'y avait aucun résultat, si ce n'est que ça m'a fait prendre 5 kg, voilà. Donc le Seresta, j'en prend le matin, parce que je suis pas très bien et puis je suis un peu mieux vers les 10-11h.

2) Prenez le temps de vous souvenir du moment où ce traitement a été débuté.

AAAH le Temesta, ça fait des années et des années... Je ne saurais pas vous dire en quelle année ... C'était Dr L** qui me suivait ... Mais alors depuis très longtemps, pourtant j'ai une bonne mémoire mais ça fait tellement longtemps !

Qu'est ce qui s'est passé ? Pourquoi on vous l'a prescrit ?

Pour essayer ! Pour voir, pour calmer ces crises de larmes, Bon ça allait mieux, ça recommençait. Pourtant je suis bien entourée, les auxiliaires de vie, j'ai les aides-soignantes, j'ai une de mes filles qui est très présente. C'est dès fois que je me voit toute seule... Voilà. J'ai été au Prozac au Xanax... ça allait pas mieux... alors c'est un cas démoralisant. J'avais bien une soixantaine d'année quand on me la prescrit.

3) Comment et avec qui discutez-vous de ce traitement ? De quoi parlez-vous ?

Pas vraiment non, je le prends et puis voilà. L'infirmier me fait mon pilulier tous les mardis et voilà.

Avec Dr L***, il m'a dit qu'il faudrait le supprimer, Du reste il m'a fait une ordonnance pour que j'essaie de le supprimer.

Et vous avez réussi à diminuer ?

On a commencé ce matin, il m'en a mis moins dans mon pilulier, voilà, alors on va voir. L'antidépresseur aussi, un jour sur deux. Donc on commence demain.

De quelle manière pensez-vous que votre entourage a une influence sur votre traitement ?

Ah non pas du tout.

II Le ressenti et le vécu actuel des patients vis-à-vis de leur traitement et son sevrage

4) Quelle est votre opinion vis-à-vis du médicament pour le stress ou l'insomnie ?

Ben écouter, jusqu'à maintenant, il y a des personnes à qui ça réussit très bien ... Mais moi je sais pas, j'ai pas l'impression que ça marche pour moi.

5) Selon vous, quel rôle joue ce médicament dans votre quotidien ?

Bah, pas grand-chose car je n'arrête pas de pleurer, même avec l'antidépresseur. Puis quelque fois des crises de larmes.

6) Que ressentez-vous quand vous prenez votre médicament ?

Quand je le prends, il n'y a pas d'effet comme ça, c'est au milieu de matinée, je sens que je suis un peu mieux mais enfin ça dure pas ... Ça dure pas. Un petit mieux ...

7) *Quels effets indésirables avez-vous rencontrés ou pourrait-il entraîner ?*

Non, jamais. Sauf avec le Prozac, j'étais pas bien alors j'ai arrêté, j'étais pas bien, je me suis dit que je dois arrêter de me droguer si ça va pas ... Le Seresta, j'ai pas d'effets d'indésirables ... Le Temesta, on m'a dit qu'on va arrêter parce que c'est pas bon pour votre âge. Le Seresta, c'est peut être pareil ... A l'hôpital on m'a pas dit plus.

8) *Selon vous, que se passerait-il si vous arrêtiez ce traitement ?*

Je peux l'arrêter mais pas d'un coup, je vais diminuer les doses et puis en prendre qu'un le matin. Je vais essayer et puis on verra. Même peut être comme l'antidépresseur, un jour sur deux. Je vais faire l'essai.

Est-ce que c'est bon d'arrêter un médicament comme ça brutalement ? Je pense, ça pourrai pas aller plus mal, parce que je vous l'ai dit, je n'arrête pas de pleurer, je continuerai de pleurer, c'est pas un problème. Il faudrait que je me secoue un peu, je ne suis pas à plaindre, je suis bien entourée ...

9) *Pouvez-vous essayer de vous souvenir si vous avez déjà essayé d'arrêter ou de diminuer la posologie de votre traitement ?*

J'ai été hospitalisée deux mois et demi fin juin. Je suis sortie début septembre pour une fracture du bassin. Et là, à l'hôpital on m'a passé sous Seresta, je ne me suis pas rendu compte. Le Temesta j'avais des résultats un peu mieux, mais ça faisait tellement longtemps que j'en prenais, et puis je vous dit, à l'hôpital on m'a dit que c'était pas très bon à mon âge alors j'ai pas insisté, voilà.

10) *Il y a eu des changements de votre posologie ?*

Non, non... J'en prenais un demi le matin et un demi le soir, c'est tout.

11) *Selon vous, quelle est la meilleure manière d'arrêter de prendre ce médicament*

Le meilleur moyen, je ne sais pas. De le faire, comme on me dit, progressivement. C'est bon j'arrête, je n'en prendrai plus qu'un le matin, pendant quelques temps, un jour sur deux et puis j'arrêterai complètement.

12) *Avez-vous des remarques ?*

Non, je ne peux pas dire que le Seresta m'ait fatigué, rien du tout.

III Epidémiologie/ Caractéristiques du patient

13) *Age*

90ans

14) *Sexe*

F

15) *Entourage familial*

Deux filles proches, présentes, passent plusieurs fois par semaine

16) *Conducteur ?*

Non

17) *Toxiques ?*

Non

18) Quelle molécule pour l'insomnie ou le stress prenez-vous ? A quelle posologie ? A quelle fréquence prenez-vous ce médicament ?

TEMESTA puis SERESTA 1-1-1

Patient n°4
Le 11/10/2019
Durée : 13 :21
Au cabinet

I Contexte de la prescription

1) Quand je vous dis médicaments contre l'insomnie ou stress qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

C'est-à-dire que moi, vous savez, je fais, je monte je descends... un coup un haut un coup en bas, comment on appelle ça... Bipolaire, c'est un peu ça ...

2) Prenez le temps de vous souvenir du moment où ce traitement a été débuté.

Oula, ça fait bien 4 ans... Et bon ben quand tout va bien j'en prends pas. Quand je prends des crises, des gros maux de tête, ça sert devant et derrière, j'en prends, jusqu'à 4 par jour des 50mg.

Vous vous souvenez comment ça été commencé ? Qui vous l'avait prescrit ?

C'est un psychiatre.

Et pourquoi ?

Des grosses angoisses, des gros problèmes, puis voilà. Il est très efficace mais, c'est peut-être parce que ça fait longtemps que je le prends, je trouve qu'il est moins efficace maintenant. Est-ce que c'est en rapport avec le médicament... Il faut le changer ? Il me soulage pour les maux de tête. Je prenais de l'Imovane et je suis arrivée d'en prendre qu'une moitié. Ça va faire un mois. J'ai complété avec des herbes, et ça m'a permis de diminuer. Parce que le médecin m'a dit que ça fait perdre la mémoire alors je suis arrivée à lutter contre ça. Le Seresta, je ne le prends pas quand tout va bien, je le prends uniquement quand j'ai des crises, quand ça va mal, autrement, quand tout va bien, j'en prends pas.

3) Comment et avec qui discutez-vous de ce traitement ? De quoi parlez-vous ? De quelle manière pensez-vous que votre entourage a une influence sur votre traitement ?

Non, pas avec l'entourage. Quand ça allait pas, je venais et il me montait la dose, et puis après je repartais. Mais il y a des moments, je n'en prends pas du tout quand tout va bien.

II Le ressenti et le vécu actuel des patients vis-à-vis de leur traitement et son sevrage

4) Quelle est votre opinion vis-à-vis du médicament pour le stress ou l'insomnie ?

Ça joue sur l'anxiété ? Pour moi il me va bien, il est bon mais enfin ... Il faut attendre un certain temps avant qu'il fasse effet.

5) Selon vous, quel rôle joue ce médicament dans votre quotidien ?

Il m'aide à être moins fatiguée, je me laisse pas aller je fais de la piscine et aquagym. Pour l'instant c'est un médicament qui me va bien. Je suis en train de me demander, parce qu'en ce moment j'en prends 3 par jour, je sais pas si c'est vraiment suffisant ...

6) Que ressentez-vous quand vous prenez votre médicament ?

Il faut attendre au moins 30min à 1h avant qu'il fasse effet, il enlève le mal de tête... Puis après ça va mieux.

7) Quels effets indésirables avez-vous rencontrés ou pourrait-il entraîner ?

Non, j'ai une forte constipation mais je pense pas que c'est lui non ? J'ai jamais eu d'effet

secondaire ...

8) *Selon vous, que se passerait-il si vous arrêtiez ce traitement ?*

Je sais pas ... Quand je vais bien je l'arrête, je le prends pas donc... Autrement, si je l'arrêtais en pleine crise, je sais pas ce que ça donnerait.

9) *Comment réagiriez-vous à une proposition d'arrêt ?*

Là je sais pas ... Parce que la ... C'est important de l'avoir en cas de crise.

10) *Pouvez-vous essayer de vous souvenir si vous avez déjà essayé d'arrêter ou de diminuer la posologie de votre traitement ?*

Moi-même je contrôle, moi-même quand je vais bien je l'arrête et quand la crise arrive je le reprends. Parfois pendant plus d'un mois sans le prendre du tout.

11) *Selon vous, quelle est la meilleure manière d'arrêter de prendre ce médicament*

Alors là je sais pas ... vous avez une idée vous ? Pourquoi ? C'est un médicament toxique ? Si je le continue il y a un risque pour la santé ?

12) *Avez-vous des remarques ?*

Non...

III Epidémiologie/ Caractéristiques du patient

13) *Age*

72 ans

14) *Sexe*

F

15) *Entourage familial*

Oui bien sûr, sœur, fils et belle fille proches, a perdu sa mère récemment avec qui elle vivait (aidant principal)

16) *Conducteur ?*

Non

17) *Toxiques ?*

Non

18) *Quelle molécule pour l'insomnie ou le stress prenez-vous ? A quelle posologie ? A quelle fréquence prenez-vous ce médicament ?*

SERESTA 50mg 1 - 1 - 1+/-1 et ZOPICLONE 7,5mg 0 - 0 - 1

Patient n°5
Le 25/10/2019
Durée 15min39
Au cabinet

I Contexte de la prescription

1) Quand je vous dis médicaments contre l'insomnie ou stress qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Je ne sais pas ...

2) Prenez le temps de vous souvenir du moment où ce traitement a été débuté.

J'ai divorcé, ça fait ... 37 ans, ça doit faire 36 ans que je le prends, un le matin et un le soir. Il y a des fois, je prends 1 et demi le soir, parce que je sens que j'en ai besoin.

Essayez de vous souvenir, comment cela a été commencé ?

Alors disons quand j'ai divorcé. Je ne travaillais pas, je n'avais pas de boulot, j'avais ma fille qui avait 8 ans et demi, donc, au début ça été dure, très dure, mon ex me donnait à cet époque une pension de ... c'était en franc, ça fait peut-être 800 francs... je me rappelle peut être plus ... Ça fait pas mal de temps déjà. J'ai commencé à ne plus pouvoir payer mon loyer. On m'a dépanné, c'était mon ex-belle-mère. C'était un retard de 7 milles francs pour mon loyer. A l'époque j'étais divorcée mais comme j'avais plus mes parents, c'est mon ex-belle-mère qui m'a fait un chèque de 7 milles francs pour payer mon retard. Pour trouver du travail c'était dur. Comme ma fille était petite, donc je voulais qu'il y ait quelqu'un pour la récupérer le soir, je m'en suis vue pour trouver quelqu'un, par rapport aux horaires. Et donc ça a commencé comme ça, entre les lettres de l'huissier dans la boîte aux lettres quand je rentrais du travail. Un fois je rentre le soir, je vois ma porte entrebâiller, il y avait l'huissier et un policier. Ah puis ils ne vous avertissent pas, ils forcent la porte ... C'est là où je suis allée voir mon ex-belle-mère, elle m'a vraiment aidée, elle a été comme une mère, comme je n'avais plus mes parents. J'ai eu de la chance. Et après, ça été très dur pour remonter la pente, pour m'occuper de ma fille, ça a été vraiment très dure. Et bien, le stress a commencé à ce moment-là, les nerfs. J'ai été voir le docteur et elle m'a donnée ça.

C'était votre médecin traitant qui vous a donné ça ?

Oui, tout a commencé par rapport au divorce, le boulot, ma fille, les retards de loyer ... et je n'ai pas pu m'empêcher d'arrêter à le prendre.

Il y a eu des changements de posologie depuis son début ?

Non, non. Mais mon ancien médecin, elle m'avait dit, essayez par vous-même de diminuer... Alors le matin c'est d'office, ça c'est je ne peux pas m'en passer, c'est vrai qu'avant je prenais un et demi le matin. Pratiquement tous les soir, et je me suis dit : essaie d'en prendre qu'un. Et j'ai réussi après à passer à un matin et un le soir mais par fois en étant toute seule dans cet appartement, je ne sais pas pourquoi, je reprends la moitié en plus.

Donc ça a été un engrenage quoi. Même quand j'ai trouvé du travail, ma fille a grandi, ça allait mieux mais l'Urbanyl est toujours resté là ! Et mon docteur que j'avais avant, elle me disait : « c'est devenu une drogue ! Vous pouvez plus vous en passer ! ». Une fois j'ai voulu en prendre juste un le matin et le soir. Je me suis dit « tu n'en prends pas » : affreux ! Mais je faisais des films dans la tête, mais jamais tu vas tenir le coup ! C'était compliqué !

3) Comment et avec qui discutez-vous de ce traitement ? De quoi parlez-vous ? De quelle manière pensez-vous que votre entourage a une influence sur votre traitement ?

J'ai parlé avec ma fille, ma fille elle est contre les médicaments, elle n'en prend que si elle en a besoin. Elle est vraiment contre.

J'ai une amie, on se voit assez souvent, elle a arrêté les cachets pour la thyroïde et le cholestérol, mais d'elle-même, elle a rien demandé. Mais moi je n'ose pas arrêter de moi-même.

II Le ressenti et le vécu actuel des patients vis-à-vis de leur traitement et son sevrage

4) Quelle est votre opinion vis-à-vis du médicament pour le stress ou l'insomnie ?

Du fait que je le prends, donc pour moi tout va bien. Alors que si je m'arrête je me dis « il va t'arriver ça... il va t'arriver ça ... ». C'est comme ça chez moi, mon amie m'a dit « toi tu penses le contraire, toi tu penses que les médicaments te font du bien, toi t'es toujours avec des médicaments, c'est pas une critique » c'est vrai qu'on se parle beaucoup. Mais moi je ne me vois pas l'arrêter.

5) Selon vous, quel rôle joue ce médicament dans votre quotidien ?

Et bien, ça me stress moins, mais je sais pas, après peut être que non. Là, je suis en train de me refaire du mauvais sang parce que ma petite fille va bientôt être maman, elle habite loin... Si on n'est pas à côté, son copain il travaille... Et voilà, maintenant c'est là-dessus ! Et je vous dis, le moindre petit truc ... tout de suite c'est le stress, c'est le stress ...

6) Que ressentez-vous quand vous prenez votre médicament ?

Bien, je ne me vois pas l'arrêter.

7) Quels effets indésirables avez-vous rencontrés ou pourrait-il entraîner ?

Ben je sais pas, j'ai jamais lu la notice et j'ai pas eu de ressenti, apparemment non. Au bout de tant d'année que je le prends, je n'ai pas l'impression ...

8) Selon vous, que se passerait-il si vous arrêtiez ce traitement ?

Bonne question, je ne sais pas, je me sentirai mal. Alors, après peut être essayer soit d'en prendre un le matin ou le soir, mais plutôt le matin à ce moment-là, vu que j'aurai toute la journée, mais le soir quand j'irai me coucher, si je ne le prends pas ...

9) Comment réagiriez-vous à une proposition d'arrêt ?

Je sais pas, je crois que je me sentirai ... Je sais pas ... Franchement, mon ancien toubib me disait, "c'est tout dans votre tête, le fait que vous le preniez, ça va très bien mais je vous avais dit de diminuer et il y a des choses qui vont pas quand vous diminuez"

10) Pouvez-vous essayer de vous souvenir si vous avez déjà essayé d'arrêter ou de diminuer la posologie de votre traitement ?

Non ça se passe pas bien, parce le moindre petit truc ça prend des proportions phénoménales, c'est affreux, mais c'est affreux. Il y a des fois, ma fille elle me booste, heureusement. Mais elle dit « mais arrête maman ! arrête ». Mais franchement s'il fallait l'arrêter... Ou alors essayer la moitié d'un le soir...

11) Selon vous, quelle est la meilleure manière d'arrêter de prendre ce médicament

A ce moment-là je préférerais prendre, pas l'arrêter hein ! Mais diminuer ! Je préférerais prendre la moitié le matin et un le soir, commencer comme ça. La moitié le matin après il fait jour, je peux sortir tout ça. Que le soir quand je regarde la télé, que je suis toute seule, que je vais me coucher, et que je me dit ... s'il t'arrive quelque chose, comment tu fais, tu sais qu'il faut appeler Carine ... Je me fais des films. Donc le soir, je crois ce ne sera pas possible.

12) Avez-vous des remarques ?

Non, c'est vrai que j'aimerais bien l'arrêter, au moins n'en prendre qu'un déjà mais franchement c'est dur. J'ai essayé ... Après je peux peut-être essayer d'arrêter le samedi et le dimanche ...

Enfin je sais pas.

III Epidémiologie/ Caractéristiques du patient

13) Age

76 ans

14) Sexe

F

15) Entourage familial

Fille présente, une amie très proche

16) Conducteur ?

Non

17) Toxiques ?

Non

18) Quelle molécule pour l'insomnie ou le stress prenez-vous ? A quelle posologie ? A quelle fréquence prenez-vous ce médicament ?

URBANYL 1-0-1

Patient n°6
Le 29/10/2019
Durée : 16min10
A domicile

I Contexte de la prescription

1) Quand je vous dis médicaments contre l'insomnie ou stress qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Je crois que c'est fait pour le stress aussi, je trouve que c'est bien ... Je n'en prends pas tous les jours, mais il est formidable.

2) Prenez le temps de vous souvenir du moment où ce traitement a été débuté.

C'est vieux, peut-être un an, oui parce que Dr C**, il ne veut pas donner ni Lexomil ni Imovane, donc c'est lui qui me l'avait donné, et c'est vrai qu'il est pas mal. Vous vous réveillez le matin, on n'a pas cette sensation de mal être, on est impeccable, il est bien formidable, et il vous fait dormir toute la nuit ! Bien bien.

Et pourquoi on vous l'a prescrit ?

Parce que je ne dormais pas, et c'est vrai que c'est pénible ! Ne pas dormir ... Alors, il ne voulait pas me donner l'Imovane... pourtant Lexomil c'est pas trop méchant non ? En tous les cas, c'est vrai que Lexomil, quand on se réveille le matin, on est un petit-peu vasouillard, on a la tête pas d'aplomb, alors qu'avec l'alprazolam c'est bon !

Vous aviez de Lexomil avant ?

Oui avant je prenais Lexomil et je prenais aussi de l'Imovane. Mais j'en prends plus maintenant. J'en ai pris pendant des années ! Je me rappelle plus ...

Quand ces médicaments ont été débuté et pourquoi ?

Je ne dormais pas, je n'arrivais pas à dormir. C'est DR *** qui m'a soigné, il m'a soigné pendant 40 ans. Il était jeune, il était formidable. Puis il est tombé malade. C'est lui qui me donnait de l'Imovane et de Lexomil. Et puis après, quand je suis allé voir Dr C**, je voulais qu'il m'en marque mais il m'a dit « non non ». Donc ça fait bien deux ans que ça été changé.

3) Comment et avec qui discutez-vous de ce traitement ? De quoi parlez-vous ?

Oui, j'en discute. Des personnes qui n'arrivent pas à bien dormir, je leur en propose. On est parti en vacances cet été et il y a avait une dame, ça faisait un moment qu'elle dormait pas, et je lui en ai prêté un. Oulala elle était ravie ! Elle a dormi toute la nuit, elle a pris le nom et elle ira voir son docteur pour lui en faire marquer. Moi je trouve que c'est bien. Mais c'est un nouveau traitement ? Non ?

De quelle manière pensez-vous que votre entourage a une influence sur votre traitement ?

Non je fais pas attention.

II Le ressenti et le vécu actuel des patients vis-à-vis de leur traitement et son sevrage

4) Quelle est votre opinion vis-à-vis du médicament pour le stress ou l'insomnie ?

Je trouve qu'il est très bon, je peux pas en dire du mal parce que vraiment il est bien.

5) Selon vous, quel rôle joue ce médicament dans votre quotidien ?

Je ne le prends pas tous les jours, que quand vraiment je n'arrive pas à dormir. Mais autrement, il n'a pas de rôle ...

6) *Que ressentez-vous quand vous prenez votre médicament ?*

Je dors toute suite, au bout de un quart d'heure. Alors j'ai pas le temps de réaliser de ce qu'il me fait, je dors tout de suite. Puis je vous dis, je me réveille, impeccable. Je trouve que c'est le mieux, de tous ces médicaments, l'Imovane et tout. Je trouve Lexomil ça me fais perdre un peu de mémoire.

Et quand vous preniez de Lexomil que ressentiez-vous ?

Et bien le matin, j'avais la tête un peu dans les vapes, et puis bon, ça passait au bout d'un moment. Quand je me mettais à faire mon boulot ça allait. Mais tout de suite je n'étais pas en forme. Et Imovane c'est pareil !

7) *Quels effets indésirables avez-vous rencontrés ou pourrait-il entraîner ?*

Lexomil il me semblait que j'avais moins de mémoire et le matin comme je vous disais, il me semblait que j'étais un peu insuquée, j'étais pas bien. Et avec l'alprazolam, non jamais, rien aucun effet secondaire, quand je me lève c'est comme si j'avais rien pris.

Et quelles pourraient être selon vous les effets indésirables ?

Peut-être la tête qui tourne, un manque d'équilibre quand on se lève ... quoi que, je l'ai le manque d'équilibre ... mais ce manque d'équilibre ça vient pas de ça, c'est la vieillesse ... quand je me lève vite...

8) *Selon vous, que se passerait-t-il si vous arrêtiez ce traitement ?*

Je dors plus. On était parti en vacances et j'en avais amené, j'en ai pas pris un pendant tous les 15 jours. Mais j'en prends quand je passe toute une nuit vraiment sans dormir. C'est affreux. Donc j'en prends et puis après j'arrête et puis ça repart.

9) *Comment réagiriez-vous à une proposition d'arrêt ?*

Je ne sais pas, je suis pas trop mal si je dors, c'est si je dors pas, ça pose problème.

10) *Pouvez-vous essayer de vous souvenir si vous avez déjà essayé d'arrêter ou de diminuer la posologie de votre traitement ?*

Non jamais et j'y tiens pas spécialement, parce qu'avec ça je suis bien. Il me convient bien. Lexomil, c'est marqué défendu et puis Imovane pareil, docteur il veut pas en donner.

11) *Selon vous, quelle est la meilleure manière d'arrêter de prendre ce médicament*

Non, je vois pas. Quand on dort, on n'en a pas besoin, on n'en prends pas. Et si un jour je ne dors pas... de passer toute une nuit sans dormir... Vous verrez quand vous serez vieille ! Mon mari, il n'a pas encore la tête sur l'oreiller qu'il dors déjà, c'est vrai que les hommes ils dorment mieux que les femmes ! Toutes mes voisines, personnes n'arrive à dormir mais elles ont peur. Parfois je leur dis, je vais en prêter un, mais elles osent pas en prendre, elles ont l'habitude de prendre de Lexomil. Mais je trouve que celui-là il est bien !

12) *Avez-vous des remarques ?*

Non.

III Epidémiologie/ Caractéristiques du patient

13) *Age*

87ans

14) *Sexe*

F

15) Entourage familial

3 enfants : deux loin, et un proche, très présents avec nombreux petits et arrières petits enfants

16) Conducteur ?

Non

17) Toxiques ?

Non

18) Quelle molécule pour l'insomnie ou le stress prenez-vous ? A quelle posologie ? A quelle fréquence prenez-vous ce médicament ?

LEXOMIL et IMOVANE puis ALPRAZOLAM : 1 au coucher

Patient n° 7
Le 25/02/2020
Durée : 12min58
Au cabinet

I Contexte de la prescription

1) Quand je vous dis médicaments contre l'insomnie ou stress qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Dans mon cas c'est pour pouvoir dormir. Quand on a un cancer, on gamberge tout le temps, dès qu'on se couche c'est... on n'a plus que ça à penser quoi. C'est pratiquement impossible de dormir, ou on dort par à-coup, on met longtemps pour s'endormir puis on se réveille dans la nuit. Surtout ça quoi...

2) Prenez le temps de vous souvenir du moment où ce traitement a été débuté.

Ça a été débuté quand on m'a diagnostiqué mon cancer en 2005, fin 2004. Puis tout s'est enchaîné, l'opération, la radiothérapie, la chimiothérapie ... tout ça. Puis moi j'ai fini mon cancer en 2005, puis ma sœur a eu un cancer en 2006. Ça a duré ... donc je l'ai aidée jusqu'en 2009. Elle est décédée du cancer, et cette année-là, j'ai perdu ma sœur, mon beau-frère et mon oncle. Les trois d'un cancer, c'était compliqué... Surtout que ma sœur vivait avec mon autre sœur qui est handicapée mentale et avait un chien. J'y allais matin et après le boulot pour promener le chien. Donc je m'occupais beaucoup de ma sœur. Puis quand elle est décédée, j'ai déménagé pour emménager avec ma sœur qui est handicapée.

Vu que mon autre sœur ne veut pas s'en occuper. Donc tout ça, ça faisait beaucoup de soucis et de gamberge.

Puis quand elle est décédée, ça a fait un gros choc, un gros vide, comme je courais à droite à gauche. Donc voilà pourquoi le médecin m'a prescrit ce médicament. C'est DR C*** qui me la prescrit, mon médecin traitant.

Pourquoi vous poursuivez selon vous ce traitement ?

Parce que mon cancer n'est pas fini. Ils ont pas trouvé le primitif, donc j'ai eu deux récidives, la dernière en 2015. Comme je suis suivi tous les 4 mois par mon cancérologue, et tous les ans par mon radiothérapeute, j'ai toujours l'épée de Damoclès sur la tête quoi.

Et puis c'est surtout pour ma sœur que je me fais du souci, je me demande ce qu'elle va devenir après moi quoi.

Et puis, quand il arrive le moment des examens, je passe un scanner une fois par an. Pendant un mois avant c'était horrible quoi, et puis le jour du scanner c'est fou. Puis quand je vais voir mon cancérologue pour passer ma fibroscopie, là aussi, on angoisse toujours un peu, parce que toutes les fois où j'ai eu mon cancer, j'ai eu aucune douleur avant. J'ai jamais rien eu qui me laissait supposer que j'avais un cancer. Sauf la première fois que j'ai eu une boule là... c'est pour ça que je suis allé voir DR C***, il m'a dit "c'est tout ou rien" ... Bah c'était tout, voilà.

3) Comment et avec qui discutez-vous de ce traitement ? De quoi parlez-vous ? De quelle manière pensez-vous que votre entourage a une influence sur votre traitement ?

J'en discute pas. Non, c'est que le médecin et moi qui ...

II Le ressenti et le vécu actuel des patients vis-à-vis de leur traitement et son sevrage

4) Quelle est votre opinion vis-à-vis du médicament pour le stress ou l'insomnie ?

Moi ça m'aide à vivre. Ça m'aide à dormir. J'ai essayé de m'en passer, j'ai essayé... Mais je dors pas la nuit puis la journée je suis crevé. Jusque-là ça va, je vais bien donc voilà...

5) *Selon vous, quel rôle joue ce médicament dans votre quotidien ?*

Le rôle c'est... je suis tranquille quoi, je suis pas angoissé, la journée, je ne pense pas à mon cancer, la nuit non plus.

Il y a que quand arrive la période des examens que ça me stresse. Mais autrement, dans la vie non ... et encore j'ai la chance de vivre encore 15ans après donc ... je vais pas trop me plaindre quoi.

6) *Que ressentez-vous quand vous prenez votre médicament ?*

Rien, je le prends le soir au moment du coucher et voilà ...

7) *Quels effets indésirables avez-vous rencontrés ou pourrait-il entraîner ?*

On m'a parlé de l'histoire de la mémoire ? Mais moi ma mémoire elle est au contraire, d'après mes collègues, j'ai une excellente mémoire.

J'ai des collègues avec qui on se voit tous les lundi et moi je me rappelle de tous les noms avec qui on a bossée alors que les autres non.

C'est pour ça que moi j'ai une bonne mémoire. Puis je me rappelle de tout ce qu'on a fait dans les dernières années et tout ça.

C'est pour ça, j'ai jamais rien ressenti.

8) *Selon vous, que se passerait-il si vous arrêtiez ce traitement ?*

J'ai essayé. Pas pourvoir m'endormir ou dormir par a coup dans la nuit et puis être fatigué la journée, être mal dans la nuit. C'était avec Dr B***, j'avais essayé un jour sur deux puis un jour sur trois puis je me suis aperçu que ... enfin j'ai essayé pendant 15 jours, puis à la fin c'était... enfin c'était intenable. J'avais un jeune chien à l'époque et c'est lui qui dérouillait quoi ...

On en a parlé avec DR B***, il m'a dit "bon ben on va reprendre c'est pas la peine"

Une seule fois j'ai essayé.

9) *Comment réagiriez-vous à une proposition d'arrêt ?*

Je dirai non, je ne veux pas revivre ça non

10) *Selon vous, quelle est la meilleure manière d'arrêter de prendre ce médicament*

On préférerait guérir, si on arrive à trouver le primitif, ça ira bien. Mais pour l'instant non.

On m'appelle le survivant. Il y a cette histoire du primitif, qui est toujours là, qui est présent, puis on sait pas où il est. Il y a aucun signe qui dit où il est, ou s'il est encore présent ...

Mais j'espère, j'espère ...

11) *Avez-vous des remarques ?*

Non. J'ai un collègue qui prends la même chose que moi, lui par contre, il a beaucoup de troubles de mémoire lui. Je l'aide en ce moment, parce qu'il a sa freebox qui déconne, pourtant il bosse dans l'informatique ... J'hésite d'en discuter avec lui, c'est délicat ... il vient de divorcer alors ...

On entend parler à la télé de tous ces médicaments pour le stress. Beaucoup de gas ont des problèmes avec ça apparemment. Mais c'est les médecins qui les prescrivent, c'est pas les pharmaciens qui les donnent comme ça! Enfin c'est vrai ...

III Epidémiologie/ Caractéristiques du patient

13) *Age*

65ans

14) *Sexe*

M

15) Entourage familial

Une sœur

16) Conducteur ?

Oui

17) Toxiques ?

Non

18) Quelle molécule pour l'insomnie ou le stress prenez-vous ? A quelle posologie ? A quelle fréquence prenez-vous ce médicament ?

LEXOMIL ½ au coucher, ALPRAZOLAM ½ le soir si besoin

Patient n° 8
Le 4/03/2020
Durée : 22min58
Au cabinet

I Contexte de la prescription

1) Quand je vous dis médicaments contre l'insomnie ou stress qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Pas spécialement un calmant, parce que j'en ai eu des tonnes, Lexomil, Seresta, ça me fait plus rien. Je veux pas aller jusqu'au somnifère, parce que là j'ai beaucoup de mal à me réveiller. Puis comme je travaille plus maintenant, j'ai le temps. Donc je me suis fait une petite vie tranquille. Je fais sonner mon réveil à 7h30, je fais descendre ma chienne ...

2) Prenez le temps de vous souvenir du moment où ce traitement a été débuté.

Je pense que c'est avec DR C**, il me semble. Mais alors la date je me rappelle pas... Sur l'ordonnance, c'est un le matin et un le soir, et vu mon emploi du temps, je me voyais pas le faire le matin et le soir, alors je me suis dit, vu que j'ai beaucoup de mal à m'endormir, café ou pas café, je prends deux le soir. Evidemment, je bouge pas bcp, ça me fait plus d'effet du tout. Avant le Seresta, j'ai eu de Lexomil et même eu du Prozac. Le Lexomil, il a été commencé il y a très très longtemps. Je vais avoir 66 ans, j'ai fait ma dépression autour des années 90, mon père est mort fin 91 alors à la mort de mon père, ma stérilité, mes deux divorces Ça a fait que j'ai fait un énorme dépression nerveuse. Le Lexomil, c'était pour les angoisses, pour me calmer. J'ai fait une cure de sommeil, c'est ma maman qui m'a récupéré à ce moment là.

3) Comment et avec qui discutez-vous de ce traitement ? De quoi parlez-vous ? De quelle manière pensez-vous que votre entourage a une influence sur votre traitement ?

Non, non.

Par contre je sais pas si c'est l'amalgame de tous les médicaments, vous pouvez en discuter avec Dr C***. J'ai eu un épisode de panique complète. Je sais pas si c'est les médicaments qui font ça, je me suis retrouvée au métro, complètement paniquée, à ne plus savoir où j'étais. Mais c'est pas l'âge hein. Parce que j'ai une assez bonne mémoire, mais là, c'était complètement le flou. J'ai pas de portable, j'ai arrêté une dame dans la rue et j'arrivais pas à faire le passage jusqu'au ... jusqu'au le petit pont qui passe au-dessus de l'autoroute. J'ai une peur panique des petits ponts. Et là, je pouvais pas. J'ai arrêté une dame, je lui ai dit d'appeler les pompiers, j'étais très très mal. Ils sont arrivés, ils étaient de l'autre côté. Et là, ils m'ont tenu par les mains, je tremblais comme une feuille. Ils m'ont amenée à leur camion, ils m'ont calmée juste avec des paroles et tout, après ça allait mieux. Et après je suis rentrée chez moi, j'ai pris le bus. J'ai d'énormes phobies, c'est épouvantable, c'est de pire en pire. J'ai fait plusieurs analyses psychiatriques. Au bout du troisième, j'ai trouvé le bon. Parce que c'est pas évident de trouver quelqu'un qui est réceptif. Je n'ai pu la voir que par intermédiaire d'une amie à moi. Et puis une fois que j'ai pu lui vider tout mon sac et que ça allait bien dans ma tête, j'ai donné son num à ma meilleur amie, et qui y va souvent.

II Le ressenti et le vécu actuel des patients vis-à-vis de leur traitement et son sevrage

4) Quelle est votre opinion vis-à-vis du médicament pour le stress ou l'insomnie ?

Bah disons que c'est un médicament qui peut faire de l'effet au tout début, j'avais toujours une boîte sur moi. C'est vrai que dans ce cas, ils ne sont pas avares de Seresta ou Lexomil. Dans ces cas-là, par contre les antidépresseurs, ils les comptent énormément dans les pharmacies et la sécurité sociale et tout ça...

Ce que je comprends pas, c'est que les antidépresseurs, ils comptent les boîtes de 14, sur 31 jours, à la fin du mois il faut jongler. Les mois à 28 jours il y en a pas bcp hein.

5) *Selon vous, quel rôle joue ce médicament dans votre quotidien ?*

Je prends toujours 2 Seresta avant d'aller me coucher parce que j'ai peur que j'arrive absolument pas à m'endormir. Mais c'est plus par précaution que par autre chose.

Parce que j'ai le temps de lire pendant 1h-1h30, et même si j'ai un petit souci, d'y penser pendant très longtemps...

6) *Que ressentez-vous quand vous prenez votre médicament ?*

Rien. Je prends ça avec de l'eau.

7) *Quels effets indésirables avez-vous rencontrés ou pourrait-il entraîner ?*

Il y a très très longtemps je pense que Lexomil était plus fort. Je sais pas si c'est les mêmes composants que le Seresta, mais j'avais toujours une boîte sur moi. Et ça m'a servi pour des moments très dures. Dans ces cas-là je prenais une barre et ça me calmait.

Et je sais pas pourquoi, elle m'a changé de calmant...

Non, jamais d'effets secondaires. J'ai pas lu la notice... je pense que ça doit pareil que les autres... il faut pas être allergique, faut pas être enceinte. Je risque pas d'être enceinte, j'ai fait une préménopause à 20 ans alors, ça risque rien de ce côté-là.

Je pense que les docteurs savent ce qu'ils font quand ils prescrivent des médicaments

8) *Selon vous, que se passerait-t-il si vous arrêtiez ce traitement ?*

Je sais pas. Je sais pas du tout.

9) *Comment réagiriez-vous à une proposition d'arrêt ?*

Je pense que ce serait peut-être mieux que d'arrêter l'antidépresseur, parce qu'au moment de la crise du métro, Dr C** m'en a fait prendre un demi au lieu d'un. Puis là, on est revenue à 1. Mais le Seresta, elle n'a pas été touché.

Je dirais STOP. Ça me fera drôle, mais c'est plus par habitude que par autre chose. Je me boirais toujours un peu d'eau après le lavage de dent.

10) *Pouvez-vous essayer de vous souvenir si vous avez déjà essayé d'arrêter ou de diminuer la posologie de votre traitement ?*

Non, elle m'avait mis un matin et soir et moi j'ai fait deux le soir. C'est une espèce de crainte diffuse quoi. Je pense que ça me ferait rien du tout ...

11) *Selon vous, quelle est la meilleure manière d'arrêter de prendre ce médicament*

Et bah ... peut-être en espaçant les prises, petit à petit. Il faut pas être sec.

L'antidépresseur, je le vois pas arrêter, ça fait trop longtemps. Mais le Seresta, je pense qu'on peut l'arrêter. Je pense pas que ce soit ça qui me perturbe.

12) *Avez-vous des remarques ?*

Non.

III Epidémiologie/ Caractéristiques du patient

13) *Age*

65 ans

14) *Sexe*

F

15) Entourage familial

mère avec des troubles cognitifs, une sœur

16) Conducteur ?

Non

17) Toxiques ?

Non

18) Quelle molécule pour l'insomnie ou le stress prenez-vous ? A quelle posologie ? A quelle fréquence prenez-vous ce médicament ?

SERESTA : 2 cp au coucher

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Titre de thèse : FREINS ET LEVIERS PERCUS PAR LES PERSONNES AGEES DANS LE SEVRAGE DU TRAITEMENT PAR BENZODIAZEPINES AU LONG COURS PAR UNE ETUDE QUALITATIVE

Résumé : La consommation chronique de Benzodiazépines (BZD) chez les personnes âgées constitue un réel problème de santé publique.

Le but est de mettre en évidence des freins et des leviers perçus par les personnes âgées dans le sevrage de leur traitement par BZD, afin de dégager des pistes d'aides à leur sevrage. Secondairement, on fera l'état des lieux des connaissances sur les effets indésirables de leur traitement.

Etude qualitative avec analyse thématique menée sur 8 entretiens semi dirigés de patients de plus de 65 ans traités par des BZD depuis plus de 6 mois, recrutés au cours de consultations de médecine générale dans la région Rhône-Alpes de septembre 2019 à février 2020.

Les différents profils de consommation des BZD étaient : une *consommation volontaire et positive* ou une *consommation résignée et lucide*. Parmi les facteurs limitants le sevrage, on retrouve les mauvaises expériences d'arrêt, le manque d'alternatives, la nécessité de conditions idéales et d'une prise en charge du problème sous-jacent. On note le souhait d'un accompagnement dans la démarche du sevrage ou de réduction du traitement. L'entourage médical et non médical participe dans la poursuite ou non du traitement. Les effets secondaires sont largement méconnus et minorés. La notion de toxicité peut motiver l'initiation du sevrage.

La démarche de sevrage des BZD doit être adaptée à l'attitude et aux croyances du patient vis-à-vis de son traitement. Elle doit être proposée régulièrement et être progressive en multipliant les stratégies : les Thérapies Cognitivo-Comportementales, les Entretiens Motivationnels ou un suivi en gérontopsychiatrie. L'idéal resterait d'en limiter la prescription ou surtout d'accorder une attention particulière à sa primo prescription.

Mots clés : Benzodiazépines - Personnes âgées - Effet indésirable - Iatrogénie - Dépendance - Sevrage