



HAL
open science

Réévaluation par les médecins traitants des prescriptions de benzodiazépines et hypnotiques introduites en hospitalisation au SSR de Xavier Arnozan

Audrey Davant

► **To cite this version:**

Audrey Davant. Réévaluation par les médecins traitants des prescriptions de benzodiazépines et hypnotiques introduites en hospitalisation au SSR de Xavier Arnozan. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03122914

HAL Id: dumas-03122914

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03122914>

Submitted on 27 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.



U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES
Année 2020

N° 142

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 4 décembre 2020 par
Audrey DAVANT, née le 01/11/1989

REEVALUATION PAR LES MEDECINS TRAITANTS
DES PRESCRIPTIONS DE BENZODIAZEPINES ET
HYPNOTIQUES INTRODUITES EN HOSPITALISATION
AU SSR DE XAVIER ARNOZAN

Présidente :	Professeur Claire ROUBAUD-BAUDRON
Rapporteur :	Professeur Yves MONTARIOL
Membres du jury :	Professeur Philippe CASTERA Docteur Stéphanie MOSNIER-THOUMAS
Directrice :	Docteur Joanne JENN

Remerciements

Aux membres du jury,

A Madame le Professeur Claire ROUBAUD-BAUDRON,

Professeur des universités et praticien hospitalier

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Vous avez été l'une des premières personnes à me faire découvrir la gériatrie. Et toujours de bon conseil lorsque j'en ai eu besoin par la suite. Merci d'avoir accepté d'être la présidente de mon jury aujourd'hui et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma haute considération.

A Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL,

Maître de conférences associé de médecine générale

Merci d'avoir accepté de réaliser le rapport de mon travail et d'avoir porté à ma connaissance les éléments pour l'améliorer. Vos compétences, votre bienveillance et votre disponibilité m'ont été précieux pour terminer ce travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon estime la plus profonde.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA,

Professeur associé de médecine générale

Merci d'avoir accepté de juger mon travail aujourd'hui. Merci pour votre aide précieuse et votre disponibilité qui ont été décisives pour mener à bien ce projet. Je vous témoigne un grand respect.

Au Docteur Stéphanie MOSNIER-THOUMAS,

Praticien hospitalier

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Nous n'avons malheureusement pas pu travailler directement ensemble. Mais votre formidable travail au sein du SSR1 a été pour moi une source de motivation. Je vous témoigne toute ma gratitude et ma considération.

Au Docteur Joanne JENN,

Praticien hospitalier

Tu m'as fait l'honneur d'accepter d'être directrice de cette thèse et je t'en suis profondément reconnaissante. La pertinence de tes remarques et ton esprit critique ont été d'une aide précieuse pour moi. Merci pour ta disponibilité. Et surtout, merci pour ce dernier semestre d'internat, durant lequel j'ai tant appris à tes côtés. Tu m'as permis de grandir et d'être un meilleur médecin. Je te témoigne ici toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A ma famille,

A Manon, ton sourire, ta joie quotidienne, ton esprit rieur et un brin cascadeur. Tu nous apportes tant de bonheur, je suis profondément heureuse d'être ta maman.

A Mathieu, toi qui partages ma vie tous les jours et la rend plus belle. Merci pour ton soutien infaillible et pour ton amour. Tu es un papa exceptionnel, Manon a beaucoup de chance. Je souhaite que tout cela continue, encore plein de belles choses nous attendent. Je t'aime.

A mes parents, vous qui avez toujours cru en moi. Merci pour votre soutien et votre accompagnement discrets et solides. Pour votre amour et votre générosité, on aime toujours autant venir à Pau ou à Hossegor se faire choyer et partager de bons moments avec vous. J'espère vous avoir à mes côtés le plus longtemps possible.

A Lucie, ma sœur, toi la petite sœur que j'ai un peu martyrisée. Nos liens sont maintenant si forts. A tous nos supers moments passés ensemble dans le sud-ouest ou le sud-est. Merci de nous accueillir et de chérir autant ta nièce/filleule. A Rémi, merci de la rendre heureuse, à ta bonne humeur, à tes bons petits plats et à nos parties de jeux. Heureuse de votre complicité avec Mathieu et vos aventures toujours plus folles.

A mes grands-parents, à toi mamie Yvette, à ta force, toi qui m'as toujours accompagnée. Merci pour tout. A tous les autres, Manou, Papi Tonin, Papi Clément, Maxime, je pense à vous.

A Guillaume, mon cousin, ces premières années ensemble, notre colloc. Nous avons grandi ensemble, merci pour tout ce que tu m'as apporté. Que tes projets et ton bonheur avec Charlotte se poursuivent.

A tous les autres cousins, Antoine, Mélanie, François, toujours heureux de se retrouver et de bien faire la fête. Marie, Diane à nos années espagnoles et à tous nos moments partagés encore aujourd'hui. A tous les Davant/Urruty vivement la prochaine cousinade.

A mes tontons et taties, toujours présents. Sylvie ma marraine et Philippe, merci pour votre tous ces bons moments passés ensemble à Labenne ou à Bayonne. Jean-Paul et Eugénie, je vous souhaite plein de Noël heureux. Yves et Corine, à ces années de vacances ensemble, ces déménagements, ces trajets à la gare, je sais que je peux toujours compter sur vous. Pascal mon parrain et Annie, et mes cousins Paul et Chloé, toujours heureuse de partager des moments avec vous.

A mes beaux-parents, Sylvaine, Pascal et Christine, merci pour l'accueil bienveillant dans vos vies. Merci pour votre soutien et de toujours nous recevoir avec le sourire. Encore plein de jolies choses à partager.

Julien, je te souhaite de trouver le bonheur. Marion, Romain Simon et Mathilde contente de partager tous ces bons moments ensemble.

A mes amis,

Thibaut, merci pour ton aide précieuse pour cette thèse, elle n'existerait pas sans toi. Merci pour ta présence bienveillante dans ma vie depuis tant d'années. A nos années paloises, à mes séjours grenoblois, à tous ces moments géniaux passés ensemble et à ceux qui nous attendent !

Clio, ma plus vieille amie, comme on le dit souvent, on sera toujours là l'une pour l'autre. A nos heures (et heures) de discussion sur la vie, le monde et nos amis.

Laila, malgré la distance, toujours aussi proches, je serai toujours là, et peut-être j'accepterai même un jour d'être ton docteur. Je te souhaite plein de bonheur. Et une belle vie à Amira, que son caractère ressemble moins que son visage à celui de sa grand-mère !

Rim, toi la meilleure. Une tornade dans ma vie, que tu rends douce et intense. Ta présence m'est précieuse. Tu mérites le meilleur. Guigui, le nouveau, le roi du dancefloor, heureuse de te connaître. Vous êtes géniaux ensemble !

Simon, depuis la P1, nous les bouseux, contente et fière d'avoir grandi à tes côtés. Merci pour ton soutien permanent. Merci Chloé de nous avoir supportés ces années et pour ta douceur et ta générosité. Aux plus mignonnes Julia et Lucie.

Jules, mon jumeau, ton grand cœur, ton envie de toujours mieux faire, tu es parfait comme tu es. Merci d'être là tout simplement.

Serena, merci de mettre du piquant dans ma vie, d'être toujours présente, de soigner le corps et l'esprit avec tes méthodes plus ou moins farfelues.

Guitou, mon meilleur acolyte des fins de soirée, à nos heures à refaire le monde et ouvrir nos cœurs. Auré, contente de t'avoir découverte, ton caractère bien trempé et ta grande générosité.

Manu et Manue, à votre bonne humeur permanente, avec vous les soirées sont toujours exceptionnelles.

Adrien, à nos playlists honteuses et nos discussions caca.

Romain, ta bienveillance et ta présence sûre. Floriane, ta franchise et ta douceur. Les meilleurs voisins !

Julie, à nos belles années, toi sur qui l'on peut toujours compter. A ton esprit espiègle et ton sourire bien caché, je suis bien contente de l'avoir débusqué ça vaut le coup ! Je vous souhaite plein de bonnes choses avec Justine.

Thibaut et Marine toujours le sourire, vous êtes des personnes en or. Vivement qu'on puisse vous célébrer !

Max et Marianne, à votre joie de vivre, nos après-midis bordelais jeux ou balades. A Noah, l'adorable tornade et à la nouvelle copine à venir.

Flo, t'es un gars génial, très contente que tu sois de retour pas loin de chez nous. Sophie qui met toujours les meilleures chansons en soirée.

Anne, ton infinie tendresse, toujours un mot doux.

Célia, à nos fériés et vacances ensemble.

Fanny la plus douce des antillaises.

Juliette, ma camarade d'internat et bien plus, à nos rires, nos discussions potins ou plus sérieuses, nos parties de badminton. Je te souhaite joie et bonheur. Benoit, ton humour (taquin) et ta gentillesse.

Kévin, au scapulaire, on se sera bien marré ces premières années.

A mon dernier semestre génialissime à Xavier Arnozan, avec les meilleurs co-internes Alix, Paul et Cricri, la meilleure psychomot Julie et nos folles soirées à la Calle. A tous les kinés et ergo qui m'ont appris autant la rééducation que l'espagnol, toujours dans la bonne humeur.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	7
I. INTRODUCTION	8
I.1. Benzodiazépines et hypnotiques	8
I.2 La gériatrie et ses particularités	9
I.3. La médecine générale	10
I.4. Médicaments potentiellement inappropriés (MPI) et outils de réévaluation	11
I.5. Le service de SSR de Xavier Arnoz	15
II. MATERIEL ET METHODES	17
II.1 Descriptif de l'étude et objectifs	17
II.2. Recueil de données	17
II. 3. Ethique	20
III. RESULTATS	21
III.1 Description de la population de patients	21
III.1.a. Population recrutée	21
III.1.b. Caractéristiques des patients	22
III.1.c. Séjour du patient	22
III.2. Prescriptions	23
III.3. Description de la population de médecins	24
III.4. Réévaluation des traitements	25
III.4.a. Réponses au questionnaire	25
III.4.b. Influence des caractéristiques des patients et des médecins dans la réévaluation du traitement	26
III.4.c. Influence des caractéristiques des médecins dans la réévaluation du traitement	28
IV. DISCUSSION	30
IV.1. Généralités	30
IV.2. Recrutement des patients	30
IV.3. Comparaison de notre population avec la population générale gériatrique	31

IV.4. Consommation des benzodiazépines et hypnotiques et comparaison avec la population générale	31
IV.5. Les motifs de prescription des benzodiazépines et hypnotiques en hospitalisation	31
IV.6. Le nombre de médicaments sur l'ordonnance	32
IV. 7. Motifs d'hospitalisations et antécédents	32
IV.8. Les médecins	34
IV.9. Les résultats	35
IV.10. Les points forts de l'étude	36
IV.11. Les limites de l'étude	37
V. CONCLUSION	38
VI. BIBLIOGRAPHIE	39
VII. ANNEXES	45
Serment d'Hippocrate	52

ABREVIATIONS

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

Bzd : Benzodiazépines

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MMSE : Mini Mental Status Examination

MPI : Médicaments Potentiellement Inappropriés

OMG : Observatoire de la Médecine Générale

PMSA : Prescription Médicamenteuse du Sujet Agé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RPA : Résidences pour Personne Agées

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SSR : Service de Soins de suite et Réadaptation

START : Screening Tool to Alert to Right Treatment

STOPP : Screening Tool of Older Person's Prescription

UNV : Unité NeuroVasculaire

WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians ou World Organization of Family Doctors

Z : Hypnotiques

I. INTRODUCTION

I.1 Benzodiazépines et hypnotiques

Les benzodiazépines et apparentés sont des médicaments agissant sur le système nerveux central (1). Ils sont prescrits à but anxiolytique, hypnotique, ou antiépileptique.

Les benzodiazépines (bzd) à visée anxiolytique, sont indiquées dans la prise en charge des troubles anxieux généralisés (2). Les spécialités les plus prescrites sont l'Alprazolam et le Bromazepam (1).

Dans la catégorie des hypnotiques, on retrouve à la fois des bzd et des médicaments apparentés. Ces hypnotiques (Z), ont fait preuve de leur efficacité dans le traitement des troubles du sommeil, dont ils améliorent la qualité (3). Les plus prescrits sont le Zolpidem et le Zopiclone (1). Ces médicaments dits apparentés, sont classés avec les benzodiazépines au vu de leur effets similaires, mais n'ont pas la même structure chimique.

Les benzodiazépines et hypnotiques (bzd/Z) peuvent être classés en fonction de leur demi-vie : demi-vie courte < 10 heures, demi-vie intermédiaire 10-24 heures, demi-vie longue > 24 heures (1,4). La demi-vie est le temps requis pour que la concentration de benzodiazépine dans le sang diminue de moitié (5).

Dénomination commune internationale DCI	Spécialité commerciale	Classe	Famille	Demi-vie
Clotiazepam	VERATRAN	anxiolytique	Benzodiazépine	4 heures
Oxazepam	SERESTA	anxiolytique	Benzodiazépine	4-11 heures
Alprazolam	XANAX	anxiolytique	Benzodiazépine	6-18 heures
Bromazepam	LEXOMIL	anxiolytique	Benzodiazépine	8-20 heures
Lorazepam	TEMESTA	anxiolytique	Benzodiazépine	9-20 heures
Diazepam	VALIUM	anxiolytique	Benzodiazépine	15-60 heures
Prazepam	LYZANXIA	anxiolytique	Benzodiazépine	30-150 heures
Midazolam	Générique	hypnotique	Benzodiazépine	1-4 heures
Zolpidem	STILNOX	hypnotique	Apparenté	0,7-3 heures
Zopiclone	IMOVANE	hypnotique	Apparenté	5 heures
Lormétazéepam	NOCTAMIDE	hypnotique	Benzodiazépine	10 heures
Clonazepam	RIVOTRIL	anticonvulsivant	Benzodiazépine	1-4 heures

Tableau 1 : Principales benzodiazépines et apparentés

En 2015, 20 benzodiazépines sont commercialisées en France, 56,1% à visée anxiolytique, 43,5% hypnotique et 0,4% antiépileptique. Elles sont consommées par environ 13% de la population française. La France reste le deuxième pays européen en termes de consommation de bzd/Z, même si cette consommation a baissé de 5,7% entre 2012 et 2015 (1). Les femmes prennent davantage de bzd/Z que les hommes (1,6). Une tendance qui se vérifie également à l'étranger (8,9). L'utilisation de ces psychotropes augmente de façon significative avec l'âge et elle est maximale chez les femmes de plus de 80 ans dont 38% en consomment (6,7).

Les médecins généralistes jouent un rôle crucial dans la prescription de ces médicaments. Ils en sont les initiateurs dans 82% des cas en 2017 (1) et ce de façon stable dans le temps car on retrouvait un chiffre similaire (85%) en 1996 rapporté par E. Zarifian (10).

Les bzd/Z sont soumis à des règles de prescription strictes car ils sont pourvoyeurs de nombreux effets indésirables et peuvent être dangereux notamment chez les personnes âgées.

Les principaux effets secondaires des bzd/Z sont l'altération de la vigilance pouvant aller jusqu'à la somnolence, l'aggravation des troubles mnésiques en particulier chez les patients déments et des troubles respiratoires (11,12). Pour les patients âgés, ces médicaments peuvent en plus favoriser les chutes (2). L'équipe de Blain H. estime que les psychotropes sont impliqués dans environ 30 % des chutes en institution et 20 % des chutes à domicile (13). Enfin, l'usage à long terme peut entraîner une dépendance à la substance.

On comprend donc pourquoi des règles de prescription strictes sont recommandées. Ces traitements ne devraient être proposés uniquement pour traiter des manifestations anxieuses invalidantes ayant un retentissement sur la vie quotidienne et après échec des thérapeutiques non médicamenteuses (3).

La prescription des benzodiazépines (bzd) doit être limitée à 12 semaines et celle des hypnotiques (Z) à 4 semaines. Le traitement doit toujours être débuté à la posologie la plus faible et il n'est pas recommandé de prescrire plusieurs benzodiazépines en même temps. De plus, ces médicaments doivent faire l'objet d'une réévaluation régulière (2).

Ainsi, l'arrêt du traitement doit être réfléchi dès son instauration. Il doit être progressif, réalisé sur plusieurs semaines voire plusieurs mois (2). Les traitements substitutifs n'ont pas fait preuve de leur efficacité (3,14). Les stratégies d'arrêt et les outils facilitant le sevrage seront abordés ultérieurement dans cette introduction (I.4.).

I.2. La gériatrie et ses particularités

La population gériatrique correspond classiquement aux personnes de plus de 75 ans. Ces dernières représentaient 10% de la population française en 2018. Ce chiffre est en augmentation constante depuis plusieurs années. Les projections pour 2040 montrent une augmentation de la population française, notamment pour les tranches d'âge supérieures à 65 ans. Environ un français sur quatre aura plus de 65 ans à cette date (15).

A partir de l'âge de 75 ans le corps devient de plus en plus vulnérable, des pathologies diverses, que l'on nomme les comorbidités, apparaissent. Le nombre important de ces comorbidités entraîne un phénomène de polymédication des sujets âgés. Les patients de plus de 75 ans prennent plus de médicaments que les patients plus jeunes. Un sondage réalisé par l'institut français des séniors montre que 71% des plus de 50 ans en consomment une ou plusieurs fois par jour, contre 86 % des plus de 75 ans (16). Cette tendance se confirme au niveau des bzd et apparentés, comme nous l'avons déjà vu.

Il est généralement difficile pour les médecins traitants de traiter les patients polymédiqués et âgés. Ces patients ne sont presque jamais inclus dans les études, ainsi peu de littérature médicale les concernent directement. Les médecins sont donc obligés de s'appuyer sur d'autres outils pour réaliser une prescription correcte des médicaments.

De plus, il est nécessaire de prendre en compte les modifications physiologiques induites par l'avancée de l'âge. La masse graisseuse augmente, la masse musculaire fond et la fonction rénale s'altère. Tout ceci entraîne une modification du métabolisme du médicament dans le corps du patient, avec en particulier une diminution de l'excrétion (17). Au final, pour une même dose administrée, le médicament aura une demi-vie plus longue ou une concentration plus importante chez une personne âgée que chez un patient jeune (4). Il est donc conseillé en gériatrie de diminuer les posologies et de limiter au maximum le nombre de médicaments prescrits.

I.3. La médecine générale

Comme nous l'avons vu, les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de benzodiazépines et apparentés.

- **Définition**

La WONCA (World Organization of Family Doctors), Organisation Mondiale des Médecins Généralistes a proposé une définition de la médecine générale en 2002, qu'elle a réévalué en 2005 et 2011. La médecine générale est définie comme « une discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique et ses propres fondements scientifiques et orientée vers les soins primaires ». Elle est souvent le premier contact du patient avec le système de santé. Elle est basée sur la coordination de soin entre les différents professionnels de santé. Elle est centrée sur le patient dans sa globalité (sociale, culturelle, physique, psychologique). Elle assure des soins continus et prend en charge des maladies à n'importe quel stade, aiguës ou chroniques. Elle a également une responsabilité de prévention et d'éducation (18,19). Le site du gouvernement, Légifrance.gouv, attribue globalement les mêmes missions au médecin généraliste : prévention, coordination, orientation, diagnostic, traitement, application des recommandations et synthèse des informations médicales. Ainsi que, des actions de prévention et dépistage et la participation à la permanence de soins (20). La médecine générale a comme les autres disciplines médicales un devoir d'enseignement, mais également de recherche (21).

- **Démographie**

En Aquitaine en 2015, 15 023 médecins étaient inscrits au tableau de l'Ordre, ce qui correspondait à 5,3% de l'effectif national. On retrouvait une hausse des médecins inscrits entre 2007 et 2015, qui était liée à l'augmentation du nombre de médecin retraités inscrits à l'ordre (+69% entre 2007 et 2015). Les médecins en activité régulière représentaient 75% des médecins inscrits au tableau, ce chiffre était aussi en augmentation entre 2007 et 2015 (2,8%). Ils étaient âgés en moyenne de 51 ans (53 ans pour les hommes, 49 ans pour les femmes). Les médecins de moins de 40 ans représentaient 17,1% des actifs réguliers. 54% des médecins étaient en activité libérale pure (22). Au niveau national 296 755 médecins étaient inscrits au tableau de l'Ordre au 1^{er} janvier 2018. Ce chiffre était également en augmentation en faveur des médecins retraités. Les médecins en activité régulière représentaient 66,7% des médecins inscrits au tableau de l'Ordre National (23).

- **En pratique**

Comme nous l'avons vu pour les bzd/Z, les médecins généralistes sont souvent les premiers prescripteurs des traitements pour les patients.

Comparativement au milieu hospitalier, peu d'études sont réalisées en milieu ambulatoire. Dans ce contexte, la Société Française de médecine Générale (SFMG) a créé l'Observatoire de la médecine générale (OMG). L'OMG est un réseau de médecins recueillant des données médicales par outils informatique à but statistique (24). Ceci afin d'étudier les pratiques des médecins généralistes. L'OMG a ainsi permis de réaliser une étude sur la iatrogénie ambulatoire. Cette étude elle met en avant qu'à l'aide d'un outil simple la iatrogénie peut être détectée en consultation. La iatrogénie est plus importante chez les femmes que chez les hommes. La tranche d'âge la plus touchée correspond aux patients de 50 à 59 ans. A noter que les patients de 70 à 79 ans arrivent en dernière position (25).

I.4. Médicaments potentiellement inappropriés (MPI) et outils de réévaluation

- **Les différentes listes et critères**

Les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) correspondent à des prescriptions pour lesquelles le rapport bénéfices/risques est défavorable. Il n'est donc pas recommandé de prescrire ces médicaments. Les MPI sont définis par différents critères.

Historiquement, les premiers critères sont **les Critères Beers** de l'American Geriatrics Society. Au début des années 90, Beers est le premier à définir la notion de médicaments potentiellement inappropriés (26). Actuellement, ces critères sont un peu obsolètes, et beaucoup de médicaments prescrits au Etats-Unis ne le sont pas en Europe. Ils sont donc difficilement utilisables ici.

Ensuite, **la liste Laroche** apparait plus adaptée à la pratique française. C'est une liste de MPI établie en 2007, par Laroche et al., un groupe d'experts composé de médecins, de pharmaciens et d'un pharmacoépidémiologiste (27). Elle cible les patients de 75 ans et plus et regroupe des médicaments utilisés dans la pratique française en gériatrie. Concernant les benzodiazépines et apparentés sont définis comme MPI (28) :

- Les bzd et apparentés de demi-vie longue (≥ 20 heures), par exemple : bromazepam, diazepam, prazepam.
- Les bzd ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, prescrits à une dose supérieure à la moitié de la dose utilisé chez l'adulte jeune : oxazepam > 60 mg/jour, alprazolam > 2 mg/jour, lorazepam > 3 mg/jour, zolpidem > 5 mg/jour, zopiclone $> 3,75$ mg/jour. L'utilisation à cette dose, entraine la majoration des effets indésirables sans améliorer l'efficacité du traitement.
- L'association de deux bzd ou deux médicaments Z.

Puis, nous avons **les critères STOPP and START** (Screening Tool of Older Person's Prescription and Screening Tool to Alert to Right Treatment) qui sont des critères européens. Ils sont les plus complets car ils regroupent les MPI à arrêter : critères STOPP et les médicaments non prescrits qui pourraient être bénéfiques au patient : critères START.

La première version a été réalisée en 2008 (29). Ils ont ensuite été réévalués à plusieurs reprises, dont la dernière fois en 2015, par une équipe de 18 experts de 13 pays européens. Cette dernière version comprend 114 critères au total, soit une augmentation de 38% par rapport à la première version (30). Elle a été établie pour les patients de 65 ans et plus et a été adaptée à la langue française (31-32). Gallagher et son équipe ont montré que ces critères améliorent la qualité des prescriptions de manière significative (33).

Les critères STOPP sont classés par système organique à partir de la section B. La section A quant à elle donne des indications de prescription : doit être stoppé, tout médicament prescrit sans indication (critère A1), tout médicament prescrit au-delà de la durée recommandée (A2), toute duplication de classe médicamenteuse (dont les bzd) (A3).

Les bzd/Z sont énoncés en section D : système nerveux central et psychotropes. L'arrêt des bzd/Z doit être envisagé dans tous les cas et a fortiori si le médicament est prescrit depuis plus de quatre semaines pour insomnie/anxiété ou si insuffisance respiratoire (D5) (34).

Un outil internet permet de trouver ces critères en un clic : <http://stopstart.free.fr/index.php>. En rentrant le nom de la molécule, le logiciel nous donne les critères STOPP et/ou START s'y référant. Ceci peut aider rapidement le prescripteur au cours d'une consultation de médecine générale.

En plus des critères déjà vus dans ces différentes listes, plusieurs études ont mis en évidence l'utilisation inappropriée des bzd/Z. L'équipe de Kripke DF aux Etats-Unis a montré que les patients qui s'étaient vu prescrire un hypnotique (Z) avaient un risque de décès supérieurs à ceux n'en consommant pas, à mêmes comorbidités (35).

Un autre document réalisé par l'Haute Autorité de Santé (HAS) (36) montre la iatrogénie des bzd à demi-vie longue chez les sujets âgés.

Une revue de la littérature en 2016, relate que l'utilisation des PMI augmentent le nombre d'hospitalisation chez les patients âgés et cinq études ont trouvé que les coûts en santé étaient plus élevés chez les patients ayant des MPI (37).

Malgré la généralisation de ces critères ces dernières années, les prescriptions de MPI persistent en médecine générale. Lecadet et al. ont étudié les remboursements de bzd/Z en médecine libérale (6). Ils retrouvent environ 40% de remboursements multiples dans l'année. Or, les recommandations incitent à la prescription unique de ces médicaments. En Allemagne, Berger A. et al. ont mis en évidence la prescription de MPI par les médecins généralistes, pour des patients âgés (38). Sur 975 atteints de troubles anxieux, 40% ont reçu des MPI (bromazepam 10%, diazepam 9% lorazepam 5%), 23% des bzd à demi-vie longue et 12% des bzd à demi-vie courte mais à doses élevées.

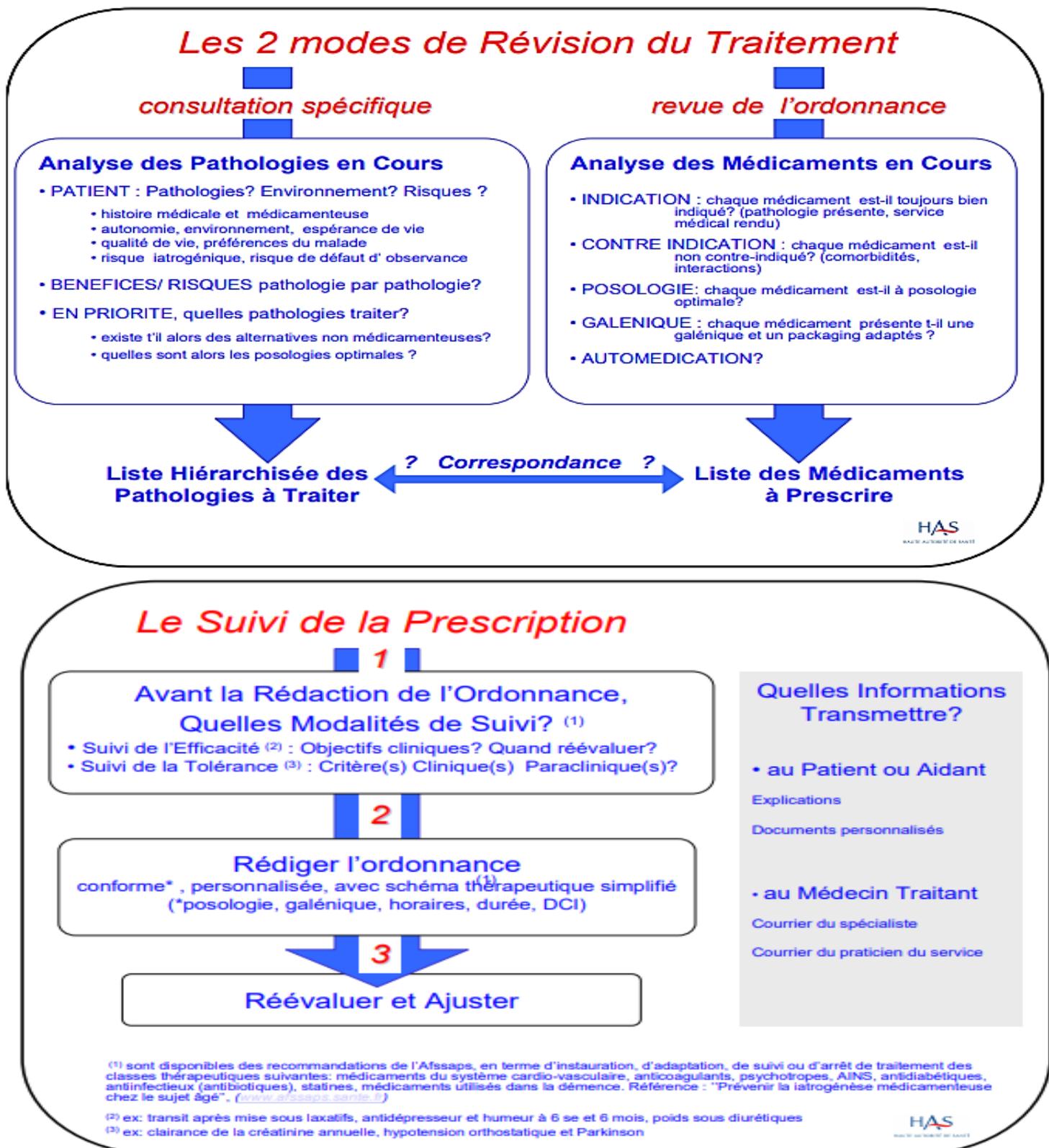
Tout ceci montre les difficultés de mise en œuvre et d'application des politiques de santé publiques par les médecins traitants et la nécessité d'utiliser de nouvelles approches afin de sensibiliser médecins et patients (7).

- **Les outils**

En France, la HAS a mis en place plusieurs outils afin d'accompagner le médecin généraliste dans sa prescription. Disponible depuis 2005, l'**outil PMSA** (Prescription Médicamenteuse du Sujet Agé) (39), comprend plusieurs mémos englobant tous les aspects de la prescription :

- 1-les étapes de la prescription
- 2- le réflexe iatrogénique
- 3-les 2 modes de révision du traitement

- 4-les objectifs thérapeutiques
- 5-observation et prescription
- 6-le suivi de la prescription



1

Avant la Rédaction de l'Ordonnance, Quelles Modalités de Suivi? ⁽¹⁾

- Suivi de l'Efficacité ⁽²⁾ : Objectifs cliniques? Quand réévaluer?
- Suivi de la Tolérance ⁽³⁾ : Critère(s) Clinique(s) Paraclinique(s)?

2

Rédiger l'ordonnance conforme* , personnalisée, avec schéma thérapeutique simplifié ⁽¹⁾ (*posologie, galénique, horaires, durée, DCI)

3

Réévaluer et Ajuster

Quelles Informations Transmettre?

- **au Patient ou Aidant**
 - Explications
 - Documents personnalisés
- **au Médecin Traitant**
 - Courrier du spécialiste
 - Courrier du praticien du service

⁽¹⁾ sont disponibles des recommandations de l'Afssaps, en terme d'instauration, d'adaptation, de suivi ou d'arrêt de traitement des classes thérapeutiques suivantes: médicaments du système cardio-vasculaire, anticoagulants, psychotropes, AINS, antidiabétiques, anti-infectieux (antibiotiques), statines, médicaments utilisés dans la démence. Référence : "Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé". (www.afssaps.sante.fr)

⁽²⁾ ex: transit après mise sous laxatifs, antidépresseur et humeur à 6 se et 6 mois, poids sous diurétiques

⁽³⁾ ex: clairance de la créatinine annuelle, hypotension orthostatique et Parkinson



Figure 1 : Mémos PMSA HAS : Les 2 modes de révision du traitement et Le suivi de la prescription

En plus de ces figures récapitulatives, on trouve des tableaux Excel préremplis permettant d'organiser le suivi du patient en consultation.

Une fiche spécifique aux bzd est également disponible (40) :

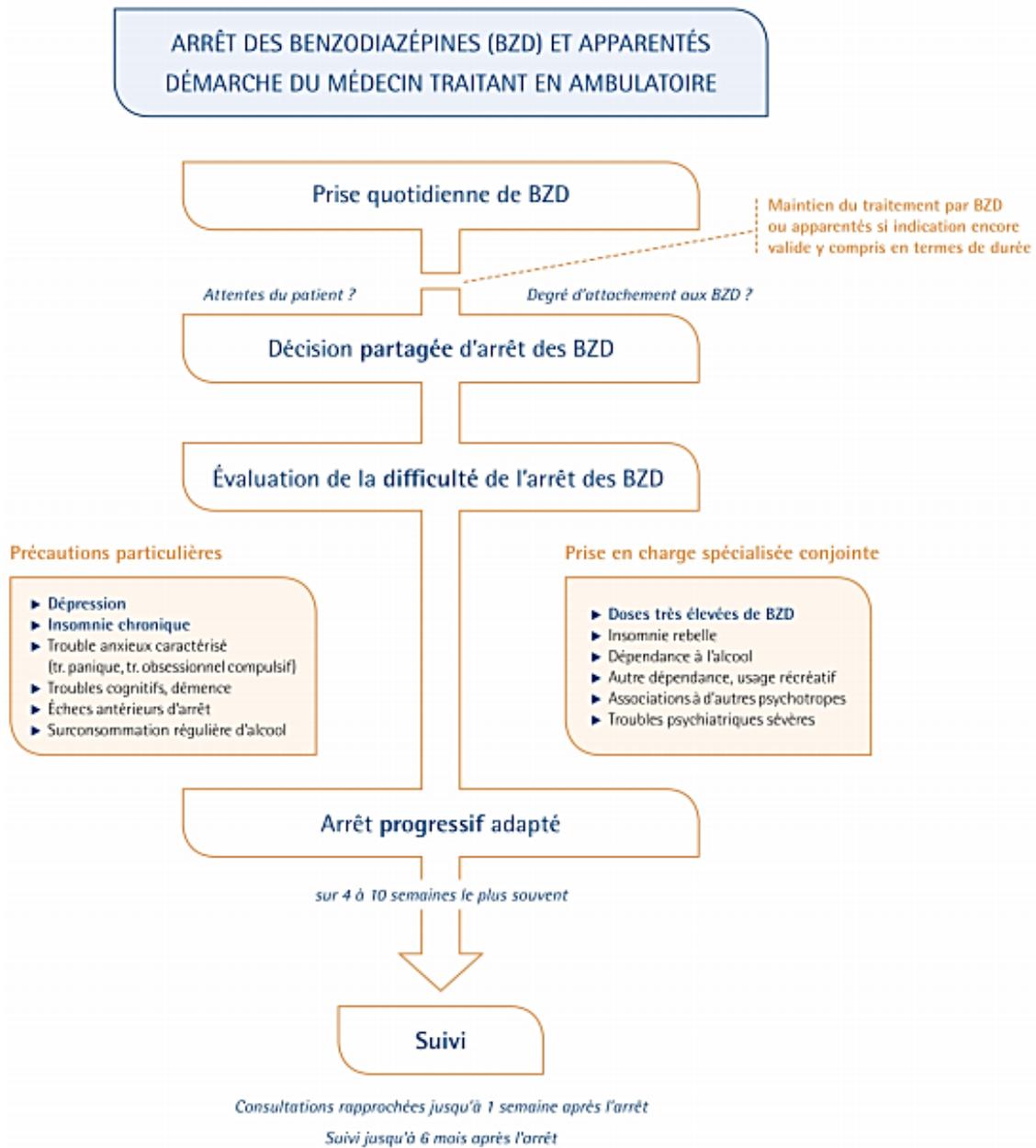


Figure 2 : Fiche HAS arrêt des benzodiazépines et apparentés démarche du médecin traitant en ambulatoire

Le collège de la médecine générale (CMG) a également réalisé des fiches d'aide à la prescription des bzd, avec un exemplaire destiné au médecin et un au patient. Elles obligent le médecin à s'interroger sur le bien-fondé de sa prescription, en mettant en avant les bénéfices et surtout les risques de ces médicaments (annexe A). Côté patient, elle pousse le patient à s'interroger sur ces symptômes et l'incite à utiliser des techniques non médicamenteuses en premier lieu (annexe B).

D'après ce que nous avons vu, le médecin généraliste détient de nombreux outils afin de limiter la iatrogénie et de s'interroger sur ses prescriptions. L'étude réalisée pour cette thèse auprès de médecins généralistes de Gironde, va nous montrer s'ils connaissent ces outils, s'ils les utilisent et surtout s'ils réévaluent les prescriptions.

I.5. Le service de SSR de Xavier Arnozan

- **Fonctionnement du service**

Les patients de cette étude ont été recrutés dans les services de soin de suite et réadaptation (SSR) 1 et 2 de Xavier Arnozan, service dans lequel (SSR1) j'ai effectué mon dernier stage d'interne. Nous allons donc aborder ici le fonctionnement de ce service et ce qui m'a poussé à envisager ce travail.

Ces SSR accueillent des patients de plus de 75 ans, venant principalement de services du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux, mais aussi parfois d'autres hôpitaux et du domicile. Ils ont pour but, de rééduquer et de réautonomiser les malades, afin qu'ils puissent regagner leur domicile dans les meilleures conditions. Lorsque ce n'est pas possible, le travail conjoint des médecins et assistantes sociales permet de proposer une orientation vers un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes). Les SSR sont des services pluridisciplinaires où médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales travaillent main dans la main pour le bien du patient.

Des pharmaciens cliniciens sont présents dans le service, un interne et des externes. Ils réalisent une conciliation des traitements du patient à son entrée dans le service. Cela consiste à réévaluer les prescriptions du patient une à une, en tenant compte de la pathologie actuelle, de ses antécédents et son traitement habituel. Le traitement chronique du patient est retrouvé en recoupant systématiquement trois sources (officine, médecin traitant et patient lui-même), c'est le bilan médicamenteux optimisé (BMO).

Puis, en ce qui concerne le SSR1, toutes ces prescriptions sont revues au cours des Réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) médicaments, en se basant sur les critères connus comme la liste de Laroche, liste STOPP an START, les critères AMI de l'HAS. Les RCP médicaments ont lieu toutes les semaines, une aile chaque semaine, soit tous les quinze jours pour une aile. Sont présents, le médecin responsable de l'aile, les internes et externes en médecine, un pharmacien, l'interne et les externes en pharmacie du service et une infirmière.

La RCP médicaments permet de réévaluer l'indication des traitements prescrits, ceux dont l'indication n'est pas clairement retrouvée sont stoppés ; la posologie de chaque médicament est affinée (c'est souvent le moment de préciser le poids des patients et leur fonction rénale) ; certains traitements sont introduits (critères START), souvent vitamine D, bisphosphonates et antalgiques. Les décisions prises en RCP sont consignées dans un dossier consultable par tous à tout moment.

Ce travail permet de prescrire le traitement le plus adéquate pour chaque patient et permet également de rattraper quelques erreurs grâce aux compétences propres à chaque participant.

Du fait des longues durées de séjour en SSR, un même patient peut être réévalué plusieurs fois en RCP, ainsi certains traitements sont arrêtés avant la sortie du patient.

En fin de séjour, au moment de la sortie du patient, les pharmaciens réalisent une fiche ville-hôpital qui est constitué d'un tableau représentant les traitements du patient à l'entrée et à la sortie de l'hospitalisation et indiquant les motifs de poursuite ou d'arrêt de chaque médicament. Par ce biais, le relais est assuré au médecin traitant qui devient alors l'acteur principal du traitement du patient.

- **Travail de thèse**

C'est tout ce travail de concertation qui m'a donné l'idée de réaliser cette thèse. Afin de voir ce que deviennent les prescriptions à la suite du SSR ainsi que d'observer la possibilité d'une réévaluation des traitements par un seul médecin prescripteur. Le but de cette évaluation est aussi d'être plus attentif à arrêter les médicaments non indiqués avant la sortie de l'hôpital, plutôt que de laisser des prescriptions inutiles à réévaluer au médecin traitant.

Par ailleurs, une thèse en pharmacie avait été réalisée dans le service par Alicia PIC (41). Elle évaluait la modification des prescriptions sur les ordonnances à l'entrée du service, à la sortie, puis à un et trois mois de la sortie. L'étude incluait 83 patients et concernait 140 ordonnances. Après la sortie du patient elle avait consulté les ordonnances des officines, ainsi l'avis des médecins quant aux raisons des modifications n'avaient pas pu être évalué. C'est dans cette continuité que s'inscrit mon travail.

Les résultats montrent que 24% des critères de modification des prescriptions à l'entrée concernent la présence d'une bzd ou d'un hypnotique, notamment des bzd à demi-vie longue. Les psychotropes arrivent en cinquième position des médicaments les plus prescrits après les analgésiques, les antithrombotiques et deux anti hypertenseurs (diurétiques et système rénine-angiotensine). De plus, 6,1% des patients avaient un psycholeptique sur l'ordonnance d'entrée.

En se basant sur les critères Laroche, les bzd à demi-vie longue représentaient dans cette étude 40% des médicaments inappropriés et étaient en première position. Selon les critères STOPP, les bzd étaient présentes à 15% et les hypnotiques (Z) à 9%, des 140 ordonnances revues. Durant l'hospitalisation, les bzd à demi vie longue étaient systématiquement remplacées par des bzd à demi-vie courte et les bzd/Z avaient été arrêtés chez 6 patients. Mais 17 benzodiazépines (bzd) et 7 hypnotiques (Z) avaient été ajoutés au cours de l'hospitalisation. A trois mois de la sortie, 6 psycholeptiques avaient été ajoutés par les médecins traitants, les bzd ajoutées étaient uniquement à demi-vie courte, mais les hypnotiques ajoutés n'étaient pas systématiquement à demi-dose. Dans cette thèse la raison de la reprise ou de l'arrêt des médicaments par les médecins traitants n'étaient pas abordée.

Devant ces résultats, je me suis questionnée au sujet des bzd/Z ajoutés pendant l'hospitalisation et non arrêtés avant la sortie. Mon hypothèse était que pour certains patients ces traitements étaient nécessaires en hospitalisation du fait de l'environnement hostile et de la modification des habitudes de vie et de sommeil mais qu'une fois de retour au domicile ils deviendraient inutiles.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1 Objectifs et descriptif de l'étude

L'**objectif principal** était d'examiner la réévaluation des benzodiazépines (bzd) et hypnotiques (Z) introduits en hospitalisation par les médecins traitants, après le retour à domicile, et les raisons de leur choix.

Les **objectifs secondaires** étaient :

- d'évaluer la proportion de patients sortant de l'hôpital avec introduction de benzodiazépine (bzd) et/ou hypnotique (Z)
- d'évaluer les motifs de prescription des bzd/Z en hospitalisation
- d'évaluer si les benzodiazépines prescrites à l'hôpital sont concordantes avec les recommandations en cours
- de quantifier la proportion de prescription de bzd/Z réévaluées par les médecins traitants
- d'examiner les motifs de poursuite ou d'arrêt des bzd/Z à domicile

Notre **étude** a été réalisée en deux temps.

D'abord une étude de cohorte rétrospective monocentrique par analyse de dossiers au SSR de Xavier Arnozan.

Puis une enquête qualitative prospective réalisée auprès des médecins généralistes traitants des patients recrutés dans la première partie. Elle a été effectuée à 6 mois de la sortie des SSR pour chaque patient, soit entre mai et novembre 2018.

II.2. Recueil de données

- **Population d'étude**

Critères d'inclusion : patients hospitalisés au SSR 1 et 2 de Xavier Arnozan, sortis du service entre le 1^{er} novembre 2017 et le 31 mai 2018, à qui l'on a ajouté une benzodiazépine (bzd) ou un hypnotique (Z) entre son entrée et sa sortie d'hospitalisation, ayant regagné leur domicile (même nouveau – EHPAD, logement adapté, RPA) à la sortie de l'hospitalisation.

Critères d'exclusion :

- Patients qui n'ont pas rejoint leur domicile à la sortie du SSR, par exemple transférés dans un autre service d'hospitalisation
- Benzodiazépine prescrite pour traitement de l'épilepsie (réévaluation non pertinente)

Des données manquaient pour certains patients dans la deuxième partie de l'étude :

- Patient décédé au moment du rappel du médecin traitant
- Absence de réponse du médecin traitant (perdu de vue)
- Médecin traitant non retrouvé (perdu de vue)

- **Recrutement des patients**

Nous avons recruté les patients répondant aux critères d'inclusion à travers le logiciel du CHU de Bordeaux, Dx Care. La lecture des courriers de sortie de chaque patient nous a permis de collecter leur âge, leur sexe, leur motif d'hospitalisation, leurs antécédents, leur service de provenance et leur lieu de vie. Nous avons également récupéré des données sur les traitements : les médicaments sur l'ordonnance à l'entrée et à la sortie et les motifs de prescription et de modification de ses traitements. Pour chaque patient nous pouvions donc dire si nous avons ajouté une benzodiazépine, un hypnotique ou les deux. Mais également le type de benzodiazépine (bzd) et/ou d'hypnotique (Z) ainsi que sa posologie. Quel était le motif d'ajout du médicament (anxiété, trouble du sommeil, autre). Enfin, si il y avait une consigne sur l'ordonnance de sortie quant à la poursuite du traitement (si besoin/à réévaluer).

- **Les données des médecins**

Le médecin traitant de chaque patient a été retrouvé sur le dossier informatique du patient au CHU, dans l'entête du courrier de sortie. Nous avons collecté la tranche d'âge, le sexe et le lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain) de chaque médecin.

- **Enquête auprès des médecins généralistes**

Dans un deuxième temps, nous avons récupéré les données concernant les prescriptions réalisées une fois le patient à son domicile. Pour cela, nous avons réalisé des entretiens téléphoniques semi-directifs avec le médecin traitant de chaque patient à 5-6 mois de la sortie du service. A partir d'un questionnaire réalisé au préalable en accord avec un professeur de médecine générale.

Lors de cette étape certains patients ont été perdus de vue, par manque de réponse de leur médecin traitant, ou devant l'absence de médecin traitant retrouvé.

Questionnaire :

Bonjour, je suis Audrey DAVANT, interne en médecine générale, je vous contacte au sujet de ma thèse. Elle concerne la réévaluation par les médecins traitants, des benzodiazépines/hypnotiques prescrits en cours d'hospitalisation.

Cela concerne Mr/Mme X né(e) le ... que nous avons reçu en hospitalisation du .. au ... au SSR de Xavier Arnozan. Au cours du séjour à l'hôpital nous avons introduit du Y (médicament, posologie) qu'il/elle n'avait pas auparavant.

Q1 - Avez-vous remarqué l'ajout de ce traitement par rapport au traitement habituel du patient au retour à domicile ?

Q2 - Que pensez-vous de cette prescription ? Selon-vous était-elle adaptée ou non à la situation du patient ?

Q3 - Qu'avez-vous décidé à son propos ? (Arrêt, poursuite, diminution.....).

Q4 - Pourquoi avez-vous pris cette décision ?

Q5 - Est-ce que cette décision vous satisfait ?

Q6 - Avez-vous tenté un sevrage ? Pourquoi a-t-il / n'a-t-il pas fonctionné ?

Q7 - Est-ce difficile pour vous de modifier ce genre de traitement une fois le patient de retour au domicile ? Pour quelles raisons ?

Q8-1 - Y avait-il une consigne sur l'ordonnance ? (par exemple, traitement si besoin, ou "à réévaluer")

Q8-2 - Cela influence-t-il votre décision ?

Q9 - Connaissez-vous des outils afin de faciliter le sevrage ? Lesquels ?

Q10 - Que pouvons-nous faire, selon vous, pour améliorer la communication ville-hôpital en matière de modification de traitements ?

Figure 3 : Questionnaire à destination des médecins traitants

Les réponses au questionnaire nous ont apporté plusieurs données analysées de façon qualitative :

- ✓ Observation de la prescription hospitalière par le médecin traitant : ajout remarqué (oui/non), prescription pertinente (oui/non)
- ✓ Décision du médecin traitant concernant cette prescription : arrêt, poursuite, modification
- ✓ Raison de cette décision :
 - arrêt : traitement non indiqué / effets secondaires
 - poursuite : médicament toujours indiqué / insistance du patient / recopiage
- ✓ Satisfaction du médecin face à cette décision (oui/non)
- ✓ Un sevrage a-t-il été tenté (oui/non) et s'il n'a pas fonctionné, pour quelle raison : refus du patient / difficultés à modifier un traitement introduit à l'hôpital
- ✓ Difficulté du médecin de ville à réévaluer un traitement initié à l'hôpital (oui/non)

- ✓ Une consigne présente sur l'ordonnance influence-t-elle la décision du médecin ? (oui/non)
- ✓ Les médecins généralistes connaissent-ils les outils de réévaluation des bdz/Z et est-ce qu'ils les utilisent ? Si oui, lesquels (recommandations HAS, STOPP/START...)
- ✓ Comment améliorer la communication hôpital-ville (tableaux explicatifs, courriers, mails, téléphone...)

- **Analyse des données**

Les données ont été analysées selon des statistiques descriptives. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et les variables qualitatives en nombre et en pourcentage.

Les réponses aux questions semi-ouvertes ont donné lieu à des réponses notées en intégralité, puis classées par catégories.

II.3. Ethique

Conformément à la loi informatique et liberté, cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Registre de traitement de données à caractère personnel du CHU de Bordeaux. Une déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) n'était pas nécessaire.

L'anonymat des patients et des médecins a été maintenu.

III.RESULTATS

III.1 Description de la population de patients

III.1.a. Population recrutée

Lors de la première étape 75 patients ont été inclus : 22 pour le SSR1 et 53 pour le SSR 2.

Puis après appel aux médecins traitants 20 patients ont été perdus de vue et 6 étaient décédés dans l'intervalle.

Nous avons donc recruté 75 patients pour la partie descriptive, et 49 patients pour la partie prospective.

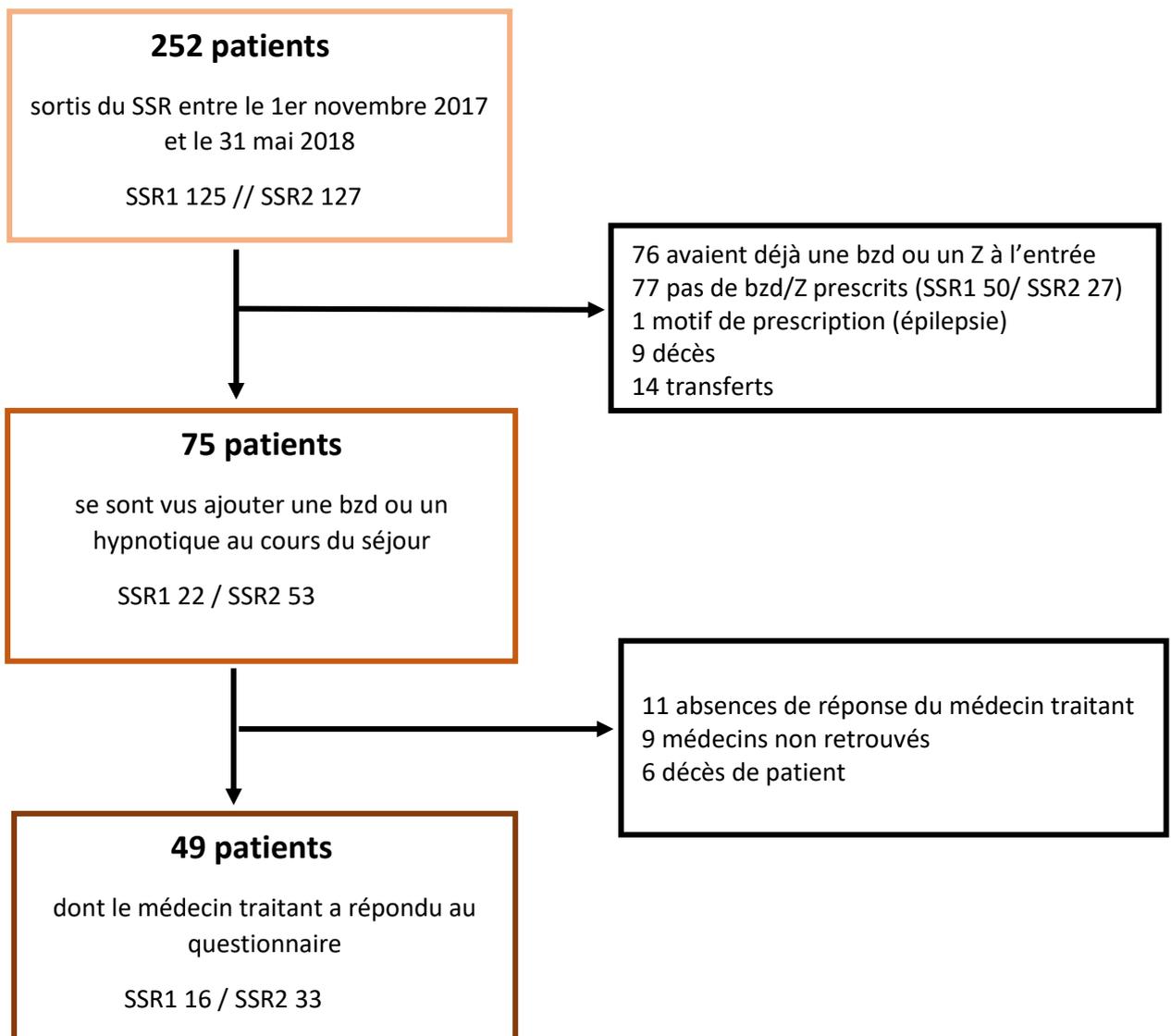


Figure 4 : Nombre de patients à chaque étape de l'étude

III.1.b. Caractéristiques des patients

	Nombre	Pourcentage	Moyenne	Ecart type
Age			85.6	6.2
Sexe				
Hommes	25	33.3		
Femmes	50	66.7		
Motif d'hospitalisation				
Chute	34	45.3		
AVC	26	34.7		
Décompensation cardiaque	4	5.3		
Infection	5	6.7		
Confusion	1	1.3		
Myélome	2	2.7		
Amputation	2	2.7		
Pneumopathie	1	1.3		
Antécédents				
Troubles cognitifs	36	48		
Chute	31	41.3		
Dépression	17	22.6		
Anxiété	10	13.3		

Tableau 2 : Caractéristiques propres au patient

A noter que les antécédents répertoriés sont uniquement ceux pouvant entraîner une prescription de psychotropes.

III.1.c. Séjour du patient

Service de provenance				
Post Urgences	10	13.3		
Orthopédie	13	17.3		
Neurologie/UNV	23	30.7		
Gériatrie aigue	11	14.7		
Cardiologie	1	1.3		
Maxillo-faciale	1	1.3		
Chirurgie vasculaire	1	1.3		
Psychiatrie	2	2.7		
Réanimation	1	1.3		
Infectiologie	1	1.3		
Domicile	3	4		
Hors CHU	8	14.7		
Durée de séjour			42.3	18.1
Mode de sortie				
Domicile	55	73.3		
EHPAD	24	18		
RPA	1	1.3		
Décès	1	1.3		

Tableau 3 : Le séjour du patient

La durée de séjour la plus courte était de 3 jours (transfusion chez une patiente ayant une myélodysplasie) et la plus longue était de 92 jours (rééducation à la marche dans les suites d'une prothèse totale de hanche droite compliquée d'une décompensation cardiaque).

Parmi les patients provenant de services hors CHU, deux venaient de Bagatelle, deux venaient de la Clinique Mutualiste (un des post-urgences, l'autre d'orthopédie), deux de Robert Picqué (un des post urgences, l'autre orthopédie), un patient de Bergonié et une autre de neurologie à Cayenne. Concernant les patients provenant du domicile, deux vivaient en EHPAD et un à son domicile personnel.

III.2. Prescriptions

- **Nombre de médicaments**

A l'entrée dans le service les patients avaient en moyenne 6,4 médicaments sur l'ordonnance (écart-type 2,8). A la sortie la moyenne des médicaments prescrits était de 9,8 (écart-type 2,8).

- **Les médicaments ajoutés à l'hôpital**

Nous avons étudié le nombre de benzodiazépines (bzd) ajoutées en hospitalisation non arrêtées avant la sortie, ainsi que leur type et leur posologie.

Ajout de bzd	%	N	N SSR1	N SSR2
Pas d'ajout	36	27	7	20
Oxazéпам 1/2 dose	8	6	0	6
Oxazéпам pleine dose	15	11	9	2
Alprazolam 1/2 dose	24	18	1	17
Alprazolam pleine dose	15	11	3	8
Lorazéпам 1/2 dose	1	1	1	0
Lorazéпам pleine dose	1	1	1	0

Tableau 4 : Types et posologies des bzd ajoutées en hospitalisation

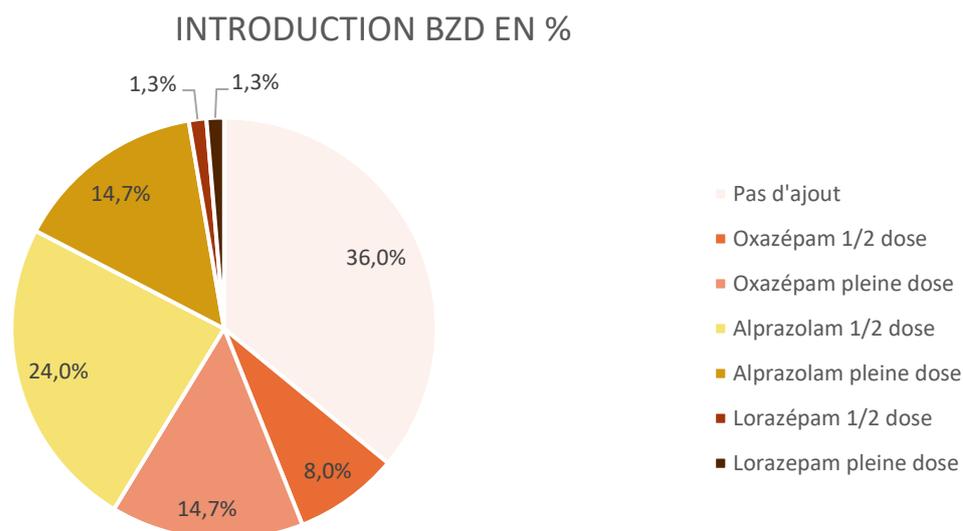


Figure 5 : Types et posologies des bzd ajoutées en hospitalisation en pourcentage

Même démarche pour les hypnotiques (Z), Zolpidem et Zopiclone avec leur posologie.

Ajout d'hypnotique	%	N	NSSR1	NSSR2
Pas d'ajout	44	33	12	21
Zolpidem 1/2 dose	31	23	2	21
Zolpidem pleine dose	24	18	8	10
Zopiclone	1	1	0	1

Tableau 5 : Types et posologies des hypnotiques ajoutés en hospitalisation

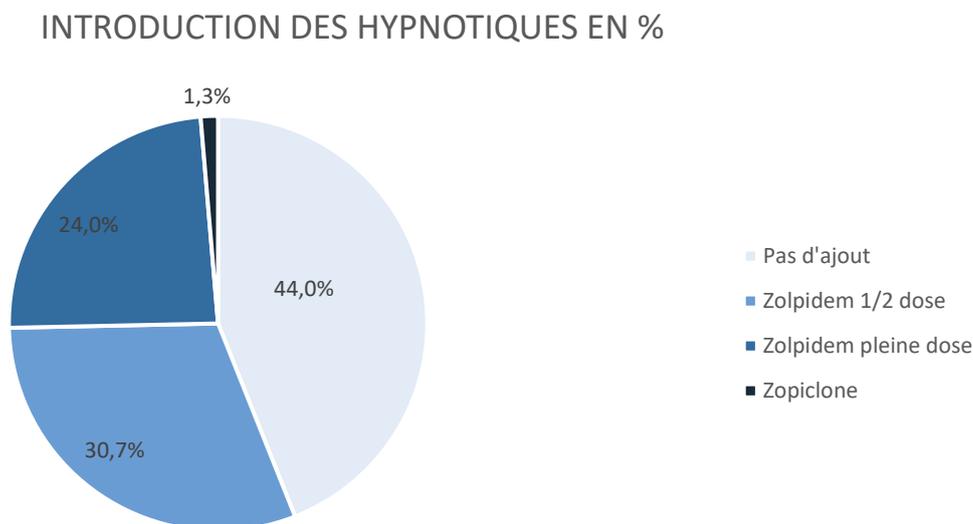


Figure 6 : Types et posologie des hypnotiques ajoutées en hospitalisation en pourcentage

- **Motifs de prescription des bzd et hypnotiques à l'hôpital**

On retrouve 26 patients avec une prescription « si besoin ». Ces traitements à la demande, étaient certainement donnés pour des troubles anxieux ou du sommeil mais nous n'avons pas le détail.

Le motif suivant était les difficultés d'endormissement, parmi les 21 patients présentant des troubles du sommeil 17 ont reçu un hypnotique (Z), 3 ont eu une bzd seule et le dernier avait une bzd et un hypnotique.

L'autre motif de prescription était l'anxiété. Dix-neuf patients ont reçu des traitements pour ce motif : 12 patients une bzd seule, 3 une bzd associée à un hypnotique et 4 un hypnotique seul.

Enfin, 3 patients ont reçu des bzd pour des troubles cognitifs avec agitation et 2 patients ont eu des bzd pour des troubles psychiatriques sévères.

III.3. Description de la population de médecins

- **Recrutement**

Sur les 75 médecins potentiels, 9 n'ont pas été retrouvés (non renseignés ou changement de médecin), 11 n'ont pas répondu à nos sollicitations et pour 6 d'entre eux le patient concerné

était décédé avant le rappel. Au final, nous avons étudié les données de 49 médecins généralistes traitants.

- **Caractéristiques des médecins répondants**

	Nombre	Pourcentage
Sexe		
Femmes	14	28.6
Hommes	35	71.4
Âge (ans)		
< 39	12	24.5
40-49	10	20.4
50-59	17	34.7
> 60	10	20.4
Lieu d'exercice		
Urbain	38	77.6
Semi-rural	9	18.4
Rural	2	4

Tableau 6 : Caractéristiques des médecins répondants

Parmi les 49 médecins, 7 étaient les nouveaux médecins traitants du patient.

III.4. Réévaluation des traitements

III.4.a. Réponses au questionnaire

Trente médecins interrogés (soit 61,2%) ont remarqué qu'une bzd ou un hypnotique avait été ajouté en cours d'hospitalisation. Parmi ces médecins 50% ont tenté un sevrage, contre 13.2% chez les médecins qui n'avaient pas vu l'ajout. Sept médecins étaient les nouveaux médecins traitants du patient et n'avaient pas connaissance du traitement antérieur. Quatre n'ont pas répondu.

A la question 2 « la prescription était-elle appropriée » 65,3% (n=32) ont répondu qu'elle l'était, 20,4% (n=10) qu'elle ne l'était pas et 14,4% (n=7) n'ont pas donné leur avis. Les médecins ont stoppé 90% des prescriptions qu'ils avaient définies comme inappropriées et poursuivi 75% des prescriptions notées appropriées.

Pour les questions 3 et 4, nous avons classé les motifs de réévaluation des bzd/Z en cinq catégories (Figure H).

Si le traitement a été poursuivi (rouge) :

- Indiqué
- Poursuivi à la demande du patient
- Recopiage simple de l'ordonnance de l'hôpital

Si le traitement a été stoppé (bleu) :

- Non indiqué
- Présence d'effets secondaires

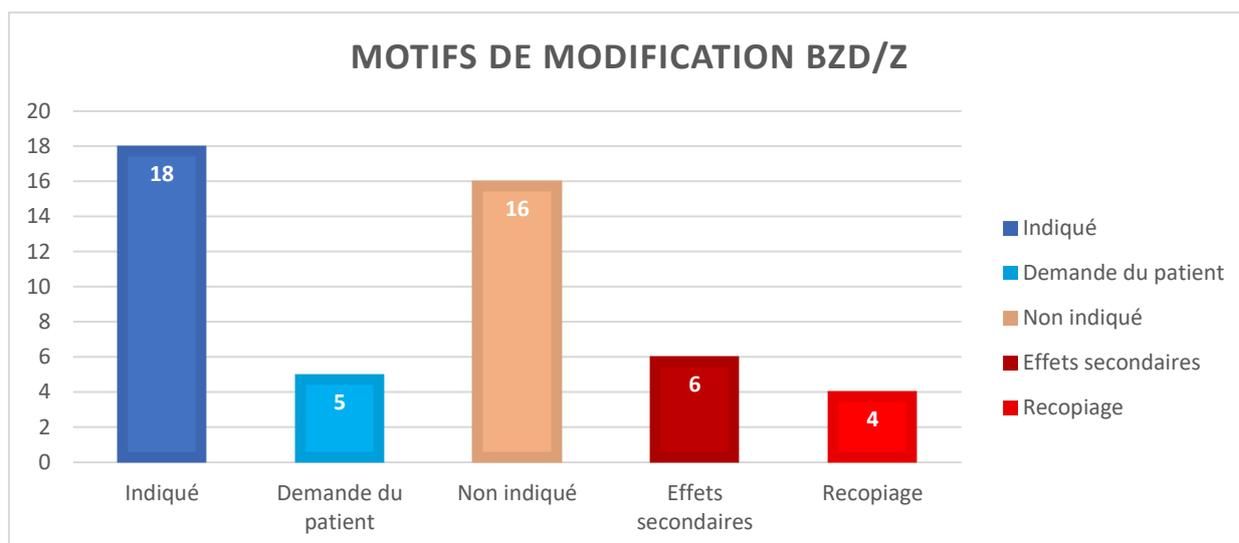


Figure 7 : Motifs de réévaluation des bzd/Z

Le taux de réévaluation global est de 92%. En effet, seulement 4 médecins (8%) nous ont dit avoir seulement recopié l'ordonnance de sortie.

A ce moment-là, 71,4% (n=35) des médecins étaient satisfaits de leurs prescriptions (Q5).

A la question 6, 30 médecins nous ont dit avoir tenté un sevrage (60,1%) et 19 ne l'ont pas tenté. Parmi les médecins ayant tenté un sevrage, 20 ont finalement stoppé le traitement et 10 l'ont reconduit. Les médecins n'ayant pas tenté de sevrage ont en effet tous poursuivi le traitement.

Parmi les médecins interrogés 30,6% (n=15) avouaient éprouver des difficultés à arrêter les bzd/Z. Parmi ceux qui n'évoquaient pas de difficulté à modifier ces traitements 58,3% avaient stoppé le traitement. Pour ceux qui avaient répondu avoir des difficultés à effectuer un sevrage seulement 16,7% l'avaient arrêté.

Il y avait sur 13 ordonnances (26,5%) une consigne incitant les médecins à réévaluer le traitement. Sur les médecins interrogés 38,8% (n=19) disaient être influencés par une telle consigne, les autres affirmaient réévaluer le traitement de toute façon. Chez les médecins ayant une consigne sur l'ordonnance, 38,5% ont arrêté le traitement contre 44,4% chez ceux n'ayant pas de consigne.

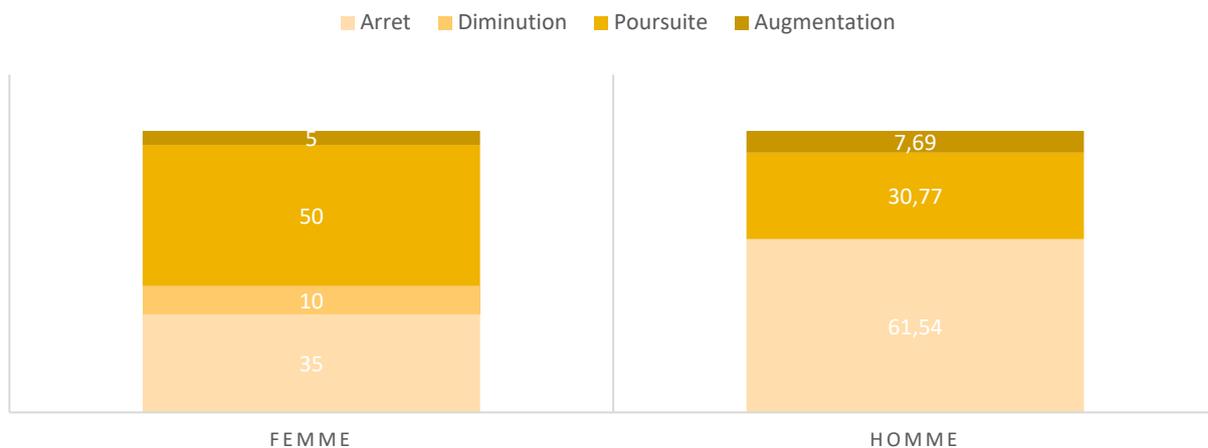
Concernant les outils permettant de faciliter la réévaluation des traitements 23 médecins disaient ne pas en connaître, 8 utilisent les recommandations de l'HAS, 18 n'ont pas répondu.

Pour les outils de communication ville-hôpital seulement 10 médecins ont répondu, 5 ont dit que les courriers étaient suffisants, 3 ont parlé de la fiche récapitulative réalisée par les pharmaciens, 2 ont proposé qu'un lien pouvait être réalisé par l'équipe mobile de gériatrie.

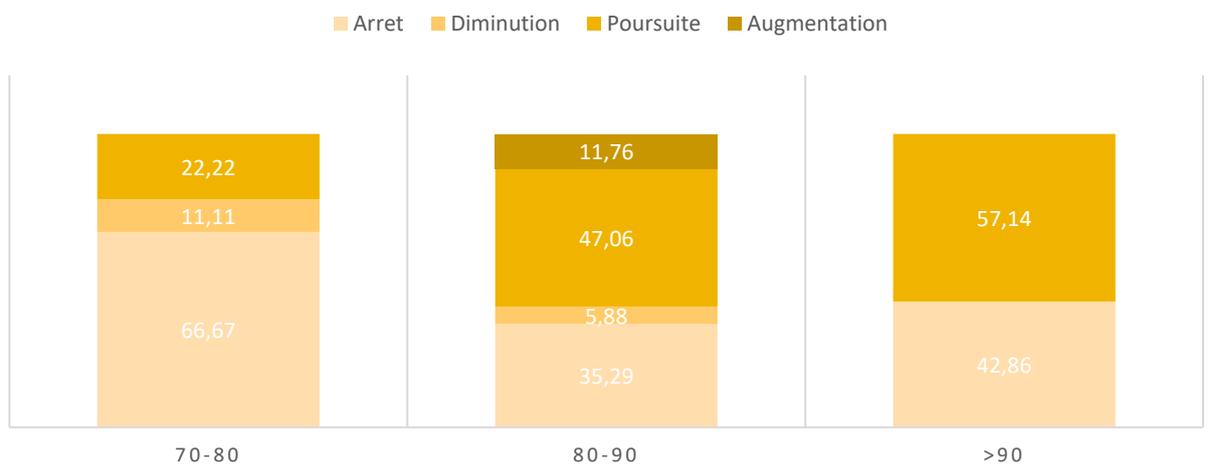
III.4.b. Influence des caractéristiques des patients et des médecins dans la réévaluation du traitement

Nous avons étudié si l'âge des patients, leur sexe ou leur lieu de vie influait sur les prescriptions des médecins traitants.

INFLUENCE DU SEXE



INFLUENCE DE L'AGE



INFLUENCE DU MODE DE SORTIE

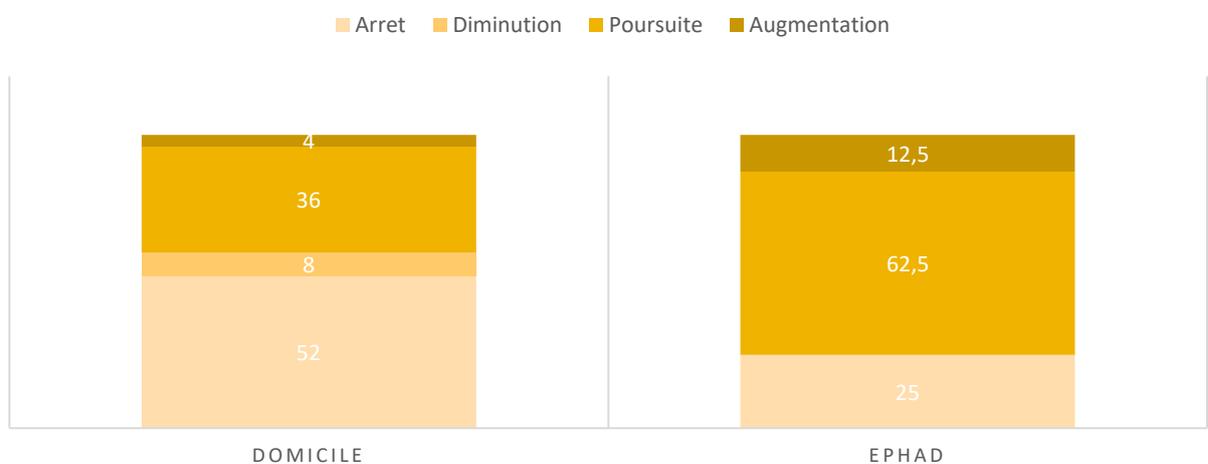


Figure 8 : influence des caractéristiques propres aux patients sur la réévaluation du traitement

Dans la tranche d'âge 80-90 ans les bzd/Z sont davantage poursuivis, voire une augmentés et moins arrêtés que dans les autres tranches d'âges.

Les bzd/Z sont beaucoup plus arrêtés chez les hommes que chez les femmes.

Chez les patients vivant en EHPAD les médicaments sont deux fois plus poursuivis que chez les patients vivant à leur domicile personnel.

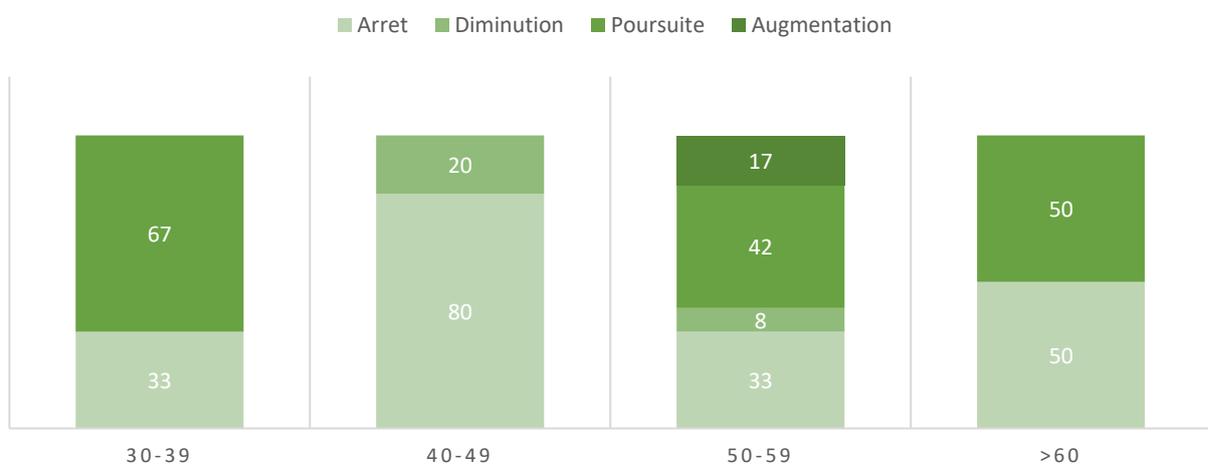
III.4.c. Influence des caractéristiques des médecins dans la réévaluation du traitement

Dans un deuxième temps nous avons regardé si les caractéristiques des médecins influençaient leurs prescriptions : leur âge, leur sexe et leur lieu d'exercice.

INFLUENCE DU SEXE



INFLUENCE DE L'AGE



INFLUENCE DE LA LOCALITE

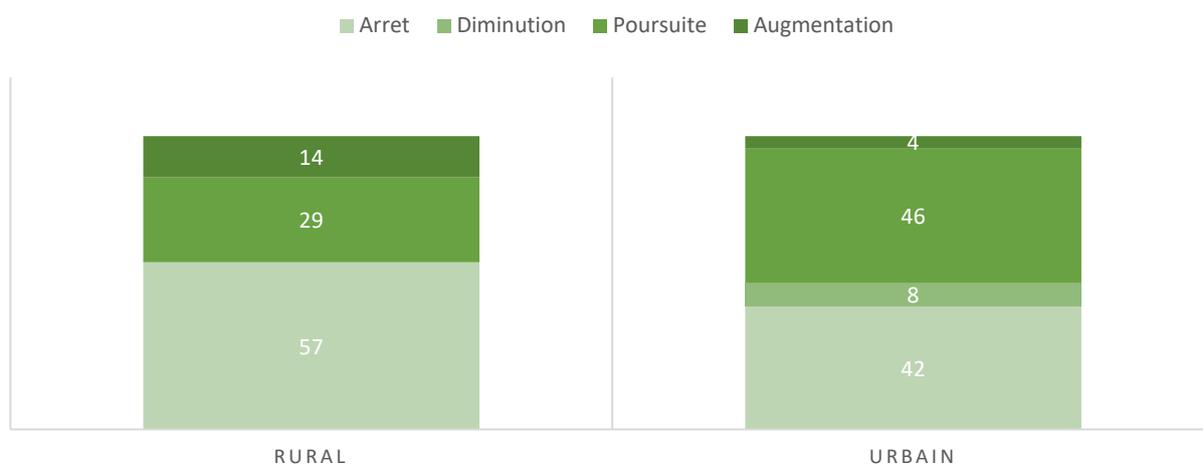


Figure 9 : influence des caractéristiques propres aux médecins sur la réévaluation du traitement

Les médecins de 40 à 49 ans stoppent plus le traitement que les autres. Chez les médecins de plus de 60 ans autant de médecins arrêtent et poursuivent les médicaments.

Les médecins en milieu rural arrêtent un peu plus les bzd/z que les médecins urbains.

50% des hommes (n=18) arrêtent les bzd/Z contre 36% des femmes (n=5).

IV.DISCUSSION

IV.1. Généralités

La prescription de bzd/Z reste un problème de santé publique malgré sa baisse ces dernières années (1). Les effets secondaires de ces médicaments entraînent des conséquences graves pour les patients notamment au niveau de leur autonomie mais aussi de leurs capacités cognitives. En ce sens les recommandations de prescriptions sont strictes en termes de durée et de dose (2). Malheureusement, devant l'absence de traitements substitutifs efficaces contre l'anxiété et l'insomnie, les médecins se retrouvent souvent contraints d'en prescrire (14). Le questionnement sur leur intérêt doit être posé à chaque consultation.

IV.2. Recrutement des patients

- **Inclusion**

Grâce au travail préalable des internes en pharmacie, nous avons le relevé exhaustif des patients sortis du service entre le 1^{er} novembre 2017 et le 31 mai 2018, ainsi que leurs traitements d'entrée et de sortie. Le recueil des données hospitalières s'est donc déroulé sans encombre.

- **Exclusion**

Les patients ne retournant pas directement au domicile à la sortie du service ne pouvaient logiquement pas être inclus, la réévaluation n'étant pas faite par le médecin traitant.

Ensuite, les patients pour lesquels le traitement était prescrit pour de l'épilepsie. En effet il n'est pas recommandé d'arrêter les bzd dans cette indication, les critères de jugement à appliquer pour la réévaluation du traitement ne sont pas les mêmes.

Enfin, l'absence de réponse des médecins généralistes nous a contraint à exclure un certain nombre de patients (n=20).

- **Nombre de patients**

Finalement, nous avons donc recruté 75 patients à l'hôpital, 53 venant du SSR2 et 22 du SSR1. Cette différence peut s'expliquer par plusieurs raisons. Comme nous l'avons dit précédemment, au SSR1 une RCP médicament est réalisée toutes les semaines et permet une revue exhaustive des traitements de chaque patient. Les internes en pharmacie participent également au courrier de sortie en réalisant un tableau récapitulatif des traitements d'entrée et de sortie. Cela apporte un regard supplémentaire à celui des médecins et permet de corriger quelques erreurs. Par ailleurs, l'étude a été faite sur un semestre bien défini, avec plusieurs internes et plusieurs médecins différents impliqués dans chaque SSR.

On peut donc supposer que la présence des pharmaciens au SSR1 influence les prescriptions et ce de manière bénéfique, mais nous devons également prendre en compte les habitudes personnelles de chaque médecin.

IV.3. Comparaison de notre population avec la population générale gériatrique

Dans notre population nous avons 25 hommes (33,3%) et 50 femmes (66,7%) et l'âge moyen est de 85.6 ans. Ce qui est représentatif de la population générale gériatrique.

En effet, selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) en 2018 en France, la population générale gériatrique comprenait 169 183 hommes (42%) de 80 ans pour 233 198 femmes (58%) et les hommes de 90 ans étaient 54 174 (31%) pour 120 327 femmes (69%) (42).

En revanche, peu de données comparables sont retrouvées dans les études de grande envergure car ces populations y sont très peu représentées. La population des plus de 65 ans représente 5 % des patients inclus dans les essais, alors qu'elle représente 15 % de la population générale et 40 % de la population des consommateurs de médicaments (43).

IV.4. Consommation des benzodiazépines et hypnotiques et comparaison avec la population générale

Sur 252 patients sortis du SSR durant la période de l'étude, une benzodiazépine (bzd) ou un hypnotique (Z) a été ajouté chez 75 d'entre eux (50 femmes et 25 hommes), soit 29,8% des patients.

En 2007, l'HAS note que 20% de la population gériatrique française consomme des hypnotiques ou anxiolytiques (44).

L'équipe de Lagnaoui R. en 2001 réalise une enquête téléphonique qui montre que l'utilisation des bzd est de 7,5% dans la population générale, avec respectivement 9% chez les femmes et 5,2% chez les hommes (45).

Nous retrouvons dans notre étude des pourcentages plus élevés, mais la proportion est sensiblement similaire.

IV.5. Les motifs de prescription des benzodiazépines et hypnotiques en hospitalisation

Les résultats montrent qu'à l'hôpital les hypnotiques sont majoritairement prescrits afin de lutter contre des troubles du sommeil. 18 patients ont reçu un hypnotique pour ce motif. Ce qui est conforme aux recommandations de bonnes pratiques.

Selon l'HAS, il est licite de prescrire des hypnotiques (Z) dans le traitement de l'insomnie, après échec des règles d'hygiène du sommeil. Tant que cette prescription s'inscrit dans une démarche à court terme (46). Ces règles d'hygiène du sommeil recommandent par exemple de « dormir selon ses besoins, mais pas plus ; limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher ». Or, sous savons que l'organisation d'un service hospitalier rend ces règles difficilement applicables pour chaque patient.

L'autre motif de prescription des bzd et Z à l'hôpital était l'anxiété. Dix-neuf patients ont reçu des traitements pour ce motif dont 12 patients une bzd seule. La prescription de bzd est justifiée dans l'anxiété, notamment dans les manifestations anxieuses liées à un trouble de l'adaptation

(ensemble de syndromes de réponse au stress qui se développent après un événement de vie difficile) (2).

Enfin, trois patients ont reçu des bzd pour des troubles cognitifs avec agitation et deux patients autres pour des troubles psychiatriques sévères. Ces motifs font également partie des indications de prescription des bzd (2).

Un soutien psychologique du patient et de son entourage est également recommandé afin de limiter ces manifestations anxieuses. Or, la disponibilité limitée des soignants est un frein à la mise en place de cette réassurance.

Concernant les molécules prescrites, tous les patients ont reçu des molécules à demi-vie définies comme courte (Oxazepam, Alprazolam, Lorazepam). Même si en fonction des sources (2,5) la demi-vie de l'Alprazolam varie de 6 à 20 heures. On voit qu'au SSR1 l'Oxazepam est la molécule la plus prescrite, le plus souvent à pleine dose. Au SSR2 l'Alprazolam est plus donnée, le plus souvent à demi-dose. On note bien ici les différences de pratiques entre les médecins de chaque service.

IV.6. Le nombre de médicaments sur l'ordonnance

Les patients avaient en moyenne 6,4 médicaments sur l'ordonnance d'entrée et 9,8 à la sortie. Ce chiffre est supérieur aux données de la littérature qui donnent un nombre autour de 4 médicaments par patient en gériatrie (47,48). Il paraît d'autant plus surprenant que l'hôpital et a fortiori un service de gériatrie devrait avoir un rôle de réévaluation et de diminution du nombre de médicaments sur l'ordonnance. Je n'ai pas recherché le détail des médicaments ajoutés, cela pourrait être pertinent de réaliser une étude dessus.

A noter tout de même que les patients hospitalisés en SSR présentent probablement des comorbidités plus lourdes que la population générale gériatrique.

IV.7. Motifs d'hospitalisations et antécédents

Les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient les chutes (45,3% des patients) puis les AVC (34,7% des patients). Parmi les antécédents relevés, les troubles cognitifs étaient les plus fréquents (48% des patients), puis les chutes (41,3%), ensuite la dépression (22,6%) et enfin l'anxiété (13,3%).

- **Les chutes**

Les chutes étaient le motif d'hospitalisation le plus fréquent pour notre population de patients. Elles font aussi parties des antécédents les plus fréquemment retrouvés (41,3% des patients). Il existe une doctrine qui dit « un patient chuteur rechutera ». Il nous appartient alors de limiter au maximum les facteurs favorisant les chutes, dont font partie les psychotropes (49-51). Plus la dose et/ou la durée de consommation sont importantes, plus le risque de chute est élevé (52). La récurrence des chutes est augmentée avec l'âge et le sexe féminin (53). Les personnes âgées consommant des bzd/Z ont un risque de chute augmenté de 47-57% (54).

Dans notre étude, 21 patients hospitalisés pour chute ont reçu des bzd en cours d'hospitalisation. Parmi eux 11 en avait toujours sur l'ordonnance à 5 mois lors du rappel au médecin traitant. Ce qui est contraire aux recommandations et entraîne un surrisque de répétition des chutes.

Il faut également être vigilants à la prescription de zolpidem qui augmente le risque de chute chez les patients hospitalisés (55). Nous avons ici 16 patients qui ont reçu du Zolpidem (dont 7 à pleine dose) alors qu'ils n'en avaient pas chez eux. A cinq mois de la sortie, le Zolpidem avait été arrêté chez 6 patients et poursuivis chez 7. Comme pour les benzodiazépines, ces prescriptions entraînent un surrisque de chute.

Enfin, parmi les patients hospitalisés pour chute 16 ont vu leur chute compliquée d'une fracture, 11 impactant le col du fémur, 3 le membre supérieur et 2 le rachis. Le traitement par benzodiazépines (bzd) semble augmenter le risque de fracture de la hanche et ceci quelle que soit la dose (56).

- **Les Accidents Vasculaires Cérébraux**

Concernant les AVC, le recrutement des patients victimes d'AVC en SSR2 n'est pas représentatif des SSR en général. En effet, ce SSR étant un centre de rééducation à orientation neurologique post AVC, cette pathologie est donc surreprésentée dans notre étude.

Dans les pays développés, les AVC représentent la troisième cause de décès, la première cause de handicap acquis de l'adulte et la deuxième cause de démence (57). Un épisode dépressif apparaît chez un tiers des patients qui en sont victimes (58). L'anxiété post-AVC est fréquente et peut être traitée par des antidépresseurs, des anxiolytiques ou l'association des deux (59,60).

La prescription de benzodiazépines (bzd) à visée anxiolytique apparaît donc justifiée dans ce contexte. Dans notre étude, 21 patients sur 26 entrés pour AVC avaient reçu des bzd (dont 2 à pleine dose) et pour 13 patients nous avons prescrits un hypnotique (dont 8 à pleine dose). A cinq mois, les bzd ont été stoppées chez 9 patients et poursuivies chez 4 (nous n'avons pas de données pour les 8 autres).

Les hypnotiques ont été arrêtés chez 2 patients et poursuivis chez 3. Nous voyons ici la fréquence importante des troubles anxieux accompagnant cette pathologie et la difficulté des médecins à trouver des alternatives médicamenteuses efficaces.

- **La dépression**

J'ai initialement relevé la dépression dans les antécédents notables, en partant du postulat que c'était une pathologie pour laquelle les bzd/Z étaient fréquemment prescrits. Or, dans la littérature nous voyons qu'elles sont peu utilisées dans cette pathologie. Les bzd sont prescrites dans seulement 10% des cas (61,62) et n'ont pas fait preuve de leur efficacité pour cette pathologie. Elles peuvent avoir finalement plus d'effets délétères que bénéfiques (63).

De plus, dans cette étude tous les patients ont eu une bzd ou un hypnotique prescrit en hospitalisation, l'impact de l'antécédent de dépression dans la prescription est donc difficilement identifiable.

- **Les troubles cognitifs**

Les troubles cognitifs, présents ici chez quasiment la moitié des patients (48%, N=36), peuvent également entraîner la prescription de bzd/Z, car ils sont fortement pourvoyeurs d'anxiété et

de troubles du sommeil. La caractérisation de la démence se fait à l'aide de plusieurs tests, le Mini Mental Status Examination (MMSE) est le plus répandu. Il peut être complété par le test de l'horloge, le test des 5 mots et bien d'autres.

Nous avons considéré comme atteints de troubles cognitifs les patients ayant un MMSE inférieur à 24, comme défini par le Collège National de Enseignants en Gériatrie (CNEG) (64). Même si ce score à lui seul ne définit pas la démence et doit être considéré comme un élément parmi d'autres (65). Les signes d'anxiété, les troubles du sommeil ou de l'appétit et la modification du comportement sont également des éléments importants dans le diagnostic de démence (66). Pour exemple, l'étude épidémiologique française PAQUID, la sensibilité d'une valeur seuil à 24 était de 100 % mais la spécificité n'était que de 78 % (22 % des sujets en dessous de 24 n'étaient pas déments) (67).

IV.8. Les médecins

- **Le taux de participation**

Sur 75 médecins potentiels, 49 ont répondu au questionnaire, soit 65,3%. Six patients étaient décédés et neuf médecins n'ont pas été retrouvés (pas de médecin renseigné sur le courrier de sortie, ou changement de médecin traitant). Nous arrivons au final à une population de 49 médecins répondants sur 60 éligibles au questionnaire (soit 81,6%).

Une thèse de médecine générale soutenue en 2017 évaluait le désir de participation des médecins généralistes à la recherche. Le taux de réponse était de 16,3% (questionnaire par voie postale ou électronique) (68). La réponse des médecins à des travaux de thèse serait variable en fonction de la taille de l'enquête, du sujet traité et de la période de l'année (69).

J'ai trouvé les médecins généralistes enclins et motivés à répondre à mes questions. L'échange était toujours intéressant. Le plus compliqué était d'arriver à joindre le médecin lui-même. Les principaux obstacles étaient le passage du secrétariat, l'absence du médecin au moment de mon appel et le médecin se trouvant en cours de consultation.

- **Population des médecins**

Chez les médecins, nous avons recruté plus d'hommes que de femmes, 35 hommes contre 14 femmes, soit 28,5% de femmes. Ceci est inférieur à la moyenne départementale qui est de 45% de femmes en activité de médecine générale (22).

Concernant l'âge, en Gironde, la moyenne d'âge des médecins en activité est de 52 ans. Dans notre population de médecins, nous avons une répartition plutôt homogène pour trois tranches d'âges : les moins de 39 ans (12 médecins), ceux de 40 à 49 ans (n=10) et les médecins de plus de 60 ans (10 médecins également). On retrouvait par contre un nombre supérieur de médecins de 50-59 ans (n=17). Notre population n'est donc pas strictement comparable à la population de médecins généralistes exerçant en Aquitaine.

Cela se confirme d'autant plus lorsque l'on regarde le lieu d'exercice, 77,6% (n=38) des médecins recrutés exercent en milieu urbain, 9 en milieu semi-rural et 2 en rural. Cela est dû à un biais de recrutement de proximité, les patients hospitalisés au CHU résident pour la plupart à proximité du CHU. Les personnes résidant en dehors de Bordeaux sont prises en charge dans les hôpitaux proches de chez eux.

IV.9. Les résultats

- **Réponses au questionnaire**

Les médecins interrogés ont fortement réévalué les traitements (92% de réévaluation).

Ils ont été logiques dans leurs prescriptions. En effet, les médecins qui avaient remarqué l'ajout de la benzodiazépine (bzd) ou de l'hypnotique (Z) ont plus réévalué le traitement.

De même, les médecins qui trouvaient la prescription hospitalière inappropriée ont plus stoppé le traitement que ce qui l'avaient définie comme appropriée. Pour rappel, 90% des prescriptions définies comme inappropriées avaient été arrêtées par les médecins. Leur rôle de réévaluation est donc fondamental.

A noter que 14,4% des médecins interrogés n'ont pas répondu à la question n°2 jugeant la pertinence de la prescription de bzd/Z initiale. Certains médecins m'ont répondu qu'ils ne pouvaient donner leur avis sur l'indication pendant le séjour à l'hôpital. En effet, la formulation de la question rendait le moment d'évaluation compliqué à situer. Mon idée était en fait d'interroger les médecins sur leur connaissance personnelle du patient du fait de leur expérience de suivi. Mais il était difficile pour eux de juger une prescription pour le patient en dehors de son domicile.

Au niveau des motifs de réévaluation, on voit que 10% des médecins ont été influencés par leur patient afin de renouveler le traitement, alors qu'eux-mêmes ne le jugeaient pas toujours bénéfique.

De même, 33,3% des médecins ayant tenté un sevrage ne l'ont pas réussi. Heureusement le nombre de succès est supérieur au nombre d'échec, mais cela montre qu'en plus de la volonté du médecin, d'autres facteurs entrent en jeu.

Certains médecins évoquaient des difficultés à stopper les bzd/Z (15,30%). Dans mon travail, ces derniers ont moins arrêté les médicaments que les autres médecins.

Nous pouvons dire que les médecins généralistes ont une bonne évaluation de leurs propres compétences. Il apparaît ici important de sensibiliser et former encore les médecins à la prescription des bzd/Z.

Les résultats montrent ensuite qu'une consigne sur l'ordonnance influence peu les généralistes. Les consignes sont souvent des mentions incitant à réévaluer le traitement ou alors que ce traitement est prescrit en « si besoin ». Or, dans ce cas, la plupart du temps le pharmacien d'officine délivre le traitement, le patient se retrouve donc avec une boîte de psychotropes à la maison. Ainsi, si le traitement n'est pas nécessaire quotidiennement, il apparaît judicieux de ne pas prescrire du tout ce traitement au moment de la rédaction de l'ordonnance de sortie de l'hôpital.

La question concernant les outils de réévaluation a reçu peu de réponse. Soit les médecins ne connaissent pas les outils, soit ces derniers sont tellement intégrés à leur pratique qu'ils n'arrivent pas à les nommer. Il serait intéressant de creuser cette question plus précisément, évaluer l'utilisation des recommandations ou fiches pratiques dans la pratique médicale quotidienne.

De même, la dernière question concernant les outils de communication a suscité un très faible nombre de réponse (n=10). Cela est dû à plusieurs éléments. Premièrement, c'était la dernière question donc les médecins étaient peut-être moins attentifs. Ensuite, devant le questionnaire ouvert et l'absence de proposition de ma part les médecins étaient peu inspirés. En fait, les médecins généralistes portent peu d'attention au modèle de communication tant que les informations souhaitées leurs sont transmises. Comme cela a été démontré dans une thèse réalisée dans le service (70). La rapidité de réception de l'information leur importe davantage, en cela la communication dématérialisée représente l'avenir.

- **Influence des caractéristiques des patients**

Notre étude va dans le même sens que les données de la littérature, il est plus compliqué de stopper les bzd/Z chez les femmes que chez les hommes (48).

L'âge des patients apparaît également comme facteur déterminant, avec une prescription plus importante chez les 80-90 ans que chez les autres patients (71).

Le lieu de vie a également une influence sur la prescription. Pour les patients résidant en EHPAD, les bzd/z sont moins arrêtés que chez les patients vivant à leur domicile personnel. Plusieurs facteurs entrent en compte dans ce cas : les patients en EHPAD sont généralement plus malades et dépendants que les patients vivant à leur domicile. De plus, ils peuvent ressentir une angoisse de ne pas se sentir chez eux et à vivre en communauté. Enfin, en institution, ce sont les soignants qui administrent les traitements ainsi la prescription de bzd/Z est souvent maintenue en « si besoin » pour faciliter le travail des équipes (72,73).

- **Influence des caractéristiques des médecins**

Dans notre échantillon, les médecins de 40-49 ans arrêtent plus souvent les médicaments que les autres et ne les renouvellent jamais. Les 30-39 ans semblent moins arrêter et plus poursuivre que les autres. Ces derniers ont pourtant été plus sensibilisés aux effets néfastes des bzd/z durant leur formation médicale. Ont-ils plus de mal à tenir tête au patient ? Ou peut-être se sentent-ils moins légitimes à modifier des traitements introduits à l'hôpital ? Une étude sur la pratique des jeunes médecins généralistes apparaît intéressante.

La localité d'exercice du médecin influence peu la pratique, 50% des médecins urbains ont stoppé ou diminué le traitement contre 57% des ruraux. En tenant compte de la faible représentation des médecins ruraux ici (n=11).

Les femmes médecins poursuivent plus les bzd/z que les hommes, 64% contre 40%, mais on rencontre le même problème de représentativité que pour la localité, nous avons ici 14 femmes pour 35 hommes, ce qui nous entraîne une faible puissance des résultats.

IV.10. Les points forts de l'étude

Ce travail a permis un rappel sur les bénéfices et risques des benzodiazépines (bzd) et hypnotiques (Z), leurs indications et les outils existants afin d'aider à leur prescription.

Il a également permis d'illustrer le parcours hospitalier et les caractéristiques des patients passés au SSR de Xavier Arnozan, ainsi que le travail conjoint des médecins et pharmaciens au SSR1.

Il met aussi en évidence la pratique des médecins généralistes de Gironde face à une prescription qui n'émane pas d'eux et leur attitude dans la réévaluation de ces traitements. Nous avons pu discuter également du rôle primordial des médecins généralistes dans la prescription des benzodiazépines et hypnotiques.

IV.11. Les limites de l'étude

L'une des principales limites de notre travail était la faible taille de son effectif, ne permettant pas d'avoir des résultats statistiquement robustes.

- **Biais de l'échantillon**

Comme vu précédemment, la population de médecins n'est pas complètement représentative des médecins de Gironde et de faible nombre.

- **Biais d'information**

Il manque des données dans les réponses de certains médecins généralistes. Tous n'ont pas répondu de façon exhaustive à toutes les questions, ce qui est un inconvénient de l'entretien téléphonique sous forme de discussion ouverte.

- **Biais déclaratif**

Le questionnaire a été réalisé par entretien téléphonique semi-directif et les réponses sont basées sur les déclarations des médecins interrogés. La formulation de certaines questions a pu parfois influencer la réponse du médecin interrogé.

- **Biais de désirabilité**

Les médecins ont pu répondre aux questions en tentant de se présenter sous un jour favorable à leur interlocuteur.

- **Biais d'interprétation et de retranscription**

Lors des entretiens téléphoniques nous avons retranscrit puis traduit en données les réponses des médecins, un biais d'interprétation peut apparaître à ce niveau.

V. CONCLUSION

Les benzodiazépines et hypnotiques sont un problème de santé publique. Même si leur prescription globale diminue en France ces dernières années, ils restent toujours trop ou mal prescrits.

Notre étude met en évidence la pratique des médecins généralistes de Gironde quant à la prescription de ces médicaments. L'objectif était d'étudier la réévaluation de ces médicaments par les médecins de ville. Ce travail permettait aussi de mettre en évidence les motifs d'introduction des bzd/Z en hospitalisation chez nos patients gériatriques.

Nous avons pu voir que les prescriptions hospitalières respectaient les recommandations de bonnes pratiques. En effet, nous retrouvions des bzd/Z de demi-vies courtes et les indications étaient pertinentes.

De même lors de la sortie, une grande majorité (92%) des médecins généralistes réévaluaient ces traitements. Alors même que les médicaments n'avaient pas été introduits par eux-mêmes.

Après l'entretien avec les médecins généralistes traitants il ressortait que ces derniers sont au clair sur leurs compétences et sur leurs difficultés. Certains médecins rapportaient des difficultés à stopper ce genre de molécules, d'autres non. Ce qui était concordant aux résultats retrouvés.

De plus, nous avons vu l'influence du patient dans les prescriptions de leur médecin. Notre étude montre que l'âge, le sexe et le mode de résidence des patients influencent grandement la prescription de bzd/Z. Comme dans de nombreuses études sur le sujet, cette thèse montre que les femmes âgées et les personnes vivant en EHPAD sont les patients chez qui les bzd/Z sont les plus prescrits.

Contrairement aux patients, les caractéristiques des médecins influencent peu les prescriptions. Chez eux, seulement l'âge entraînait une différence de prescription significative. Dans ce contexte, une étude de plus grande ampleur mériterait d'être réalisée. Elle permettrait, par exemple, d'évaluer la pratique des médecins généralistes selon leur localisation, leur âge, leur mode d'exercice et d'autres caractéristiques spécifiques.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- (1) ANSM. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France-Point d'information. Avril 2017. [Internet] Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>.
- (2) HAS. Bon usage du médicament. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété. Juin 2018. [Internet] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/fiche_bum_benzodiazepines_anxiete_cd_27062018.pdf
- (3) HAS. Commission de la transparence. Réévaluation du Service Médical Rendu des benzodiazépines hypnotiques et apparentés à la demande de la Commission, en application de l'article R-163-21 du Code de la Sécurité Sociale - Imovane. 2014.
- (4) Ettcheto M, Olloquequi J, Sánchez-López E et al. Benzodiazepines and Related Drugs as a Risk Factor in Alzheimer's Disease Dementia. *Front Aging Neurosci* 2020;11:344.
- (5) Ashton H. Les benzodiazépines : Comment agissent-elles et comment s'en sevrer ? Newcastle University. The institut of neuroscience. 2002. [Internet] Disponible sur : <https://www.benzo.org.uk/freman/index.htm>
- (6) Lecadet J, Vidal P, Baris B et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000 *Rev Med Ass Maladie* 2003;34,2:75-84
- (7) Rosman S, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Gaining insight into benzodiazepine prescribing in General Practice in France : a data-based study. *BMC Family Practice*. 2011;12:28.
- (8) Martinez-Cengotitabengoa,M, Diaz-Gutierrez M.J, Besga A et al. Benzodiazepine prescriptions and falls in older men and women. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2018 ; 11:12–18.
- (9) Franck J, Minyana C, Taziaux P, Albert A. Prescriptions de benzodiazépines aux personnes âgées de plus 75 ans, en région Wallone, (Belgique). *Rev Fr Psychiat Psychol Med*.1997;7:116-22.
- (10) Zarifian E. Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France. Paris : Ministère du Travail et des Affaires sociales. 1996. [Internet] Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/25170-mission-generale-concernant-la-prescription-et-lutilisation-des-medicam>
- (11) Bénard-Larivière A, Noize P, Pambrun E, et al. Comorbidities and concurrent medications increasing the risk of adverse drug reactions: prevalence in French benzodiazepine users. *Eur J Clin Pharmacol*. 2016;72:869-876.
- (12) Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Potentially inappropriate medications in the elderly: Interest of a list adapted to the French medical practice. *La Rev de Med int*. 2009;30:592-601.

- (13) Blain H, Blain A, Trechot P, Jeandel C. The role of drugs in falls in the elderly. Epidemiologic aspects. *Presse Med.* 2000;29:673-80.
- (14) HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Recommandations professionnelles. 2007 Oct. [Internet] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations_bzd_-_version_finale_2008.pdf
- (15) INSEE. Population par âge – Tableaux de l'économie française. Insee. 2018. [Internet] Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
- (16) Institut Français des séniors. Perception et Consommation de Médicaments Par les Séniors – Enquête Institut Français des Séniors- [Internet] Disponible sur : <https://www.leem.org/sites/default/files/Dossier%20consolid%C3%A9.pdf>
- (17) Péhourcq F, Molimard M. Pharmacocinétique chez le sujet âgé. *Rev. Des maladies respiratoires.* 2002 ; 19(3) : 356-362
- (18) Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and care competencies. *Br J Gen Pract.* 2002;52:526-7.
- (19) Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. *La Presse Med.* 2013;42(3):258-60.
- (20) Légifrance. Code de la santé publique - article L.4130.1 [Internet] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031928438&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>
- (21) Gay B, Druais PL, Renard V. Les 30 ans du CNGE : l'émergence de la médecine générale universitaire. *Exercer.* 2013;110:244-9.
- (22) Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F. La démographie médicale En Région Aquitaine- Situation en 2015. 2015 [Internet] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/ra5kea/atlas_aquitaine_2015.pdf
- (23) Bouet P, Mourgues J-M. Synthèse de l'activité régulière – Situation au 1er janvier 2018. Conseil national de l'Ordre des médecins. 2018. [Internet] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf
- (24) Duhot D., Kandel O., Boisnault P. et al. L'observatoire de la médecine générale. *PrimaryCare.* 2009;9(2):41-5.
- (25) Chouilly J., Kandel O., Duhot D., Hebbrecht G. Les médecins identifient-ils la iatrogénie dans leurs dossiers médicaux. *Rev Prat.* 2011;61:1418-1422.
- (26) Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med.* 1991;151(9):1825-32.
- (27) Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol.* 2007;63(8):725-31.

- (28) Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Potentially inappropriate medications in the elderly : Interest of a list adapted to the French medical practice. *Le Rev de Med int.* 2009;30:592-601.
- (29) Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008;46:72–83.
- (30) O'Mahony D., O'Sullivan D., Byrne S., et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015;44:213–218
- (31) Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurol-Psychiatr-Gériatrie.* 2015;15(90):323-36
- (32) Dalleur O., Olivier P., Boland B. La nouvelle version des critères STOPP/START adaptée en français. *Pharmactuel.* 2016;59
- (33) Gallagher P, O'Connor MN, O'Mahony D. Prevention of potentially inappropriate prescribing for elderly patients : a randomized controlled trial using STOPP/START criteria. *Clin Pharmacol Ther.* 2011;89:845–54.
- (34) Dalleur O, Mouton A, Marien S, Boland B. STOPP/START,version.2 Un outil à jour pour la qualité de la prescription médicamenteuse chez les patients âgés de 65 ans et plus. *Louvain Médical.* 2015;134:5
- (35) Kripke DF , Langer RD, Kline LE. Hypnotics' association with mortality or cancer : a matched cohort study. *BMJ Open.* 2012;2:e000850.
- (36) HAS. Amélioration de la qualité et la sécurité des soins – amélioration de la prescription chez le sujet âgé (PMSA) : les indicateurs d'alerte et de maîtrise de la iatrogénie (AMI). 2012 [Internet] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-05/3_ipc_bzd_demi_vie_long_sa_octobre_2011.pdf
- (37) Hyttinen V, Jyrkkä J, Valtonen H. A Systematic Review of the Impact of Potentially Inappropriate Medication on Health Care Utilization and Costs Among Older Adults. *Med Care.* 2016;54:950–964
- (38) Berger A., Mychaskiw M., Dukes E. et al. Magnitude of potentially inappropriate prescribing in Germany among older patients with generalized anxiety disorder. *BMC Geriatr.* 2009 ;9 :31.
- (39) HAS. PMSA Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé – Médecin traitant. 2005 [Internet] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_428595/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-1-medecin-traitant
- (40) HAS. Fiche Mémo : Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Juin 2015 [Internet] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire

(41) PIC A. L'optimisation thérapeutique chez le sujet âgé en SSR : mise en œuvre et suivi en ville. Thèse en pharmacie. Université de Bordeaux. 2017

(42) INSEE. Pyramide des âges au 1er janvier 2018. [Internet] Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488#graphique-T18F032G1>

(43) Démographie, épidémiologie, et aspects socio-économiques. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2009-2009. [Internet] Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie2/site/html/cours.pdf>

(44) HAS. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Propositions d'actions concertées. Octobre 2007.

(45) Lagnaoui R, Depont F, Fourrier A, Abouelfath A et al. Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population. *Eur J Clin Pharmacol*. sept 2004 ; 60(7) : 523-9.

(46) HAS. Bon usage du médicament. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie. Février 2015. [Internet] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/bzd_insomnie_v2.pdf

(47) Hohl CM, Dankoff J, Colacone A, Afilalo M. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Ann Emerg Med*. 2001 Dec 38(6):666-71.

(48) Auvray X, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. *Gérontologie Société*. 2002 ; 103 (4) : 13-27.

(49) Leipzig RM, CummingRG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc*. 1999 ; 47 (1) : 30- 9.

(50) Takkouche B, Montes-Martinez A, Gille SS, Etminan M. Psychotropic medications and the risk of fracture: a meta-analysis. *Drug Saf*. 2007 ; 30 (2) : 171-84.

(51) Hartikainen S, Lönnroos E, Louhivuori K. Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007 ; 62 (10) : 1172-81.

(52) Rossat A, Fantino B, Bongue B, et al. Association between benzodiazepines and recurrent falls: a cross-sectional elderly population-based study. *J Nutr Health Aging*. 2011 ; 15 (1) : 72-7.

(53) Kolla BP, Lovely JK, Mansukhani MP, Morgenthaler TI. Zolpidem is independently associated with increased risk of inpatient falls. *J Hosp Med Off Publ Soc Hosp Med*. 2013;8 (1) : 1-6.

(54) Iatrogénie et chutes chez le sujet âgé. Observatoire des médicaments dispositifs médicaux innovations thérapeutiques. Fiche de bonne pratique et bon usage. Juin 2019.

- (55) Van Der Hooft CS, Schoofs MWCJ, Ziere G et al. Inappropriate benzodiazepine use in older adults and the risk of fracture. *Br J Clin Pharmacol*. 2008 ; 66 (2) : 276-82.
- (56) Wang PS, Bohn RL, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Hazardous benzodiazepine regimens in the elderly : effects of half-life, dosage, and duration on risk of hip fracture. *Am J Psychiatry*. 2001 ; 158 (6) : 892-8.
- (57) Perrain R, Mekaoui L, Guiraud V, Calvet D, Mas JL. Dépression post-AVC : un modèle de prédictivité. *French journal of psychiatry*. 2018 ;1:151-152.
- (58) Léger JM et Mas JL. Accidents Vasculaires Cérébraux. *Traité de Neurologie*. DOIN Editions. 2009 ;1223.
- (59) Knapp P, Campbell Burton CA, Holmes J, Murray J, Gillespie D, Lightbody CE, Watkins CL, Chun H-YY, Lewis SR. Interventions for treating anxiety after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 May 23;5(5):CD008860.
- (60) Dauba A. Les conséquences d'un accident vasculaire cérébral et le rôle du pharmacien d'officine dans leur prise en charge. *Thèse en pharmacie*. Bordeaux. 2018.
- (61) Bushnell GA., Stürmer T., Gaynes BN., and al. Simultaneous antidepressant and benzodiazepine new use and subsequent long-term benzodiazepine use in adults with depression, United-States, 2001-2014. *JAMA Psychiatry*. 2017 1 ;74(7):747-755.
- (62) Wiegand HF., Sievers C., Schillinger M., and AL. Major depression treatment in Germany-descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence. *J Affect Disord*. 2016 Jan 1;189:246-53.
- (63) Barbui C., Cipriani A., Patel V., and AL. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2011 198-1 :11-16.
- (64) CNEG Chapitre 11 Item 129 UE 5 Troubles cognitif du sujet âgé. Item 106 UE 4 Confusions, Démences. [Internet] Disponible sur : <https://www.seformerlageriatrie.org/chapitre11cneg>
- (65) Derouesne C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. [Mini-Mental State Examination:a useful method for the evaluation of the cognitive status of patients by the clinician. Consensual French version]. *Presse Med*. 1999;28(21):1141-8.
- (66) HAS. Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. 2018. [Internet] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf
- (67) Gagnon M, Letenneur L, Dartigues JF et al. Validity of the Mini-Mental State Examination as a screening instrument for cognitive impairment and dementia in French elderly community residents. *Neuroepidemiology*. 1990 9: 143-50.

(68) Morice E, Leroyer E. Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale ? Exercer 2002 ; 100 :31-32.

(69) Beuzoc J, Biard M. Désir de Participation à la Recherche des Médecins Généralistes : L'étude DéPaR-MG. Thèse d'exercice en Médecine générale. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen. Octobre 2017.

(70) Soubiron C. Étude comparative de deux modèles de comptes rendus d'hospitalisation en Gériatrie au CHU de bordeaux, basée sur la satisfaction des médecins traitants. Thèse d'exercice en Médecine générale. Université de Bordeaux. Septembre 2019.

(71) Del Giornò R., Ceschi A., Gabutti L. Benzodiazépines chez les patients âgés. Rev Med Suisse. 2017 13(547) :282-284.

(72) Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. HAS. 2006.

(73) Harrison SL, Sluggett JK, Lang C. The dispensing of psychotropic medicines to older people before and after they enter residential aged care. Med J. 2020 Apr;212(7):309-313.

VII. ANNEXES

ANNEXE A : Prescription des benzodiazépines - fiche médecin généraliste - CMG



Prescription des benzodiazépines

« **Primo-prescription des benzodiazépines : peser les risques, évaluer les bénéfices** »
Groupe de travail sous la direction du Dr François LACOIN, Collège de la Médecine Générale

Fiche Médecin généraliste

Quels bénéfices en attendre pour mon patient ?

- Diminuer les manifestations somatiques de l'anxiété
- Améliorer les troubles du sommeil
- Aider à gérer une situation de stress aiguë (familiale, professionnelle, deuil, ...)

Quels risques je fais prendre à mon patient en les prescrivant ?

- amnésie antérograde, qui peut survenir aux doses thérapeutiques usuelles, le risque augmentant proportionnellement à la dose,
- troubles du comportement, modifications de la conscience, irritabilité, agressivité, agitation,
- dépendance physique et psychique, même à doses thérapeutiques avec syndrome de sevrage ou de rebond à l'arrêt du traitement, pouvant survenir précocement
- sensations ébrieuses, céphalées, ataxie,
- confusion, baisse de vigilance voire somnolence (particulièrement chez le sujet âgé), insomnie, cauchemars, tension,
- modifications de la libido.
- risque de chute chez la personne âgée
- somnolence au volant

Quelles alternatives puis-je proposer à mon patient ?

- écoute empathique pour lui permettre d'exprimer sa souffrance
- thérapie brève pour initier le changement
- entretien motivationnel
- prise en charge en hypnose
- thérapie cognitivo-comportementale
- toute activité de relaxation type yoga, sophrologie ou autre
- règles d'hygiène du sommeil
- agenda du sommeil
- contrôle du stimulus et restriction de sommeil

Comment structurer ma décision pour améliorer le bénéfice et diminuer les risques ?

- prendre le temps de l'écoute et de la décision : il y a rarement urgence à prescrire
- démarrer une psychothérapie de soutien
- connaître les ressources locales pour prise en charge sous différentes formes de thérapies brèves
- expliquer au patient les risques des médicaments et la nécessité de prendre en charge le problème de fond et pas uniquement le symptôme
- se former éventuellement à l'utilisation de quelques outils et les proposer au patient
- en cas de prescription de benzodiazépines prescrire pour une durée courte (1 semaine) et de préférence une benzodiazépine à demi-vie courte

- revoir rapidement le patient après la prescription pour réévaluer le diagnostic et évaluer ou réévaluer les alternatives proposées et utilisées par le patient
- toute prescription de benzodiazépine doit s'intégrer dans un plan de soins personnalisé

Quelques données concernant l'utilisation des benzodiazépines

- 80% des benzodiazépines sont prescrites par les médecins généralistes
- En 2013, 11,5 millions de français ont consommé au moins une fois une benzodiazépine
- 4% de la consommation totale de médicaments en France
- Les consommateurs de benzodiazépines sont âgés en moyenne de 56 ans et 64,2 % sont des femmes
- Le temps d'utilisation annuelle des benzodiazépines anxiolytiques est proche de 5 mois et celui des benzodiazépines hypnotiques est d'environ 4 mois avec 55 % des consommateurs qui les utilisent plus de 3 mois consécutifs.

Tableau des différentes benzodiazépines

Benzodiazépines à demi-vie courte à privilégier en particulier chez la personne âgée

Indication	Nom commercial	Molécule	Demi-vie	Durée maximum
Hypnotique	Stilnox et Génériques	Zolpidem	2h30	4 semaines
Hypnotique	Imovane et Génériques	Zopiclone	5h	4 semaines
Hypnotique	Normison	Témazépam	5 à 8 h	4 semaines
Hypnotique	Havlane	Loprazolam	8h	4 semaines
Hypnotique	Noctamide	Lormétazépam	10h	4 semaines
Hypnotique	Nuctalon	Estazolam	17h	4 semaines
Anxiolytique	Veratran	Clotiazépam	4h	12 semaines
Anxiolytique	Séresta	Oxazépam	8h	12 semaines
Anxiolytique	Témesta et Génériques	Lorazépam	10 à 20h	12 semaines
Anxiolytique	Xanax et Génériques	Alprazolam	10 à 20h	12 semaines

Benzodiazépines à demi-vie longue (> 20h) à éviter en particulier chez le sujet âgé (risque d'accumulation)

Hypnotique	Mogadon	Nitrazépam	16 à 48h	4 semaines
Anxiolytique	Lexomil et Génériques	Bromazépam	20h	12 semaines
Anxiolytique	Urbanyl	Clobazam	20h	12 semaines
Anxiolytique	Valium et Génériques	Diazépam	32 à 47h	12 semaines
Anxiolytique	Victan	Ethyle loflazépate	77h	12 semaines
Anxiolytique	Lysanxia et Génériques	Prazépam	30 à 150 h	12 semaines
Anxiolytique	Nordaz	Nordazépam	30 à 150 h	12 semaines
Anxiolytique	Tranxène	Clorazépate dipotassique	30 à 150 h	12 semaines

Liens utiles

- ANSM Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Rapport d'expertise, ANSM 2014.

http://ansm.sante.fr/content/download/57511/738785/version/2/file/ANSM_Rapport+Benzo_09012014.pdf

- HAS. Amélioration de la prescription chez le sujet âgé: les indicateurs d'alerte et de maîtrise de la iatrogénie. Benzodiazépine à demi-vie longue chez le sujet âgé. Prévention de la iatrogénie des psychotropes. HAS. 2012;

- HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_937775/fr/plaintes-du-sommeil-insomnie

- Prise en charge du patient se plaignant d'insomnie en médecine générale RPC SFTG Insomnie

-

Recommandations

Ce document a été réalisé par le groupe de travail sur le Médicament du Collège, sous la direction de François Lacoïn : Francis Abramovici, Lucas Beurton-Couraud, Sylvain Bouquet, Marie-Hélène Certain, Elisabeth Chorrin, Pascal Clerc, David Darmon, Antoine De Beco, Michel Dore, Madeleine Favre, Mathilde Francois, François Lacoïn, Martine Langlois, Michel Levêque, François Liard, Philippe Nakhlé, Marie Penicaud, Dominique Peyrat

Prescription des benzodiazépines

« Angoisse ? Insomnie ? Quelles réponses possibles ? »

Groupe de travail sous la direction du Dr François LACOIN, Collège de la Médecine Générale

Fiche Patient

Vous vous sentez angoissé(e), stressé(e), tendu(e) ?

Vous avez des soucis personnels ou professionnels ?

Vous avez des difficultés de sommeil ?

Que peut vous proposer votre médecin traitant pour vous aider ?

Les médicaments ne sont pas la seule réponse à votre souffrance

Parlez-en à votre médecin généraliste, il est disponible pour vous écouter et vous proposer une prise en charge adaptée :

- Activités de relaxation, yoga ou sophrologie
- Explications sur l'hygiène du sommeil
- Utilisation d'un agenda du sommeil et de techniques de resynchronisation du sommeil
- Entretiens de thérapie brève pour initier des changements de comportement
- Orientation vers des praticiens ou des psychologues pratiquant l'hypnose ou les thérapies comportementales
- Aide médicamenteuse « non dangereuse »

Toutes ces modalités de prise en charge ont pour objectif de vous aider à vous adapter à un environnement difficile que vous ne pouvez pas changer.

L'utilisation de médicaments de la famille des benzodiazépines pour aider à dormir ou calmer les troubles anxieux peut être dangereuse car tous ces médicaments ont des effets secondaires importants, en particulier :

- Des troubles de la mémoire qui peuvent survenir même avec des doses faibles
- Des troubles du comportement avec modification de la conscience, irritabilité, agitation et parfois agressivité
- Une dépendance physique et psychique, même pour des traitements de courte durée, qui rend l'arrêt du traitement très difficile.
- Une baisse de vigilance et même une somnolence rendant la conduite automobile dangereuse
- Un risque de chute

Dans certaines situations particulières votre médecin généraliste peut être amené à vous en prescrire. Il est probable qu'il le fasse alors pour une période courte de 1 ou 2 semaines en y associant des aides non médicamenteuses et vous propose de vous revoir à l'issue de cette prescription pour la réévaluer avec vous et rediscuter des soins utiles à votre santé.

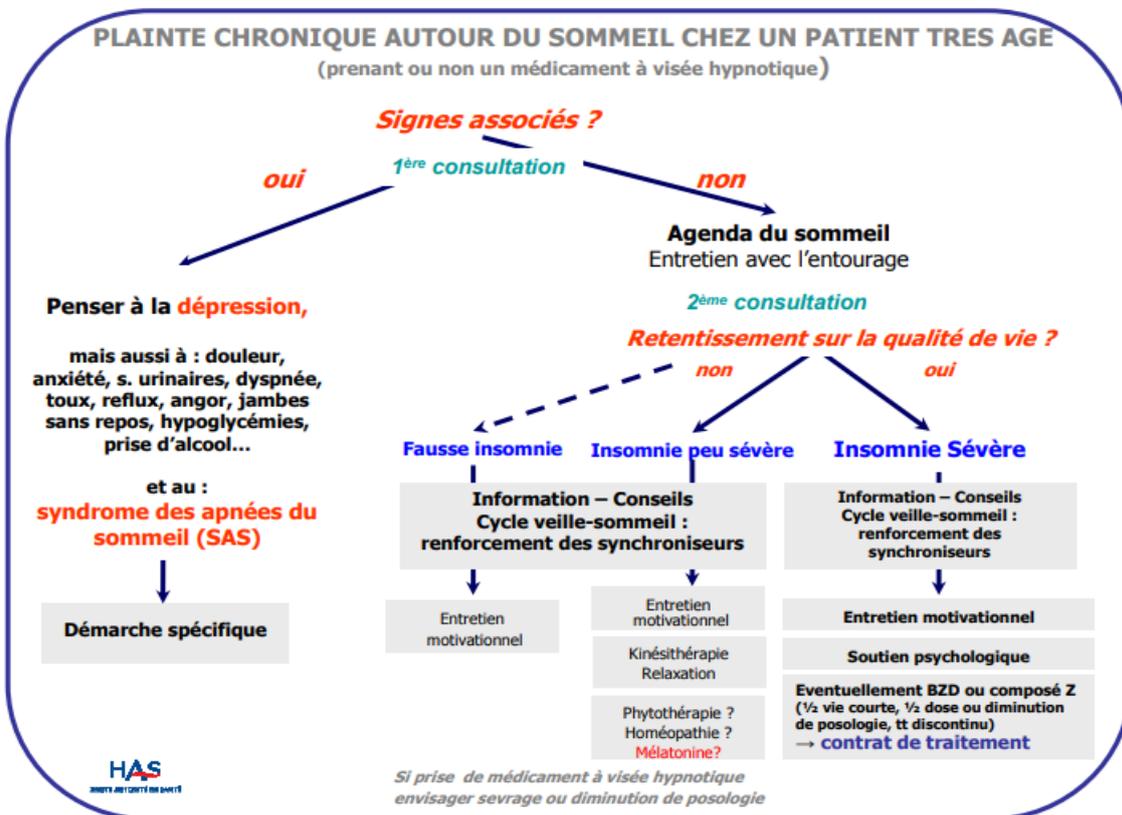
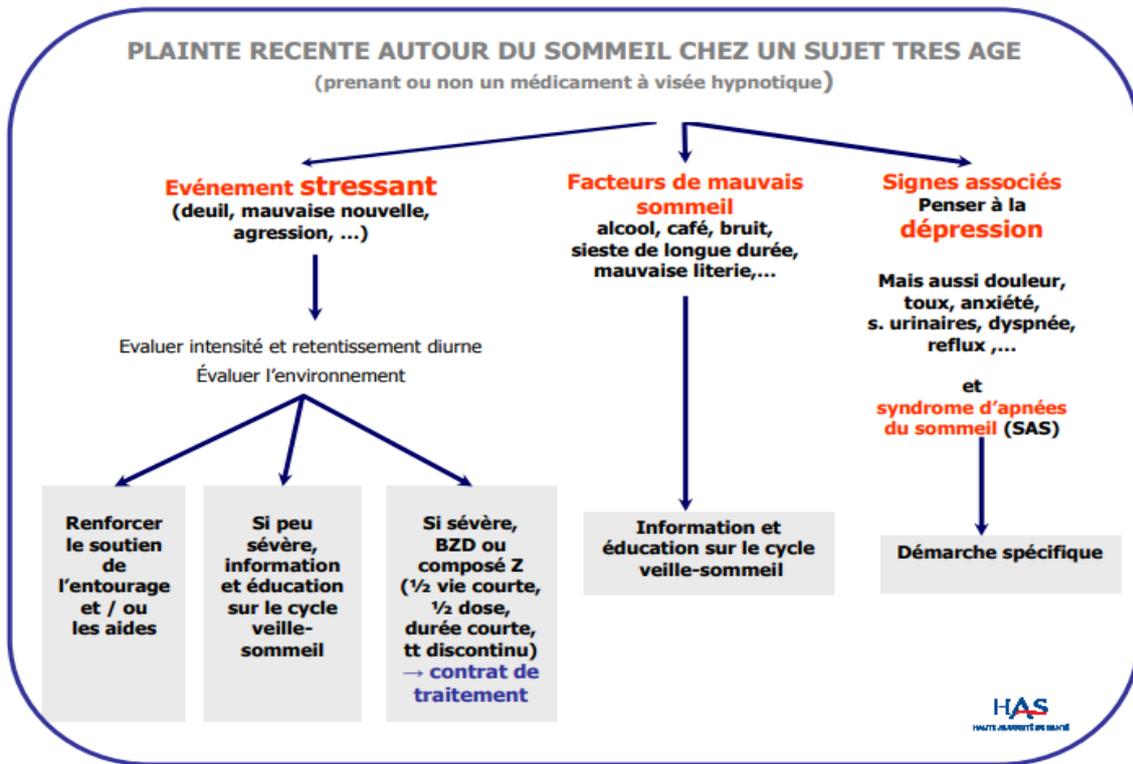
Les benzodiazépines sont des médicaments qui ont des effets secondaires importants et dont on a du mal à se défaire.

Comme c'est la première prescription qui met le doigt dans l'engrenage, nous vous conseillons de ne pas rentrer dans le cycle, qui peut devenir infernal, de l'utilisation de ces molécules et de préférer une prise en charge non médicamenteuse.

C'est dès la première prescription qu'il faut avoir conscience de ce risque et en parler avec votre médecin traitant pour se tourner vers une autre prise en charge.

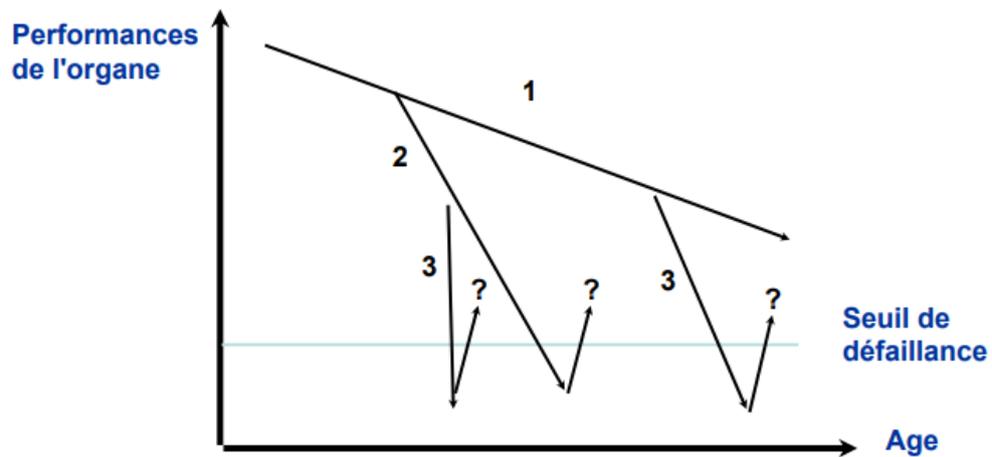
Ce document a été réalisé par le groupe de travail sur le Médicament du Collège, sous la direction de François Lacoïn : Francis Abramovici, Lucas Beurton-Couraud, Sylvain Bouquet, Marie-Hélène Certain, Elisabeth Chorrin, Pascal Clerc, David Darmon, Antoine De Beco, Michel Dore, Madeleine Favre, Mathilde François, François Lacoïn, Martine Langlois, Michel Levègue, François Liard, Philippe Nakhlé, Marie Penicaud, Dominique Peyrat

ANNEXE C : Arbres décisionnels HAS 2008



ANNEXE D : Schéma 1+2+3 HAS 2008 – Conséquence des modifications physiologiques du sujet âgé

Schéma 1+2+3



Analyse des performances d'un organe chez un sujet âgé, sous l'effet du vieillissement (1), des pathologies de l'organe (2) et des affections intercurrentes (3), avec ou sans traitement spécifique (?). (Bouchon 1984)

ANNEXE E : Les chiffres clés de la population française

<http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie2/site/html/cours.pdf>

Tableau 1 : Chiffres clés de la population française entre 1950 et 2020 (exprimés en milliers)

Année	Pop. totale	Naissances	Décès (1)	60 ans ou plus	75 ans ou plus	85 ans ou plus
1950	41 647	858,1	530,3	4 727	1 565	201
1980	53 731	858,1	547,1	7 541	3 079	567
1990	56 577	800,4	526,0	7 872	3 838	874
2000	59 412	742,5	533,2	9 444	4 225	1 236
2010	61 721	710,1	562,3	14 102	5 506	1 514
2020	63 453	703,0	602,1	16 989	6 009	2 099

ANNEXE F : Définition des zones rurales, semi-rurales et urbaines.

Les données de l'I.N.S.E.E. ont été utilisées pour définir les différentes catégories de zones, à savoir :

- **pôle urbain** : unité urbaine offrant au moins 5000 emplois et qui n'est pas située dans la couronne périurbaine d'un autre pôle urbain.
- **couronne périurbaine** : ensemble des communes de l'aire urbaine à l'exclusion de son pôle urbain.
- **communes multipolarisées** : communes situées hors des aires urbaines. Au moins 40% de la population résidente, ayant un emploi, travaille dans plusieurs aires urbaines, (sans atteindre le seuil de 5000 emplois dans une seule de ces aires).
- **pôle rural** : il comprend les communes appartenant à l'espace à dominante rurale et comptant 1500 emplois ou plus.
- **couronne d'un pôle rural** : composée des communes appartenant à l'espace à dominante rurale et dont 40% ou plus des actifs résidents travaillent dans le pôle rural.
- **autre espace rural** : ensemble des communes n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine ni à une aire d'emploi de l'espace rural.

Pour la réalisation de cette étude, les zones d'activités des MG ont été attribuées en fonction des critères de densité de population et d'attractivité des communes définies par l'I.N.S.E.E, ce qui a permis d'établir la classification suivante :

- **zone urbaine** : **pôle urbain et couronne périurbaine,**
- **zone semi-rurale** : **communes multi-polarisées et pôle rural,**
- **zone rurale** : **couronne d'un pôle rural et autre espace rural.**

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REEVALUATION PAR LES MEDECINS TRAITANTS DES PRESCRIPTIONS DE BENZODIAZEPINES ET HYPNOTIQUES INTRODUITES EN HOSPITALISATION AU SSR DE XAVIER ARNOZAN

Contexte : La prescription de benzodiazépines et hypnotiques (bzd/Z) est soumise à des règles de prescriptions strictes. Elle doit être limitée au maximum, et notamment en gériatrie, car les effets secondaires de ces médicaments peuvent être dangereux chez ces patients. La réévaluation des bzd/Z par les médecins généralistes a été peu étudiée.

Objectif : étudier la réévaluation par les médecins traitants des prescriptions de bzd/Z introduites à l'hôpital chez des patients hospitalisés en SSR gériatrique.

Méthodes : Recrutement des patients sortis du SSR de Xavier Arnoz avec une bzd ou un Z, n'en ayant pas à l'entrée. Puis enquête de pratique par entretien téléphonique semi-directif auprès des médecins traitants à 5 mois du retour du patient à son domicile.

Résultats : 75 patients ont été recrutés à la sortie du SSR. Puis nous avons reçu des réponses au questionnaire pour 49 d'entre eux. Les motifs de prescriptions des bzd/Z en hospitalisation étaient conformes aux recommandations. Le taux de réévaluation global était de 92% (n=45). Lors du retour à domicile 33% des prescriptions n'étaient plus indiquées, mais 37% l'étaient toujours d'après les médecins traitants. Les médecins généralistes ne sont pas influencés par les consignes présentes sur l'ordonnance. Les caractéristiques des patients influencent les prescriptions. Les bzd/Z sont plus poursuivis chez les femmes, et dans la tranche d'âge 80-90 ans. Ils sont plus prescrits chez les personnes vivant en EHPAD. Les médecins de 40-49 ans arrêtent plus ces médicaments que les autres. Dans notre échantillon, les femmes médecins stoppent moins des bzd/Z que les hommes.

Conclusion : Les médecins prescrivent les bzd/Z de façon adaptée aux recommandations. Les médecins traitants réévaluent bien ces traitements même s'ils ne sont pas à l'origine de la prescription. Notre étude montre que l'âge, le sexe et le mode de résidence des patients influencent grandement la prescription de bzd/Z.

REASSESSMENT OF THE PRESCRIPTION OF BENZODIAZEPINES AND HYPNOTICS INTRODUCED DURING HOSPITALIZATION AT THE SSR OF XAVIER ARNOZAN BY PATIENTS' FAMILY DOCTORS

Context: The prescription of benzodiazepines and hypnotics (bzd / Z) is subject to strict prescription rules. It must be limited as much as possible, in particular in geriatrics, because of the dangerous side effects these drugs can have on old patients. The reassessment of bzd / Z treatment by general practitioners has been little studied so far.

Objective: studying the reassessment of bzd / Z prescriptions introduced during hospitalization of geriatric patients in SRH, by their general practitioners.

Methods: We recruited patients discharged from Xavier Arnoz's SSR and treated with a bzd or a Z introduced during their hospitalization. We then conducted a survey using semi-structured telephone interview with general practitioners 5 months after the patients returned home.

Results: 75 patients were recruited at the end of their hospitalization. Then, we received questionnaire responses from medical doctors who followed 49 of those patients. The main reasons for prescribing bzd / Z during hospitalization were in accordance with the recommendations. The overall reassessment rate was 92% (n = 45). When patients returned home, 33% of the bzd / Z prescriptions were stopped, but 37% were kept, according to the patients' physicians. General practitioners' decisions do not seem influenced by the instructions written on the prescription. On the contrary, patient characteristics seem to influence the prescriptions. Prescribing Bzd / Z is more popular for women, in the 80-90 age group and for people living in EHPAD. Doctors aged 40-49 stopped these drugs more than others. In our sample, female doctors stopped the use of bzd / Z less often than men.

Conclusion: Medical doctors prescribe bzd / Z in accordance with the recommendations. The treating physicians do reassess these treatments even if they are not the source of the prescription. Our study shows that patients' age, gender and type of residence also influence the prescription of bzd / Z.

Mots-clés : Benzodiazépines, hypnotiques, gériatrie, médecine générale, médecins généralistes, réévaluation de traitement

Discipline : Médecine générale

Adresse : Université de Bordeaux – UFR des Sciences Médicales 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex