



**HAL**  
open science

# Consommation chronique des Benzodiazepines et apparentés chez les patients âgés en médecine générale

Lise Majou, Marie-Caroline Rolland

► **To cite this version:**

Lise Majou, Marie-Caroline Rolland. Consommation chronique des Benzodiazepines et apparentés chez les patients âgés en médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03226314

**HAL Id: dumas-03226314**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03226314>**

Submitted on 14 May 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.

**Consommation chronique des Benzodiazepines et apparentés chez les  
patients âgés en médecine générale.**

# **T H E S E E N B I N Ô M E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 5 Mai 2021**

**Par Madame Louise MAJOU**

**Née le 13 novembre 1992 à Fontenay-Le-Comte (85)**

**Et**

**Par Madame Marie-Caroline ROLLAND**

**Née le 21 Octobre 1992 à Nantes (44)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie**

**Président**

**Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan**

**Assesseur**

**Madame le Docteur (MCU-PH)**

**LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude**

**Assesseur**

**Madame le Docteur CALVET-MONTREDON Céline**

**Directrice**



**Consommation chronique des Benzodiazepines et apparentés chez les  
patients âgés en médecine générale.**

# **T H E S E E N B I N Ô M E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 5 Mai 2021**

**Par Madame Louise MAJOU**

**Née le 13 novembre 1992 à Fontenay-Le-Comte (85)**

**Et**

**Par Madame Marie-Caroline ROLLAND**

**Née le 21 Octobre 1992 à Nantes (44)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie**

**Président**

**Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan**

**Assesseur**

**Madame le Docteur (MCU-PH)**

**LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude**

**Assesseur**

**Madame le Docteur CALVET-MONTREDON Céline**

**Directrice**

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
<b>Asseseurs :</b>		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

## ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

**Directeur** : **Pr. Bruno FOTI**

## ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

**Chargés de mission**

- 1<sup>er</sup> cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

**Chargés de mission**

- Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

**Chargés de mission**

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHIERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick  
CHOUX Maurice  
CIANFARANI François  
CLAVERIE Jean-Michel  
CLEMENT Robert  
COMBALBERT André  
CONTE-DEVOLX Bernard  
CORRIOL Jacques  
COULANGE Christian  
CURVALE Georges  
DALMAS Henri  
DE MICO Philippe  
DELPERO Jean-Robert  
DESSEIN Alain  
DELARQUE Alain  
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre  
LAUGIER René  
LE TREUT Yves  
LEVY Samuel  
LOUCHET Edmond  
LOUIS René  
LUCIANI Jean-Marie  
MAGALON Guy  
MAGNAN Jacques  
MALLAN- MANCINI Josette  
MALMEJAC Claude  
MARANINCHI Dominique  
MARTIN Claude  
MATTEI Jean François  
MERCIER Claude  
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges  
MIRANDA François  
MONFORT Gérard  
MONGES André  
MONGIN Maurice  
MUNDLER Olivier  
NAZARIAN Serge  
NICOLI René  
NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert

VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean



ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAMBUC Roland  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SARLES - PHILIP Nicole  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SEITZ Jean-François  
SERMENT Gérard  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THIRION Xavier  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène

## EMERITAT

### 2008

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

### 2009

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

### 2010

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

### 2011

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

### 2012

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

### 2013

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

### 2014

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

### 2015

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

## EMERITAT

### 2016

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

### 2017

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

### 2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

### 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

### 2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

# EMERITAT

M. le Professeur

NAZARIAN Serge

31/08/2021

## Honoris causa

<b>1967</b> MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
<b>1974</b> MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
<b>1975</b> MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
<b>1976</b> MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
<b>1977</b> MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
<b>1978</b> M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
<b>1980</b> MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
<b>1981</b> MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
<b>1982</b> M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
<b>1985</b> MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
<b>1986</b> MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

<b>1987</b>	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
<b>1988</b>	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
<b>1989</b>	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
<b>1990</b>	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
<b>1991</b>	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
<b>1992</b>	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
<b>1994</b>	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
<b>1995</b>	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
<b>1997</b>	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
<b>1998</b>	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
<b>1999</b>	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

**2002**

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur  
Sir

T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikaël
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric



## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHIERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

### PROFESSEUR CERTIFIE

*BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021*  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

### PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis  
GUIS Sandrine  
GUYE Maxime  
GUYOT Laurent  
*GUYS Jean-Michel Surnombre*  
HABIB Gilbert  
HARDWIGSEN Jean  
HARLE Jean-Robert  
HOUVENAEGHEL Gilles  
JACQUIER Alexis  
JOURDE-CHICHE Noémie  
JOUVE Jean-Luc  
KAPLANSKI Gilles  
KARSENTY Gilles  
*KERBAUL François détachement*  
KRAHN Martin  
LAFFORGUE Pierre  
LAGIER Jean-Christophe  
LAMBAUDIE Eric  
LANCON Christophe  
LA SCOLA Bernard  
LAUNAY Franck  
LAVIEILLE Jean-Pierre  
LE CORROLLER Thomas  
LECHEVALLIER Eric  
LEGRE Régis  
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale  
LEONE Marc  
LEONETTI Georges  
LEPIDI Hubert  
LEVY Nicolas  
MACE Loïc  
MAGNAN Pierre-Edouard  
MANCINI Julien  
MEGE Jean-Louis  
MERROT Thierry  
METZLER/GUILLEMAIN Catherine  
MEYER/DUTOUR Anne  
MICCALEF/ROLL Joëlle  
MICHEL Fabrice  
MICHEL Gérard  
MICHEL Justin  
MICHELET Pierre  
MILH Mathieu  
MILLION Matthieu  
MOAL Valérie  
MORANGE Pierre-Emmanuel  
MOULIN Guy  
MOUTARDIER Vincent  
NAUDIN Jean  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier  
NICOLLAS Richard  
NGUYEN Karine  
OLIVE Daniel  
OLLIVIER Matthieu  
OUAFIK L'Houcine  
OVAERT-REGGIO Caroline  
PADOVANI Laetitia

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

*VIEHWEGER Heide Elke détachement*

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDİN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLE GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoit	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
 CALVET-MONTREDON Céline  
 FORTE Jenny  
 JANCZEWSKI Aurélie  
 NUSSLI Nicolas  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

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

**ANATOMIE 4201**

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

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

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

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

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

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

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

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

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

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

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

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

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021  
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)  
TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)  
MANCINI Julien (PU-PH)

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

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

**CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
FLECHER Xavier (PU-PH)  
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
TROPANO Patrick (PU-PH)

**ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE**

BERTUCCI François (PU-PH)  
CHINOT Olivier (PU-PH)  
COWEN Didier (PU-PH)  
DUFFAUD Florence (PU-PH)  
GONCALVES Anthony (PU-PH)  
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
SALAS Sébastien (PU-PH)  
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
TABOURET Emeline (MCU-PH)

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

**CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)  
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
GUERIN Carole (MCU-PH)  
MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYS Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*  
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
LAUNAY Franck (PU-PH)  
MERROT Thierry (PU-PH)  
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*  
DARIEL Anne (MCU-PH)  
FAURE Alice (MCU-PH)  
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
GUYOT Laurent (PU-PH)  
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,****RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)  
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel ( MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

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

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 NGYUEN Karine (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

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

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

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

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

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)



AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703****MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905****MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

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

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

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

*KERBAUL François (PU-PH) détachement*

MICHELET Pierre (PU-PH)

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

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

**MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)  
 CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)  
 GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
 FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2012)

**NUTRITION 4404**

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

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

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

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

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DAVID Thierry (PU-PH)  
 DENIS Danièle (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

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

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

**NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)  
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

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

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

**NEUROLOGIE 4901**

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

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

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

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

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

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502****PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PEDIATRIE 5401**

**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

*DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)*

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16**

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre*

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801**

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

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

**UROLOGIE 5204**

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

## Remerciements communs

Au Professeur Sylvie Bonin-Guillaume, merci de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Votre présence nous touche tout particulièrement du fait de votre rôle en gérontopsychiatrie. Nous vous présentons nos sincères remerciements et notre plus profond respect.

Au Professeur Gaëtan Gentile, merci d'avoir accepté de siéger à notre jury de thèse. Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

Au Docteur Marie-Claude Lagouanelle-Simeoni, merci d'avoir accepté d'intégrer ce jury de thèse. Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Soyez assurée de notre sincère gratitude.

Au Docteur Céline Calvet-Montredon, merci d'avoir accepté de diriger notre travail de thèse, et de nous avoir guidées tout au long de ce travail enrichissant, notamment en nous formant à la méthode de recherche qualitative. Votre présence, votre disponibilité, votre rigueur et vos conseils nous ont aidées à aller au bout de cette thèse que nous espérons de qualité, sur un sujet qui nous tenait particulièrement à cœur.

Un grand merci aux patients et aux médecins qui nous ont fait confiance en acceptant de participer à notre thèse, sans hésiter à se confier à nous.

# Remerciements Louise

A Marie-Caroline, merci d'avoir souhaité co-écrire cette thèse avec moi et d'avoir apporté à ce travail ta sérénité et ta constance. Merci pour ton amitié fidèle depuis tant d'années. Je suis fier du travail que nous avons réalisé et de passer cette belle étape de vie ensemble.

A Julien, pour ton amour inconditionnel. Merci de m'avoir permis de me révéler en tant que femme et en tant que personne. Tu me donnes chaque jour le courage d'être moi. Je suis fier d'être ta moitié. Notre magnifique vie nous attend.

A mes parents, qui m'ont appris l'altruisme, la moralité et l'assiduité qui me caractérisent et de m'avoir donné le goût de la médecine. Vous avez été d'exceptionnels modèles à suivre.

A mes chères amies Fanny, Julie, Anne-Laure, Florence qui m'ont donné plus que leur amitié, leur soutien indéfectible et une immense joie de vivre. Vous me prouvez chaque jour qu'on peut être à la fois brillante, médecin, drôle, généreuse, sportive et hyper canon. Vous êtes des personnes exceptionnelles et je suis honorée de faire partie de vos vies. La meilleure bande d'amies qu'on puisse rêver d'avoir.

A Suzy, ma complice de toujours, merci pour toutes ces années d'amitié et ton soutien dans chacun de mes projets. Loin des yeux mais jamais loin de mon cœur.

A mes co-internes Marie-Pascale, Delphine, Jessica, Tiphany, vous avez permis à ces années d'internat de devenir des souvenirs inoubliables. Je suis heureuse d'avoir partagé avec vous ces moments parfois difficiles et d'avoir observé les médecins extraordinaires que vous êtes devenues.

A mes plus belles rencontres professionnelles Edith, Laurent et Jean-Michel. J'admire les personnes et les médecins que vous êtes. Je suis honorée d'avoir pu bénéficier du savoir que vous m'avez transmis avec bienveillance mais aussi d'avoir pu faire partie de vos vies bien au-delà de nos liens professionnels. Vous avez ouvert la voie du médecin que je souhaite par-dessus tout devenir, aussi humain et compétent que vous.

A ma famille et ma belle-famille que j'aime à la folie : Clément, Anne, les Twins, Camille, Emilie, Nicolas, Margot, Alice, Lauranne, Catherine, Patrick, Audrey, Jérôme, Alex, Julia, Manon, Stéphanie, Giulia, mamie Mimie, mamie Ghislaine, papy Gerard, Luce, Stéphane, Alice, Thomas. Merci pour tout votre amour et votre soutien.

A mon grand-père, papy Michel, parti trop tôt. Resteront à jamais dans mon cœur les leçons sur la table de la salle à manger. Je suis fière de te ressembler et fière d'être ta petite-fille.

# Remerciements Marie-Caroline

A ma famille. Tout d'abord, merci à mes parents pour votre éducation, les valeurs que vous m'avez transmises, votre soutien sans faille, m'encourageant pendant ces longues années d'étude sans aucune pression. Papa, « mon père ce héros », j'espère avoir hérité d'une partie de ton humanité et de ton empathie, notamment envers les personnes âgées qui sont au cœur de cette thèse. Maman, l'oreille attentive, le roc qui soutient quoi qu'il arrive, merci d'avoir fait qui je suis aujourd'hui.

Merci à mes grands-parents d'avoir fondé les 2 grandes familles dont j'ai la fierté de faire partie.

A mes frère et sœurs. Mathilde, merci de m'avoir montré l'exemple en tant qu'aînée, tu es une vraie source d'admiration pour moi, merci d'avoir amené dans la famille mon super beau-frère Greg et mon neveu adoré Théophile. Alix, merci pour les fous-rires, les appels interminables, les séances cookies Disney... « bonne gourmandise ! » Guillaume, le bébé de la famille ayant fait son chemin, je suis très fière de tout le parcours que tu as parcouru, et de l'équilibre que tu maintiens dans ta vie.

Merci Louise d'avoir accepté de t'embarquer avec moi dans ce projet de thèse. Merci pour ton travail et ton sérieux, j'espère que maintenant on pourra enfin se revoir pour autre chose que le boulot ! De Nantes à Marseille, je suis très heureuse que nos chemins se soient suivis.

Merci à mes vieilles copines de Nantes : Ségo, Prune, Fanny, Marion. Depuis tout ce temps, même séparées géographiquement, les retrouvailles sont toujours aussi exceptionnelles !

A la team des amies de promo, Marie, Louise, Marguerite, Cécile, Alice, Clémentine. Merci aux « BG P2 » d'avoir fait que ces années d'étude soient aussi drôles et agréables. Vous me manquez !

Merci à tous les copains de Nantes, du lycée, de la fac ou d'ailleurs, Suzy, Zach, Thomas, Alta, J-M, Mathilde, Astrid, Toon... je ne peux pas tous vous citer mais le cœur y est !



Aux meilleurs anciens coloc qu'on puisse avoir, Lise-No, Claire, Gab, Jeanne et Simon. Merci de m'avoir supportée et toujours soutenue, merci pour les bières et les repas partagés, pour les randos et les apéros. Lise-No, reviens vite à Marseille, ça manque de salades et d'enthousiasme sans toi ! Claire, la reine des pâtes, merci pour ton sourire et ta présence tranquille, et de nous avoir amené Jacques le joyeux luron... Gab, merci pour ton hospitalité, ton écoute, ta capacité à me faire rire que ce soit voulu ou non. Jeanne, merci pour ta motivation et ton dynamisme, ton engagement au travail m'impressionne. Simon, merci de nous avoir apporté ta touche masculine, ta culture et tes plantes.

Merci aux autres belles rencontres de l'internat, surtout les semestres de Toulon et d'Avignon : Pauline, Morgane, Sandra, Alice, Antoine, Quentin, Thibault, Hugo, Edouard, Audrey, Clara, Manon... Merci à Alizée et à Pierre pour votre énergie et votre bonne humeur, merci à Marie pour le bonheur de nos dîners et apéros entre filles.

Merci aux médecins qui ont participé à ma formation, surtout pendant mon internat. Merci tout d'abord au Dr Maylis de Champfleury qui a initié le bébé interne que j'étais à la Gériatrie, surtout au côté global et humain de sa prise en charge, tu n'es pas étrangère à ce choix de sujet de thèse. Merci aux équipes de Gériatrie de Toulon, de Gynécologie et de Pédiatrie d'Avignon, des Urgences de l'hôpital Nord. Merci au Dr Laure Piana et au Dr David Demet qui m'ont fait aimer la médecine générale, vous êtes des exemples pour ma pratique et j'espère être un médecin comme vous « quand je serais grande ». Merci aux médecins et aux équipes de la Maison et de la Villa à Gardanne, la découverte des soins palliatifs dans des structures aussi incroyables a été une immense claque, ce semestre a été aussi enrichissant sur le plan médical que sur le plan personnel. Merci aux médecins de mon SASPAS, généralistes comme spécialistes, de votre disponibilité, de votre accompagnement dans la fin de ma formation en m'aidant à me donner confiance avant de débiter comme remplaçante. Merci aussi aux médecins qui me font confiance pendant les remplacements.

# I. Sommaire

## Table des matières

<b>I. Sommaire.....</b>	<b>1</b>
<b>II. Introduction.....</b>	<b>4</b>
<b>A. Les benzodiazépines et apparentés .....</b>	<b>4</b>
1. Historique .....	4
2. Pharmacodynamie .....	5
3. Pharmacocinétique .....	6
4. Le cas des hypnotiques apparentés.....	8
5. Effets indésirables .....	9
<b>B. Indications des benzodiazépines et apparentés chez le sujet âgé en médecine générale .....</b>	<b>13</b>
1. Troubles du sommeil.....	13
2. Troubles anxieux .....	16
3. Autres .....	17
<b>C. Epidémiologie .....</b>	<b>18</b>
1. Vieillesse de la population .....	18
2. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines et apparentés .....	22
3. Lutte contre la prescription de médicaments inappropriés.....	25
<b>D. Soulèvement de la question de recherche.....</b>	<b>29</b>
<b>III. Matériel et méthodes.....</b>	<b>30</b>
<b>A. Choix de la méthode.....</b>	<b>30</b>
<b>B. Type d'étude et recueil de données .....</b>	<b>31</b>
<b>C. Populations de l'étude et méthodes de recrutement .....</b>	<b>32</b>
<b>D. Mode d'analyse des données .....</b>	<b>34</b>
<b>E. Considérations éthiques.....</b>	<b>34</b>
<b>IV. Résultats.....</b>	<b>36</b>
<b>A. Introduction des résultats et variabilité des deux échantillons.....</b>	<b>36</b>

<b>B.</b>	<b>La relation médecin patient.....</b>	<b>39</b>
1.	L'introduction.....	39
2.	L'absence de relation .....	40
3.	Le patient dans une démarche offensive .....	41
4.	Le médecin empathique .....	45
5.	Une alliance thérapeutique cruciale .....	46
6.	Usage détourné de la relation par le médecin .....	49
<b>C.</b>	<b>La primo prescription.....</b>	<b>54</b>
1.	Le candidat idéal .....	54
2.	Un contexte favorable .....	56
3.	Des motifs polymorphes.....	61
4.	Un traitement de seconde intention.....	67
<b>D.</b>	<b>Les mécanismes de la chronicisation .....</b>	<b>71</b>
1.	Absence de chronicisation.....	71
2.	Facteurs divers liés à la chronicisation.....	75
3.	Autres médecins intervenants dans la prescription .....	76
4.	Profil du patient chronique.....	78
5.	Place du médecin traitant dans la chronicisation .....	85
6.	Atténuation du risque perçu .....	88
<b>E.</b>	<b>Le sevrage.....</b>	<b>95</b>
1.	La phase de pré-intention .....	95
2.	L'intention de changer .....	99
3.	Le passage à l'action .....	103
4.	Réussite .....	111
5.	Echec .....	112
6.	Rechute.....	113
<b>V.</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>115</b>
<b>A.</b>	<b>Forces et limites .....</b>	<b>115</b>
1.	Les forces de notre étude.....	115
2.	Les limites et biais.....	117
<b>B.</b>	<b>Nos résultats et la littérature .....</b>	<b>119</b>

1.	Le profil du consommateur chronique .....	119
2.	Une consommation addictive .....	122
3.	L'introduction.....	123
4.	Le cas particulier des patients déments et dépendants .....	124
5.	La motivation du patient à changer de comportement .....	125
6.	Perceptions des patients consommateurs chroniques.....	128
7.	Les représentations des médecins .....	130
<b>C.</b>	<b>Vers un bon usage des benzodiazépines .....</b>	<b>134</b>
1.	Les benzodiazépines : des médicaments efficaces mais à risque.....	134
2.	Vers de meilleures pratiques .....	136
3.	Des espoirs d'évolution.....	159
<b>VI.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>162</b>
<b>VII.</b>	<b>Bibliographie .....</b>	<b>165</b>
<b>VIII.</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>188</b>
A.	Annexe 1 : critères COREQ.....	188
B.	Annexe 2 : Validation du comité d'éthique .....	191
C.	Annexe 3 : Notice d'information patient.....	192
D.	Annexe 4 : Notice d'information médecin généraliste.....	193
E.	Annexe 5 : Guide d'entretien patient.....	195
F.	Annexe 6 : Guide d'entretien médecin .....	196
G.	Annexe 7 : Codage thématique épuré patients .....	197
H.	Annexe 8 : Codage thématique épuré médecins .....	214
<b>IX.</b>	<b>Abréviations.....</b>	<b>237</b>

## II. Introduction

### A. Les benzodiazépines et apparentés

#### 1. Historique

Les benzodiazépines, celles que l'on a nommées « le plus grand succès commercial de l'histoire de l'industrie pharmaceutique » (1) sont des médicaments, certes illustres, mais pas si anciens dans l'histoire de la médecine. Leur naissance remonte aux années 50, dans le laboratoire du pharmacien hongro-polonais Léo Henryck Sternbach, le « père du Valium® ». Après une enfance à flâner dans l'officine paternelle, il réalise ses études de pharmacie à Cracovie d'où il ressort avec un diplôme de pharmacien en 1929 ainsi qu'un doctorat en chimie organique en 1931. Il y poursuivra ses travaux quelques années, notamment sur les dérivés tricycliques à propriétés colorantes. Avec la poussée du nazisme, il s'exile en Suisse où il devient assistant de recherche chez Hoffmann-Laroche puis aux Etats Unis dans le New Jersey en 1941, où se trouvent les laboratoires de son employeur.

A cette époque, c'est l'euphorie autour de la recherche de médicaments à effets tranquillisants avec notamment la découverte des effets antipsychotiques de la chlorpromazine (Largactil®) que l'on a surnommée la « camisole » ou « lobotomie » chimique. Cette découverte capitale a ouvert la voie à de nombreuses équipes pharmaceutiques, dont l'équipe de Léo Sternbach, qui se lancèrent alors dans la recherche de ces effets thérapeutiques. (2) Ce dernier choisit de synthétiser une nouvelle molécule sans se baser sur un médicament existant. Il se fixe des propriétés physicochimiques nécessaires a priori, à partir des travaux qu'il avait effectués à Cracovie sur les teintures. L'équipe de Hoffmann Laroche synthétisa alors un grand nombre de molécules malheureusement sans grands effets pharmaceutiques. En 1957, lors d'une remise en ordre du laboratoire, un collaborateur de Sternbach remarqua la formation fortuite d'un nouveau composé : la première benzodiazépine, le Librium®, était née. Les pharmacologues s'efforcèrent ensuite d'optimiser cette molécule et sélectionnèrent un principe plus actif : le diazepam (Valium®).

Le Valium® (du mot latin valeo qui signifie vigoureux) commercialisé en 1963 est un immense succès, c'est le médicament le plus vendu aux Etats Unis entre 1969 et 1982. Le Valium® devient alors un véritable phénomène de société à la mode et les stars de cinéma telle Elizabeth Taylor se targuent d'en consommer. La productrice de télévision Barbara Gordon écrit dans ses mémoires être dépendante à la « pilule du bien-être ». Le Valium® apparaît même dans une chanson des Rolling Stones : « Mother's Little Helper »

« Kids are different today, I hear every mother say  
Mother needs something today to calm her down  
And though she's not really ill, there's a little yellow pill  
She goes running for the shelter of her mother's little helper  
And it helps her on her way, gets her through her busy day »

Léo Sternbach entre dans le classement des 25 personnalités les plus influentes du XXe siècle selon l'US World and New Report. Il a lui-même déclaré ne pas en consommer mais l'avoir expérimenté pour ses recherches. « Ma femme me l'interdit. De toute façon, je préfère le scotch » selon ses propres mots dans cette amusante analogie à l'alcool.

## **2. Pharmacodynamie**

Le GABA ou acide gamma amino butyrique est le principal neuromédiateur inhibiteur présent au niveau des synapses neuronales (présent dans 30 à 40% des synapses et toutes les zones du cerveau) ; il est libéré dans les fentes synaptiques où il interagit avec ses récepteurs spécifiques GABA A et GABA B. Des récepteurs GABA C ont également récemment été décrits. Sur ces récepteurs, se trouvent les sites de fixation du GABA mais aussi ceux de nombreux médicaments tels que les benzodiazépines mais aussi les barbituriques et certains stéroïdes. Les récepteurs au GABA A sont des récepteurs canaux perméables préférentiellement aux ions chlorure et accessoirement aux ions bromure. (3) Le récepteur GABA B est un récepteur canal perméable à des cations. (4)

Le site de fixation des benzodiazépines se trouve structurellement à proximité du site de fixation du GABA sur son récepteur GABA A et module son effet. Il s'agit d'une modulation allostérique de l'effet du GABA sur son récepteur GABA A. A l'inverse, le baclofène, par exemple, n'interagit qu'avec le récepteur GABA B. D'autres molécules telles que le flumazenil ont des effets antagonistes aux benzodiazépines sur ces récepteurs et sont utilisées comme antidote aux benzodiazépines.

On distingue classiquement 5 propriétés thérapeutiques aux benzodiazépines: anxiolytiques (diazepam, bromazepam), antiépileptiques (clonazepam), hypnotiques (flunitrazepam), myorelaxantes et anesthésiantes (midazolam). L'effet semble être à la fois lié à l'encombrement spatial de la molécule mais également au degré d'occupation des récepteurs par son substrat. En effet une occupation inférieure à 20% serait plutôt pourvoyeuse d'un effet anxiolytique alors qu'une occupation allant de 30 à 50% aurait plutôt des propriétés sédatives.

Sur ces effets pharmacodynamiques, on constate une augmentation du risque de fracture du fémur par diminution du réflexe postural qui découle de l'effet dépresseur du système nerveux central. (5) On observe également une perturbation du maintien de l'homéothermie, surtout en cas d'association avec l'alcool augmentant le risque d'hypothermie.

### **3. Pharmacocinétique**

Les benzodiazépines sont le plus communément administrées per os en médecine générale avec une excellente résorption digestive (bonne biodisponibilité per os). La vitesse de résorption est variable selon la galénique utilisée (solution buvable > comprimés). La voie intramusculaire n'est pas pourvoyeuse d'un effet plus rapide et sa biodisponibilité est irrégulière, elle est donc réservée aux cas où le patient est peu observant ou participatif. La voie intra rectale est utilisée en cas de convulsions chez l'enfant. La voie intra-veineuse est utilisée en cas de crise d'épilepsie ou dans le cadre hospitalier en réanimation pour ses effets sédatifs. (6)

Les benzodiazépines sont des molécules liposolubles et se distribuent rapidement au niveau de leur site d'action, le système nerveux central, en passant la barrière hémato-encéphalique.

Les benzodiazépines subissent donc inévitablement une biotransformation hépatique. Un certain nombre des métabolites créés sont pharmacologiquement aussi actifs que le médicament. Il faut donc être particulièrement vigilant aux contre-indications en lien avec l'insuffisance hépatique mais aussi aux interactions médicamenteuses. Certains métabolites sont parfois deux fois plus lents à éliminer que la molécule mère, c'est le cas du desmethyldiazepam résultant de la biotransformation hépatique du diazepam dont la demi-vie peut aller jusqu'à 150 heures. (7)

Enfin, l'élimination des benzodiazépines se fait essentiellement par voie urinaire.

En ce qui concerne la pharmacocinétique des benzodiazépines chez les sujets âgés, on observe selon la Société Française de Médecine d'Urgence une modification de la résorption des benzodiazépines avec une diminution de la sécrétion acide gastrique et une diminution de la vitesse de vidange gastrique à l'origine d'un pic plasmatique retardé, diminué mais très prolongé dans le temps. (5) De plus à l'étage digestif, selon le Collège National de Pharmacologie Médicale (8), on observe une diminution de la motilité et de la perfusion intestinale à l'origine d'un temps de résorption augmenté. Mieux vaut donc éviter les formes à libération prolongée chez les patients âgés.

En ce qui concerne le volume de distribution, on observe chez les sujets âgés une modification de la structure corporelle avec une diminution de l'eau, de la masse hépatique et de la masse rénale au profit d'une augmentation de la masse lipidique. Les médicaments liposolubles tels que les benzodiazépines seront donc davantage stockés dans le tissu adipeux puis relargués dans la circulation de façon plus prolongée. Par exemple la demi-vie du diazepam est multipliée par trois chez le sujet âgé. (5) Ces conséquences sont majorées chez les sujets obèses. Par ailleurs les benzodiazépines, dont le diazepam (98% de fixation), sont fortement liées aux protéines plasmatiques et peuvent, chez les sujets âgés ayant souvent une



baisse de l'albuminémie, augmenter la fraction libre d'autres médicaments et majorer le risque de toxicité ou d'effets indésirables par interaction médicamenteuse pharmacocinétique.

La diminution de la masse et de la perfusion hépatique ralentit la formation des métabolites et diminue voire annule le cycle entérohépatique. Il faut donc veiller chez les sujets âgés à adapter les doses des médicaments ayant une forte biotransformation hépatique pour éviter d'atteindre une dose toxique.

Enfin, chez les patients âgés la masse rénale et le débit de filtration glomérulaire diminuent. Le principal risque lié à cette altération de la clairance est une accumulation, d'autant plus si la marge thérapeutique est étroite.

#### 4. Le cas des hypnotiques apparentés

Les hypnotiques apparentés sont des molécules ayant un effet agoniste sélectif sur le récepteur GABA-A des benzodiazépines avec comme principal effet une sédation via une absorption intestinale et un métabolisme hépatique rapides. Ils possèdent des propriétés pharmacodynamiques communes aux benzodiazépines. Les deux principales molécules sont le zolpidem (famille des imidazopyridines) et le zopiclone (famille des cyclopyrrolones). Ces deux molécules sont donc des agents modulateurs du récepteur GABA-A bien qu'ils n'aient pas de parenté structurale avec les benzodiazépines.

Molécules	Tmax (h)	Demi-vie (h)	Métabolite actif
Lormetazépam	3	10	Oui
Nitrazépam	0.5-5	18-57	Non
Témazépam	0.75-4	5.3-13	Oui
Zolpidem	0.5-3	2.4	Non
Zopiclone	0.5-1.5	3.5-6.0	Oui

Tableau 1 : pharmacocinétique de différentes benzodiazépines et apparentés. Données issues du Collège National de Pharmacologie Médicale. (8)

Selon le Collège National de Pharmacologie Médicale, le zopiclone permet une réduction de la latence d'endormissement et un meilleur respect que les benzodiazépines de l'architecture du sommeil avec notamment un respect du sommeil paradoxal. On observe des effets similaires avec le zolpidem qui présente en plus, peu d'effets résiduels du fait de sa demi-vie très brève et de son absence de métabolites actifs (contrairement au zopiclone). (8)

## **5. Effets indésirables**

### *(a) Généralités*

Les benzodiazépines sont une classe de médicaments pourvoyeuse d'effets indésirables. Certains sont connus et bien documentés, d'autres sont controversés avec des résultats plus contradictoires.

Parmi les effets secondaires des benzodiazépines, les plus rapportés à la Base Nationale de Pharmaco-Vigilance (BNPV) sont des affections du système nerveux pour 20% des effets indésirables graves, des affections psychiatriques pour 15% des effets indésirables graves, suivis des chutes à environ 8% et des malaises à 1%. (9)

Cette iatrogénie médicamenteuse liée aux benzodiazépines constitue un problème de santé publique notamment pour les populations âgées. En effet, les personnes âgées sont plus sensibles aux benzodiazépines et à leurs effets indésirables, avec une augmentation du risque de déficience cognitive, confusion, chutes, fractures, et accidents de la voie publique. (10)

### *(b) Effets indésirables de type neuropsychiatriques*

Les effets secondaires des benzodiazépines de type neuropsychiatrique sont rapportés de longue date : troubles de la mémoire dont amnésie antérograde, altération des fonctions psychomotrices, troubles du comportement, jusqu'à l'altération de conscience. (9)

D'après la méta-analyse de Barker et al en 2004, l'utilisation prolongée de benzodiazépines est un facteur de risque significatif d'atteinte des différentes capacités cognitives. (11) Les atteintes psychomotrices et cognitives peuvent être présentes malgré une utilisation aux doses thérapeutiques, et semblent persister chez les utilisateurs de longue durée. (12) Les effets sur les fonctions mnésiques sont particulièrement connus. (13) On note une majoration de l'atteinte des fonctions cognitives et de la somnolence diurne en cas d'utilisation de benzodiazépines à demi-vie courte. (14)

Une altération des fonctions cognitives psychomotrices, notamment les fonctions exécutives, est retrouvée chez des adultes hautement éduqués en lien avec la consommation de benzodiazépines, sans différence entre des durées d'utilisation courtes ou longues. (15)

La plupart des fonctions cognitives atteintes lors de l'utilisation des benzodiazépines s'améliorent à l'arrêt de celles-ci, mais des fonctions cognitives peuvent rester détériorées chez les consommateurs au long cours. (14)

Le lien entre consommation de benzodiazépines au long cours et survenue de démence n'est pas clair. Une association existe entre l'utilisation de benzodiazépines chez les sujets âgés et la survenue d'un déclin cognitif, de démence et de maladie d'Alzheimer, avec un lien semblant plus marqué pour les molécules de demi-vie longue ainsi que dans le cadre d'une longue durée d'exposition. (16)

De même, une association entre consommation de benzodiazépines et survenue de démence est retrouvée en région bordelaise en cas d'utilisation antérieure (17), et au Québec chez des utilisateurs actuels ayant débuté leur consommation plusieurs années avant la survenue de maladie d'Alzheimer (18). Cette association entre démence et utilisation antérieure de benzodiazépines restait significative après prise en compte du temps de latence et donc contrôle de biais protopathiques sur une méta-analyse de 15 études. (19)

En effet, la question de causalité se pose toujours. L'utilisation de cette famille de médicaments pourrait s'expliquer par la prise en charge de symptômes anxieux pouvant

s'intégrer dans le cadre de prodromes de la maladie démentielle, créant ainsi des biais protopathiques (ou biais de causalité inverse) et un risque de surestimation d'association. (13,20)

L'utilisation de benzodiazépines chez des patients atteints de maladie d'Alzheimer entraîne des effets négatifs sur leurs fonctions cognitives comme l'a montré la revue systématique de la littérature de Defrancesco et al, en 2015. (21) Résultats à pondérer cependant par le fait que les patients déments de ces 5 études avaient souvent une polymédication avec d'autres médicaments psychotropes.

Les benzodiazépines utilisées au long cours dans le cadre d'une consommation à domicile entraînent de fréquents effets secondaires. Velert Vila et al, en 2012, montraient par un suivi d'un an dans des pharmacies de ville à Valence (Espagne) que les patients âgés consommateurs de benzodiazépines (avec une utilisation chronique pour 2/3 d'entre eux), étaient près de 90% à noter la survenue d'effets secondaires, le plus souvent perte de mémoire, somnolence ou perte de coordination. (22)

La prise prolongée de benzodiazépines entraîne un risque de dépendance, avec la survenue d'effet rebond et de symptômes de sevrage à l'arrêt. (14) Cette dépendance est plus marquée en cas d'usage prolongé et de posologie élevée (12), et le syndrome de sevrage est d'autant plus important que l'arrêt est brutal. (23)

Autres effets secondaires moins fréquents, quelques cas de comportements nocturnes complexes ont été décrits, comme par Pérez-Diaz et al en 2010, à Barcelone (Espagne) avec 5 cas de réactions paradoxales nocturnes sous Zolpidem, incluant des crises d'hyperphagie sur somnambulisme, avec amnésie des faits. (24)

*(c) Effets indésirables traumatiques*

Des preuves convergentes de liens entre consommation de benzodiazépines et apparentés et survenue d'accidents de la voie publique, chutes et fractures existent, comme le montrent Brandt et Leong dans leur revue narrative de la littérature en 2017. (25)

Le risque d'AVP est majoré chez les sujets âgés en cas d'introduction récente ou de consommation prolongée de benzodiazépines de demi-vie longue. (26) Ce risque d'accident de la circulation est cependant bien inférieur à celui lié à l'usage de l'alcool. (27)

De nombreuses études ont montré un lien entre la consommation de benzodiazépines et la survenue de chutes et de fractures de hanche chez les adultes en général et encore plus chez les personnes âgées. Une étude de 2001 dans le New Jersey (USA) montrait que la consommation de benzodiazépines chez des sujets âgés était un facteur de risque significatif de survenue d'une fracture de hanche, notamment lors de l'introduction récente de ce traitement, ainsi que lors d'une consommation prolongée au-delà d'un mois. (28) Ce risque de fracture de hanche chez les sujets âgés consommateurs de benzodiazépines était confirmé par Zint et al en 2010, surtout en cas d'introduction récente et en cas de posologie élevée de benzodiazépine. (29)

L'introduction récente de benzodiazépines ou la majoration récente de posologie était associée avec un risque d'hospitalisation pour chute chez les patients de plus de 45 ans. (30) Une revue de la littérature de 2016 par Markota et al mettait en évidence un surrisque de chutes et de fractures, semblant plus marqué pour les benzodiazépines de demi-vie courte, avec donc un surcoût de santé et une surmortalité. (14) La cohorte PAQUID en France a permis de mettre en évidence le surrisque de chute chez les patients de plus de 80 ans consommateurs de benzodiazépines. (31) Les méta-analyses s'intéressant aux différentes classes de médicaments pourvoyeuses de chutes chez les personnes de plus de 60 ans, réalisées par Leipzig et al en 1999, puis par Woolcott et al en 2009, retrouvaient toutes deux une association avec la consommation de benzodiazépines. (32,33) De même, Morgenthaler et al en 2013 ont montré

une augmentation indépendante du risque de chute avec la prise de zolpidem par des adultes en cours d'hospitalisation. (34)

Quant à la surmortalité, les résultats divergent. Lader en 2014 montrait un excès de mortalité chez les consommateurs d'hypnotiques. (12) La surmortalité des consommateurs de benzodiazépines semble liée à plusieurs facteurs, tout d'abord par le risque de chutes et de fractures du col fémoral, la possibilité d'une association avec des exacerbations de pathologies respiratoires, et dans une moindre mesure la survenue d'overdoses. (25) Cependant, une importante étude de cohorte rétrospective aux Etats-Unis par Paterno et al en 2017 ne retrouvait pas de surmortalité significative chez les consommateurs de benzodiazépines, à 6 mois d'introduction, tout en suggérant une tendance à la surmortalité sur des analyses secondaires à 12 et 48 mois. (35)

## **B. Indications des benzodiazépines et apparentés chez le sujet âgé en médecine générale**

### **1. Troubles du sommeil**

Chez l'adulte, le sommeil survient la nuit et dure en moyenne 7 à 8h avec des variations individuelles selon l'âge, le sexe et le sujet lui-même (« gros dormeurs » et « courts dormeurs »).

L'alternance de la veille et du sommeil est gérée par :

- le processus homéostatique (« je dors car je suis fatigué ») régi par l'accumulation progressive de la fatigue qui diminue ensuite au cours de la nuit
- le processus circadien (« je dors car c'est l'heure de dormir ») qui résulte de l'horloge biologique située dans les noyaux suprachiasmatiques du cerveau, qui modulent l'état

de vigilance mais aussi les sécrétions hormonales, la température interne, l'humeur et les cycles de division cellulaire.

Le sommeil est divisé en cycles, eux même divisés en phases :

- le sommeil lent (léger puis profond)
- le sommeil paradoxal

Ces cycles durent environ 90 minutes et reposent sur l'alternance de phases de sommeil lent puis paradoxal et constituent le rythme ultradien du sommeil. Ces cycles se succèdent avec une architecture qui varie au cours de la nuit. Au début le sommeil lent (surtout profond) occupe la majeure partie des cycles puis a tendance à diminuer au profit du sommeil paradoxal. On peut visualiser l'architecture des cycles du sommeil grâce à un hypnogramme.

La plainte « insomnie » est très fréquente en population générale, exprimée par 30% des patients dont 10% de manière chronique. Son diagnostic est clinique et caractérisé par :

- des difficultés d'endormissement
- et/ou des réveils nocturnes avec difficulté à se rendormir
- et/ou des réveils matinaux précoces avec incapacité à se rendormir.

L'insomnie peut avoir un important retentissement sur la qualité de vie avec des troubles de l'humeur, fatigue, chute de libido, troubles cognitifs, céphalées, irritabilité et troubles gastro-intestinaux. Les troubles chroniques du sommeil touchent plus les femmes, les personnes plus âgées, et les patients aux antécédents psychiatriques et de maladie chronique.

(36)

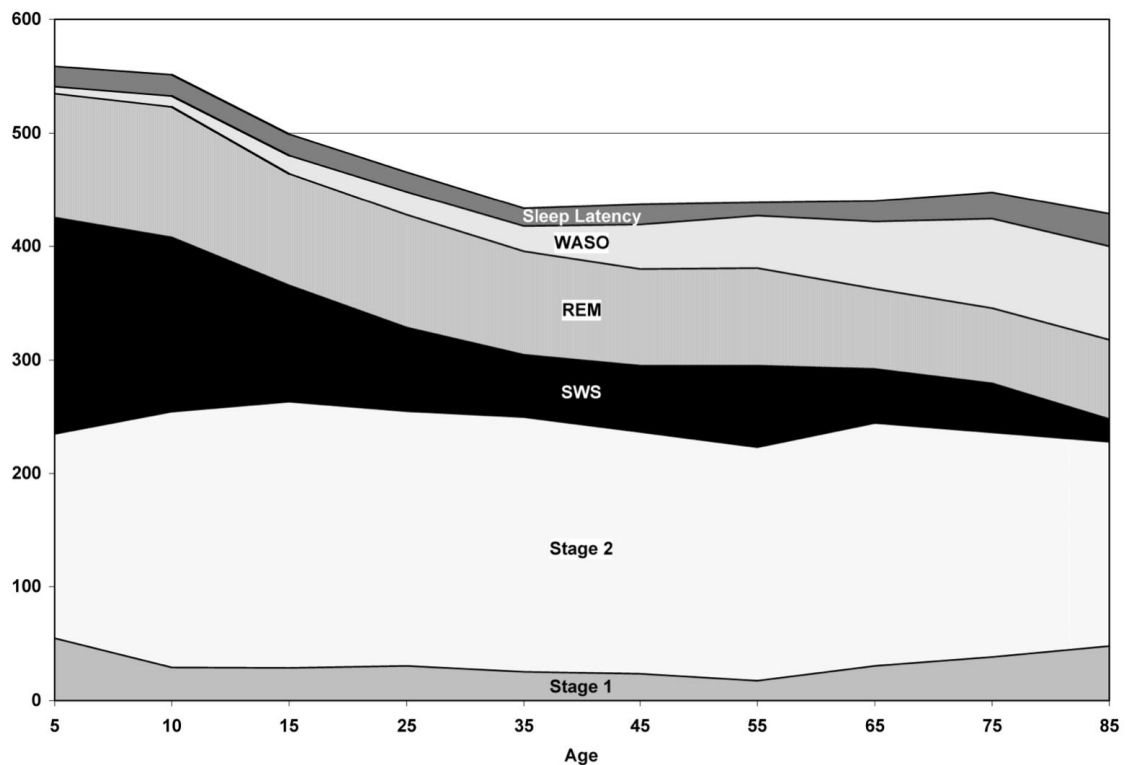


Figure 1 : Evolution entre les différentes phases du sommeil, en minutes, en fonction de l'âge (37) (Ohayon et al)

De façon physiologique avec le vieillissement, on observe une modification de l'homéostasie du sommeil avec l'apparition de phases d'éveil interrompant les cycles de sommeil (37). Deux éléments semblent en être la cause : un vieillissement de l'horloge biologique endogène et une diminution de l'influence des facteurs exogènes tels que la lumière ou l'activité physique. (38) On observe donc une modification qualitative (altération de l'architecture avec augmentation de la latence du sommeil et diminution des phases de sommeil lent profond) et quantitative (diminution du temps de sommeil) du sommeil. A ces éléments s'ajoutent des modifications environnementales ; le sujet âgé se couche tôt et se lève tôt. Les sujets âgés déments peuvent aussi présenter une désorganisation des phases sommeil – réveil. (39) Ces modifications du sommeil au cours de la vie ont été démontrées dans une méta analyse d'Ohayon et al sur une large population de 3577 sujets de 5 à 102 ans. (37)

Une étude rétrospective menée entre 2009 et 2015 à la Pitié Salpêtrière sur les habitudes de vie de 162 patients âgés de plus de 70 ans consultant pour insomnie chronique ont révélé les résultats suivants : 72% d'entre eux présentaient des difficultés d'endormissement, 83% des



réveils nocturnes et 37% des réveils précoces sans réendormissement. 49% des sujets avaient une vision négative de leur coucher. L'heure moyenne du coucher était à 22h et 54% concédaient s'endormir avant l'heure du coucher avec une heure moyenne de réveil autour de 7,8h. En moyenne, les sujets de cette étude estimaient dormir 4,6 heures en moyenne mais souhaitaient dormir au moins 7h. Cette étude a révélé qu'un certain nombre d'habitudes notamment concernant l'hygiène du sommeil pouvaient être améliorées chez cette population. (40)

De façon globale on observe chez les sujets âgés une augmentation de la fréquence de la plainte « sommeil » qui toucherait 57% des plus de 65 ans (41). Les principales plaintes des personnes âgées sont l'insomnie (qu'elle soit initiale, moyenne, ou terminale), et une mauvaise qualité de sommeil avec somnolence diurne. (39)

En effet le sommeil semble être un axe fondamental de santé publique en ce qui concerne la réussite du vieillissement. Une thèse réalisée en 2017 à l'université de Saint Étienne a révélé que la qualité subjective perçue du sommeil jouait un rôle dans la perception qu'avaient les individus de plus de 65 ans de leur état de santé et de leur qualité de vie. (42)

## **2. Troubles anxieux**

Selon la HAS, les symptômes anxieux qui font l'objet d'une indication de benzodiazépines en France s'inscrivent dans deux cadres distincts :

- les troubles anxieux (trouble anxieux généralisé, trouble panique, agoraphobie, état de stress post traumatique). Le trouble anxieux généralisé et le trouble phobique sont les plus fréquents chez le sujet âgé
- le trouble de l'adaptation qui correspond à l'ensemble des symptômes qui apparaissent en réponse à un stress, le plus souvent un évènement de vie difficile. En effet les patients âgés sont exposés à une sommation de facteurs de stress et de

facteurs réduisant leurs capacités d'ajustement (troubles psycho comportementaux, démence, perte d'autonomie, comorbidités, deuils etc.) (5)

Les symptômes anxieux constituent un motif fréquent de consultation chez les personnes âgées en France et cachent souvent un syndrome dépressif sous-jacent. (43) En effet, il est important de le dépister car selon le Collège National de Psychiatrie, environ 1 à 4% des sujets de plus de 65 ans souffriraient d'un épisode dépressif caractérisé et ces symptômes dépressifs augmentent de façon notable la morbi mortalité et altèrent le pronostic fonctionnel. Il faut être particulièrement vigilant car ce syndrome est souvent atypique (et répond donc mal aux critères de l'épisode dépressif caractérisé selon la DSM V, dépression subsyndromique ou dysthymie) ; 50% des patients âgés dépressifs seraient sous diagnostiqués et sous traités. En effet le sujet âgé se plaint rarement de tristesse ou d'humeur dépressive au profit de plaintes somatiques (troubles gastro intestinaux, altération de l'état général, douleurs ostéo articulaires, troubles cardiovasculaires, troubles du sommeil, perte d'appétit, plainte mnésique) ; cela étant en partie lié au fait que cette génération a manqué d'information sur les troubles psychiatriques et leur prise en charge. (6)

Onze benzodiazépines par voie orale sont principalement prescrites dans la prise en charge des manifestations anxieuses invalidantes : clotiazépam (Veratran®), oxazépam (Seresta®), alprazolam (Xanax®), lorazépam (Temesta®), bromazépam (Lexomil®), clobazam (Urbanyl®), clorazépate dipotassique (Tranxène®), nordazepam (Nordaz®), prazépam (Lysanxia®), diazépam (Valium®) et loflazépate d'éthyle (Victan®). Elles se distinguent par leur demi-vie et la présence de métabolites actifs. Elles ne doivent être prescrites qu'en cas de retentissement important de ces manifestations sur le quotidien et la qualité de vie.

### **3. Autres**

Chez les patients âgés en ambulatoire il existe d'autres indications mineures à la prescription des benzodiazépines telles que les troubles du comportements dits productifs (cris, agitation, déambulation) qui surviennent lors des états démentiels notamment de la maladie

d'Alzheimer. Les épisodes aigus de confusion émaillant l'évolution d'un syndrome démentiel peuvent aussi être à l'origine de ces prescriptions. (43)

Une revue systématique de la littérature menée en 2015 a effectivement montré l'usage très fréquent des benzodiazépines chez les patients âgés souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'une démence mixte, 5 à 10% d'entre eux recevront un jour une benzodiazépine lors de leur maladie et cette prévalence peut monter à 50% chez les patients résidant en EHPAD. Elles sont surtout utilisées dans la prise en charge des troubles du comportement. (21)

## **C. Epidémiologie**

### **1. Vieillesse de la population**

#### *(a) Dans le monde*

La proportion des personnes âgées dans la population générale augmente, avec un rythme de vieillissement de plus en plus rapide partout dans le monde, du fait d'une baisse marquée des taux de fécondité et d'une augmentation de l'espérance de vie. Le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait atteindre 2 milliards en 2050, contre 605 millions en 2000. (44)

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a rendu un Rapport mondial sur le vieillissement et la santé en 2015, suivi d'un Plan d'action Vieillir en bonne santé initié de 2016 à 2020. Tous les pays s'engageaient à mettre en place des plans d'action destinés à optimiser les capacités fonctionnelles des personnes âgées afin de promouvoir le vieillissement en bonne santé. Pour l'OMS, vieillir en bonne santé est un processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permet aux personnes âgées d'accéder au bien-être. (45,46)

Il est difficile de définir un « modèle-type » de la personne âgée, de même qu'il n'est pas possible de donner un âge précis marquant le début de la vieillesse. En effet, une grande

diversité existe, du fait d'un patrimoine génétique et d'un environnement physique et social. De fait, la perte des capacités habituellement associée au vieillissement n'est pas forcément liée à l'âge chronologique d'une personne, et l'âge avancé n'implique pas forcément la dépendance.

Permettre aux personnes âgées de vivre longtemps et en bonne santé pourrait atténuer les pressions sur les dépenses de santé, l'inflation des coûts de santé des dernières décennies étant due en plus grande partie à des changements de technologies, plus coûteuses qu'au vieillissement en lui-même, et grâce à la contribution économique et sociale des personnes âgées. (45) Le vieillissement n'expliquerait qu'un dixième de la hausse des dépenses de santé, les personnes âgées consommant plus de soins mais en étant probablement en meilleure santé que leurs prédécesseurs. Les deux dernières années de vie concentrent la moitié des dépenses de santé, l'allongement de l'espérance de vie ne ferait donc que retarder les soins les plus coûteux, d'autant plus que ces dépenses lors des dernières années de vie se réduiraient après 80 ans. (47)

La plupart des personnes âgées finiront tout de même par être confrontées à de multiples problématiques de santé. Le vieillissement de la population entraîne donc des difficultés croissantes pour les différents systèmes de santé.

Toujours selon le rapport mondial sur le vieillissement de l'OMS, les capacités fonctionnelles essentielles pour permettre aux personnes âgées de réaliser des activités qui comptent pour elles comprennent : la satisfaction des besoins élémentaires, l'apprentissage et le développement sur le plan personnel et la prise de décisions, la mobilité, la construction et le maintien des relations, l'apport de sa contribution. (45)

### ***(b) En France***

La population française ne fait pas exception dans ce vieillissement de la population mondiale. En effet, au 1<sup>er</sup> janvier 2021, plus d'un français sur 5 avait 65 ans ou plus, soit près de 14 millions de personnes, et dont près de 6,5 millions avaient 75 ans ou plus. (48)

L'augmentation de la part des personnes âgées dans la population est progressive mais pas constante : on remarque une accélération du vieillissement de la population depuis le milieu des années 2010, due à l'arrivée à ces âges des premières générations nombreuses nées après-guerre, marquant le début du fameux « papy-boom ». Par exemple, en 2000 15,8% des français avaient 65 ou plus, contre 20,7% en 2020. (48)

Le bilan démographique de 2020 de l'INSEE montre une espérance de vie à la naissance de 85,2 ans pour les femmes et de 79,2 ans pour les hommes. L'année 2020 a été marquée par une baisse de 0,4 et 0,5 an de cette espérance de vie du fait de la pandémie de Covid-19. A part en 2015 où la grippe saisonnière avait été plus meurtrière qu'à l'accoutumée avec un impact sur l'espérance de vie, les chiffres étaient auparavant sur une perpétuelle augmentation. (48)

Les personnes dites âgées ont aujourd'hui encore de nombreuses années à vivre, avec en 2020 une espérance de vie à 65 ans de 23,1 ans chez les femmes et de 19,1 ans chez les hommes. (48) Ces années seront pourtant marquées par des incapacités et des problèmes de santé, avec une espérance de vie en bonne santé à 64,5 ans pour les femmes et 63,4 ans pour les hommes en 2018. (49)

Les dépenses de santé en France représentaient environ 11% du PIB en 2019, contre 8,8% pour la moyenne des pays de l'OCDE, avec une croissance de cette part de la consommation de soins et de biens médicaux depuis les années 1960. Parmi ces dépenses, 17% sont consacrés aux soins de longue durée, concernant les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap, dont la majorité dispensée dans des unités hospitalières dédiées et des lieux d'hébergement, et un tiers dispensé à domicile ou en ville. (50)

### *(c) Dans la région PACA*

Selon les statistiques locales de l'INSEE en 2017, la région PACA est parmi les régions les plus âgées de France, se classant à la troisième place, avec un indice de vieillissement proche de 100, contre un indice national à 79,9. Cet indice reflète le vieillissement de la

population par le nombre de personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans. (51)

La part des 65 ans et plus y était à 22,5%, dont 11% pour les 75 ans et plus, contre 19,4% et 9,3% sur le plan national. La région PACA comptait plus d'1,1 million de personnes de 65 ans ou plus en 2017. (52)

Les statistiques locales de l'INSEE de 2007 à 2017 montrent bien le vieillissement au sein de la population de la région PACA avec la progression des grandes tranches d'âges des plus de 60 ans au détriment des personnes de moins de 45 ans (cf figure 2). (51)

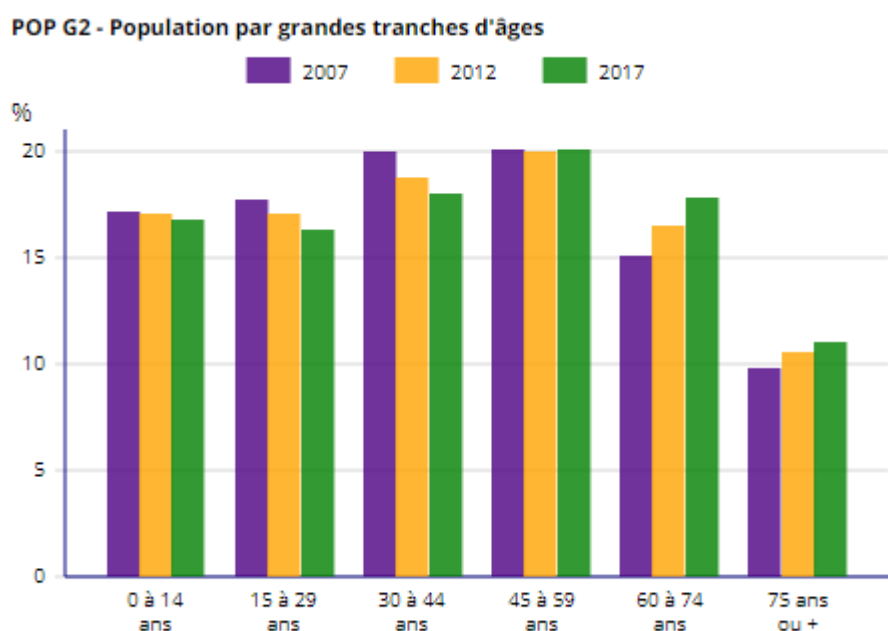


Figure 2 : Population par grandes tranches d'âges (sources : INSEE, RP2007, RP 2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020)

## **2. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines et apparentés**

### *(a) Consommation des benzodiazépines en France et dans le monde*

#### (1er) En France

Les Français sont de grands consommateurs de benzodiazépines et d'hypnotiques. Ils se situent à la 2ème place des plus gros consommateurs en Europe, autant pour les benzodiazépines anxiolytiques avec 50 DDJ (doses définies journalières pour 1000 habitants par jour) que pour les benzodiazépines hypnotiques avec 35 DDJ. (53)

Un rapport de l'ANSM fin 2013, basé sur des données de remboursement de l'assurance maladie et non actualisé depuis, retrouvait que 11.5 millions de français avaient consommé au moins une fois une benzodiazépine dans l'année 2012, parmi lesquels 7 millions une benzodiazépine anxiolytique et plus de 4 millions une benzodiazépine hypnotique. (9)

Les molécules les plus utilisées en 2012 étaient, par ordre décroissant d'unités standard, l'alprazolam, le bromazepam, le zolpidem, le lorazepam, l'oxazépam et le zopiclone. La première place était occupée jusqu'en 2011 par le tetrazepam avec plus de 4 millions d'utilisateurs annuels, avant d'être retiré du marché. (9)

On observait au début des années 2000 une baisse de la consommation des benzodiazépines et apparentés dans leur globalité (de 90 à 81,2 DDJ/1000 habitants de 2000 à 2008), laquelle a été suivie d'une stagnation autour de 2010, avec une tendance à la reprise de la consommation entre 2010 et 2012 (82,9 DDJ/1000 habitants en 2012). Une stabilité dans la consommation de la classe des benzodiazépines hypnotiques et apparentés est à noter, expliquée en partie par une augmentation de la part des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines (zopiclone et zolpidem). (9)



Figure 3 : Consommation totale de benzodiazépines et apparentées de 2000 à 2012 (DDJ/1000 habitants/jour) (source : ANSM)

La polymédication est relativement fréquente, avec une association à une autre benzodiazépine dans 21% des cas, à un antidépresseur dans 21% des cas, et à un antipsychotique dans 5% des cas. (53)

Les consommateurs de benzodiazépines sont des femmes à 64,2%. Ils bénéficient d'une ALD30 pour un quart d'entre eux (contre une prévalence nationale à environ 18%). (9)

Les benzodiazépines et apparentés sont initialement prescrits par des médecins libéraux à 88%, principalement par des médecins généralistes puis des psychiatres et enfin des rhumatologues. (53)

#### (2e) Consommation chronique des benzodiazépines

Sur un suivi de 2007 à 2012, le nombre d'utilisateurs réguliers (soit au moins 3 délivrances consécutives sur l'année) semblait stable pour les benzodiazépines anxiolytiques, mais montrait une augmentation modérée des benzodiazépines hypnotiques et apparentés, ainsi qu'une baisse notable du clonazepam. (9)

Plus de la moitié des consommateurs de benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques sont exposés plus de 2 ans sur les 6 de suivi, même si de manière discontinue. (53)



Environ 16% des consommateurs d'anxiolytiques et 17% des consommateurs d'hypnotiques les consommaient sans interruption sur les 6 années de suivi.

Plus de la moitié des patients ayant arrêté un traitement par benzodiazépines en reprendra au moins une fois dans les 24 mois suivant l'arrêt. (53)

### (3e) Consommation chronique chez les sujets âgés

L'âge médian des consommateurs de benzodiazépines était de 56 ans en 2012 en France.

La consommation de benzodiazépines augmente avec l'âge, et de manière plus marquée chez les femmes : après 65 ans, environ une femme sur trois consomme une benzodiazépine anxiolytique et presque une sur cinq une benzodiazépine hypnotique. (53)

Cette habitude de consommation de benzodiazépines chez les sujets très âgés est majorée ces dernières années, en effet sur la période 2007 – 2012, on note une augmentation de 8% des consommateurs de benzodiazépines anxiolytiques chez les plus de 80 ans, malgré une stabilité dans les autres tranches d'âge. (9)

Ces prescriptions sont souvent au long cours : en effet, chez les plus de 50 ans, 80% des consommateurs sont traités plus de 3 mois. La proportion de consommateurs ne bénéficiant que d'une seule délivrance est minime après l'âge de 70 ans (de 5 à 21% selon l'indication).

Les benzodiazépines sont fréquemment utilisées chez les patients âgés, déments ou non, institutionnalisés ou non. La prévalence d'utilisation augmente avec l'âge, semble se situer autour d'un quart des personnes dites âgées selon les études européennes et nord-américaines (23) et semble majorée en cas d'institutionnalisation. (13) Les benzodiazépines sont fréquemment utilisées chez les patients âgés déments, avec une prévalence d'utilisation de 8,5% à 20%. (21)

Sur une étude portant sur 76 maisons de retraite belges, par Bourgeois et al, en 2012, on retrouve une prévalence de consommation chronique de benzodiazépines ou apparentés de 50% chez les résidents, majoritairement pour un motif d'insomnie (59%) suivi par de l'anxiété (17%). (54)

Une autre étude dans des EHPAD, de région lyonnaise cette fois, comparant entre 2004 et 2012 les utilisations de médicaments psychotropes, retrouvait chez les sujets institutionnalisés une augmentation significative de leur consommation d'anxiolytiques de 28% à 43% des résidents, avec une modification des habitudes de consommation sur cette période (diminution de prazépam et lorazépam au profit d'alprazolam, oxazépam et hydroxyzine), et une stabilité à 25% des résidents consommant des hypnotiques apparentés aux benzodiazépines (augmentation de zopiclone et diminution de zolpidem). Cependant, les posologies étaient le plus souvent bien moindres que le maximum recommandé. (55)

### **3. Lutte contre la prescription de médicaments inappropriés**

#### *(a) Concept de prescriptions médicalement inappropriées*

Les effets secondaires des benzodiazépines sont exacerbés chez les patients âgés, lesquels sont plus sensibles aux effets des psychotropes, en lien avec des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques. (23) Les recommandations pour leur utilisation dans cette population âgée sont donc : le respect strict des indications, l'utilisation de faibles doses avant une augmentation progressive, et de molécules de demi-vie courte. (56) Il est préférable de privilégier des approches non médicamenteuses en premier lieu, et si la prescription de benzodiazépine est nécessaire, l'éducation du patient et la mise en place d'un plan de traitement sont essentiels. (13)

De nombreuses sociétés savantes, dont la Société Américaine de Gériatrie (AGS) via ses critères de Beers classent les benzodiazépines et les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines (ou « *Z-drugs* ») dans la liste des médicaments devant être évités chez les patients de plus de 65 ans. (10)

Les prescriptions potentiellement inappropriées chez les personnes âgées peuvent aussi être détectées à l'aide des critères STOPP, qui comprennent les benzodiazépines à demi-vie longue et leur utilisation prolongée au-delà d'un mois, et les benzodiazépines en général chez les patients chuteurs. (57,58) La présence de ces prescriptions potentiellement inappropriées est fréquente dans la population âgée, et contribue à plus d'hospitalisations. (59) On retrouvait le diazépam à la première place des médicaments inappropriés associés à un risque d'hospitalisation chez des retraités des Etats-Unis, lequel risque était majoré avec la sévérité des pathologies des participants et le nombre de médicaments à éviter chez les sujets âgés selon les critères de Beers. (60) Les benzodiazépines comme médicaments potentiellement inappropriés, selon les critères STOPP, étaient significativement associés à la survenue d'effets secondaires, tout particulièrement des chutes, chez des suédois âgés de plus de 65 ans. (61)

### *(b) Mésusage*

Depuis les années 1990, l'usage des benzodiazépines a été évalué successivement, mettant en évidence les situations de mésusage de cette famille de médicaments. Le non-respect des durées d'utilisation des RCP est le mésusage le plus couramment retrouvé. (9,27,53)

Déjà, en 2006, un rapport de l'Assemblée Nationale concernant le bon usage des psychotropes s'inquiétait du niveau élevé de consommation française, associé à une banalisation de cet usage, avec notamment le non-respect de la limitation de durée de prescription, les associations de plusieurs anxiolytiques, et l'utilisation d'anxiolytiques en inadéquation avec un diagnostic psychiatrique (par exemple pour la prise en charge de troubles dépressifs en omettant un traitement antidépresseur adapté). Cette inadéquation concernait plus particulièrement les personnes âgées. Ce rapport estimait à la moitié des prescriptions d'anxiolytiques et hypnotiques comme ne respectant pas les recommandations de bonne pratique. (27)

L'étude sur la santé mentale ESEMeD conduite au début des années 2000 chez des adultes de 6 pays européens montrait que les Français consommaient des psychotropes, dont les anxiolytiques et hypnotiques en première place, plus fréquemment que les sujets des autres

pays. Cependant, les Français avaient aussi une prévalence deux fois plus élevée de troubles anxieux ou dépressifs. L'étude PAQUID conduite en France chez des personnes de plus de 65 ans retrouvait une exposition de 30% de cette population aux benzodiazépines, avec une consommation prolongée pour plus de la moitié des utilisateurs, ainsi qu'une fréquente utilisation de plusieurs benzodiazépines. (27)

Une étude s'intéressant aux mésusages à l'initiation de benzodiazépines anxiolytiques ou hypnotiques en retrouvait chez plus d'un quart des consommateurs d'hypnotiques et presque un cinquième des consommateurs d'anxiolytiques sur la période 2007 – 2012 en France. L'usage prolongé était le mésusage le plus fréquemment retrouvé. (62)

### *(c) Stratégies d'encadrement*

Des campagnes d'action des autorités sanitaires ont été réalisées successivement afin de restreindre le risque de surconsommation et de détournement à des fins toxicologiques et de soumission chimique. (9,53)

On peut par exemple citer le flunitrazépan (ou Rohypnol®), qui, à la suite de nombreux abus dont des détournements par des toxicomanes, et devant le risque de soumission chimique, s'est vu encadrer l'accès par des mesures successives : sécurisation des ordonnances, suppression du plus fort dosage, durées de prescription et de délivrance limitées à 14 et 7 jours, ajout d'un colorant. Ces mesures ont permis une diminution des ventes de 94% entre 2000 et 2009, avec un report partiel vers d'autres molécules mais un fort taux d'arrêt complet de benzodiazépines notamment chez les patients âgés. Il a finalement été retiré du marché en 2013. (9)

On peut aussi citer, plus récemment, l'exemple du zolpidem (ou Stilnox®), pour lequel des enquêtes d'addictovigilance mettaient en évidence une augmentation du nombre et de la sévérité des cas d'abus et de pharmacodépendance, et qui s'est vu en 2017 encadrer la prescription par ordonnance sécurisée, s'ajoutant à une durée de prescription déjà limitée à 4 semaines. (63) De plus, une amélioration de l'information à destination des médecins

prescripteurs et des patients consommateurs a été mise en place, avec harmonisation du RCP (résumé des caractéristiques du produit), lettres d'information aux professionnels de santé, publications de recommandations, pictogrammes sur les risques liés à la conduite de véhicules sur les conditionnements des médicaments. (9,53)

Depuis 1991, la durée maximale de prescription est limitée à 12 semaines pour les benzodiazépines anxiolytiques, et à 4 semaines pour les benzodiazépines hypnotiques. (64) Enfin, les benzodiazépines font l'objet d'une surveillance sanitaire auprès des réseaux de pharmacovigilance et d'addictovigilance, ce qui permet notamment d'évaluer l'impact de ces mesures mises en place par les autorités sanitaires. (9,53)

La rémunération sur objectifs de santé publique, ou ROSP, a été créée en 2011 par l'Assurance Maladie pour permettre de valoriser l'atteinte d'objectifs et la progression réalisée par les médecins libéraux conventionnés. Cette ROSP repose sur différents indicateurs de pratique clinique, comprenant le suivi de pathologies chroniques, la prévention et l'efficacité. Dans le chapitre de prévention se trouve une partie liée à la iatrogénie, qui comporte plusieurs indicateurs concernant les benzodiazépines :

- la part des patients dans la patientèle médecin traitant ayant initié un traitement par benzodiazépine hypnotique et dont la durée est de plus de 4 semaines,
- la part de ceux ayant initié un traitement par benzodiazépine anxiolytique et dont la durée est de plus de 12 semaines,
- la part des patients de plus de 75 ans dans la patientèle médecin traitant ayant plus de 2 psychotropes (comprenant quelques benzodiazépines et apparentés) prescrits sans avoir d'ALD pour troubles psychiatriques.

Ces indicateurs sont représentés par des points qui a donc une valeur monétaire, dans le but de contribuer à faire évoluer les pratiques et atteindre les objectifs de santé définis par la convention. (65)

## **D. Soulèvement de la question de recherche**

La majorité des prescriptions de benzodiazépines ou apparentés proviennent des médecins généralistes, ce qui les place en première ligne dans la problématique de consommation chronique de ces molécules, notamment chez leur patientèle âgée, plus à risque d'effets secondaires. Ces prescriptions prolongées dans ce public pourtant à risque ne sont pas des exceptions, elles sont fréquentes dans le quotidien des généralistes. Le médecin généraliste, via son rôle de médecin traitant, a un lien important et privilégié avec son patient âgé, autant sur un suivi régulier, notamment lors de pathologies chroniques fréquentes avec l'âge, que sur un accès de premier recours en cas d'évènement intercurrent.

Nous avons vu qu'il existait des campagnes de sensibilisation des médecins libéraux par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et par les différentes instances sanitaires, ainsi que des incitations financières par la ROSP. Malgré le fait que les médecins généralistes soient informés de la problématique de consommation chronique des benzodiazépines chez les personnes âgées, on note une persistance de ces prescriptions en dehors des recommandations. Il ne suffit donc pas que les médecins soient au courant pour que les choses changent. Le problème doit être plus complexe qu'une simple méconnaissance des médecins prescripteurs. Que se passe-t-il lors de la consultation ? Quels sont les mécanismes et les enjeux qui pérennisent cette consommation problématique ?

Nous avons donc voulu comprendre les mécanismes de chronicisation de la consommation de benzodiazépines chez les personnes âgées. Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative afin d'explorer et de confronter les parcours de soins et de vie, les représentations des patients et des médecins, les difficultés rencontrées par les différents acteurs. Pour mettre en évidence les interactions entre médecin prescripteur et patient consommateur, nous avons recueilli les expériences des 2 parties, afin de les mettre en perspective.

# III. Matériel et méthodes

## A. Choix de la méthode

*“Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu’expérimentaux), en mettant l’accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants.” (Mays et Pope, 1995)*

Pour répondre à notre question de recherche, il nous fallait appréhender le vécu et le ressenti des principaux intéressés dans le cadre d’une consommation chronique de benzodiazépines ou apparentés : les patients âgés consommateurs, et les médecins généralistes prescripteurs. La méthode qualitative nous a donc paru la plus adaptée pour ce travail de recherche. Nous cherchions avec l’aide de cette méthode à développer des concepts pour nous aider à comprendre ce phénomène de prise chronique.

Les entretiens semi-dirigés nous semblaient être la manière la plus appropriée de réaliser notre étude. Le sujet pouvant faire évoquer des événements de vie difficiles, des expériences parfois traumatisantes ou conflictuelles, la technique de l’entretien individuel nous a paru être plus adaptée que celle du focus groupe, afin de laisser aux participants l’opportunité de s’exprimer en toute liberté sur des sujets intimes.

L’entretien est une situation sociale de rencontre et d’échange et non pas un simple prélèvement d’information. Il fait appel au point de vue de l’interviewé et donne à son expérience vécue une place de premier plan. L’enquête par entretien fait produire un discours, et fera apparaître les processus et les « comment », afin de révéler la logique d’une action et son principe de fonctionnement. (66)

## **B. Type d'étude et recueil de données**

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de deux populations d'étude des Bouches-du-Rhône :

- Des médecins généralistes
- Des patients de plus de 65 ans, consommant des benzodiazépines ou apparentés depuis plus de 6 mois

Ces entretiens s'appuyaient sur des guides d'entretiens semi-dirigés élaborés pour chaque population d'étude, de 6 questions chacun. Ces guides d'entretiens ont été construits avec des questions ouvertes et neutres, visant à faire produire une réponse complexe sur le souvenir et le ressenti de certaines situations, et non pas une liste de faits.

Les entretiens étaient lancés par une question dite "brise-glace", propre à chaque population d'étude. Cette question était d'ordre assez général et était donc pensée de manière à lancer le sujet.

Les guides d'entretien ont été testés au préalable par des sujets neutres ne répondant pas aux critères d'inclusion pour vérifier leur bonne compréhension, ainsi que la pertinence des questions et de leur ordre. Les questions ont évolué au fil du travail de recherche, les premières et dernières versions des guides d'entretiens sont consultables en annexe.

Ces questions visaient à explorer :

- Pour les médecins, les situations vécues de prescription, courte et longue, de chronicisation, de tentative de sevrage des benzodiazépines ou apparentés chez leurs patients, ainsi que leur perception des représentations de ces traitements par les patients



- Pour les patients, les circonstances de l'initiation du traitement, de leur chronicisation, leur rapport au médicament, la place des benzodiazépines ou apparentés dans la relation médecin malade, le vécu des éventuelles tentatives de sevrage antérieures

La durée envisagée des entretiens était entre 30 minutes et une heure, pour chacune des populations d'étude. Il a été prévu que chaque entretien soit enregistré vocalement à l'aide d'un dictaphone, de manière anonyme, avant d'être retranscrit et anonymisé (en faisant disparaître ce qui pouvait dans le texte identifier la personne).

Un questionnaire concis était associé à l'entretien, concernant des données sociodémographiques et des facteurs de variabilité pressentis, afin de s'assurer de la variabilité de l'échantillon de nos deux populations.

## **C. Populations de l'étude et méthodes de recrutement**

Nous avons décidé d'étudier deux types de populations pour notre étude.

Une première population cible correspondait aux médecins généralistes installés dans le département des Bouches du Rhône, quel que soit leur âge.

La deuxième population cible correspondait aux patients âgés de plus de 65 ans, suivis par des médecins généralistes installés dans les Bouches du Rhône, consommant des benzodiazépines ou apparentés depuis plus de 6 mois, ayant des capacités cognitives suffisantes pour permettre un entretien.

Concernant les critères d'exclusion et de non-inclusion, nous n'en avons aucun pour la population cible des médecins. Quant à la population cible des patients, la présence de troubles cognitifs ou la mauvaise maîtrise de la langue française ne permettant pas la réalisation d'un entretien constituaient des critères d'exclusion. Les majeurs sous tutelle étaient aussi exclus.

En recherche qualitative on ne cherche pas à quantifier un échantillon représentatif, mais à comprendre la diversité des phénomènes. Cette méthode ne nécessite donc pas de calcul du nombre de sujets nécessaire, l'inclusion se faisant jusqu'à saturation des données. Les inclusions cessent lorsque deux entretiens à la suite n'apportent pas de nouvelle information concernant la thématique étudiée, à la condition que l'échantillon soit suffisamment diversifié pour pouvoir vérifier méthodologiquement cette saturation. Le recrutement est donc raisonné à la recherche de personnes aux facteurs de variabilité diversifiés. L'estimation préalable était entre 9 et 20 sujets par population.

Le recrutement s'est fait en recherche de variabilité maximale :

- Pour les médecins généralistes, par contact téléphonique sur coordonnées professionnelles publiques, par connaissance, par effet boule de neige
- Pour les patients, en consultation, via leurs médecins traitants, par effet boule de neige. Les patients n'étaient pas ceux des médecins interviewés.

Chaque investigatrice était en charge des entretiens d'une des deux populations. Il a été prévu de réaliser les entretiens seul à seul, dans des lieux choisis par les participants, qui devaient être des lieux calmes sans possibilité d'être dérangés. Il a été prévu de proposer aux participants de réaliser les entretiens en visioconférence, du fait des mesures sanitaires dans le cadre de la pandémie de covid-19. La visioconférence permettait, contrairement à l'appel téléphonique simple, de noter la communication non verbale et respecter les silences dus à des moments de réflexion. Les investigatrices se servaient chacune d'un cahier de terrain leur permettant de prendre des notes immédiatement après les entretiens réalisés.

Au moment de l'étude, les investigatrices étaient pour l'une interne de médecine générale puis remplaçante de médecine générale, et pour l'autre remplaçante de médecine générale. Les chercheuses n'avaient pas d'expérience dans la recherche qualitative, mais y ont été formées par leur directrice de thèse et par des lectures personnelles.

## **D. Mode d'analyse des données**

Nous avons réalisé une analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée.

Pour limiter le biais d'interprétation, les analyses ont été triangulées par les 2 investigatrices et par la directrice de thèse, aussi bien pour l'étape d'analyse thématique que pour la phase de modélisation.

Les transcrits ont été codés avec une analyse thématique des verbatims avec une méthode semi-manuelle (arborescence des codes avec un logiciel de traitement de texte). Ce codage des transcrits a été réalisé au fur et à mesure des entretiens par les 2 investigatrices et supervisé par la directrice de recherche tout au long du travail. Une modélisation du phénomène a ensuite été réalisée.

## **E. Considérations éthiques**

Une information orale et écrite individuelle a été donnée à tous les participants, préalablement à l'entretien. Les notices d'information ont été réalisées pour chaque population cible (annexes). Une déclaration de non-opposition a été signée par les participants.

Notre travail de recherche ne nécessitait pas de consentement des participants, étant hors-champ de la loi Jardé, correspondant à la méthode de référence MR 003. Elle ne nécessitait donc pas d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes.

Notre projet de recherche a reçu un avis favorable du comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille, référence de dossier 2019-12-12-006 (annexe).

Concernant l'anonymat des données, les enregistrements étaient anonymes et numérotés, et les transcrits des enregistrements anonymisés. Nous n'avons pas recueilli de données d'identifications directes ou indirectes. Il n'y avait aucune table de concordance permettant de

réattribuer un entretien à un participant. Afin de permettre au patient ou au médecin interviewé de faire valoir son droit d'accès et de modification de ses données personnelles, il a été remis à chaque participant un code unique à 4 caractères, présent sur la lettre d'information, et que lui seul détient.

Les données ont été traitées par les deux investigatrices réalisant le travail de thèse ainsi que par la directrice de recherche, et leur conservation durera le temps du travail de thèse et 2 ans après la soutenance ou dernière publication.

## IV. Résultats

### A. Introduction des résultats et variabilité des deux échantillons

Les entretiens de cette étude ont été réalisés entre février 2020 et février 2021. Treize médecins et quinze patients consommateurs chroniques ont été inclus. Les enregistrements des entretiens ont été faits à l'aide de dictaphones, puis retranscrits manuellement sur fichier Word. Les entretiens des patients ont été précédés de la lettre P et numérotés de 1 à 15, les entretiens des médecins ont été précédés de la lettre M et numérotés de 1 à 13.

ENTRETIENS PATIENTS	Age (années)	Sexe	Lieu de vie	Situation familiale	Antériorité du suivi (années)	Durée de l'entretien (minutes)	Mode
P1	75	F	Maison	Mariée	8	25	Présentiel
P2	65	F	Maison	Mariée	5	30	Présentiel
P3	75	H	Maison	Marié	5	15	Visio
P4	85	F	Résidence senior	Veuve	1	6	Visio
P5	70	H	Maison	Marié	20	18	Visio
P6	65	H	Appartement	Célibataire	18	11	Visio
P7	66	H	Appartement	Célibataire	2	15	Visio
P8	72	F	Maison	Veuve	17	17	Présentiel
P9	65	F	Maison	Mariée	10	18	Présentiel
P10	67	F	Maison	Célibataire	29	16	Visio
P11	72	F	Maison	Mariée	4	35	Visio
P12	67	F	Appartement	Veuve	3	14	Présentiel
P13	83	F	Appartement	Veuve	3	35	Présentiel
P14	78	F	Appartement	Célibataire	1	15	Présentiel
P15	73	F	Appartement	Veuve	2	40	Visio

Tableau 2 : Variabilité de l'échantillon patients

Les entretiens patients ont duré de 6 à 40 minutes et le temps moyen des entretiens était de 20,6 minutes. Le sex ratio des entretiens patients était de 11 femmes pour 4 hommes interviewés, en effet nous avons par le recrutement aléatoire, sélectionné plus de femmes que d'hommes. Le recrutement ciblé n'a pas permis de le rééquilibrer du fait de la plus faible

proportion de sujets âgés de plus de 65 ans consommateurs chroniques de sexe masculin. Un tiers des patients étaient veufs, 1/3 mariés et 1/3 célibataires. Les patients interviewés avaient de 65 à 85 ans et l'âge moyen des patients interviewés était de 71,8 ans. Nous nous sommes heurtés au cours du recrutement aux difficultés cognitives chez les plus de 80 ans, les excluant de fait de notre étude lorsque l'entretien n'était pas réalisable. En effet, ils ne représentaient que 13% des sujets interviewés. 50% des patients ont été interviewés en visioconférence compte tenu de la pandémie de covid contemporaine de notre étude. L'entretien du patient P7 a été exclu à posteriori car nous avons découvert au cours de l'entretien que ce patient ne remplissait pas les critères d'inclusion dans la mesure où il était déjà sévré de son traitement.

ENTRETIENS MEDECINS	Age (années)	Sexe	Antériorité d'installation (années)	Proportion de la patientèle >65A	Lieu d'exercice	Durée (min)	Mode
M1	41	F	11	34 %	Ville moyenne	16	Visio
M2	31	M	5	30 %	Grande ville	11	Visio
M3	40	F	12	20 %	Ville moyenne	21	Visio
M4	61	M	15	17 %	Ville moyenne	11	Visio
M5	67	M	36	40 %	Grande ville	14	Présentiel
M6	28	M	3	20 %	Grande ville	16	Présentiel
M7	50	M	21	35 %	Ville moyenne	18	Présentiel
M8	61	F	33	30 %	Petite ville	30	Visio
M9	32	F	4	32 %	Grande ville	25	Présentiel
M10	47	M	15	22 %	Grande ville	16	Présentiel
M11	40	F	12	20 %	Petite ville	15	Visio
M12	54	F	18	10 %	Grande ville	17	Visio
M13	28	F	1	40 %	Ville moyenne	22	Visio

Tableau 3 : Variabilité de l'échantillon médecins

Les entretiens des médecins ont, quant à eux, duré de 11 à 30 minutes et le temps moyen des entretiens était de 17,8 minutes. Le sex ratio des entretiens était équilibré avec 7 femmes

interviewées pour 6 hommes. Les médecins interviewés avaient de 28 à 67 ans et l'âge moyen était de 44,6 ans. Les médecins de l'étude avaient une antériorité d'installation allant d'un à 36 ans soit une durée moyenne d'installation de 14,3 ans. 46% de l'effectif était installé dans une grande ville, 39% dans une ville de taille moyenne et 15% dans une petite ville. De la même façon que pour les entretiens patients, 61% des entretiens des médecins ont été réalisés en visioconférence compte tenu de la pandémie de covid 19. La proportion de sujets âgés de plus de 65 ans dans la patientèle des médecins interviewés allait de 10% à 40%.

Nous nous sommes intéressées au phénomène de chronicisation de benzodiazépines et apparentés chez les personnes âgées sous plusieurs angles. Les thèmes n'étaient pas identifiés à l'avance, mais ont été déterminés à partir des données et organisés en deux codages thématiques, l'un pour les médecins et l'autre pour les patients (disponibles en annexe). L'analyse des résultats, inspirée de la théorisation ancrée, a mis en lumière les interactions entre médecins, patients et contextes de vie. Nous avons ainsi identifié quatre modèles centraux : le rôle central de la relation entre le médecin et son patient, la primo prescription du traitement, le processus de chronicisation, ainsi que la mécanique du sevrage.

Nous avons construit des modèles susceptibles de rendre intelligible la complexité des phénomènes humains et des pratiques professionnelles, par la mise en relation des données issues des entretiens médecins et patients, la confrontation de divers points de vue et des conceptions. Nous allons détailler ces quatre modèles, chacun d'entre eux étant composé d'un schéma associé à un texte explicatif, ces schématisations devant générer une meilleure compréhension de chaque phénomène étudié. Nous avons utilisé le site Miro pour la schématisation de nos modèles. Nous n'avons pas utilisé de logiciel d'analyse des données, nous nous sommes servies de Word pour gérer nos données et les classer manuellement pour les codages.

## B. La relation médecin patient

### 1. L'introduction

La relation médecin patient, semblait être au cœur de la problématique de chronicisation des benzodiazépines chez les sujets âgés. Au-delà des objectifs de santé, il ressortait dans cette étude que la **satisfaction des patients** était au cœur des préoccupations du médecin généraliste. En effet M5 exprimait : *“la seule satisfaction que j’ai c’est que mes patients, sont eux, satisfaits.”*, et son obtention semblait même créer un renforcement positif sur la motivation du médecin : *“les gens spontanément viennent remercier leur médecin lorsqu’ils se sentent mieux, de toute manière ils le disent, ça c’est une satisfaction”* (M7). Ces deux axes semblaient favoriser l’introduction du traitement par le médecin traitant lorsque son patient lui en formulait la requête : *“quand ils me demandent quelque chose pour dormir”* (M13) ou encore *“c’est difficile de dire je ne mets rien. Voilà je sais pas comment font les autres médecins, s’il y en a qui disent non je vous mets rien du tout, ni Seresta ni Lexomil, voilà j’ai un peu de mal à rien donner.”* (M12) ; quitte à introduire un traitement qu’il ne préconisait pas initialement : *“Il était pas tout à fait d’accord pour ça, mais il m’a dit « écoutez vous faites comme vous le sentez » ”* (P13). P4 aussi semblait avoir confiance en son médecin traitant pour lui prescrire le nécessaire en réponse aux symptômes qu’il lui formulait : *“j’en avais parlé à mon docteur et il m’avait donné du Seresta à prendre.”*

Cette introduction semblait également favorisée par le lien fort, parfois de longue date, qu’il existait entre un médecin et son patient lorsque ce dernier devait rencontrer des événements de vie difficiles à traverser tels qu’un deuil : *“j’en ai un qui... qui a eu un cancer de la prostate, et depuis sa vie elle a changé, donc du coup il a énormément de mal à se remettre parce qu’il est très fatigué et puis il peut plus mener sa vie de d’habitude, et du coup ça l’empêche de dormir. Donc je pense qu’il y a énormément d’anxiété, euh... donc du coup voilà je lui ai mis un truc pour dormir.”* (M11), des problèmes de santé pour lui-même ou ses proches : *“dans un contexte... très, enfin très particulier, parce qu’en fait il a perdu sa sœur du covid”* (M1) ou encore l’isolement, la perte d’autonomie, etc. En effet les entretiens ont fait ressortir cette notion de **patient méritant** chez qui ils semblaient plus enclins à



prescrire les benzodiazépines et apparentés : *“parce que bon, bah il faut être conscient que quelqu’un qui a quand même plus de 80 ans, qui est complètement dément, qui se retrouve en dehors de ce... qui avait peut-être quelques repères et qui en a plus, qui a quitté son domicile, on lui offre pas non plus une vie des plus réjouissantes, donc s’il peut dormir un peu la nuit”* (M7)

## **2. L’absence de relation**

Dans le parcours de santé d’un patient, **différents médecins** intervenaient et certains de façon occasionnelle. Ils venaient émailler le suivi du patient par le médecin généraliste au cours de passages aux urgences, hospitalisations, remplacements etc. et cette absence de relation semblait parfois favoriser l’initiation : *“comme mon docteur était en vacances j’ai appelé un remplaçant qui est venu chez moi”* (P1) ou encore chez P12 *“qui vous a prescrit le Lexomil ? [...] Ah bah c’était le médecin de l’hôpital !”*.

Ces **médecins occasionnels pouvaient également favoriser la chronicisation** d’un traitement que le médecin traitant tentait parfois de sevrer via un suivi long comme le révélait M7 *“Il y a quelques essais de sevrage qui ont été stoppés soit par le spécialiste, soit par l’intervention d’un médecin des urgences, ou d’un médecin tiers, et du coup tout le raisonnement qu’on avait mis en place est tombé à l’eau. Et après bon bah, les gens souhaitent pas renouveler l’expérience”*. Il introduisait même ici l’idée que le patient aura du mal à revenir dans le cercle de la motivation suite à cet événement. Ou encore M13 : *“nous en permanence, on a souvent du coup des patients qui sont suivis par quelqu’un d’autre, qui viennent avec leurs ordonnances, où il y a des médicaments, et c’est vrai que bon, j’avoue que c’est pas très bien, mais je cherche pas trop à savoir, quand ils me disent ils en ont plus, je regarde, parfois mais pas toujours, sur Ameli s’ils ont des prescriptions autres de ça, mais c’est vrai que s’ils arrivent avec l’ordonnance de leur médecin, avec des médicaments, même s’il y en a plusieurs parfois, j’avoue c’est pas très bien mais je regarde pas trop, je renouvelle et puis voilà”*.

A contrario, cette absence de lien de confiance entre le médecin et son patient pouvait également **favoriser le sevrage**, parfois subi, grâce au faible impact des conséquences émotionnelles et répercussions sur la suite de la prise en charge. Ainsi, P11 racontait son sevrage subi au décours d'une consultation chez un spécialiste : *“Voilà ! Il m'a dit mais faut arrêter tout ça ! Vous prenez des sédatifs naturels tout ça”*. Idem pour M8 qui relatait qu'une de ses patientes était parvenue à se sevrer au décours d'une hospitalisation : *“elle a eu des crises d'épilepsie séquellaires de son AVC, donc elle a été hospitalisée. [...] Et le fait qu'elle ait été hospitalisée, ça a fait un électrochoc, et puis à l'hôpital on lui a pas donné, donc du coup elle a pu l'arrêter”*.

M11 sous-entendait également que cette absence de relation et notamment **l'absence de menace de fuite** et de rupture du lien facilitait l'application des bonnes pratiques que la relation pouvait venir complexifier : *“C'est difficile hein ! C'est facile quand c'est pas sa patientèle. Voilà, c'est beaucoup plus facile de dire, oh non non, ça vous vous débrouillez !”*

### **3. Le patient dans une démarche offensive**

#### *(a) Dissimulation de la consommation réelle*

A contrario, ce lien émotionnel fort pouvait être une arme dont se servaient les patients pour pérenniser les prescriptions. Différents moyens ont été relevés lors de cette étude : une sensation de dissimulation de la consommation ressentie par le médecin tel que l'exprimaient M3 : *“j'arrivais pas à démêler le faux du vrai, à savoir si vraiment – c'était ce qu'il me racontait, et du coup j'arrivais pas bien à savoir quelle était sa consommation”* et M12 : *“Après les gens racontent un peu ce qu'ils veulent hein !”*

#### *(b) Nomadisme médical*

Nous avons également relevé la notion de nomadisme médical, perçu par les médecins, destiné à se procurer le médicament par tous les moyens ; il pouvait avoir lieu auprès d'autres médecins généralistes ou de spécialistes : *“Donc, des fois ils ont une prescription par un*

*ancien médecin généraliste, d'autres prescriptions par le psy, puis ils arrivent, ils disent qu'ils prennent tout ça, et puis en fait, avec des ordonnances qui sont un peu des deux, et pas toujours très simple de savoir s'il fallait qu'ils prennent tout ou pas.” (M12) ou encore “comme les gens vont voir un médecin, ils disent ce qu'ils veulent, ils vont en voir un autre et ils disent autre chose, pour avoir les médicaments qu'ils veulent, au final. Il y en a qui sont très bons quand même” (M12).*

### **(c) Menace de fuite**

Les médecins ressentiaient, lors de ces consultations, une certaine pression émanant de leurs patients concernant ce lien qu'ils menaçaient de rompre comme l'exprimaient M10 : *“dès qu'on essaye d'aborder le système, ou d'être un peu plus strict, eh ben ils sont plus là ! Ils s'en vont ailleurs.”* ou M12 qui rajoutait une notion de dévalorisation du médecin *“il faut que là je me batte en leur disant, non je vous marquerai pas. Donc ils me disent bah ça sert à rien que je vienne vous voir”*. Cette dévalorisation pouvait aussi passer par une comparaison avec les autres professionnels de santé : *“la plupart du temps c'est difficile quand même comme consultation hein, très difficile. D'autant qu'après les gens viennent te reprocher d'être moins bien, retournent chez leur psychiatre souvent, euh... ou peuvent très bien changer de médecin, ou faire appel aux urgences, [...] C'est assez délicat, quand vraiment il y a une vraie accoutumance et une vraie adhésion au traitement, euh... il est difficile de se battre à ce sujet quoi” (M7).*

### **(d) Mis devant le fait accompli**

Afin d'inciter leur médecin à introduire ou poursuivre une prescription de benzodiazépines ou apparentés, les patients essayaient parfois de mettre le prescripteur devant le fait accompli. Ainsi P1 disait : *“je connais ! J'en ai déjà pris !”* ou encore : *“depuis je voyais que ce cachet m'allait bien et je l'ai dit à mon docteur” (P1)* mettant ainsi en avant l'efficacité mais aussi la tolérance du médicament et leur désir de poursuivre ce traitement. M11 l'exprimait également *“Parce que le problème, fin voilà quand ils sont très en demande, euh*

*après une fois qu'ils sont partis pour le prendre et qu'ils voient que ça marche, bah c'est difficile après de leur faire arrêter quoi."*

**(e) Insistance**

Un certain nombre d'entretiens ont aussi fait ressortir le **caractère insistant de la demande** de prescription, certains patients tels que P1 affirmaient : *"il me le faut hein !"*, ou encore P11 : *"après, moi je suis retournée voir mon docteur en lui disant « écoutez, moi ça me suffit pas, je suis pas bien ! » Et c'est là qu'elle m'a donné ce médicament."* Les médecins le soulignaient également à plusieurs reprises en insistant sur le caractère itératif, à chaque consultation, tel que M8 : *"Mais chaque fois, tous les 3 mois, c'est... elle me le redemande, que si des fois j'ai changé d'avis entre temps."*, situation qui semblait être mal vécue par le médecin tel que l'exprimait M1 en utilisant le champ lexical de l'agression : *"Ils reviennent à la charge pour le renouvellement"*.

Cette insistance pouvait être verbale en consultation mais peut aussi **tomber dans des extrêmes** tel que le soulignait M5 : *"un autre patient que j'ai en tête qui a 91 ans, s'il a pas son Stilnox non générique tous les soirs, il fait la folie, il appelle 10 fois par jour, il faut que j'y aille etc., euh c'est ingérable"* rendant ainsi la situation difficile pour le médecin qui se voyait contraint de renouveler la prescription. M8 assimilait également cette insistance à un caprice d'enfant : *"Il y en a encore à qui je suis obligée de prescrire le Temesta, ou des hypnotiques, avec des benzodiazépines hein, parce que sinon ils se roulent par terre hein !"*

Au cours de la consultation, le patient pouvait également contraindre le médecin en lui demandant un **rattrapage d'ordonnance** sur des médicaments hypnotiques qu'il s'était vu délivrer par la pharmacie sans prescription comme le racontait M3 : *"un patient exigeant, limite désagréable, qui voulait absolument que je rattrape des ordonnances"*. Ou encore en fin d'une consultation motivée par un autre motif, les patients demandaient de renouveler la prescription d'hypnotique tel que l'exprimait M13 : *"parfois c'est vraiment, ils viennent pour un autre motif et puis au fait mon ordonnance est bientôt finie, est-ce que ça vous embête pas de me la renouveler, bon je le fais, mais en théorie... c'est pas très bien"*. Ici le médecin était mis en

situation de difficulté, alors que le patient était sur le départ, et se sentait alors contraint de poursuivre une prescription qu'il n'approuvait pas par manque de temps alors que ce renouvellement nécessiterait une consultation dédiée.

De plus, la réticence des médecins à cette prescription, semblait clairement **perçue par certains patients** comme l'a expliqué P14 : “[Et votre médecin généraliste qu'en pense-t-elle?] Je pense qu'elle est pas tellement pour non plus hein !”.

#### ***(f) Le patient passif dans sa prise en charge***

Les médecins exprimaient au cours des différents entretiens une certaine lassitude vis-à-vis de la passivité des patients, passivité qui les mettaient en difficulté lorsqu'il s'agissait de mettre en place un sevrage ou éviter une primo prescription qui nécessitaient la motivation et la coopération du patient. Les médecins M1 et M3 le soulignaient dans leurs entretiens : “*Les gens [...] attendent vraiment la baguette magique du médecin*” (M1) ou encore “*au bout d'un moment les gens ils sont aussi, comment dire, acteurs de leur traitement, hein, s'ils se laissent porter par le médicament sans chercher autre chose à... d'autres solutions bah... on peut pas le faire à leur place*” (M3).

Le patient pouvait aussi se trouver dans une situation passive à l'introduction du traitement voire ne pas bien prendre conscience de ce qu'on était en train de lui prescrire comme le relatait P10 : “*Moi j'avais pas le sentiment d'en avoir besoin mais par rapport au docteur qui me suivait, dans le contexte de l'hôpital, eux, ils m'ont prescrit du Tranxene. Moi j'en avais pas besoin ! Mais enfin bon... Parce que j'étais anxieuse par rapport à ma maladie c'est tout ! Mais sinon j'avais pas de symptômes ! Pour moi je dormais bien .... Mais écoutez à l'époque j'étais jeune donc je ne contestais pas*”.

## 4. Le médecin empathique

### *(a) Anxiété anticipatoire*

La relation médecin patient semblait résulter d'un suivi long parfois sur des années mais aussi de la personnalité du médecin qui s'attachait et s'identifiait à son patient. Ainsi ce dernier pouvait hésiter à initier un sevrage car il imaginait et ressentait l'anxiété anticipatoire au sevrage de son patient. Ainsi M7 se faisait la voix de ses patients dans leur crainte du sevrage : *“Mais souvent, je pense que quand on diminue les benzodiazépines, avant tout il y a une angoisse anticipatoire qui n'a rien à voir avec le traitement, hein, puisque c'est un peu l'effet placebo du médicament, et cette angoisse anticipatoire me semble être aussi, tout autant importante que... ou tout au moins correspondre proportionnellement à la durée, à la longueur de la prise, et au début du traitement. Quand ça fait 20 ans que tu prends une benzo le soir, la perspective même d'évoquer l'arrêt, tu dors plus. Ou tu es angoissé.”* ou encore : *“C'est très difficile pour quelqu'un qui a une adhésion, qui est enchaîné à son traitement, de lui diminuer les prescriptions, parce que, il redoute de retourner en arrière, j'imagine, de retraverser le désert qu'il a sûrement traversé, et puis euh... pour lui ça lui paraît contre-productif puis que... il est bien, et il comprend pas pourquoi on voudrait diminuer le traitement qui marche bien.”*

### *(b) Crainte de la rechute*

Dans sa situation d'empathie mais aussi de crainte de la survenue de difficultés auxquelles il devait faire face en tant que médecin, celui-ci pouvait appréhender le sevrage dans la mesure où il risquait de provoquer une rechute des symptômes de son patient surtout en cas de maladie psychiatrique sous-jacente. Ainsi M7 disait : *“Après euh... les benzo chez les patients âgés équilibrés, qui justement, prenons le cas de cette dame, dont je viens de parler là, elle s'est un peu calmée, euh... c'est difficile de l'enlever, parce que... ou c'est difficile de le remettre en question, parce que du coup on a géré une situation qui était un peu difficile pour tout le monde, euh arrêter le traitement c'est proposer aux autres et à l'entourage, et en particulier aux soignants, de dire bah écoutez les symptômes que vous avez eus à l'entrée vont sûrement revenir, et voilà et on a l'impression un petit peu de jouer un peu avec le feu quoi.”*

*Donc euh, c'est très difficile, une fois qu'on a stabilisé une personne âgée, de stopper un petit peu l'anxiolytique.*” mais aussi M13 : *“c'est des médicaments lourds qui sont suivis par le psychiatre, je me dis je voudrais pas non plus les décompenser, on va pas faire non plus n'importe quoi... Donc bon, ça je suis plutôt prudente”*. Dans son choix de ne pas interrompre le traitement afin d'éviter une décompensation de son patient, le médecin faisait donc intervenir la médecine centrée sur le patient.

Cette crainte pouvait aussi être ressentie par les patients tel que P11, qui relatait dans son entretien une discussion avec son médecin où ce dernier semblait l'inciter à reprendre son traitement si elle ressentait à nouveau ses symptômes alors que la patiente essayait de se sevrer : *“« Vous êtes au minimum des cachets que vous pouvez prendre si ça vous fait du bien, prenez-le ! » Si vous voulez, je vais baisser le samedi midi, au début seulement un jour sur deux etc. Je vais aller la voir en pleine forme et je lui dis « j'en prends plus que deux par jour et ça va ! » Donc elle me conforte « bon bah écoutez si ça va... bon par contre si ça va pas... vous reprenez ! »”*

### *(c) Crainte d'une mauvaise tolérance du sevrage et responsabilité*

Du fait de cette position empathique qui lui est propre, le médecin traitant se retrouvait également dans un dilemme entre les règles de prescription d'une part et la recherche du bien-être de son patient d'autre part ; une responsabilité qui pouvait peser lourd sur les épaules du soignant comme l'exprimait M7 : *“Il est difficile de renvoyer quelqu'un en disant écoutez je vous arrête la moitié de votre traitement. S'il se jette sous un train on partage quand même là une responsabilité qui me semble moi, bien présente quoi.”*

## **5. Une alliance thérapeutique cruciale**

### *(a) Un suivi efficient*

Grâce à son **suivi, entretenu dans le temps**, le médecin généraliste pouvait semer les graines de la motivation au changement de comportement de santé chez son patient. Ainsi M4

disait : *“Chaque mois je pose la question de si on faisait une tentative [...] Donc impossible à arrêter. Mais chaque mois j’essaie”*. Cette entreprise était parfois fastidieuse et semée d’embûches, le patient rechutait, reconsultait, avait besoin d’être rassuré et c’est là que le professionnel de santé intervenait : *“progressivement voilà, en leur disant on se revoit, même de leur dire de revenir, ou d’appeler, si jamais ça va pas, je leur dis bien voilà, si vraiment ils sentent qu’ils sont très anxieux, que ça ne va pas, bah de repasser, puis de remonter à la posologie initiale, et de revenir me voir, qu’on essaye de réadapter”* (M13). Les messages ainsi délivrés de façon redondante faisaient leur lit dans l’esprit des patients : *“Souvent elle me dit qu’il faudrait arrêter”* (P2) et parfois, grâce à leur motivation pérenne, ces tentatives étaient couronnées de succès : *“la patiente dont je t’ai parlé, c’est à force de le lui dire. C’est à force de le répéter ça commence à rentrer ; mais bon il faut des (insiste) années. Il faut, je dirais il faut répéter le message pendant un an à peu près pour commencer à avoir un effet”* (M2) ou encore : *“Elle a fait d’elle-même, on a dû la revoir à un mois, un mois et demi, et après elle... parce qu’elle était motivée quoi. On avait réussi à la convaincre (rire)”* (M11). P13 racontait elle-aussi dans son entretien que, grâce aux encouragements répétés de son médecin, elle était parvenue à arrêter : *“OUI ! Mon médecin de l’époque me disait d’essayer, d’essayer. Voilà. Et j’étais parvenue à ne plus en prendre.”*

En dehors de toute prescription pharmacologique, le suivi réalisé par le médecin généraliste semblait être un véritable pilier pour ces patients qui s’avouaient, tel P11, présenter une forme de **dépendance émotionnelle** nécessitant un suivi assidu et un temps long consacré à l’écoute et la réassurance : *“ma docteure actuelle elle est très bien attention ! Très gentille ! [...] Elle, c’est une femme, et elle prend le temps, 20 minutes pour chaque patient, elle n’hésite pas ! [...] C’est très rassurant pour quelqu’un comme moi ! [...] Voilà ! Je crois que quand on est euh... qu’on prend ce genre de médicament, on a besoin, alors... attention... je dis bien on a besoin d’être secoué quand même un peu MAIS on a besoin d’une présence.”*

### **(b) Une relation de confiance cruciale**

La plupart des médecins interviewés insistaient sur le fait qu’une relation de confiance entretenue avec son patient était essentielle pour parvenir à un sevrage en benzodiazépines ou



en tout cas diminuer les doses prescrites comme l'expliquait M7 : *“[faut vraiment avoir ce lien...] Ah oui, il me semble que c'est ce qui va aider à faire comprendre, qu'une partie de l'effet finalement n'y est plus, qu'il y a une grosse partie de l'effet placebo et que ça génère une grande inquiétude. Donc, pour pouvoir diminuer ce traitement, à ces patients-là, il faut qu'ils te fassent confiance, il me semble.”*. L'apparition d'un point d'entente venait notamment du fait que le médecin essayait d'être dans la **compréhension du ressenti de son patient** et ainsi de trouver un compromis qui permettrait d'avancer vers le sevrage, le véritable fruit d'un échange productif comme l'expliquait M9 : *“Alors est-ce que moi, j'ai pas le... j'ai pas le courage, ou la faculté, ou je sais pas comment dire ça, de dire bah non, c'est moi qui décide, je vous prescris pas. Ça, j'ai du mal. J'ai du mal à faire parce que je suis dans une relation très... on va dire très, j'essaye d'être... je veux pas être leur père ou leur mère, aux patients, tu vois cette espèce d'infantilisation des fois, des patients qu'on peut, qu'on a la tendance à faire, moi j'essaye d'être plus sur une compréhension, et une concession des 2 parties”*. Effectivement M6 confirmait qu'il s'agissait réellement de prendre la température du degré de motivation du patient à chaque consultation pour mettre toutes les chances de son côté d'obtenir une adhésion : *“en fait il y a pas de moment, c'est pas du on off, c'est pas on propose ou pas le sevrage, c'est juste des techniques de communication et on voit où les gens ils en sont”* ou encore : *“Entretien motivationnel. [...] Après c'est juste, arriver à trouver un accord avec le patient, mais ça c'est comme pour tout.”*

En effet cette relation semblait être un réel **moteur pour les patients** qui pouvaient se motiver à se sevrer pour faire plaisir à leur médecin comme le relatait M11 : *“et elle à chaque fois j'essaye de lui en arrêter un ou au moins de diminuer, et une ou deux fois elle a essayé pour me faire plaisir”* ou encore initier un sevrage à leur propre initiative mais dont les encouragements du médecin semblaient jouer un véritable rôle de catalyseur comme le soulignaient P4 : *“Mais enfin je préfère en parler avec mon médecin avant parce que je ne voudrais pas arrêter toute seule et enfin voilà...”* et P13 : *“C'était avec mon médecin traitant qui m'encourageait!”*

### ***(c) Le patient rendu acteur de sa prise en charge***

Cette communication saine permettait au médecin de **responsabiliser son patient** qui devenait un véritable acteur de sa prise en charge, prêt à investir les comportements de santé préconisés par son médecin comme l'expliquait M1 : *“je suis satisfaite [...] mais qu'il y a vraiment une relation, voilà, entre le médecin et le patient, un accompagnement, peut-être une prise en charge autre, d'aide psychologique, et qu'on arrive à mettre en place des choses, où le patient est acteur de sa situation.”*

En contrepartie, avec l'évolution de la relation médecin patient, historiquement plus paternaliste, devenue aujourd'hui un véritable échange entre deux acteurs au service du soin, il semblait que la tendance s'inversait et que, plus qu'être acteurs de leur santé, les patients tendaient à **devenir des décideurs** qui géraient parfois, sans l'avis de leur médecin, leur observance comme le racontait P11 : *“on va dire que je le dose... un peu moi-même...”* mais aussi P9 qui, outre gérer sa consommation, demandait une délivrance bien précise à son médecin qui devenait un simple exécutant : *“Non il me renouvelle. C'est moi qui par exemple si je lui dis que j'ai baissé il [...] ajuste la quantité de boîtes”* ou encore P13 : *“Je sais qu'ils ne sont pas tout à fait d'accord mais MOI je fais comme ça me convient”* qui explicitait qu'il passait outre les recommandations de son médecin.

## **6. Usage détourné de la relation par le médecin**

### ***(a) Paternalisme***

Le médecin pouvait parfois, pour stopper une prescription de benzodiazépines qu'il jugeait inappropriée, user de son paternalisme pour imposer sa décision comme le relatait M4 : *“je lui ai dit non non c'est trop fort pour vous, on arrête et on passe à autre chose, de l'Euphytose ou un truc comme ça.”* soit directement en consultation soit via les aidants paramédicaux comme le racontait M5 : *“Alors ça [sevrage via placebo] a dû m'arriver à domicile, quand il y a une infirmière qui intervient et qui prépare le pilulier. [...] Et puis ça a*

*dû m'arriver quelques fois de m'entendre avec l'infirmière pour essayer effectivement de modifier le... le type de traitement.”*

### **(b) Manipulation ou main mise sur la prescription**

Plus qu'imposer sa prescription, le médecin pouvait aussi parfois se jouer de son patient pour le sevrer en benzodiazépines en diminuant la dose sans l'en informer comme le citait M8 : *“Déjà c'était du 2 mg, et après bon, je fais la fausse et souvent je fais du 1 mg, j'ai basculé au 1 mg donc on avait quand même diminué de... de plus de la moitié de son traitement”* ou via l'usage d'un placebo notamment lorsque le pilulier était géré par les soignants au domicile ou par le personnel paramédical en institution comme le racontait M5 : *“Oui. Alors (réfléchit). Des patients en institution, tu peux arriver à biaiser, c'est à dire qu'au lieu de leur donner leur benzo leur somnifère tout ce que tu veux, tu donnes une sorte de placebo le soir, et ils dorment aussi bien qu'avant.”*

### **(c) Médecin gendarme**

Le médecin devait parfois faire preuve d'autorité, s'assimilant alors à un gendarme, obligé de rappeler les règles de prescription de ces médicaments comme le relatait M3 : *“il a fallu un petit peu que je le rappelle à l'ordre en lui disant c'est fini c'est la dernière fois que je vous fais le rattrapage d'ordonnance, (soupire) c'était un peu désagréable”* ou authentiquement surveiller la consommation de son patient via le site Amelipro : *“Mais voilà globalement c'est sur du renouvellement que je trouve excessif et où les gens insistent et que bah je suis un peu entre deux, je sais pas trop quoi faire, alors je regarde sur la carte vitale sur Ameli, je leur dis qu'ils en consomment trop, il y a toujours ceux qui disent oui mais je l'ai perdu, j'ai si j'ai là, alors je suis là à calculer, combien vous en avez récupéré, ça m'est arrivé d'appeler la pharmacie, parce qu'ils disent non la pharmacie m'a délivré que ça, donc ça prend un temps de fou, et c'est euh... Enfin voilà, c'est pénible quoi”* (M13).

Le sevrage était un sujet difficile à appréhender par le patient, que le médecin se sentait obligé de remettre sur le tapis en permanence face à des patients plus que réticents, expérience

négative pour le médecin qui se trouvait dans une position de rabat-joie : *“il y en a aucun qui est venu me voir pour me dire je veux arrêter ma benzodiazépine, donc c’est toujours toi qui mets sur le... c’est toujours toi qui abordes le sujet, c’est toujours toi qui le mets au menu du programme, et c’est toi qui le remets au menu à chaque fois, pour commencer à avoir un effet”*. (M2)

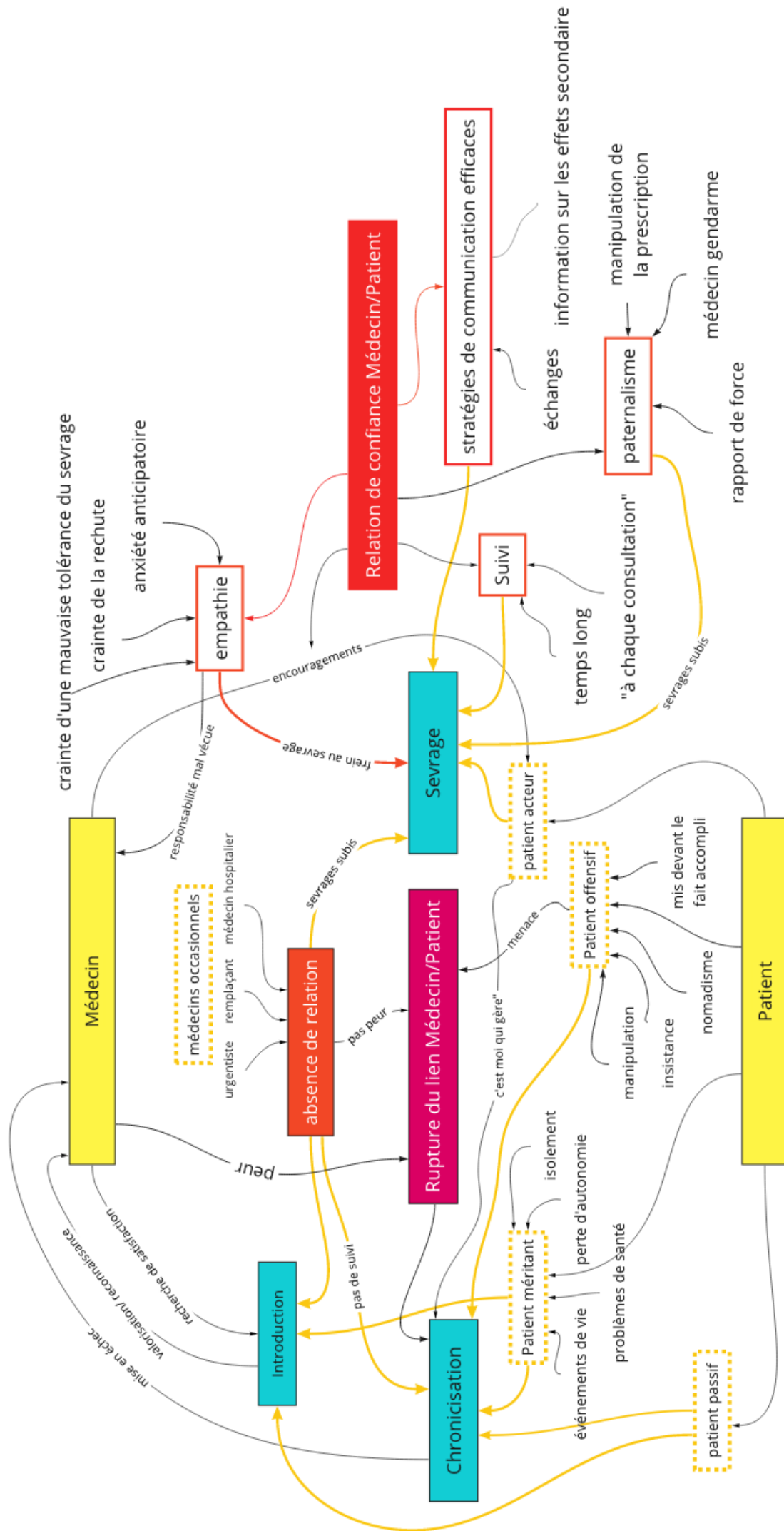
#### **(d) Médecin négociateur**

Le médecin se voyait souvent dans l’obligation de parlementer avec son patient, négocier pour trouver des compromis pas toujours satisfaisants, mais acceptés par le patient dans le but d’obtenir un sevrage ou diminuer les doses ainsi que le racontait M8 : *“et puis sinon c’est de la négociation permanente avec les autres, surtout pour certains hypnotiques, hein ça c’est sûr. C’est de la négociation permanente, parce que, on essaye tout au long de la conversation de leur dire, de la consultation de leur dire, de leur expliquer pourquoi on va pas leur prescrire, et à la fin : et si vous me le marquez quand même ? Mais j’essaierais de le diminuer ou de l’arrêter. Voilà, et si vous me le marquez quand même, voilà du coup, voilà. Voilà donc c’est... c’est de la négociation”* ; expérience qui semblait vécue de façon redondante comme l’exprimait M12 : *“et puis du coup il faut parlementer pour chaque patient quoi”*.

Dans certains cas, les patients semblaient peu réceptifs aux tentatives du médecin et nécessitaient alors d’investir davantage d’énergie pour les sensibiliser : *“bon après y en a qui sont catégoriques, [...] et qui ont déjà eu autre chose et qui tiennent absolument à avoir que de ceux-là ; donc ceux-là, difficile [...] pour ces patients là il faut vraiment parlementer”* (M12). D’autres encore apparaissaient inaccessibles aux yeux du médecin qui s’avouait parfois vaincu au terme de ce qu’on imaginait être une joute verbale : *“et là c’est pas négociable de l’enlever. Non je dors pas. Et bah on l’enlève alors, s’il marche pas. Ah non. Ah non. Bon, bon, on va le garder alors, pour faire joli (sourire)”* (M9).

**(e) Mise en échec du médecin**

Ces expériences douloureuses pour le médecin, vécues à répétition, pouvaient être source d'une certaine démotivation chez les professionnels tentés de baisser les bras : *“des renouvellements sur lesquels j'ai un peu baissé les bras.”* (M3) mais aussi d'une certaine insatisfaction vis-à-vis de sa pratique voire de dévalorisation : *“Et là aussi c'est pareil, c'est compliqué... (silence) C'est des situations qui m'embêtent, et dont j'arrive pas à trouver la solution”* (M9). M10 utilisait même un discours assez défaitiste en insistant sur le caractère usant de cette prise en charge conflictuelle : *“Après est-ce que à un moment donné, quand j'aurais euh... 60 ans, j'en aurais rien à péter et je leur dirais bah tiens prends ton Temesta comme avant, et puis aurevoir. Parce que... Bah c'est usant, ces personnes-là sont usantes.”*



## C. La primo prescription

### 1. Le candidat idéal

#### *(a) La classe démographique très âgée*

Les médecins interviewés mettaient bien en exergue que la classe d'âge la plus concernée par la prescription des benzodiazépines était les patients âgés de plus de 75 voire 80 ans tel que l'exprimait M8 : *“Et je pense que c'est dans ce créneau-là de patients très âgés, très angoissés où j'ai pu prescrire des benzodiazépines”*.

Les médecins soulignaient qu'il s'agissait d'une tranche démographique particulièrement attachée au confort : *“Eux ce qu'ils veulent, surtout les très très vieux hein, ce que je veux c'est dormir, voilà, ce que je veux c'est être tranquille”* (M9) et se sentant peu concernée par les effets indésirables : *“les plus de 65 ans, et encore plus les plus de 75 80 n'en ont pas peur”* (M8) notamment du fait qu'elles en avaient souvent déjà pris au cours de leur vie. Ainsi M9 disait : *“les personnes âgées, souvent, enfin plus de 65 ans, elles en ont déjà pris dans leur vie [...] donc ils ont moins peur.”*

#### *(b) Les femmes*

Les médecins soulignaient également que les patientes de sexe féminin semblaient, à leurs yeux, plus souvent concernées que les hommes par la prescription de benzodiazépines et apparentés : *“[Et donc c'est plus souvent chez les femmes aussi ?] Ah c'est sûr. Ah non franchement, enfin pour moi c'est mon expérience, peut-être pas celle des autres, mais franchement il y a une nette différence par rapport au sexe, c'est évident”* (M8).

### ***(c) Un patient à faible risque d'effets indésirables***

En effet, il ressortait que les médecins généralistes semblaient plus enclins à initier une prescription de benzodiazépines chez les patients âgés avec peu de comorbidités : *“C’était une patiente qui avait pas de comorbidité particulière”* (M1) ou chez qui le risque notamment d’accoutumance semblait faible compte tenu d’une réussite de sevrage antérieure : *“J’ai marqué un traitement hypnotique qu’elle avait déjà pris par le passé, qu’elle avait arrêté”* (M1). Enfin M8 relatait que la classe d’âge 65-75 ans lui semblait moins à risque et qu’il prescrivait plus volontiers les benzodiazépines et apparentés chez ces patients-là : *“Ou quoi que dans les tranches des 65 70 75 ans on peut pas dire que ce soit très âgé, non plus.”*

### ***(d) Un caractère anxieux quasi constant***

Dans la majorité des entretiens, les médecins ont fait ressortir le tempérament anxieux comme une toile de fond quasi-constante pour la prescription de benzodiazépines : *“il y a les gens qui sont très anxieux”* (M3)

Les patients, eux-aussi, reconnaissent dans les différents entretiens que leur caractère anxieux jouait un rôle majeur, même en l’absence d’évènement stressant tel que l’exprimaient P5 : *“Il y a avait rien eu de particulier c’est mon état qui veut ça je crois !”* ou *“je peux pas dire que j’ai vraiment de motif valable ! [...] Et ça, ça dure depuis des années”* (P5) ou encore P14 : *“Je suis perturbée et stressée. C’est mon problème j’ai toujours été comme ça. [...] Je suis très stressée. Je vois que le négatif de tout.”*. P11 a également évoqué lors de son entretien qu’elle présentait au regard de son médecin traitant mais aussi de sa famille une certaine dépendance émotionnelle, un besoin permanent d’attention : *“Par contre dans ma vie, ça faut que je vous le dise quand même, j’ai un mari qui est TRES présent, qui me fait beaucoup de choses, il s’occupe beaucoup de moi ! [...] Voilà. Je suis très dépendante de lui entre guillemets. C’est sa nature. Peut-être un peu trop.... Peut-être oui.”*



### *(e) Le patient hyperactif intolérant à ses symptômes*

Certains entretiens ont aussi souligné que les patients aux tendances hyperactives, très sportifs, avaient plus de difficulté à supporter leurs symptômes d'insomnie. Ainsi P6 : *“Parce qu'après dans la journée .... Vous savez je suis quelqu'un de très dynamique de sportif.”*

## **2. Un contexte favorable**

### *(a) Une tranche de vie marquée par la maladie*

La plupart des patients rapportaient, au cours de leurs entretiens, qu'il existait au moment de l'introduction un contexte de découverte de **maladie**. Ainsi P4 disait : *“Début 2019 on s'est aperçu que j'avais un cancer, j'ai fait 40 séances de radiothérapie et 3 séances de chimio”* ou encore P10 : *“Ça devait être dans le contexte de ma maladie je pense”*. En effet, ce contexte d'explorations médicales avec parfois l'épée de Damoclès d'un diagnostic pouvait générer de l'anxiété tel que l'exprimait P12 : *“en attendant la réponse de la tumeur, pour savoir si elle était bénigne ou maligne.”* Un contexte de maladie dans l'entourage proche de la personne âgée, lui donnant le rôle d'aidant principal, pouvait entraîner une surcharge physique et mentale et induire une initiation médicamenteuse, comme l'expliquait M9 : *“Je pense qu'on a méconnu – parce qu'elle s'occupe de son... son mari a une maladie de Parkinson, et donc c'est elle qui fait tout, qui fait tout tout tout, [...] elle est inquiète, etcetera, un caractère un peu... (fait un geste avec le bras pour montrer du dynamisme) ce genre de femme qui bouge beaucoup, et puis là c'était... je pense que le vase a débordé. Et en fait, je pense que j'aurais dû, prendre, je m'occupais de lui, et j'aurais dû plus voir comment elle, elle allait, voilà.”*

Ces diagnostics conduisaient régulièrement à des **interventions chirurgicales** qui pouvaient être génératrices de douleurs : *“C'était en 2002 ! J'ai eu une grosse opération du dos”* (P12).

Cette période était également marquée par des **hospitalisations**, qui pouvaient être déstabilisantes pour les patients âgés et ainsi générer une prescription de benzodiazépines ou

apparentés : *“Dès que je rentre à la clinique, si j’avais pas mon Stilnox...”* (P3) ou *“J’ai été hospitalisée longtemps. Je suis restée hospitalisée deux mois”* (P15) ou encore P8 qui parlait de sa primo prescription de benzodiazépine lors de son hospitalisation en psychiatrie : *“Et c’est lui qui m’a envoyé en cure ! Et c’est là-bas que j’ai été suivie par une dame [...] qui m’a mise sous un traitement”*

### **(b) Une modification de l’environnement de vie**

Les seniors connaissaient de multiples bouleversements de leur environnement social avec des **deuils** parfois répétés qui pouvaient susciter de l’angoisse voire d’authentiques syndromes dépressifs : *“C’était après le décès subit d’une de mes sœurs qui a mis fin à ses jours [...] L’alprazolam a été rajouté à ce moment-là, voilà suite à un décès subit quoi”* (P9) ou encore P12 qui relatait qu’elle avait eu besoin d’un anxiolytique après une longue période de sevrage dans le cadre du décès de son mari : *“Mais je l’ai repris ... l’année dernière quand j’ai perdu mon mari”*. Ces décès étaient souvent attendus, après de longues années d’accompagnement dans la maladie, mais pouvaient aussi être brutaux et traumatisants et avoir fragilisé le terrain psychologique du patient. Ainsi P13 disait : *“Je venais, enfin nous venions mon mari, ma famille et moi de perdre un fils à 19 ans dans un accident de voiture. Et ça a été tellement brutal et j’ai tellement été... euh... secouée de ce choc, ma famille et moi, et... j’ai eu beaucoup de mal.”*

En dehors des situations de deuil, les patients pouvaient aussi connaître des séparations telles que des **divorces**, avec toutes les répercussions qu’elles pouvaient avoir sur le mode de vie tel que P6 : *“ma compagne, bon on s’est séparés”*.

Qu’il s’agisse du décès ou de la séparation avec le conjoint, nombre de patients âgés étaient contraints de déménager voire se déraciner de la ville, du quartier dans lesquels ils vivaient depuis des années : *“Alors donc après le décès de mon mari j’ai dû vendre la maison que je ne pouvais pas toute seule m’occuper de tout ça, et le jardin ! J’avais une grande maison, des chambres en haut tout ça voilà. Donc j’ai dû vendre ma maison ! Et j’ai déménagé un an après la mort de mon mari j’ai dû vendre ma maison et je suis partie vivre*

*dans la banlieue où habitait mon fils pour me rapprocher de mes enfants...” (P13). Ces **déménagements** constituaient parfois un véritable bouleversement dans leurs repères avec un éloignement de leur famille comme c’était le cas de P10 : “*J’ai laissé ma fille et mon petit-fils de 4 ans et ... c’est très difficile voilà. Je suis assez loin d’eux maintenant.*”*

P6 nous a également expliqué qu’il avait eu besoin de benzodiazépine à un moment charnière de sa vie, la fin de sa vie active, d’autant plus qu’il pratiquait un travail de nuit pourvoyeur de déphasage du sommeil : “*Écoutez c’est très simple, j’ai travaillé pendant 35 ans de nuit voilà ! Je ne faisais que les nuits ! Donc quand j’ai arrêté de bosser évidemment.... Je ne dormais pas quoi !*”

Enfin, les médecins interviewés nous ont rappelé que dans leur patientèle, les sujets âgés en EHPAD constituaient une proportion importante de leurs patients consommateurs de benzodiazépines et que le grand âge était aussi le lieu d’un immense bouleversement qu’est **l’institutionnalisation** : “*après il y a la maison de retraite, on en prescrit quand même quelques fois. Hein, bon là c’est des patients très âgés, à la maison de retraite, donc on en prescrit quand même quelques fois [...] je pense que ça sera plutôt là que j’aurai des patients sous benzodiazépines, comme je dis relativement plus âgés que 75 80 ans du coup*” (M8).

### ***(c) Une déstabilisation psychologique. Le trouble adaptatif***

Un grand nombre de patients ont rapporté lors de leurs entretiens qu’ils pouvaient être déstabilisés voire angoissés par des événements qu’eux-mêmes considéraient comme minimes tel que P3 : “*pour un rien parfois.... Ça fait que je ne me sens pas bien*” ou encore P1 qui justifiait sa consommation de benzodiazépines par les modifications climatiques : “*au mois d’aout il faisait tellement chaud...*” Nous avons réellement observé une diminution du seuil de tolérance aux facteurs de stress chez les patients interviewés. **Les anxiétés de la vie courante** prenaient une ampleur irrationnelle et retentissaient sur la qualité de vie, notamment celles qui concernaient les membres de leur famille. Ainsi P9 relatait être en permanence anxieuse concernant l’un ou l’autre des membres de sa famille : “*par exemple en ce moment j’ai un fils*

*qui est au chômage partiel depuis le mois de mars... y a toujours des nouvelles choses pour vous... [...] Bon en plus je suis issue d'une grande famille on est 8 ! Des frères et sœurs ! On est toujours inquiets les uns pour les autres ! On est inquiets pour les enfants ! Y a toujours quelque chose qui nous..."*

Le recrutement de cette thèse a eu lieu pendant une période particulièrement stressante qu'est la pandémie mondiale de **Covid 19**. Les patients interviewés ont souvent souligné les conséquences que ces événements avaient pu avoir sur leurs vies. Ainsi P13 disait que ses activités sociales au club des seniors s'étaient complètement interrompues : *"Et bon depuis quelques mois naturellement je n'y vais plus car tout est annulé, nous n'avons plus nos rendez-vous toutes les semaines, deux fois par semaine. Voilà ça me convenait très bien mais depuis quelques mois c'est ... voilà. Voilà l'histoire du Lexomil (rit)".* Et de façon logique cette période avait accru le stress des patients surtout chez les plus âgés d'entre eux et avait retenti sur leur consommation médicamenteuse : *"à cause du covid, j'ai réaugmenté les doses parce que je ne me sentais pas bien"* (P11).

Certains patients ont mis en exergue que certains **événements traumatiques** de leur vie personnelle, parfois très anciens, avaient pu jouer un rôle sur leur état d'anxiété et motiver la prescription de benzodiazépines ou apparentés des années plus tard. Ainsi P2 disait : *"j'ai eu ma fille qui a été atteinte de tocs à 26 ans et voilà ça a été ... oulala... un an et demi enfermée"* ou encore : *"quand j'ai eu 31 ans on m'a ligaturé les trompes [...] quand on m'a opérée, je me suis retrouvée dans une chambre avec une accouchée et je l'ai très mal vécu."* P9 a également souligné l'importance du suicide traumatisant de sa sœur sur sa prescription : *"Parce que bon c'était un moment difficile quand même hein voilà."* Ces traumatismes ont également pu être de l'ordre professionnel tel que l'a raconté P8 lors de son entretien : *"j'ai été licenciée et après il fallait aller à l'ANPE tout ça.... Et moi je l'ai pas supporté"*

#### ***(d) Le syndrome dépressif***

Un grand nombre de patients interviewés nous ont fait part lors de leurs entretiens qu'ils avaient traversé au cours de leur histoire de vie une dépression : *“j'ai fait une très grave dépression en 2003”* (P8). Certains, tels que P11, semblaient même considérer qu'il s'agissait pour eux d'une maladie chronique et que la consommation de médicaments, qu'il s'agisse d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques, serait pérenne tout au long de leur vie de façon presque inéluctable comme le soulignait P11 : *“j'ai toujours pris des antidépresseurs ! Voilà... depuis l'âge de 15 ans. Donc si vous voulez, avec des passages, surtout quand on est jeune où on arrive à s'arrêter puis on reprend ... je dirais depuis 35/40 ans j'en ai toujours pris !”*. Dans ces moments de dépression, la souffrance morale était grande et difficile à supporter dans les activités de la vie quotidienne : *“Complètement ... comment vous dire... Une loque... je ne mangeais plus je ne dormais plus je ne parlais à personne autour de moi et y avait que moi qui était mal. Vraiment j'étais rendue, comme on dit, au fond du trou !”* (P8). Cette détresse semblait alors soulagée par la prise médicamenteuse qui venait comme un véritable sauveur permettre la poursuite de la vie dans sa plus simple expression : *“Voilà. Pour m'aider. Pour que je puisse quand même manger. Que je puisse vivre”* (P13).

#### ***(e) Le deuil de son autonomie***

Entre les effets du vieillissement physiologique et les séquelles pathologiques plus ou moins invalidantes, les patients de plus de 65 ans connaissaient presque tous une perte d'autonomie qui pouvait être mal vécue voire pas du tout acceptée et susciter de l'angoisse et de l'insomnie. Ces symptômes semblaient particulièrement difficiles à supporter comme le relatait P1 : *“Et là avec mes douleurs, si je dors pas .... Déjà que je ne peux pas bien marcher, faire mon ménage comme je veux et là...”* ou encore P15 : *“Et après quand j'ai eu ce problème de genou... je n'ai plus pu courir, et marcher pas trop non plus...”*

### 3. Des motifs polymorphes

#### (a) *Troubles du sommeil*

##### (1er) Méconnaissance des mécanismes du sommeil

Les médecins interviewés semblaient estimer que les patients traités de façon chronique par hypnotiques ne présentaient pas tous un authentique trouble et que leur insistance relevait notamment d'une méconnaissance des mécanismes du sommeil et notamment des modifications physiologiques qui survenaient avec le vieillissement. Ainsi M13 disait : *“Et c'est vrai qu'il y en a qui, bah ils font une heure de sieste dans la journée, ils se couchent à 20h, oui bah forcément, à 5h ou 6h du matin ils sont réveillés, mais je leur explique que c'est pas qu'ils ont des troubles du sommeil, c'est que c'est normal, ils sont âgés, ils dorment moins, ils font pas grand-chose dans la journée, donc forcément ils ont pas besoin de beaucoup de sommeil, donc c'est pas un trouble.”*

##### (2e) Une intolérance de leurs symptômes

Outre leur incompréhension, les patients semblaient présenter une très forte intolérance à leurs symptômes et ceux-ci retentissaient de façon très importante sur la qualité de vie. En effet, M10 racontait que ses patients étaient tellement gênés par leur insomnie au quotidien qu'ils avaient même l'impression de ne pas dormir du tout : *“Ils disent toujours que ça marche plus, mais ils doivent dormir. Ils doivent avoir des micro-sommeils, et ils se réveillent souvent quoi. Mais ils dorment. Moi je dis sinon vous dormez pas pendant 2 jours, et puis on va voir quoi ! Pendant 2 jours vous faites le ménage, vous dormez pas, on va voir ! En théorie vous devez dormir hein.”* On constatait ici l'importance du retentissement fonctionnel de l'insomnie chez les sujets de plus de 65 ans. Cette intolérance semblait, selon M1, être liée à une difficulté pour ses patients âgés à s'adapter aux modifications de leurs rituels quotidiens : *“une intolérance au fait que leur sommeil puisse être perturbé... la nuit, ils acceptent mal de décaler leurs horaires. Voilà. Par exemple ils ont un objectif de se lever à 8h le matin, alors qu'ils sont âgés, qu'ils ne font rien, rien de particulier, ... et du coup ils veulent bien*

*dormir la nuit quoi, voilà, hein, ils veulent pas s'adapter*" avec l'exigence d'être satisfait immédiatement : *"et voyez moi j'aimerais un cachet où, on le prend ! Ça s'arrête !"* (P11). Encore plus loin, M7 semblait même suggérer qu'il s'agisse d'un attachement au sommeil d'ordre culturel : *"on est un pays, la France, où on recherche beaucoup le confort, et bien dormir c'est quelque chose de... culturel voilà. Les gens souvent disent oh là là j'ai mal dormi"*.

Les patients eux-aussi ont fait ressortir dans leurs entretiens cet agacement de ne pas dormir : *"Sinon je passe les nuits debout !"* (P2), *"Je tourne je vire..."* (P2) ou encore : *"je compte les heures quoi. Et le matin je suis pas bien si je dors pas. Ça m'énerve..."* (P14).

Les médecins ont exprimé dans leurs entretiens leur difficulté face à cette intolérance pour des maux qui leur semblaient parfois de l'ordre du confort tel que l'exprimait M10 : *"Eux ils pensent pas à autre chose hein. Pour eux, c'est dormir ou euh... ou être relaxés"* qu'ils ont du mal à soulager autrement que par la prescription médicamenteuse tel que le disait M1 : *"il y a juste une attente d'un effet et rien d'autre quoi. Un effet thérapeutique et rien d'autre"*. L'objectif de soulagement pouvait parfois induire une certaine pression de prescription tel que le ressentait M2 : *"Le souci c'est comme ils sont dans une attente d'une solution pharmaceutique... pharmacologique..."*

### (3e) Une insomnie fréquente

Les patients exprimaient très clairement le motif insomnie comme ayant motivé leur prescription de benzodiazépines ou apparentés. Ainsi P2 disait : *"j'ai perdu mon sommeil"* mais aussi P3 : *"Je manquais de sommeil, je ne dormais pas la nuit"*. Les médecins, eux-aussi, ont mis en exergue la forte prévalence de l'insomnie comme plainte principale. Ainsi M8 disait : *"Ce serait plutôt pour le sommeil, sur le fond plutôt sur le sommeil. [...] Donc, à la fois zopiclone, zolpidem, et les hypnotiques, les somnifères bien ... voilà donc... Voilà donc le truc c'est plutôt pour dormir du coup"*. Cependant M3 avait nuancé son propos en suggérant que l'anxiété des patients pouvait aussi être intimement liée aux troubles du sommeil : *"il y a les gens qui sont très anxieux, qui vont avoir des troubles du sommeil liés à leur anxiété"*. On le

devine également dans l'entretien de P2 qui racontait que ses réveils nocturnes étaient source d'inquiétude qui l'incitaient à se lever pour fumer espérant un effet anxiolytique : *“Mais j'avais repris une ou deux cigarettes par jour pendant un temps et quand je n'arrivais pas à dormir, vers 3h du matin je descendais fumer une cigarette en pensant que ça allait m'aider à m'endormir.”*

Cette plainte pouvait revêtir différents aspects symptomatiques : une difficulté à l'endormissement : *“Parfois j'éteins la télé il est minuit et à 2h je dors pas sinon”* (P1) ou encore des réveils nocturnes : *“ce que les patients relatent la plupart du temps, c'est des problèmes de réveils nocturnes”* (M1). Ceux-ci pouvaient être succédés de périodes de rendormissements. Dans le cas contraire, ils exprimaient des réveils matinaux précoces tels que P6 : *“J'arrivais à m'endormir mais au bout de 1h et demie / 2h je me réveillais et j'étais en forme ! Sauf qu'il était 2h du matin !”*

#### (4e) La somnolence diurne

Chez certains patients souffrant de troubles du sommeil, l'insomnie pouvait s'accompagner d'une somnolence diurne résultant de nuits successives à veiller. P2 exprimait, lors de son entretien, cette accumulation de fatigue : *“Vers 7/8h j'arrivais à m'endormir jusqu'à 9h mais la fatigue se cumulait”* qui au cours du temps semblait de plus en plus difficile à supporter car elle empêchait la réalisation des activités quotidiennes diurnes : *“Au petit matin j'étais tellement fatiguée que je m'endormais une heure ou deux. J'ai tenu.... un mois et demi comme ça”* (P2).

#### (5e) L'influence de la pression sociale

Dormir la nuit semblait authentiquement être, aux yeux de certains patients, une norme sociale et l'entourage, notamment dans la sphère familiale, pouvait parfois faire pression pour que le sommeil se normalise et donc inciter à la prescription médicamenteuse : *“Mon mari se faisait du souci il me disait : « non c'est pas possible ! »”* (P2). P11 nous a également suggéré qu'elle avait pu jouer un rôle incitatif lorsqu'une de ses amies avait connu un deuil familial :



“tu sais tu devrais voir le médecin qu’il te donne un traitement”. Enfin P8 a, elle aussi, au moment de l’introduction de son traitement, été soumise à l’influence de ses proches qui l’ont poussé à consulter : “Et ma sœur qui elle est suivie depuis très très longtemps m’a conseillé mon nouveau médecin, elle m’a pris un rendez-vous chez lui. Elle m’a emmenée en urgence pratiquement !”

### **(b) La douleur**

La douleur pouvait également motiver la prescription de benzodiazépines ou apparentés à visée hypnotique lorsque celle-ci devenait insomniaque : “A 4h du matin, je me levais pour essayer de marcher parce qu’il fallait que je marche et pfff.... J’avais trop mal” (P1) ou encore : “Elle était venue une fois à la maison parce que j’ai eu mal une nuit au point de ne pas mettre le pied par terre”. Par ailleurs, P2 disait que lorsqu’elle avait présenté de fortes poussées d’arthrose, elle avait eu recours aux hypnotiques : “quand j’avais [...] des douleurs j’en prenais un”. On observait alors une certaine confusion dans l’indication du médicament qui semblait être utilisé davantage comme un antalgique, le patient faisant alors l’amalgame entre douleur et sommeil.

### **(c) L’anxiété**

Une des principales indications à l’introduction de benzodiazépines ou apparentés ressortie lors des entretiens était l’**anxiété**. Celle-ci pouvait être diurne : “j’étais pas bien du tout du tout à ce moment-là” (P9) et empêcher la réalisation des activités quotidiennes lorsqu’elle devenait paralysante : “si je voulais aller faire quelque chose ou quoi que ce soit ça m’angoissait et j’arrivais pas à surmonter” (P12). Elle pouvait aussi être nocturne lorsque l’insomnie s’en mêlait, moment de calme où les pensées angoissantes prenaient une autre dimension et entretenaient le trouble du sommeil. Ainsi P2 disait : “Et le fait que je lutte pour m’endormir, mon cerveau commençait à penser à des tas de trucs, des soucis, des problèmes de ma vie”.

De leur côté les médecins ont souligné dans leurs entretiens l'utilité de cet **outil médicamenteux** chez les patients anxieux : *“dans le quotidien moi les benzo je m'en sers dans les situations difficiles de la vie courante quoi hein... [...] Dans les situations de stress...”* (M7) particulièrement dans les conditions sanitaires actuelles anxiogènes : *“Ils sont de plus en plus demandeurs ; encore plus dans ces périodes troubles euh où en plus des difficultés habituelles vient se rajouter les difficultés liées à la crise sanitaire, euh et puis la façon dont elle est gérée et retranscrite dans les médias, c'est très lourd pour les gens, donc euh, je pense qu'un petit Xanax, un petit Seresta ou je ne sais trop quoi le soir les aide beaucoup à passer le cap. D'autant qu'en plus se greffe maintenant une crise économique dont on voit les... de plus en plus les prémices dans notre patientèle, et donc c'est, je pense que ça va être assez lourd à gérer”* (M7). Ici M7 mettait bien en avant l'aspect ponctuel du traitement, venant telle une béquille, aider le patient à passer le cap d'un évènement stressant.

Ces troubles anxieux pouvaient s'accompagner, chez certains patients, de **manifestations somatoformes** tel que P5 : *“j'ai du mal à respirer etc. Voilà. Comme un peu des crises d'angoisse”* ou encore P11 : *“quand on est tendue, crispée, on serre les dents on a très mal dans les mâchoires et tout. Et puis ma docteure m'a envoyée voir un dentiste en disant : allez voir quand même s'il y a pas un problème tout ça. Bon et pis on m'a dit que c'était nerveux...”*

#### ***(d) Les troubles productifs du comportement***

Les troubles productifs du comportement (agitation, cris, déambulations) qui surviennent lors des démences et particulièrement lors de l'évolution de la maladie d'Alzheimer pouvaient aussi être une indication, quoique mineure, à la prescription des benzodiazépines ; indication relevée par les médecins interviewés lors de cette étude : *“malheureusement maintenant c'est utilisé aussi dans l'agitation, qu'elle soit hétéro-agressive ou auto agressive, et il est très difficile de gérer l'agitation en institution, voilà, très difficile. Parce que... on n'a pas tellement de médicaments, les neuroleptiques montrent souvent vite des limites, et les benzo bah ils sont utilisés pour avoir l'effet sédatif, hein, voilà.”* (M7). Cette indication semblait prépondérante chez les patients institutionnalisés en EHPAD comme l'a souligné M10

dans la mesure où ces troubles pouvaient mettre en difficulté le personnel paramédical : *“Alors sinon, ça va être peut-être à la maison de retraite où je travaille. J’ai peut-être mis des benzo pour essayer justement de calmer la personne âgée parce qu’elle... avec un Alzheimer, pour essayer de la calmer, parce que crier toute la journée, déambuler, risque de chute, euh... On va dire que ça va plus être là quoi...”*. M7 a même insisté sur le fait qu’il avait pu subir une certaine pression sur la prescription de la part du personnel de l’EHPAD : *“Et du coup bon bah, c’est vrai qu’on peut avoir la main plus ou moins lourde selon la pression de l’établissement et des équipes, voilà (rires)”*.

De façon plus exceptionnelle, certains patients présentaient des troubles psychiatriques équilibrés sous un traitement incluant les benzodiazépines, ce qui différait d’une prescription de confort : *“Moi j’ai une patiente qui a un syndrome de persécution par exemple, ancien, euh, qui est sous Temesta depuis 100 ans quoi (rire) et du moment qu’elle a ce syndrome de persécution, c’est-à-dire qu’elle pense que ses voisins lui font le truc des poupées vaudou, là, le truc avec les aiguilles, euh voilà. Ça date de très très très longtemps. Qu’elle a été suivie par des psychiatres mais qu’elle veut plus y aller parce que ils comprennent pas trop les psychiatres les poupées vaudou ce que ça peut faire...”* (M8)

#### ***(e) Le cas particulier de la fin de vie***

Certains médecins ont également été confrontés à la fin de vie et ont souligné l’utilité de la prescription des benzodiazépines dans l’accompagnement palliatif des patients : *“Il y a une autre partie où, qui est très prescriptrice de benzodiazépines, c’est les soins palliatifs, la fin de vie”* (M7) même si cet usage semblait mettre les médecins en difficulté notamment du fait de la manipulation de doses élevées : *“Là on dépasse un petit peu les doses qui sont prescrites dans le quotidien, donc ça présente toujours des difficultés d’utiliser de fortes doses de benzo dans des situations d’accompagnement, de soins de confort, voilà. Ces difficultés personnelles, éthiques, voilà, c’est complexe”* (M7). En effet l’usage de ces thérapeutiques dans l’accompagnement soulevait le débat éthique de l’altération de l’état de conscience qu’elles induisaient : *“et puis après la souffrance déclenche une agitation, du coup on essaye de mettre*

*une benzo pour le calmer, mais le peu d'état de conscience qui restait bah disparaît, voilà.”*  
(M7)

#### **4. Un traitement de seconde intention**

##### ***(a) Eviter la primo prescription autant que possible***

La plupart des médecins interviewés ont exprimé une vraie réticence à prescrire des benzodiazépines ou apparentés en première intention chez les patients de plus de 65 ans et essayaient autant que possible d'éviter les primo prescriptions. Il pouvait s'agir d'une évolution de leurs pratiques comme le suggérait M3 : *“Initié, alors j'essaye d'en initier de moins en moins”* ou alors de règles que le praticien s'imposait à lui-même : *“Le dernier à qui j'ai prescrit une benzodiazépine, j'avoue je ne m'en rappelle pas, parce que c'est extrêmement rare, que je prescrive des benzodiazépines chez un patient très âgé”* (M8). Cette réticence semblait ressentie par les patients en consultation. Ainsi P1 disait que son médecin ne voulait pas lui prescrire de benzodiazépines lorsqu'elle lui avait parlé de ses troubles du sommeil la première fois : *“Au début elle était pas trop chaude non plus pour me le donner !”*

De surcroît, les médecins semblaient craindre les effets secondaires de ces traitements lorsqu'ils étaient prescrits chez leurs patients âgés fragiles particulièrement à risque de les développer. Ainsi M1 disait : *“après pour le sommeil des vraies benzo, enfin des benzo type Xanax, Seresta, tout ça j'aime pas trop les prescrire pour dormir chez les sujets âgés [...] je suis assez frileuse pour les introduire parce que je sais qu'après c'est un peu compliqué de les arrêter, et puis bon je trouve que... que quand même il peut y avoir des effets indésirables”* ou encore M2 : *“enfin je trouve que le bénéfice risque il est discutable pour cette frange de la population”*.

### ***(b) Des mesures non pharmacologiques en premier lieu***

Un certain nombre de médecins interviewés ont raconté les différentes techniques qu'ils utilisaient en première intention pour éviter la prescription de benzodiazépines ou apparentés chez leurs patients. M13 expliquait dans son entretien qu'il essayait, dans un premier temps, de prescrire des exercices de respiration pour diminuer l'anxiété en fonction de la réceptivité de son patient : *“Après ça dépend les patients aussi que j'ai en face de moi, évidemment, mais j'essaye toujours de leur expliquer des exercices de respiration, des choses comme ça, pour essayer de voir s'ils arrivent à se calmer tous seuls, de la crise d'angoisse, bon et si vraiment ils y arrivent pas dans ce cas-là oui, je leur fais prendre la moitié d'un comprimé”* ou d'améliorer l'hygiène du sommeil de son patient : *“quand ils me demandent quelque chose pour dormir, euh c'est vrai que quand je prends le temps de demander pourquoi est-ce qu'ils arrivent pas à dormir, de détailler un petit peu, d'essayer de trouver autre chose qu'une benzo pour essayer qu'ils dorment mieux, de revoir un peu leur cycle, voir s'ils se couchent un peu plus tard, enfin voilà, faire un petit peu ça”* ou encore proposer de l'Euphytose, qui semblait satisfaire certains d'entre eux : *“Alors moi je leur propose souvent Euphytose, euh j'ai vu qu'il y avait le nuit et le Euphytose classique, je trouve que quand même ça fonctionne bien”*

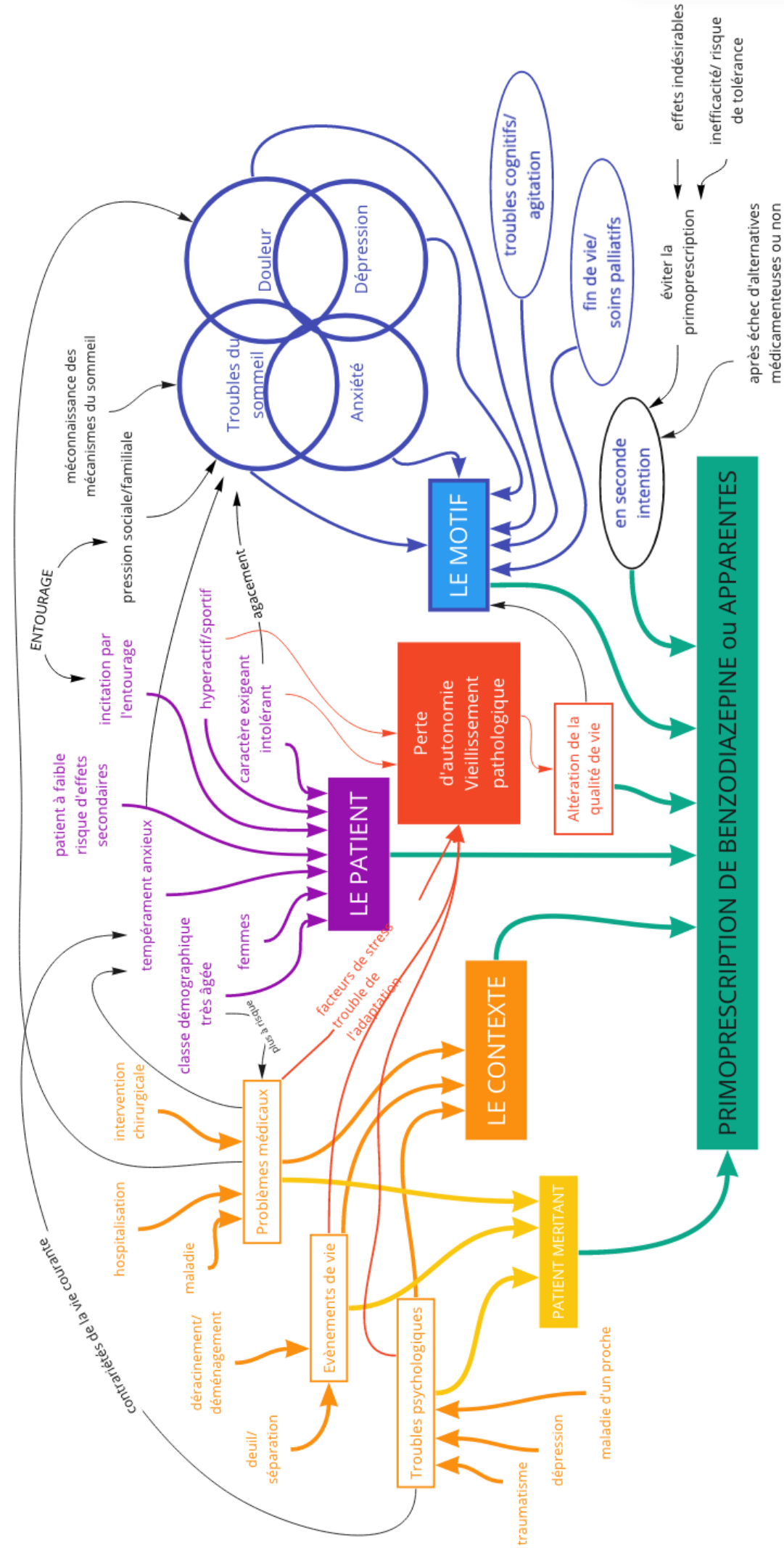
Malheureusement, les médecins soulignaient que ces techniques alternatives étaient rarement efficaces, que le panel à leur disposition était peu satisfaisant et qu'elles ne répondaient pas aux attentes du patient d'où leur mise en échec : *“le souci c'est que les mesures alternatives dont on dispose c'est essentiellement des mesures non pharmacologiques, et c'est vrai que les gens ne sont pas en attente de telles mesures”* (M2).

### ***(c) Après un traitement de première intention insuffisant ou mal toléré***

Les médecins généralistes interviewés dans cette étude ont cité plusieurs alternatives médicamenteuses qu'ils utilisaient en première intention pour éviter les benzodiazépines et leurs apparentés. Ainsi, M6 disait utiliser l'Atarax : *“c'est en deuxième intention, en fait [...] C'était après de l'Atarax, mais c'était à visée hypnotique, le soir. Du coup j'ai mis*

zolpidem, voilà. C'était en deuxième intention, voilà je l'ai revu. L'Atarax en fait il faisait des cauchemars, il n'a pas bien supporté" et M8 plutôt le Stresam ou la Buspirone : "Parce que pour les angoisses, on démarre – enfin moi, je sais pas les autres – mais moi je démarre surtout par des anxiolytiques non benzodiazépiniques, type bon Stresam bien sûr. Après moi j'aime bien la Buspirone, j'utilise pas mal la Buspirone, parce qu'il est quand même pas très sédatif, et en théorie hein, il y a pas d'accoutumance, donc en théorie, parce que bon faut pas rêver... Il y a comme une accoutumance. Voilà". La prescription de benzodiazépine était alors réalisée en seconde intention, après cette tentative infructueuse, soit par manque d'efficacité soit du fait d'une mauvaise tolérance.

La prescription pouvait aussi être initiée en complément d'un traitement antidépresseur insuffisant chez un patient présentant une anxiété persistante ou surajoutée à son syndrome dépressif. Ainsi P12 disait : "On m'avait donné des antidépresseurs d'abord [...] Après j'ai passé à Lexomil" ou encore P9 : "Il a vu que j'étais pas bien ! Qu'il me fallait quelque chose en plus de l'antidépresseur que j'avais depuis des années pour mon ... parce que j'avais eu un cancer du sein."



## D. Les mécanismes de la chronicisation

La fréquence de la consommation chronique de benzodiazépines et apparentés est un **problème de santé publique** dont les médecins généralistes avaient conscience, comme le mentionnait M1 : *“on est quand même confrontés beaucoup à cette problématique”* et M7 : *“il est probable que la consommation, même si nous étions, je pense, les leaders en Europe de la consommation, en antibiothérapie et de benzo, euh on va conserver nos premières places à mon avis.”*

Il apparaissait que la chronicisation de la prise de benzodiazépines et apparentés chez les personnes âgées semblait toucher **toutes les classes socio-économiques**. Ainsi, M10 était confronté à cette problématique dans sa patientèle de catégorie socio-professionnelle élevée : *“j’ai quand même une population CSP+, très cortiquée, et qui comprend très bien les choses. Mais... ceux qui sont déjà accoutumés à outrance, eh ben pour s’en défaire ceux-là c’est difficile.”* De son côté, M13 soulevait le même problème dans des quartiers plus défavorisés : *“Après c’est pas pour faire dans les généralités, mais quand je remplaçais j’étais dans les [nom du quartier]”*

### 1. Absence de chronicisation

Tout d’abord, la chronicisation ne semblait pas être une fatalité pour les médecins généralistes. En effet, elle pouvait ainsi être évitée à l’aide de différentes règles mises en place par le médecin généraliste lors de la prescription initiale.

#### (a) Les règles de prescription initiale

Tout d’abord, les médecins choisissaient la **molécule leur semblant la plus adaptée**. Nombre de médecins déclaraient se tourner vers une molécule à demi-vie courte chez cette population de personnes âgées, tel que M9 : *“En général je mets Xanax ou Seresta parce qu’il y a une demi-vie courte.”* Le choix de la molécule se faisait au cas par cas par le médecin, selon



plusieurs critères, afin de répondre au mieux aux symptômes des patients concernés, comme M13 l'expliquait : *“c'est vrai que j'essaye toujours globalement de savoir pourquoi ils arrivent pas à dormir, pour voir si, par exemple laquelle je mets, est-ce que je partirais par exemple sur un zopiclone classique, ou plus sur un Xanax, parce qu'ils me disent qu'ils réfléchissent pendant 20 ans avant de dormir, qu'ils sont très anxieux etcetera.”* Les médecins pouvaient aussi se trouver confrontés aux difficultés de disponibilité des molécules qu'ils auraient prescrit de façon préférentielle : *“Moi j'aime bien dans ma prescription le Seresta, ou le Veratran, mais ils sont souvent – en plus de ça il y a des difficultés, souvent, à être approvisionné en ce type de produit, parce que l'un et l'autre à tour de rôle, sont souvent en rupture d'approvisionnement, donc on est obligés d'aller sur des produits peut-être à demi-vie plus longue, voilà.”* (M7).

Les médecins essayaient d'évoquer d'emblée la **durée de traitement**, en insistant sur une courte durée comme le faisaient M1 : *“j'informe énormément sur le fait que c'est transitoire, c'est pour passer un cap...”* et M4 : *“Mais finalement donc on a réussi à l'arrêter assez rapidement. Voilà. [...] Donc au bout de 4 semaines même pas, c'était fini.”*

Cette prescription de courte durée était souvent utilisée dans l'**attente du relai** d'une autre molécule ou la disparition du facteur déclenchant comme l'expliquait M9 : *“je lui ai mis un antidépresseur, et en attendant l'effet de l'antidépresseur, qui a une visée un peu anxiolytique, parce qu'elle a une dépression aussi sous-jacente hein, j'ai mis des benzo ouais, j'ai mis du Xanax.”*

De plus, les médecins informaient leurs patients de la nécessité d'une **prise ponctuelle**, comme M3 : *“Et je préviens bien qu'il faut essayer de pas le prendre tous les soirs, faut essayer de pas s'habituer, de pas en avoir besoin pour dormir”* et M12 : *“Donc je leur en mets... pas tout le temps, je leur dis un demi comprimé, et pas en permanence, donc je le renouvelle pas tous les mois”,* ce dont les patients étaient conscients comme P6 : *“Au début j'en prenais pas tous les soirs, seulement un de temps en temps...”* et P1 : *“Il m'en avait prescrit UN”*.

Un **suiti rapproché** était ensuite programmé régulièrement : *“Et je la revois, je l’ai revue il y a un mois, ça s’est bien passé, j’ai renouvelé un mois encore parce que je veux la revoir dans un mois.”* (M6) ou encore : *“Et donc je mets que 15 jours en disant qu’ensuite il faut qu’il revienne me voir si ça va pas mieux quoi.”* (M11)

L’objectif était ensuite de trouver la **posologie efficace**, en essayant de se cantonner à la dose minimale efficace, comme l’expliquait M10 : *“il faut trouver le bon équilibre pour pas trop l’ensuquer, et que elle perturbe pas les autres…”*

La **limitation à une monothérapie** était primordiale pour les médecins tel que M6 l’expliquait : *“Ah oui oui. Bah ça c’est systématique par contre. Je fais jamais de prescription avec plusieurs benzo.”* et perçue par les patients comme P3 : *“Disons que au départ je ne prenais que le Stilnox”*.

Les médecins essayaient de plus d’**éviter une escalade** des doses ou des produits, ce qu’ils voyaient déjà comme une réussite : *“enfin ça fait 10 ans que je la connais, je lui ai jamais augmenté les doses”* (M1) *“Donc dans ces situations on essaye surtout de pas en introduire d’autres.”* (M2)

#### **(b) Cadre de prescription posé**

Pour certains médecins, le **premier contact** avec le patient revêtait une importance toute particulière, tel que l’expliquait M6 : *“je le fais pas, bah c’est sûr que si jamais je le renouvelais une fois et tout, après c’est compliqué. Après si d’entrée on dit c’est comme ça et c’est pas autrement, bah euh… c’est comme ça hein.”*

Il pouvait aussi être important d’avoir une **uniformité dans la prise en charge** : *“enfin moi c’est comme ça que je travaille, mais d’avoir des règles collectives, en gros c’est pour tous les patients comme ça quoi.”* (M6)

Enfin, les médecins parlaient d'un **cadre, de règles de prescription** qu'ils essayaient de suivre, avec comme objectif une meilleure prise en charge, comme le disaient M6 : *“On sait qu'on doit pas prescrire plusieurs benzo, ben on fait pas et comme ça on peut réfléchir sur d'autres aspects de la prise en charge. Et ça on le fait direct, et pour tout le monde.”* et M10 : *“Ouais dans ma tête, c'est, d'abord j'ai été formé là-dessus, en disant voilà ces trucs-là, c'est courte durée, c'est marqué, les benzo c'est 12 semaines, les autres c'est 28 jours, c'est vraiment, occasionnel.”*

Il apparaissait de fait plus facile d'arrêter les benzodiazépines chez les patients pour lesquels une sorte de **contrat de prescription** avait été établi avec le praticien : *“Quand je dis quand c'est plus simple, c'est que déjà au début, déjà quand on initie la prescription, déjà que eux ils, ils ont conscience, ils sont d'accord, ils ont conscience que c'est une prescription qui sera transitoire, et que même eux en fait ils ont envie d'arrêter... Voilà.”* (M6)

### (c) *Benzodiazépine comme outil*

Lorsque les règles de prescription permettaient une utilisation courte et raisonnée de benzodiazépines ou apparentés, ces molécules étaient alors considérées par les médecins comme un outil positif, permettant de passer un cap, ou de gérer une situation transitoire compliquée : *“je suis satisfaite quand la thérapeutique reste un outil, une béquille”* (M1) *“Bah là, madame, si la dernière à qui j'ai... qui a fait sa tachycardie et qui est stressée et panique, ça marche bien. Ça a bien marché, elle se sent bien, elle se sent moins stressée, moins paniquée, et puis euh, et du coup on est en train de diminuer, donc c'est plutôt bien, on a... on lui a évité plusieurs hospitalisations aux urgences, parce que dès qu'elle panique... ça repart aux urgences quoi. Et elle a fait un aller-retour, elle était prête à faire un deuxième, je lui ai dit attendez on va apaiser le truc. [...] Mais non sinon elle ça s'est bien passé, ça a été utile, ça a géré une situation un peu de crise on va dire, ça a rétabli un peu d'ordre, et puis le temps que tout se mette en place, le traitement cardiaque, le truc et... Ouais.”* (M9)

Cette prescription pouvait alors être assumée nettement et non pas subie : *“je pense qu’un petit Xanax, un petit Seresta ou je ne sais trop quoi le soir les aide beaucoup à passer le cap.”* (M7)

## **2. Facteurs divers liés à la chronicisation**

Nous allons voir les facteurs qui semblaient influencer la chronicisation de cette consommation. Ces facteurs pouvaient être liés au médecin, au patient, ou à d’autres éléments.

### **(a) Ancienneté de la prise**

Tout d’abord, on retrouvait souvent une **consommation très ancienne**, qui durait depuis des années. Cette ancienneté de prise était décrite par les patients comme P13 : *“Alors je l’ai continué pendant des années hein ! Pendant des années.”* et par les médecins comme M8 : *“[Et elle le prenait depuis vraiment très longtemps ?] Ah, depuis très longtemps. Avant que je la connaisse. Oui oui, avant que je la connaisse, parce que moi je la suis depuis, allez, une dizaine d’années, mais elle le prenait depuis très très très longtemps hein.”* et M9 : *“Donc les prises chroniques moi auxquelles j’ai à faire, comme je te dis c’est les prises qui sont... qui ont été mises par l’ancien médecin, et dont, ils ont pris ça pendant 10 ans, 15 ans, 20 ans”.*

Du fait d’une telle ancienneté, **les patients n’arrivaient pas toujours à se rappeler de l’initiation du traitement**, comme l’exprimaient P4 : *“Il y a un bon moment mais je me rappelle pas quand...”* et P10 *“C’est très vieux ! C’était avant mon médecin actuel ! Très ancien ça !”*

Les médecins parlaient de ces patients consommateurs chroniques comme étant **imprégnés tellement l’instauration était de longue date**, comme en parlaient M3 : *“Et puis il y a les gens [...] qui ont toujours pris des médicaments, tu continues un suivi et finalement tu arrives à un moment où, bon c’est trop tard, il me semble il y a un moment où c’est trop tard pour sevrer les gens.”* et M5 *“mais les personnes âgées qui sont imprégnées, et qui prennent leur traitement en conscience, euh, moi enfin moi en tout cas j’y arrive pas”.*

### *(b) Problématique plus fréquente des hypnotiques*

Les hypnotiques étaient **plus à risque de prise chronique** selon les médecins, avec un plus fort potentiel de dépendance, et posaient donc une problématique particulière, comme l'exprimaient M9 : *“Moi le problème c'est les hypnotiques, pas forcément les anxiolytiques. Et... et les gens ne veulent pas arrêter. [...] Donc, ceux que je mettrais au long cours, les hypnotiques – les benzo, ce sera plutôt les hypnotiques.”* et M10 : *“[certains] qui disent bah non y a rien qui marche, je suis dépendant, et particulièrement au Stilnox.”*

Les benzodiazépines en journée à visée anxiolytique semblaient se sevrer plus facilement et ne pas se chroniciser, contrairement à l'utilisation dans le cadre de troubles du sommeil, qui entraînait des utilisations à risque élevé de chronicisation : *“ça m'arrive de prescrire des anxiolytiques, mais jamais en première intention, et généralement en fait non euh, ça va hein. [...] ça m'est arrivé mais de manière transitoire, voilà. Et ça s'est bien passé.”* (M6)

## **3. Autres médecins intervenants dans la prescription**

### *(a) Instauration par un autre professionnel de santé*

Les médecins généralistes relevaient que dans la plupart des cas, ce n'était pas eux qui avaient instauré le traitement qui était maintenant pris de manière chronique, mais un **autre professionnel de santé**, comme le notaient M9 : *“C'est des prises anciennes. Le problème c'est les prises anciennes initiées par d'autres médecins”* et M10 : *“Mais euh voilà quoi, on récupère les pots cassés d'avant, de certains médecins qui ont institué ça. (soupire)”*.

Le médecin initiateur du traitement pouvait être l'**ancien médecin traitant**, comme le spécifiaient par exemple M4 *“C'est pas moi qui l'ai introduit c'est son ancien médecin.”* et P10 *“mon médecin de l'époque qui m'avait prescrit le Lexomil”*, ou par un spécialiste, en général un **psychiatre**, comme l'expliquaient P5 *“Alors le Xanax, c'est une psychiatre qui m'avait prescrit ça.”* et M7 : *“Mais du coup le généraliste n'est pas trop seul, hein parce que les benzo sont aussi prescrits par les psychiatres, qui remettent pas plus en cause les*

*ordonnances que nous, et voire même quelques fois des ordonnances très longues, et nous on arrive un peu derrière en étant un peu auto critique sur à la prescription, et on se retrouve vite en porte à faux hein, voilà.”*

#### ***(b) Aide à la prescription par un spécialiste***

Le médecin traitant pouvait faire **appel à un spécialiste** concernant des prescriptions semblant trop lourdes pour permettre un suivi en médecine générale, en renvoyant le patient vers le psychiatre notamment, ce qui pouvait contribuer à la chronicisation, tel que l’expliquait M9 : *“Je me fais plus embarquer dans des, dans des ordonnances avec plein de trucs, des traitements psychiatriques, etcetera, je dis bah non à partir du moment où vous avez plus de 3 médicaments psychiatriques c’est que ça relève de la psychiatrie, vous allez voir, vous avez un suivi spécialisé. Là je prends plus de responsabilité vis-à-vis de ça, parce que ça, une benzo un antidépresseur, un neuroleptique, euh...”*

#### ***(c) Médecins intercurrents***

L’intervention de médecins extérieurs au médecin traitant pouvait contribuer à perpétuer la chronicisation. Par exemple, les **médecins des permanences médicales de soins non programmés** renouvelaient parfois les ordonnances de ces traitements qui auraient en temps normal nécessité un suivi par le même médecin, suivi qui n’était pas possible dans ce cadre, comme l’expliquait M13 : *“Après voilà, est-ce qu’ils le font vraiment, parce que toujours pareil en permanence on les revoit pas forcément, ou est-ce que bon ils me disent ça pour que j’arrête de leur parler, et puis c’est fini, je sais pas.”*

#### ***(d) Choix de la patientèle***

Les médecins pouvaient aussi refuser de rentrer dans cette boucle de prescription chronicisée de benzodiazépines et apparentés chez les patients âgés, en se cantonnant à leurs règles de prescription pour éviter une prise chronique chez leurs patients, et en **excluant une patientèle leur semblant trop compliquée**, quitte à trouver des prétextes pour cela : *“Y en a*

*certains, maintenant je peux sélectionner les personnes âgées machin. Bon je vois les trucs, les profils, je leur dis non bah non je peux pas prendre, j'ai trop de monde. C'est un peu chiant, mais je sais que je vais pas y arriver.” (M10)*

De même, le médecin pouvait reconnaître ses propres **limites dans la prise en charge et dans le relationnel avec certains patients** en leur faisant comprendre qu'il ne souhaitait pas poursuivre le suivi, comme l'expliquait M10 : *“On peut se permettre, de nos jours, de à un moment donné se dire voilà. On dépense pas... on a dépensé de l'énergie au tout début, arrivé à un moment on se dit bon, allez, hein, les autres avant... moi avant, les autres après, et puis ceux qui sont hyper demandeurs, et hyper compliqués, on leur dit... [...] je fais comprendre en disant voilà, bon bah, j'sais pas (dit d'un ton désinvolte), voilà. Les gens, d'habitude ça leur pose le truc en disant ah ! bon... et au moins, on va voir ailleurs”.*

#### **4. Profil du patient chronique**

##### *(a) Une consommation générationnelle*

Certaines molécules avaient un **effet sociétal**, voire avaient bénéficié d'un effet de mode à une certaine époque, notamment les anciennes benzodiazépines telles que le Lexomil ou le Temesta chez les personnes très âgées, comme l'expliquait M8 : *“Donc les plus de 80, ils ont toujours entendu parler, ou alors il y en a toujours un qui a eu dans la famille du Temesta ou du Lexomil, hein, c'est presque parce que le Lexomil est presque un nom commun quelque part”. “Donc moi j'ai des générations de mamies qui prenaient un Temesta le soir au coucher, euh mais ça c'est un constat chez les plus de 75 80 ans.”*

En effet, les consommations préférentielles semblaient différer entre les différentes tranches d'âges des personnes âgées : *“Et que d'autres hypnotiques ont pris la place des benzodiazépines, les zopiclone, zolpidem, ils sont pas mieux hein, sur le fond, mais bon... Voilà ils ont pris la place ces dernières années. [...] Donc les 65 75 ans ils vont plus aller vers les hypnotiques non benzodiazépiniques ; les plus de 75 80 ans ils réclameront plus des benzodiazépines.” (M8)*

### ***(b) Profil “psy” et polymédication***

Les patients consommateurs chroniques avaient fréquemment un **profil psychiatrique**, ce qui pouvait se manifester par un suivi par un psychiatre pour certains d’entre eux, comme le mentionnait M13 *“quand ils en prennent beaucoup beaucoup, souvent ils sont suivis par le psychiatre”*, et par une polymédication de médicaments psychotropes : *“C’est du Seropram 20 mg et le soir je prends du Lexomil 1/2 le soir et quand ça va pas des fois je prenais aussi, mais ça je l’ai arrêté, des gouttes de Tercian”* (P8) *“Après des gens qui ont des traitements lourds, avec des benzo, et puis d’autres... voilà qui ont autre chose, enfin des personnes âgées qui sont sous benzo plus antidépresseurs plus neuroleptiques”* (M12)

La **polymédication** était en effet fréquente chez ces patients, avec des consommations excessives de médicaments peu compatibles entre eux, pouvant induire des mésusages : *“moi j’en ai une de patiente, qui est à la retraite et elle a... (soupire) elle a je crois au moins 2 benzodiazépines, plus du zopiclone, plus je sais pas si elle a pas de l’Atarax en plus, plus des antidouleurs genre tramadol tout ça”* (M11)

### ***(c) Lien émotionnel fort avec le médicament***

Les patients avaient un **attachement à leur traitement**, ce lien fort évocateur de relation affective avec le médicament était exprimé par les médecins comme M5 *“il veut son Stilnox”* et M7 *“quelqu’un qui a une adhésion, qui est enchaîné à son traitement”*, et confirmé par les patients comme P10 : *“comme je sais qu’il est là.... Ça m’aide à vivre. [...] C’est un soutien oui !”*

Cet attachement était tout d’abord expliqué par l’**efficacité importante ressentie** par le patient, autant sur le plan du confort d’un sommeil de qualité, comme pour P4 *“Maintenant je dors très bien c’est impeccable”* et P6 *“Hier soir j’ai pris mon médoc et je me suis endormi. A 5h et demi je me suis réveillé donc ça faisait 6h de sommeil. Voilà j’ai un peu pris mon bouquin et je me suis rendormi jusqu’à 7h et demi. Voila. Et ce matin je suis en pleine forme.”*, que sur le confort de vie résultant de l’effet d’anxiolyse, comme dans les cas de P10 *“Oui c’est vrai*



*quand même que je me sens mieux quand je le prends, je suis plus détendue voilà. Ça me fait du bien c'est certain !*” et P12 *“Donc je prenais un quart de Lexomil ou un demi Lexomil j'étais plus détendue et j'arrivais à faire les choses.”*

Le médicament devenait alors vite indispensable au **soulagement des symptômes**, comme pour P1 *“y a qu'avec ça que je dors”* et P15 *“C'est juste pour avoir un petit moment de détente... pour pouvoir... sommeiller quoi”*, avant que ceux-ci ne deviennent intolérables, comme pour P6 *“je me suis dit « c'est plus possible il faut que je dorme ! »”*

L'attachement était aussi expliqué par la place de **médicament miracle** que semblait occuper la benzodiazépine ou l'apparenté, se présentant comme solution aux problèmes, comme l'expliquait M3 *“ils considèrent [...] que vraiment c'est quelque chose qui leur sauve leur nuit”*, et pouvant avoir le rôle de médicament rassurant à garder sous la main : *“on est dans une prise symptomatique et euh... [...] contra-phobique. Dans une prise automatique et contra-phobique, les gens je leur dis que dès qu'ils sont angoissés, le fait de savoir qu'ils ont cette possibilité de pouvoir prendre ce médicament ça ira déjà mieux.”* (M3) *“comme je sais qu'il est là..... ça m'aide à vivre. Le fait que ... voyez si je ne l'avais pas.... Ce serait un manque. Parce que je me dis que si j'ai un problème bah j'ai rien pour m'aider.”* (P10)

Les patients étaient aussi **attachés au nom du médicament**, ce qui pouvait mener à un refus des génériques et une demande de mention non substituable comme l'expliquait M5 : *“Quand c'est les patients qui gèrent, le Stilnox ils le connaissent, et ils veulent pas le générique hein ! Pas question qu'ils aient le générique, ils veulent (insiste) leur comprimé.”*

Enfin, ce lien émotionnel fort plaçait la benzodiazépine sur un piédestal, avec une notion de **supériorité par rapport aux autres traitements**, que ce soit comparé aux autres médicaments quotidiens *“pour elle c'est Temesta passe avant tous les autres médicaments.”* (M4) ou même comparé à d'autres benzodiazépines, avec une préférence de certaines molécules plus que d'autres *“Je prenais du Stilnox. Je me sentais mieux avec le somnifère qu'avec le Xanax.”* (P14)

Le patient pouvait aussi estimer qu'il **méritait plus que d'autres** ce traitement, plaçant ses problèmes de santé et son besoin de traitement comme plus marqués que chez d'autres consommateurs de son entourage : *“Oui ! Justement c'est comme ça que j'en ai repris progressivement il y a deux ans ! J'ai des amies, qui n'ont pas lieu d'en prendre, et qui en prennent quand même... [...] Et elle n'a aucun souci de santé à part ça mais bon...”* (P15)

#### **(d) Habitude de consommation**

Les patients âgés avaient l'**habitude** de consommer ce type de traitement : *“Après c'est peut-être aussi cette habitude de dire c'est bon je prends mon cachet je vais dormir et puis c'est bon.”* (P2) *“elles ont l'habitude de prendre leur benzodiazépine”* (M2)

Selon les médecins, cette consommation chronique semblait **banalisée de manière plus marquée chez les sujets très âgés**, avec un traitement qui ne les effrayait pas outre mesure : *“Eux ce qui veulent, surtout les très très vieux hein, ce que je veux c'est dormir, voilà, ce que je veux c'est être tranquille.”* (M9)

Le traitement s'inscrivait dans une **prise complètement ritualisée** par les patients, notamment dans le cadre de l'endormissement. Cette ritualisation était exprimée par les patients tels que P3 : *“Donc je me suis accoutumé et maintenant tous les soirs à 22h je prends mon quart de Lexomil et un demi Stilnox”* et P13 : *“Je le prends avant d'aller me coucher voyez, un quart d'heure ou 20 min avant de me mettre au lit. Je le laisse fondre dans ma bouche et puis je m'endors après”*, et par les médecins tels que M2 : *“elles ont l'habitude de prendre leur benzodiazépine”* et M4 : *“Temesta, pour ne pas le citer, et pour elle c'est du un milligramme, c'est vraiment du rituel.”*

On pouvait noter une certaine **intolérance au changement** de leur part, le traitement étant tellement établi que la question de le modifier ne se posait même pas, comme dans le cas de P6 : *“Je me pose plus la question. Et je dors.”* et comme mentionné par M9 : *“les personnes âgées n'aiment pas les changements. J'habite depuis 40 ans dans cette maison, le quartier est pourri j'en peux plus, mais je vais pas déménager parce que c'est ma maison depuis 40 ans.”*

Voilà, il y a pas de... il y a un espèce de lien aux habitudes, etcetera, surtout cette génération là. Je sais pas notre génération comment ça va être, mais j'ai l'impression qu'on est un peu plus détachés, qu'on... Eux (souple) ils sont attachés à leur trucs, donc ils sont attachés à leur médicament”.

### **(e) Profil addictif**

Les patients consommateurs chroniques avaient un profil addictif, dont plusieurs points peuvent être déclinés.

Tout d'abord, l'addiction aux benzodiazépines était marquée par une **dépendance au médicament**. Cette dépendance ressortait clairement du point de vue des médecins : *“pour eux ils ne peuvent plus dormir sans en fait”* (M3) ou encore : *“mais c'est vraiment une... alors je sais pas si c'est une addiction pharmacologique ou une addiction comment dire... morale, j'allais dire, voilà, l'habitude voilà.”* (M8) Cette dépendance pouvait être ressentie comme un besoin du point de vue du patient comme l'exprimait M3 *“ils le voient comme quelque chose dont ils ont besoin”*.

Certains patients avaient une **conscience de ce potentiel addictif**, comme P1 : *“Je sais que ces médicaments sont addictifs !”* et P11 : *“parce qu'il y a quand même une accoutumance avec ces cachets.”* Ils pouvaient de même suggérer une certaine part d'**effet placebo** dans l'efficacité perçue : *“Effet placebo ou non ... ça... (souple)”* (P5) *“je sais pas si c'est psychique, et bien.... J'étais pas bien. Dès qu'on me le donnait ça allait mieux. Peut-être que si on m'avait donné un bonbon ça aurait fait pareil...”* (P3)

Mais d'autres patients étaient dans le **déni ou la méconnaissance de l'addiction** comme P12 : *“Mais bon, moi je sais que je peux me gérer donc ça me fait pas peur !”*, ce qui pouvait aussi être noté par les médecins comme M13 : *“pour eux c'est indispensable et ils peuvent pas s'en passer [...] Mais ça il y en a aucun qui vraiment a émis l'idée qu'effectivement ils étaient peut-être dépendants au médicament et que bah ils en avaient vraiment besoin.”*

Les patients arrivaient, au bout d'un moment, à une **tolérance de l'effet** de la benzodiazépine, et donc une efficacité moindre dont les consommateurs se rendaient parfois compte comme l'expliquait M4 : *“Parce qu'ils arrivent toujours à vous dire euh oui même avec le comprimé j'arrive pas à dormir.”* Cette tolérance ressentie était exprimée par P6 : *“C'était un peu de temps en temps au début quand je sentais qu'il fallait que je dorme et maintenant c'est tous les soirs !”* et P11 : *“Vous savez quand on a malheureusement l'habitude de prendre des traitements comme ça.... C'est des pastilles valda pour moi hein.”*

Autre caractéristique de ce profil addictif de consommation, la survenue de **symptômes de sevrages** à l'arrêt de la prise dont les patients étaient bien conscients : *“Et vous savez quand on se sent bien, voilà, avec ces médicaments-là justement, on a envie de baisser mais on ne peut pas baisser ni arrêter d'un seul coup. Et ça c'est compliqué. Parce que dès que si on baisse trop d'un seul coup, alors là on ne se re-sent pas bien et on a envie d'en reprendre.”* (P11) ou encore : *“Disons qu'il me fait quand même dormir hein ! Parce que une fois j'en ai pas acheté, pendant deux jours j'en ai pas pris, et j'arrivais plus à dormir du tout ! donc... ça a quand même un rôle sur le sommeil tout ça ! Ah bah si je le prends pas je dors pas hein !”* (P14)

On pouvait retrouver chez ces patients une **antériorité d'addiction à d'autres médicaments ou substances** : *“à chaque fois qu'on essaye de la sevrer pour un médicament, en fait elle prend une dépendance avec un autre quoi. Donc c'est... voilà. Elle était accro à la morphine, on a réussi à arrêter la morphine, mais maintenant elle est accro aux benzo et, fin c'est compliqué...”* (M11)

Par exemple, l'addiction aux benzodiazépines pouvait présenter des **similarités avec l'addiction tabagique**. Ces points communs étaient exprimés par certains médecins comme M6 *“tant que les gens ils sont pas dans un processus de changement on y arrivera pas. C'est comme arrêter de fumer quoi. [...] Voilà. Ça sert à rien de dire faut arrêter de fumer. C'est pas efficace. Voilà.”* et par certains patients comme P1 : *“Ça fait un an que je ne fume plus. [...] Un jour j'ai dit j'en ai marre, je jette la cigarette et tout. Avant j'étais pas prête mais là j'ai tout jeté. [...] avec moi c'est comme ça !”*.

On pouvait de plus noter une **analogie avec l'addiction aux morphiniques** chez P1 : *“bah moi j'ai pris de la morphine pendant deux ans tous les jours [...] Ma copine elle me disait « oui tu vas t'habituer à ça tu ne pourras plus t'en passer » j'ai dit « je te dis que SI ». Moi si je veux quelque chose, j'arrive à m'en passer !”*

Enfin, pour compléter ce profil addictif, certains médecins nous interpellèrent sur le **risque de mésusage**, comme M13 : *“en tout cas ils vont pas donner pile poil la quantité, je trouve ça dommage parce qu'après ils en ont donc soit ils en consomment trop, soit parfois ils vont en donner à la voisine, au... je ne sais à qui.”*, ce qui était confirmé par certains patients décrivant une **obtention du traitement par tous les moyens**, comme P1 *“une de mes collègues prenait les mêmes alors elle m'en a donnés”*.

#### *(f) Patient principal acteur de sa prescription*

Les patients pouvaient se présenter comme **gérant eux-mêmes leur consommation** de benzodiazépines ou d'apparentés, ce qui parfois semblait placer le médecin traitant en simple prescripteur suivant la posologie décidée par le patient, comme l'expliquaient P9 : *“Non il me renouvelle. C'est moi qui par exemple si je lui dis que j'ai baissé il [...] ajuste la quantité de boîtes.”*, P11 : *“on va dire que je le dose... un peu moi-même...”* et P13 : *“Je sais qu'ils ne sont pas tout à fait d'accord mais MOI je fais comme ça me convient”*.

Le rôle du médecin traitant en tant que décideur de la prescription pouvait de plus être contourné lorsque les patients déclaraient consommer une posologie moindre que celle prescrite pour en avoir **d'avance, par peur de manquer**, comme déclarait faire P5 : *“Heureusement que j'en prends qu'un demi par jour, du coup j'en ai un peu de réserve quoi...”* ce qui nous rapprochait du domaine de l'addiction voire de la toxicomanie.

#### *(g) Patient en demande insistante*

Les patients étaient présentés comme **exigeants et insistants** pour poursuivre leur traitement de benzodiazépine ou apparentés, ne semblant parfois pas laisser de place à la

discussion avec leur médecin traitant : *“Mais chaque fois, tous les 3 mois, c’est... elle me le redemande, que si des fois j’ai changé d’avis entre temps.”* (M8) ou encore : *“bon après y en a qui sont catégoriques, [...] et qui ont déjà eu autre chose et qui tiennent absolument à avoir que de ceux-là ; donc ceux-là, difficile [...] pour ces patients là il faut vraiment parler.”* (M12)

Le médecin généraliste pouvait subir une **pression de prescription** de la part du patient, jusqu’à se sentir manipulé ou piégé par celui-ci, comme l’exemple vécu par M5 : *“un autre patient que j’ai en tête qui a 91 ans, s’il a pas son Stilnox non générique tous les soirs, il fait la folie, il appelle 10 fois par jour, il faut que j’y aille etc., euh c’est ingérable.”*

## 5. Place du médecin traitant dans la chronicisation

### (a) *Indications médicales persistantes*

Le médecin était plus à même de poursuivre le traitement par benzodiazépines ou apparentés chez un patient âgé si l’équilibre obtenu était précaire, dans la **crainte d’une rechute en cas d’arrêt**, comme le détaillait M7 : *“Après euh... les benzo chez les patients âgés équilibrés, qui justement, prenons le cas de cette dame, dont je viens de parler là, elle s’est un peu calmée, euh... c’est difficile de l’enlever, parce que... ou c’est difficile de le remettre en question, parce que du coup on a géré une situation qui était un peu difficile pour tout le monde, euh arrêter le traitement c’est proposer aux autres et à l’entourage, et en particulier aux soignants, de dire bah écoutez les symptômes que vous avez eus à l’entrée vont surement revenir, et voilà et on a l’impression un petit peu de jouer un peu avec le feu quoi. Donc euh, c’est très difficile, une fois qu’on a stabilisé une personne âgée, de stopper un petit peu l’anxiolytique.”*

Ainsi, lors d’indications persistantes, en particulier de **troubles psychiatriques anxio-dépressifs marqués**, le médecin préférait ne pas toucher à cette prescription : *“Euh ouais, en fonction de certaines situations, oui. Les gens qui sont en très grande... bah soit, voilà en grande détresse, en syndrome dépressif aigu, ou avec des situations familiales un peu*

*compliquées, oui ça ça m'arrive de me dire bon, c'est pas la priorité, on se le garde dans un coin de la tête, mais voilà quand ça ira un peu mieux quoi.” (M11)*

Certains, comme M7, estimaient que leur rôle était dépassé et que certains patients **nécessitaient un suivi et un accompagnement psychiatrique** pour ne serait-ce qu'envisager le sevrage : “[*Est-ce que ça t'arrive de ne pas proposer le sevrage des benzo en pensant que ce serait délétère pour le patient ?*] (réfléchit) *Euh... Oui. Oui, sur des patients qui sont polymédiqués, avec des gros antécédents psy, euh, je me lance pas lorsque quelqu'un prend trois quatre médicaments différents, depuis quinze ans, j'estime que ce n'est pas à moi de diminuer la prescription. Ces gens là doivent faire l'objet d'un suivi précis, il me semble moi que ça doit plutôt se faire soit en établissement psychiatrique, soit en maison de convalescence, ou maison de repos avec un suivi psy quotidien.”*

#### ***(b) Suivi chronophage de patients polypathologiques***

Les patients âgés consommateurs chroniques étant la plupart du temps **polypathologiques et polymédiqués, avec un suivi chronophage**, la question du maintien ou non de la prescription de benzodiazépines n'était pas souvent abordée, par manque de temps de la part du médecin généraliste d'une part, et du fait d'une priorisation des autres pathologies d'autre part : “[*mais c'est vrai que comme c'est des patients qui généralement ont d'autres soucis de santé à côté, je prends peut-être pas, pas le temps de faire des consultations sommeil*]” (M1) ou encore : “[*je considère que j'ai d'autres chevaux de bataille que celui-là*]”. (M3)

#### ***(c) Habitude de prescription***

La chronicisation pouvait aussi être favorisée par une **habitude de prescription**, du fait que le prescripteur ne remette pas systématiquement en question son ordonnance de renouvellement en renouvellement : “[*c'est vrai que des fois on prend un peu, comment dire, des habitudes...*]” (M3)

La poursuite de traitement pouvait aussi passer pour une **solution de facilité** pour le médecin, pour qui il était plus simple de renouveler que d'argumenter une décroissance ou un sevrage : “[le patient] est bien, et il comprend pas pourquoi on voudrait diminuer le traitement qui marche bien. Et pour le prescripteur c'est tentant de dire, bah vous avez tout à fait raison, monsieur ou madame, donc circulez, voilà.” (M7)

#### (d) *Médecin isolé*

L'**isolement du médecin généraliste**, se retrouvant seul à argumenter face au patient, sans aide extérieure, apparaissait aussi comme un facteur favorisant la chronicisation, comme l'exprimait M1 : “souvent on se trouve, enfin je trouve nous professionnels de santé, un peu seuls dans cette bataille”.

#### (e) *Satisfaction des patients*

Cependant, la **satisfaction des patients**, du fait de l'efficacité perçue du traitement et de la qualité de vie qu'ils estimaient gagner en consommant leur traitement de façon chronique, comme par exemple P2 : “ça me permet de trouver le repos, d'être plus tranquille et de pouvoir dormir la nuit voilà!”, permettait un renforcement positif de la relation entre le médecin traitant et ses patients, comme pour M5 : “la seule satisfaction que j'ai c'est que mes patients, sont eux, satisfaits.” mais renforçait de ce fait le risque de maintien d'une consommation chronique. Le médecin privilégiait donc en conscience le bénéfice immédiat de confort, malgré les risques, par sa vision globale du patient : “[Hmm. (silence) L'objectif c'est qu'il dorme.] Non. L'objectif c'est qu'il aille bien dans sa tête.” (M5)

#### (f) *Positivisme*

Les médecins généralistes, pour certains, se montraient **confiants en l'avenir**, du fait d'un changement progressif dans les consommations dites générationnelles, avec une diminution des habitudes de prescription, qui seraient de toute manière amenées à diminuer progressivement : “Justement il y a moins de consommation d'un produit comme le Temesta



*ou le Lexomil hein, c'est évident hein, c'est évident. Enfin pour moi hein ! Après je sais pas pour les autres, mais bon. Pour moi je... c'est évident que... il y a 30 ans quand je... je me suis installée je m'étais associée avec un médecin plus âgé qui suivait des patientes très âgées à l'époque, et pratiquement toutes ses patientes, toutes les mamies elles étaient sous Temesta hein, ou Lexomil. Voilà, donc euh, et je vois maintenant que quand même il y a nettement moins de prescriptions, donc euh j'ose espérer qu'il y a quand même une amélioration.” (M8)*

## **6. Atténuation du risque perçu**

### ***(a) Rôle de l'entourage***

L'entourage du patient consommateur pouvait avoir un poids dans l'atténuation du risque perçu et donc sur le maintien d'une prise chronique, tout d'abord en cas de **présence de proches consommateurs**, ce qui pouvait contribuer à rassurer l'utilisateur : *“Donc les plus de 80, [...] il y en a toujours un qui a eu dans la famille du Temesta ou du Lexomil”* (M8) *“Mon amie, celle qui m'en a donnés, m'a dit moi ça fait des années et des années que je le prends”* (P1) ou encore : *“j'ai une amie qui me disait « moi j'en prends un tous les soirs pour dormir, c'est mon médecin qui me le conseille »”*. (P15)

De plus, des **proches non consommateurs pouvaient soutenir la prise** et œuvrer en faveur de la poursuite du traitement, en les confortant dans l'idée que le traitement était bénéfique, comme pour P8 : *“tout le monde dans la famille est d'accord pour que je prenne ce traitement parce qu'ils m'ont tellement vue mal”*, et ne comprenant même pas l'intérêt du sevrage, comme l'expliquait P11 : *“Alors moi mon mari il me dit « pourquoi tu veux toujours baisser ??? ». Il me dit « ça te fait du bien ! Mais dès que tu vas mieux tu veux le baisser !!! »”*

### ***(b) Pondération du danger***

La dangerosité du médicament était pondérée par les **autres problèmes de santé** du patient souvent polyopathologique, comme l'exprimait P6 : *“Vous savez quand je suis en consultation j'ai bien d'autres préoccupations de santé que de parler du Xanax...”*, et donc

reléguant la problématique de la benzodiazépine loin derrière les **autres médicaments** de l'ordonnance habituelle comme noté par P10 : *“Il m'en parle pas spécialement a vrai dire parce que j'ai déjà toute mon ordonnance de renouvellement ... dont le Lexomil !”*, ce qui va dans le sens du suivi chronophage des patients polypathologiques empêchant le médecin de prendre le temps de se pencher sur d'autres points.

### **(c) Un traitement socialement accepté**

D'un côté, la réassurance de l'entourage appuyait le fait que ce genre de traitement soit socialement accepté, et que le patient ne ressente donc **aucune honte** à le consommer, comme P9 : *“Moi je me cache pas de dire que je prends des anxiolytiques et des antidépresseurs ça... Non.”*

De fait, le traitement par benzodiazépine ou apparenté n'était parfois même pas considéré par le patient comme un médicament comme les autres, avec une méfiance moins marquée, induisant une sorte de **dissociation avec la notion de médicament** : *“Je n'aime aucun médicament ! Je n'aime pas les prendre mais bon... Si je peux éviter j'évite quoi.”* (P12) Les patients semblaient aussi considérer le médicament par sa classe d'indication et non par sa classe médicamenteuse chimique contrairement aux médecins : *“Alors, benzodiazépines ça ne leur dit rien. Le terme qu'ils emploient c'est je veux un médicament pour me calmer ou pour dormir.”* (M5)

On pouvait aussi noter une **dissociation avec la psychiatrie**, le patient ne se plaçant pas au même niveau que les patients souffrant de pathologies psychiatriques et ne voulant pas être considéré comme tel, comme insistait P15 : *“Mais je crois que j'ai des à priori sur ces traitements. Je n'en ai pas besoin. Je suis bien dans ma tête. Ecoutez... J'ai eu beaucoup de clientes sous antidépresseurs et qui n'avaient pas lieu d'en prendre, et j'ai vu dans quels états elles étaient... franchement... [C'est-à-dire ?] Bah écoutez... Je vais exagérer mais on aurait dit des zombies... ou alors très excitées.”*, et refusant par la même occasion d'être pris en charge dans des structures à orientation psychiatrique, comme l'exprimait P11 : *“ma place elle est pas là moi !”*

#### ***(d) Sentiments de honte et culpabilité***

D'un autre côté, le traitement pouvait être associé à un sentiment de **honte** vis-à-vis de l'entourage, comme exprimé par P2 : *“Voyez j'en parle pas parce que je sais que ce n'est pas bien”* et P9 *“Vous savez les gens quand on leur parle de médicament ... ils disent qu'on est... bon après... qu'on est un peu accro... mais bon c'est tout! On en parle pas tant que ça.”*, voire de **culpabilité** vis-à-vis du médecin prescripteur, comme pour P2 : *“parfois j'ose pas trop lui demander mon renouvellement du mois mais... (gênée à nouveau)”*

#### ***(e) Respect des règles de prescription***

Le patient se rassurait quant à sa consommation chronique s'il avait l'impression de respecter les règles de prescription et d'usage du médicament, ce qui pouvait renforcer le faible risque perçu et donc la chronicisation.

Par exemple, le patient se disait rassuré lors d'une **prise irrégulière**, ou qu'il pouvait prendre à la demande, comme P5 : *“Elle me dit simplement « vous en prenez un ! Si vous êtes anxieux prenez en un ! »”* et P10 : *“Et puis je l'ai pas pris régulièrement !!! Je l'ai pris très irrégulièrement ! Et c'est toujours le cas ! Toujours !”*

Le patient se sentait aussi rassuré par le **suivi régulier** qu'il avait avec son médecin traitant comme l'expliquait P10 : *“Voyez là y a pas longtemps je suis allée voir mon médecin”*.

Les patients avaient parfois le **sentiment de prendre une faible dose**, ou pondéraient le risque de la prise en le comparant à d'autres médicaments, ce qui avait tendance à renforcer cette réassurance : *“Donc c'est pour ça que je ne veux pas exagérer. Mais là... un demi par jour... bof !”* (P5) *“j'ai commencé le Lexomil mais à petites doses. Par rapport au Tranxene, ça n'a rien à voir ! C'était des grosses doses le Tranxene !”* (P10)

Certains patients se sentaient aussi rassurés par le fait que le médicament était, après tout, fait pour ça, et qu'ils étaient donc dans le **respect des indications**, comme l'exprimait P2 :

*“Après pour moi comme c’est un tranquillisant et que c’est fait pour dormir ... voilà je ne vois pas plus loin...”*

Enfin, ils disaient ressentir le **soutien du professionnel de santé les suivant**, qui pouvait les rassurer et les inciter à poursuivre leur consommation, comme dans le cas de P11 : *“Elle me dit « écoutez madame, par rapport à ce que vous avez eu, c’est un traitement qui n’est pas fort ! » [...] « Vous êtes au minimum des cachets que vous pouvez prendre si ça vous fait du bien, prenez-le ! »”,* ou tout du moins ne pas les inquiéter outre mesure, comme pour P9 : *“Bah ... non... on en discute pas vraiment. Il [mon médecin] me demande si ça va et tout. Et euh... on parle pas particulièrement de ce traitement là.”*

Ce soutien de la part du médecin traitant était en effet présent en cas de **bonne tolérance du traitement**, comme M5 le mentionnait *“si ça fait plusieurs années qu’ils ont le traitement, et qu’il est bien supporté, je... je n’interviens pas”*, et si le médecin était rassuré par une prise non abusive, par exemple intermittente : *“Mais il y en a chez qui la prescription, d’abord elle est ponctuelle, donc, quand ils demandent de renouveler, que c’est tous les trois quatre mois, je mets ; un traitement d’un mois et qui leur dure trois mois, y a pas de problème.”* (M12)

#### *(f) Irrationalité du patient vis-à-vis des problématiques du traitement*

Les médecins mettaient en évidence un **détachement des patients par rapport aux problématiques** liées à ce type de traitement, montrant une irrationalité vis-à-vis des risques, comme l’expliquaient M1 *“j’ai vraiment l’impression qu’on est sur 2 planètes différentes quoi, quand on aborde ce sujet, et qu’il y a vraiment une incompréhension totale de la part des patients quoi.”* et M9 *“Donc c’est qu’ils en ont déjà pris, etc., donc ils ont moins peur. [Ouais, ils en ont moins peur.] Ouais. Ça les dérange pas, ils voient pas trop où est le problème. Voilà. Eux ce qui veulent, surtout les très très vieux hein, ce que je veux c’est dormir, voilà, ce que je veux c’est être tranquille. Voilà.”* Tant que les patients n’étaient pas confrontés à un problème, il leur semblait inexistant. Chez les patients, ce détachement pouvait être perçu via la **solution de facilité** que représentait le traitement, comme pour P2 *“Honnêtement c’était un peu la facilité”*.

### **(g) Absence d'effet indésirable ressenti**

Les patients n'étaient pas toujours conscients du risque lié à la consommation des benzodiazépines ou apparentés. En effet, ils ne **ressentaient pas forcément d'effet indésirable** à leur niveau, comme P8 : *“Et pis je ressens aucun effet indésirable. Le docteur m'a peut-être posé la question une fois y a très longtemps mais ... non non.”*, et comme noté par M2 : *“en banalisation parce qu'ils le prennent depuis des années sans problème, des problèmes liés à la prise de ces traitements”*.

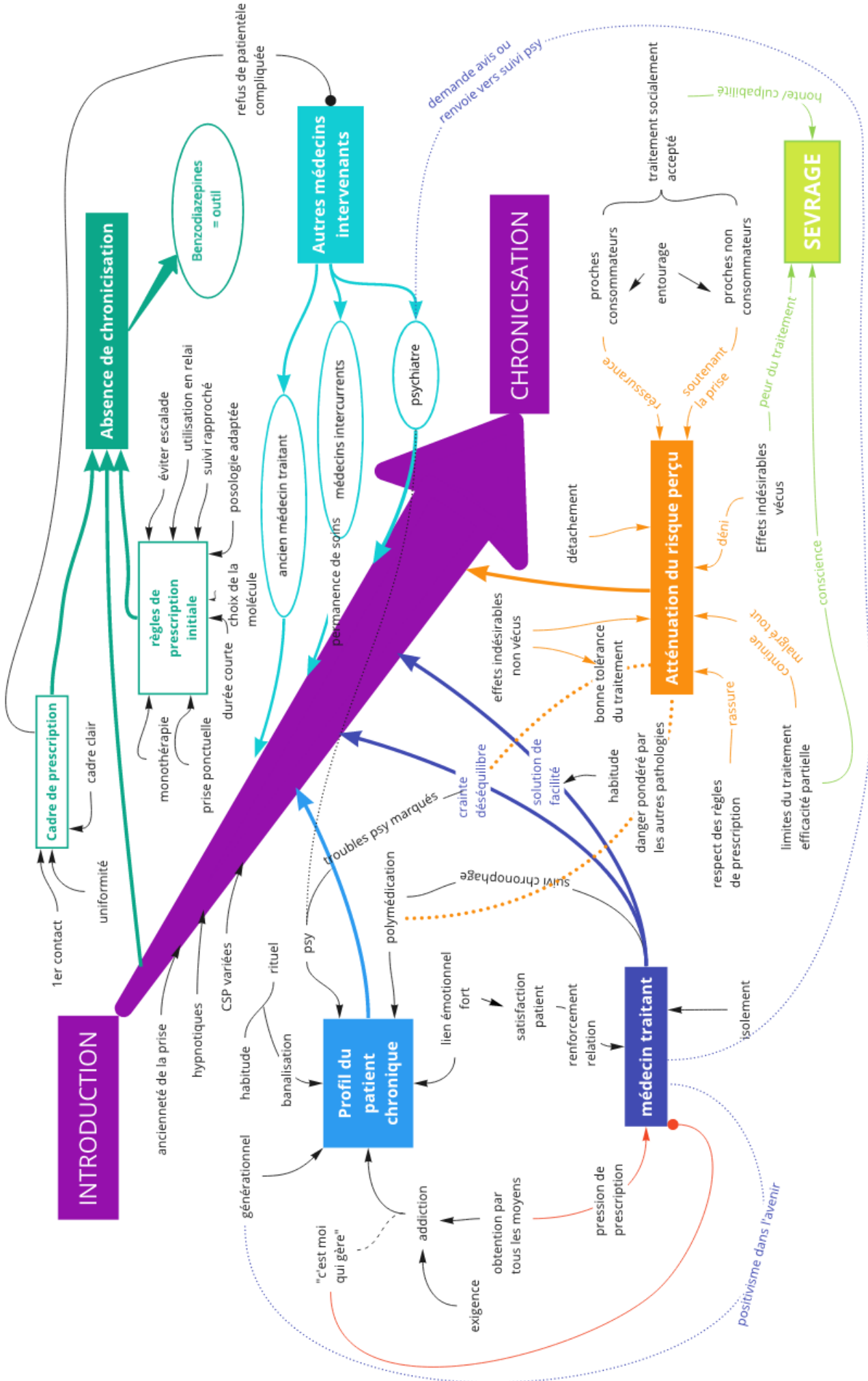
Cette absence d'effet indésirable ressenti contribuait à **sous-estimer la nocivité** dont les médecins étaient, eux, conscients, comme l'expliquaient M2 : *“Oh bah euh. Ils sous estiment largement la nocivité de ces traitements.”* et M9 : *“mais ça leur fait pas peur aux personnes âgées”*.

On pouvait parfois noter chez les patients une **méconnaissance des effets indésirables**, comme si le sujet n'avait jamais été vraiment abordé avec eux : *“On m'en a jamais parlé.”* (P6) ou encore : *“[Vous a t il explique pourquoi il trouvait ça mieux de les arrêter ?] Pas spécialement. Il m'a pas donné de détails. [Et vous lui en avez-vous demandé?] Pas spécialement.”* (P12), voire une **méconnaissance du mécanisme même du médicament**, comme avec P13 : *“le Lexomil. C'est un tranquillisant hein ?”*

Même lorsque certains effets secondaires étaient vécus, les patients avaient tout de même tendance à **atténuer le risque perçu par rapport au bénéfice perçu**, comme P6 : *“Mais après est ce que ça vaut pas la peine de s'accoutumer ? Parce que moi j'ai aucune incidence sur ma santé.”*, ou à pondérer ce risque pour leur propre utilisation malgré la connaissance d'une certaine dangerosité comme l'exprimait M11 : *“En fait, j'ai envie de dire que, si on leur demande les benzo en général ils vont vous dire que c'est dangereux, mais pas le leur quoi ! (rire)”*

Mais les patients pouvaient se cacher dans le **déni des effets indésirables** qu'ils pouvaient expérimenter, ou de la perte d'efficacité dont ils pouvaient être conscients, et ainsi

poursuivre leur traitement quoi qu'il arrive, d'après les médecins M2 *“Pour eux ils sous-estiment largement leurs effets secondaires et du coup y a pas de raison d'arrêter”* et M3 *“En tout cas j'ai l'impression que les patients qui en ont besoin enfin qui en ont pris l'habitude, pour eux c'est une addiction mais qui n'a pas le côté péjoratif en fait”* et exprimé par P13 *“Enfin ou je m'endors pas d'ailleurs. Bon... mais voilà, dans ma tête je pense. Moi, j'ai pas envie de l'arrêter complètement voilà.”*



## E. Le sevrage

### 1. La phase de pré-intention

#### *(a) Une éventualité difficile à envisager*

Le sevrage des benzodiazépines ou apparentés était souvent une **éventualité difficile à envisager** pour les patients, comme par exemple P10 : *“Après j’en sais rien je peux pas dire. Mais ça m’étonnerait. Je ne l’envisage pas.”*, comme pour les médecins, comme M3 le disait : *“mais à supprimer complètement, chez des personnes âgées qui ont des troubles du sommeil ancrés depuis longtemps. Alors c’est peut-être une déduction que je me fais hein – peut-être que je devrais être un peu plus offensive, mais j’ai l’impression que c’est compliqué hein...”* ou M4 : *“Mais c’est très très très très difficile.”*

Tout d’abord, certains patients jugeaient que leur **âge avancé** était une limite à ce sevrage, comme l’exprimait P10 : *“Non je pense qu’à l’âge que j’ai (rire), évidemment, je pense que je continuerai là maintenant.”*

De même, l’**ancienneté importante de la prise** rendait un objectif de sevrage lointain et inaccessible, comme pour P11 : *“Mais depuis le temps que j’en prends, j’ai l’impression que je n’arriverai jamais à arrêter.”*

Les patients ne voulaient pas forcément mettre en **péril leur confort**, car le traitement leur apportait une qualité de vie significative pour eux, comme l’expliquait P2 : *“je n’envisage pas d’arrêter parce que ça me permet de trouver le repos, d’être plus tranquille et de pouvoir dormir la nuit voilà !”*

La **pérennisation des facteurs favorisant la prise du traitement**, soit des facteurs de stress pour la plupart des situations, rendaient l’entreprise du sevrage difficile : *“Si j’étais calme détendue sans stress et sans problèmes, je pense que j’arrêteraï ! Mais là ! Vu que j’ai des*



*problèmes... Par exemple, là faut que je me fasse opérer du deuxième œil et bah ça me stresse !” (P14) ou encore : “Disons que par la suite mon environnement n’a pas arrangé les choses que ce soit coté famille ou amis...” (P15)*

De même, les **alternatives étaient souvent jugées insatisfaisantes** par les patients, ce qui freinait également leur intention de se sevrer : *“Je suis un peu déçu de tous ces trucs là j’avoue... parce que j’ai tout essayé hein : la psychothérapie, tout ça ça m’a jamais rien fait !” (P5) “S’il y avait autre chose pour me faire dormir, moi y’a pas de souci j’arrêteraient les médicaments hein !” (P6)*

On pouvait noter une certaine **anxiété anticipatoire** du sevrage, autant exprimée par les médecins, comme M7 : *“Mais souvent, je pense que quand on diminue les benzodiazépines, avant tout il y a une angoisse anticipatoire qui n’a rien à voir avec le traitement, hein, puisque c’est un peu l’effet placebo du médicament, et cette angoisse anticipatoire me semble être aussi, tout autant importante que... ou tout au moins correspondre proportionnellement à la durée, à la longueur de la prise, et au début du traitement.”* que pour les patients, comme P2 : *“L’idée d’arrêter je me dis: mon Dieu comment vais-je faire ?”*

En effet, les patients décrivaient une **angoisse de revenir à leur état antérieur** à la prise de traitement, comme l’expliquait P8 : *“Tellement peur de faire une rechute. J’ai tellement été mal... pour rien au monde je voudrais replonger comme j’étais.”*, de même que les médecins craignaient aussi une **mauvaise tolérance du sevrage**, comme M7 : *“Il est difficile de renvoyer quelqu’un en disant écoutez je vous arrête la moitié de votre traitement. S’il se jette sous un train on partage quand même là une responsabilité qui me semble moi, bien présente quoi.”*

Les **échecs de sevrage antérieurs** pouvaient induire une culpabilité des patients, ce qui avait tendance à les décourager de se lancer dans une nouvelle tentative, comme l’exprimait P2 : *“Je suis désolée.... J’ai essayé hein de m’en défaire.... Et non y a pas moyen”*, ainsi qu’on pouvait noter une certaine lassitude lorsque les patients avaient déjà essayé des **changements de molécule** à plusieurs reprises, comme pour P5 : *“j’ai un peu tout essayé, le Laroxyl et tout ce qui s’ensuit...”*

Cet ensemble de facteurs, vus comme des obstacles au sevrage, entraînaient une lassitude de la part des patients et des médecins, qui ne trouvaient **pas le courage** de rentrer dans cette démarche : *“Si je pourrais l’arrêter... peut être ! Mais j’ai pas la force.”* (P8) *“j’ai l’impression que c’est voué à l’échec en fait, une prise en charge de sevrage chez un patient dépendant d’un hypnotique au-delà de 65 ans, j’ai l’impression que c’est voué à l’échec et que ça va être un épuisement inutile”* (M3)

### **(b) Patient ne se sentant pas concerné**

Certains patients ne se sentaient tout simplement **pas concernés** par l’éventualité d’arrêter leur traitement, comme P9 le disait : *“Non je crois pas que ce soit bon pour moi d’arrêter le traitement. L’arrêter complètement non je pense pas. Non je ne pense pas. Je ne pense pas que j’y arriverai”*. Les médecins pouvaient alors se retrouver face à un **refus catégorique** en cas de proposition de sevrage, comme dans les cas de M2 : *“Alors certains c’est un non catégorique, il faut continuer le traitement”* et M6 : *“Et ça si jamais les gens ils sont pas dans un processus de changement bah en fait ça sert à rien.”*

Les patients pouvaient utiliser leurs **comorbidités pour reléguer le problème du traitement au second plan**, qui ne leur semblait pas primordial comparé à leurs autres soucis de santé : *“Par exemple là au mois de décembre (s’emporte) j’ai le néphrologue, la diabétologue, le cardiologue et l’ophtalmo pour le diabète. [...] Donc voyez j’ai bien d’autres préoccupations hein !”* (P6)

Un manque d’entourage, et donc un **isolement du patient**, n’allait pas non plus dans le sens d’une intention de se sevrer : *“Non j’en discute pas. Non et j’ai pas tellement d’entourage.”* (P4) *“Alors vous savez moi, je vis toute seule, mes enfants sont loin, en région parisienne, j’ai une sœur qui habite à côté de moi.”* (P13)

Au contraire, une **famille ne comprenant pas l’intérêt d’un sevrage** ou d’une diminution des posologies pour leur proche pouvait être un frein supplémentaire, comme cet exemple en institution avec M8 : *“Voilà, oui elle en prenait beaucoup plus... A l’arrivée [en*

EHPAD], oui oui elle a diminué, au grand dam de la famille. Ils comprennent pas souvent hein, ils disent oui mais la pauvre elle est angoissée... Oui mais elle pèse 40 kilos...”

**(c) Un report éternel au lendemain**

La motivation au sevrage pouvait n'être pour le patient qu'un **projet vague et peu concret**, sans l'envisager de manière concrète, comme pour P1 : *“Je pense qu'un jour je vais arrêter.”*

Les patients pouvaient aussi se donner des **prétextes pour poursuivre le traitement**, se servant d'évènements intercurrents pour repousser sans cesse l'éventualité d'un sevrage, tel que P12 : *“Surtout que récemment je me suis cassé la figure dans la baignoire... je suis allée aux urgences, poignet foulé l'œil au beurre noir...”*

L'entourage du patient pouvait aussi être un frein, par exemple via le **personnel paramédical** qui pouvait sembler trop facilitant dans le maintien d'une prescription chronique, comme pour P4 : *“Je demande à l'infirmier et Hop. C'est lui qui fait le nécessaire.”*, ou en ne prenant pas en compte la décroissance mise en place par le médecin comme pour M2 : *“La famille disait oui oui vous avez raison, et en fait au bout de 6 mois je me suis aperçu que les infirmières n'avaient jamais modifié la dose, et continuaient à lui donner les comprimés de Lexomil, comme avant. Donc c'est très frustrant [...] donc même quand tu parles – quand tu laisses des mots, que tu parles avec les infirmières, bah c'est pas suivi des faits”*.

Tout cela était ressenti par le médecin, qui voyait bien qu'en face de lui le patient n'était pas prêt au changement et repoussait éternellement l'échéance, comme l'expliquait M2 : *“et de consultation en consultation tu te retrouves 5 ans après toujours avec le même traitement...”*

## 2. L'intention de changer

### (a) Les paramètres de motivation du patient

Certains patients semblaient garder **constamment en tête le souhait d'essayer de sevrer** de leur traitement par benzodiazépine ou apparenté, même si ce souhait était timide : *“Parfois je me dis « allez je vais essayer de ne pas le prendre »”* (P3) *“Comme je dis parfois « peut être faudrait l'arrêter »”* (P8)

Le patient pouvait rentrer dans une phase de motivation et donc dans une intention de sevrage s'il estimait ne plus avoir besoin du traitement, soit grâce à la **disparition des facteurs anxiogènes**, comme pour P10 : *“j'avais moins de soucis dans ma vie.”*, soit en cas de **retour à l'équilibre offert par le traitement**, comme pour P9 : *“Disons que je me suis sentie mieux petit à petit et au fur et à mesure que je me sentais mieux j'ai commencé à diminuer la dose par exemple un demi le matin un jour sur deux, après petit à petit comme ça sur du long terme quoi ! Sur du long terme oui.”* et P11 : *“Quand je me sens mieux, mon mari vous le dirait... J'ai tout de suite envie de baisser.”*

Cette motivation pouvait être **dynamisée par des réussites de sevrage antérieures**, soit lorsque le patient avait déjà réussi un sevrage avec la même **benzodiazépine**, comme pour P12 : *“Je vais arrêter facilement. Comme d'habitude. Comme la première fois.”* et P15 : *“[De votre côté avez-vous déjà imaginé l'arrêter totalement?] Oui ! Puisque je l'ai déjà arrêté quelques années !”*, soit en cas de sevrage réussi avec un **autre médicament**, comme pour P5 : *“Dans tous les traitements que j'ai eus, j'ai jamais eu de souci à arrêter jamais de symptôme.”*

L'**entourage familial ou amical** du patient pouvait avoir un effet catalyseur sur la motivation du patient, soit en déclarant être contre la prise de ce type de traitement, comme dans le cas de P12 : *“Elle, [ma nièce] elle voudrait que j'arrête. Elle est pas médicament non plus. Elle me dit que c'est pas bon de prendre des anxiolytiques ça c'est clair.”*, soit en se plaçant comme environnement protecteur, comme pour P13 : *“Oui finalement j'ai l'impression que ça s'est bien passé...Ah oui très bien passé ! J'étais bien entourée ! J'avais mon mari, mon*

*filles, ma belle-fille, ma petite fille... mes sœurs... voilà. Et c'est comme ça que j'ai pu m'en séparer quoi !"*

De même, des **activités sportives et de loisirs** pouvaient s'ajouter en tant que facteurs protecteurs et donc influencer positivement la motivation, comme pour P13 : *"je me suis inscrite tout de suite dans un club pour ne pas rester toute seule !"* et P15 : *"Parce que j'ai fait de la gym, du pilates, du stretching ! J'évacue autrement !"*

Certaines **sources d'information** en dehors de l'entourage, essentiellement les médias, pouvaient contribuer à la motivation de sevrage du patient, essentiellement via la peur du médicament, comme l'exprimait P14 : *"Même à la télé hein ! Vous savez j'écoute beaucoup les émissions médicales tout ça. Et là aussi... ils disaient que le Stilnox c'était pas terrible hein !"*

Ces derniers facteurs d'information par différents acteurs pouvaient faire **synergie avec les facteurs liés au médecin traitant**, et ainsi faire basculer le patient dans une motivation au sevrage, comme le résumait M2 : *"C'est parce que toi tu le dis pendant un an, et qu'ils vont entendre à la télévision, ou la voisine, ou la concierge va dire ah moi j'ai arrêté et depuis je me sens mieux – ah oui c'est ce que me dit mon médecin, donc je vais essayer de faire ça, depuis le temps qu'il me le dit."*

Tous ces facteurs semblaient contribuer à la motivation du patient et à la croyance qu'il était capable d'entamer et de réussir ce sevrage.

#### ***(b) Les limites du traitement : effets secondaires et dangerosité***

Les patients pouvaient percevoir une certaine **dangerosité du traitement** par benzodiazépine ou apparenté. Cette dangerosité pouvait être perçue de manière très globale et peu discriminative, comme pour P5 : *"Je sais que les anxiolytiques là... c'est bon... mais comme tous les médicaments hein ! Y'a toujours des effets indésirables hein !"* ou plus spécifique à la classe médicamenteuse comme pour P14 : *"Bah parce qu'on arrête pas*

*d'entendre que les somnifères c'est pas bon. Je me suis dite : moi je vais arrêter le Stilnox". Cette perception du danger pouvait être un facteur déclenchant du sevrage, comme continuait de l'expliquer P14 : "C'est à dire que j'ai voulu arrêter le Stilnox ! Il fallait bien arrêter à un moment ! C'est moi qui voulais arrêter... voilà."*

De même, la dangerosité pouvait être identifiée à l'aide de la **sécurisation des ordonnances** dans le cas du zolpidem ou Stilnox, tel que l'expliquait M8 : *"le zolpidem étant maintenant sur prescription sécurisée. Donc, on leur montre de ce fait, et on insiste, pour leur dire que si c'est sur prescription sécurisée, c'est que quand même... hein c'est quand même important comme prescription."*

Cette dangerosité pouvait aussi être mise en lumière par une **expérience personnelle négative**, d'effet secondaire vécu : *"[Et donc ça [information sur les effets secondaires] peut marcher pour leur faire diminuer ou leur faire arrêter ?...] Ça peut, ça peut, oui. Oui voilà certains c'est... alors surtout quand ils ont... enfin ils ont une expérience personnelle où ils ont oublié un truc, tout ça." (M8)*

De plus, certains patients ayant déjà été confrontés à des **expériences difficiles d'addiction et de sevrage à des substances**, se fixaient eux même certaines limites : *"Parce que là déjà au moment du Tranxene je voyais bien que je ne pouvais plus m'en passer, j'étais pas bien ! Et je ne voulais pas refaire la même erreur avec le Lexomil !" "Du coup j'appréhende d'en prendre plus. Ça me ferait du bien hein ! Mais je ne veux pas !" (P10)*

Les médecins communiquaient souvent le **risque d'effets secondaires** à leurs patients, dont ceux-ci avaient plus ou moins conscience : *"Donc, donc, c'est surtout un travail de communication sur les effets secondaires" (M2).* Le fait que les patients puissent avoir vécu une situation iatrogène en lien avec leur traitement pouvait les faire basculer dans la motivation au sevrage, comme le racontait M8 : *"Donc des fois il faut un accident de parcours quelque part, pour... oui c'est vrai vous l'aviez dit, voilà après ils reconnaissent que on l'avait dit, que... donc on enfonce un peu le clou. Mais il faut des fois un incident de parcours, comme une chute tout ça, pour leur... mettre en pratique ce qu'on leur a dit, hein voilà."*

Tout d'abord, le **risque de neurotoxicité** de ces classes de médicaments était souvent utilisé par les médecins, comme par M8 : *“Je leur dis les effets secondaires à long terme [...] de vieillissement cérébral accéléré, d'augmentation des troubles de mémoire, de la maladie d'Alzheimer qui est quand même une épée de Damoclès. [...] hein parce que ça ils sont sensibilisés quand même, ils en ont peur ! et finir en maison de retraite avec... voilà ! [...] mais par contre la maladie d'Alzheimer ça ça leur fait peur.”* Ce risque était fréquemment connu des patients, comme mentionné par P2 : *“Mais après je ne m'amuse pas avec ça je sais très bien que c'est dangereux ça provoque des pertes de mémoire...”* et P11 : *“Je me dis que peut être qu'à force d'avaler pleins de cachets comme ça peut être que le cerveau il en prend un coup... c'est mon idée à moi !”*

Les patients pouvaient vivre des **réactions paradoxales** en lien avec le traitement, ce qui pouvait contribuer à cette peur et donc les inciter au sevrage : *“j'étais à la maison de repos, je me suis levé [...] je faisais le somnambule vous voyez...”* (P3) *“avec le Xanax, ça... je sais pas... Je fais des cauchemars des cauchemars, et je me réveille pas bien le matin vous voyez ?”* (P14)

Le **risque de tolérance et d'addiction** pouvait être connu des patients, par exemple P3 : *“Mon médecin me dit que c'est pas trop bon ces cachets là... Que je risque de m'accoutumer.”*, et mentionné par les médecins, comme M9 : *“Même s'il y a une inefficacité totale hein, en phase chronique ça ne marche pas du tout... Mais, compliqué de leur faire arrêter. Sans argument : je dors au moins 3 heures avec l'hypnotique ; avec le médicament je dors au moins 3-4 heures. Alors que je suis sûre que c'est pas... pas grâce à ça.”* et M13 : *“donc voilà j'essaye de leur expliquer, que ça leur fait des dépendances, qu'ils ont déjà beaucoup de médicaments, que du coup ça fait des interactions, etcetera.”*

Les patients pouvaient être conscients de ce **risque d'interactions avec d'autres médicaments ou d'incompatibilités avec certaines pathologies**, tels que P5 : *“je crois que ça convient pas avec ma tachycardie et comme maintenant j'en fais ...”* et P10 : *“Et puis avec tous mes médicaments j'ai toujours peur qu'il y ait des interactions, avoir des effets secondaires tout ça. J'ai peur”*, et comme le rappelait aussi M2 : *“de même chez les patients*

*insuffisants respiratoires que leurs problèmes de sommeil etcetera sont même sans doute accentués par la prise de ces cachets”.*

Le **risque de chute** était une éventualité bien connue des médecins, mais dont les patients ne semblaient pas s’inquiéter : *“Et les risques de chute. Enfin les risques de chute, en gros ça les... ça leur fait une belle jambe, enfin si j’ose dire, tant qu’ils se sont pas cassé la figure ils ont pas bien compris”* (M8). Cette crainte des effets indésirables et notamment des chutes incitait les médecins à insister pour un sevrage, tels que M3 : *“s’ils sont somnolents fin après c’est ... comment dire, ça retentit sur les habitudes de vie, sur l’état général, sur le risque de chute, fin c’est galère quoi”* et M9 : *“Et ça m’embête qu’elle ait du Stilnox à son âge. Parce qu’elle a déjà plein de facteurs de risque de chute, parce qu’elle y voit rien, elle a de l’arthrose plein les genoux, elle est diabétique sous insuline, donc si tu veux il y a plein plein de facteurs de risque de chute, et donc j’aurais voulu au moins maîtriser ce facteur là, mais... c’est un non catégorique.”*

De même, les **limites de l’efficacité du traitement** semblaient ressenties par les patients, comme l’exprimait P1 : *“Et même avec ça à 5h du matin je suis levée hein !”* et P2 : *“Parce que y a des jours avec l’habitude du traitement ... y a une nuit ou deux ... où on a plus de mal s’endormir”*, et pouvaient inciter le patient à vouloir se sevrer, comme l’expliquait M12 : *“Oui oui, et puis après, quand ils me disent que de toute manière ils dorment pas, (rire) quand ils y arrivent pas, oui oui ça j’en ai. [...] Il y en a qui sont d’accord parce que de toute manière ils voient pas l’effet”*.

### **3. Le passage à l’action**

#### **(a) Les alternatives**

Les médecins généralistes pouvaient proposer différentes alternatives pour aider leurs patients au sevrage en benzodiazépine ou d’apparenté.



Tout d'abord, les médecins essayaient de mettre l'accent sur les **prises en charge non médicamenteuses**. Par exemple, ils incitaient les patients à faire un **travail sur eux**, comme M3 : *“quand on s'en défait pas de toute façon je les préviens toujours les gens que s'ils n'essayent pas de travailler un peu sur leur anxiété et de régler le problème différemment, ou voilà bah ils n'arriveront pas à se sevrer du médicament [...] voilà j'essaye toujours de les prévenir de ça et du travail là-dessus.”*

Ils pouvaient aussi faire un travail d'**information sur l'hygiène du sommeil**, comme M13 : *“après donc, pour les benzo, comme souvent donc les personnes âgées, sont pour dormir, finalement le soir, je leur demande, bah, quel est leur rythme de sommeil, pourquoi est-ce qu'ils arrivent pas à dormir, pourquoi est-ce qu'ils en ont vraiment besoin. Et c'est vrai qu'il y en a qui, bah ils font une heure de sieste dans la journée, ils se couchent à 20h, oui bah forcément, à 5h ou 6h du matin ils sont réveillés, mais je leur explique que c'est pas qu'ils ont des troubles du sommeil, c'est que c'est normal, ils sont âgés, ils dorment moins, ils font pas grand-chose dans la journée, donc forcément ils ont pas besoin de beaucoup de sommeil, donc c'est pas un trouble.”*

La **psychothérapie** semblait avoir une place importante dans l'aide au sevrage et pour le soutien aux patients dans les périodes de vie difficiles : *“parce que j'ai tout essayé hein : la psychothérapie, tout ça”* (P5) ou : *“Mais bon j'ai eu des problèmes familiaux qui m'ont beaucoup atteinte .... Et ont fait que ...j'aurais dû à ce moment-là, comme c'était plus moral, consulter une psy que je connais. Je l'avais vue deux/ trois ans après ma maladie. Elle m'avait bien aidée.”* (P15) ou encore : *“Ça m'est même arrivé parfois de leur proposer d'aller voir une psychologue, pour discuter, ou faire un peu d'hypnose, voilà il y a d'autres choses pour essayer, de, en complément ou en relai de l'arrêt quoi”*. (M13)

De même, les **médecines alternatives** pouvaient être utiles dans l'aide au sevrage : *“et on lui a conseillé l'application petit bambou, qui est une application de méditation”* (M11) ou encore : *“parce que j'ai tout essayé [...] Même l'ostéopathie, l'homéopathie”* (P5)

Des **alternatives médicamenteuses** pouvaient aussi être utilisées dans l'objectif final de sevrer les benzodiazépines. Le psychiatre pouvait faire changer alternativement de molécules, comme le racontait P5 : *“j’y allais assez souvent chez la psychiatre mais ... y avait rien qui marchait c’est pour ça qu’on changeait...”*

Par exemple, les médecins pouvaient essayer de prescrire des **antidépresseurs**, comme le faisaient M3 : *“pour essayer de sortir du traitement par un hypnotique ou par une benzo chronique, je bascule sur un antidépresseur un peu sédatif, pour essayer de limiter les troubles du sommeil [...] par exemple chez la personne âgée j’aime bien introduire du Norset”* et M10 : *“chez certaines personnes, justement des fois ça m’arrive de justement, de switcher comme on dit, par un IRS, parce que, pour essayer de remonter cette sérotonine et voir un peu comment ça se passe. Et c’est vrai que ça marche bien.”*

D'**autres classes médicamenteuses** que les antidépresseurs pouvaient être tentées, comme certains antihistaminiques sédatifs tels que l'hydroxyzine qu'utilisait M10 : *“Oui oui oui, bah en switchant avec de l’Atarax hein, ça marche très bien. [D’accord.] Ouais ouais, en switchant avec de l’Atarax, et puis voilà quoi.”*, la mélatonine, utilisée par P5 *“le seul truc efficace peut-être c’était la mélatonine à 2 grammes. Je sais pas si c’est un effet placebo ou quoi mais on dirait que, quand je vais me coucher, une demi-heure après je ressens un petit « coulement »”*, ou le millepertuis utilisé par M10 *“Après il y aussi un truc où je fais, je mets un peu de millepertuis aussi”*.

Ces traitements étaient parfois utilisés en **chevauchement avec les benzodiazépines**, afin d'obtenir un sevrage progressif à terme, comme l'essayait M12 : *“Ah non, après moi souvent j’essaye de passer à la mélatonine, couplée, pour les somnifères, en tout cas. Pour l’anxiété, j’essaye toujours de passer aussi, alors je passais avec de l’homéopathie, donner des plantes, donner des choses, en mélangeant avec les benzo, pour essayer de faire une transition, et ensuite de rester qu’à ça”*.

Les alternatives médicamenteuses pouvaient être utilisées à l'insu du patient **en utilisant l'effet placebo**, comme expliquait M5 : *“au lieu de leur donner leur benzo leur somnifère tout*

*ce que tu veux, tu donnes une sorte de placebo le soir, et ils dorment aussi bien qu'avant. Alors placebo ça peut être, [...] tu donnes de l'ultralevure, ou un granulé d'homéopathie, ou un Stresam, enfin voilà."*

Cependant, le médecin disait souvent **ressentir le manque d'alternatives** dans le sevrage.

Tout d'abord, il pouvait se trouver démuni et en **difficulté pour convaincre** son patient, ne trouvant pas d'alternative qui le satisfasse : *"et puis en plus pour le coup je suis à bout d'argument assez rapidement en fait, hein"* (M1) ou encore : *"j'ai pas de moyen de proposer autre chose qui satisfasse le patient."* (M5)

Une autre limite était le **manque de formation spécifique** à ces questions, comme le mentionnait M10 : *"surtout pour, voilà ce genre de choses, sur la benzodiazépine qui pour moi voilà, je suis pas le psychiatre, je fais de la psy mais je suis pas le psychiatre de la personne âgée, j'ai pas de DU de gériatrie, je fais ça en mon âme et conscience et euh, voilà."*, et l'**absence de prévention organisée**, comme le regrettait M1 *"toute la notion de prévention où on pourrait mettre vraiment les gens, au cœur de la problématique et puis leur donner des outils déjà eux pour se sentir mieux... je trouve que c'est complètement absent"*.

Certaines alternatives étaient limitées par leur **coût, qui n'était pas toujours accepté** par le patient, comme l'expliquait M9 : *"Donc, et puis les autres alternatives, mélatonine etcetera, bah y a rien qui est remboursé par la sécurité sociale, euh... Le psychiatre (soupire) c'est quoi il faudrait une psychothérapie, c'est pas remboursé par la sécurité sociale."* et M13 : *"Donc c'est vrai que, c'est dommage que ce soit pas remboursé pour ces personnes-là, puisque du coup ben voilà, on est obligés de leur proposer, plus un imovane, ou autre pour qu'ils trouvent le sommeil, c'est un peu dommage."*, ou par le **manque de disponibilité**, avec l'exemple des psychiatres donné par M11 *"dans le coin, les psychiatres ça n'existe pas ! (rire) C'est très très compliqué. Enfin on en a un je crois pour toute la population, qui est pas forcément... et en fait les gens ici ils arrivent pas à voir de psychiatre. [...] l'accès aux soins psychiatriques dans le coin c'est très très problématique quoi."*

Une autre limitation aux alternatives était celle liée au **milieu socio-économique** du patient : *“Ici, dans ce quartier là, c’est pas ce qui va être favorisé. Je pense que dans un quartier un peu plus aisé, un peu plus bourgeois, plus ouvert sur les plantes les machins, ça marchera mieux, mais ici c’est un peu compliqué.”* (M9)

### **(b) Optimisation du traitement**

En dehors, ou associé à ces alternatives, le médecin essayait souvent d’**optimiser au mieux le traitement**, dans l’objectif de sevrer son patient.

Tout d’abord, le médecin tentait de **diminuer progressivement les doses** de benzodiazépines ou apparentés : *“Je fais des arrêts progressifs.”* (M7) Cette diminution de posologie pouvait se faire dans le cadre d’une discussion où le patient était participatif, comme pour P13 *“Et d’ailleurs l’autre jour en en discutant avec mon médecin. Elle m’avait dit « écoutez essayez de limer un petit peu quand vous prenez vos deux petits carrés, essayez de limer un peu comme ça petit à petit vous arriverez à ... à en prendre plus qu’un ».”* et P15 *“Elle m’avait conseillé d’en prendre qu’1/4 le matin si ça me permettait de mieux envisager la journée après.”* Mais elle pouvait aussi se matérialiser sous la forme d’un bras de fer entre médecin et patient comme dans le cas de M9 *“Donc euh, à la limite j’ai réussi à lui faire baisser. Elle était à Imovane 7 et demi, on est à 3,75. Donc elle me demande pas de l’augmenter. Elle me dit, ça marche moins bien que le 7,5 mais bon. [Et tu lui as dit que c’était pas négociable de baisser ?] Moi j’avais dit, 7,5 c’est pas négociable, vous passez à 3,75. 3,75, et là c’est pas négociable de l’enlever. Non je dors pas. Et bah on l’enlève alors, il marche pas. Ah non. Ah non. Bon, bon, on va le garder alors, pour faire joli (sourire).”* et de M7 *“J’essaie de diminuer. [...] Mais je prends des coups quand je fais ça. (rire)”*

En cas de polymédication de molécules de la même famille ou de psychotropes en général, le médecin essayait d’entamer une **désescalade** dans le traitement, comme l’expliquaient M1 : *“donc moi j’avais commencé à baisser le Temesta et j’avais enlevé le zopiclone”* et M11 : *“ouais ouais, en fait moi j’ai réussi à en enlever un ou deux, mais quand elle est arrivée elle avait... l’ordonnance je crois qu’il y avait 15 médicaments qui en plus*

*étaient pas forcément compatibles les uns avec les autres, enfin ça a été assez compliqué, et... enfin j'ai pas réussi à en enlever beaucoup quoi."*

Lorsqu'un sevrage total semblait inatteignable, le médecin pouvait essayer une **rotation des molécules**, notamment pour remplacer une molécule par une autre, plus adaptée à l'âge du patient et à moindre risque d'effets secondaires : *"à ce moment-là, on arrive pas à les sevrer complètement mais on change de traitement, on en met un autre."* (M3) ou encore : *"Voilà donc euh, moi j'essaye de remplacer par exemple, voilà ceux qui sont sous Lexomil, de pas les laisser sous Lexomil, parce que, c'est une longue durée d'action, donc j'essaye de basculer par exemple sur du Seresta déjà, de faire le changement comme ça, c'est déjà difficile. Euh... Donc souvent je fais ça, que ce soit le Xanax, Lysanxia, Lexomil, j'essaye de le basculer sous Seresta pour les personnes âgées."* (M12)

Sur le même principe, les médecins pouvaient utiliser une **nouvelle galénique** afin de manier plus finement les posologies, à l'aide de solutions buvables ou de comprimés sécables, comme l'expliquait M11 : *"ou même le bromazépam, parce que l'avantage du bromazépam c'est qu'on peut le couper en 4, donc je trouve que c'est pas mal de pouvoir essayer de leur dire voilà on en prend de moins en moins, voire un jour sur 2, voire... et je trouve que c'est plus facile. Après il y a les gouttes aussi, des fois les gouttes de Lysanxia, ou même des fois de Laroxyl, parce que voilà je trouve que plus on peut doser la quantité, et enfin au moins on est à la dose minimale efficace."*

### **(c) Changement de lieu de soin**

Certaines situations avec un **changement de lieu de soin** pouvaient être propices au sevrage.

Par exemple, un arrêt de traitement pouvait avoir lieu au cours d'une hospitalisation, soit parce que la cause de l'hospitalisation avait un lien avec le médicament, soit parce qu'un sevrage progressif était plus facilement réalisable en **milieu hospitalier** : *"elle a eu des crises d'épilepsie séquellaire de son AVC, donc elle a été hospitalisée. [...] Et le fait qu'elle ait été*

*hospitalisée, ça a fait un électrochoc, et puis à l'hôpital on lui a pas donné, donc du coup elle a pu l'arrêter.” (M8)*

De même, les médecins pouvaient profiter du moment de l'**entrée en institution** pour réévaluer les traitements habituels de l'ordonnance, et ainsi essayer de baisser la posologie voire de stopper complètement ce type de molécule : *“Ici, quand ils rentrent en maison de retraite, en général on divise tout par 2. Et après on voit. Oui, et donc, voilà, on diminue – on divise par 2 systématiquement – enfin bon ça dépend lesquels, bien sûr, de traitements, et après on se donne quinze jours si vraiment il y a... ils s'agitent tout ça, on redémarre et puis on rediminue doucement, voilà. En gros systématiquement à la maison de retraite on les divise par deux.” (M8)*

#### **(d) Place du médecin dans le sevrage**

Le médecin pouvait utiliser la relation de confiance qu'il avait construite avec son patient, tout d'abord en **s'enquérant de son état de motivation**, comme le faisaient M6 : *“en fait il y a pas de moment, c'est pas du on off, c'est pas on propose ou pas le sevrage, c'est juste des techniques de communication et on voit où les gens ils en sont.”* mais aussi M11 : *“Elle a fait d'elle-même, on a dû la revoir à un mois, un mois et demi, et après elle... parce qu'elle était motivée quoi. On avait réussi à la convaincre. (rire)”*, et en utilisant l'**entretien motivationnel** pour ce sujet : *“Entretien motivationnel. [...] Après c'est juste, arriver à trouver un accord avec le patient, mais ça c'est comme pour tout.” (M6)*

Le médecin pouvait utiliser son rôle central de médecin traitant pour tenter de motiver le patient au sevrage, en utilisant le **suivi régulier pour répéter cette démarche**, comme le remarquait P2 : *“Souvent elle me dit qu'il faudrait arrêter”*.

En effet, les médecins étaient, pour la plupart, **motivés sur le long terme** par cet objectif de sevrage : *“En fait j'ai toujours envie de leur proposer, parce que je pense que c'est... c'est pas des traitements qui sont là pour être prescrits de façon chronique, donc à chaque fois je me pose la question” (M1)*

Cette motivation venait de la **conscience des médecins de la problématique** de consommation chronique des benzodiazépines ou apparentés chez les personnes âgées comme pour M7 *“c’est pour ça qu’il faut freiner des quatre fers, j’en suis conscient hein”*. On pouvait aussi ajouter la conscience de ne pas respecter les recommandations tel que M5 *“La vérité c’est que je suis pas satisfait, parce que je sais que je ne devrais pas avoir ce type de pratique, qu’elle est pas recommandée, et qu’elle est hors AMM”*, ou de ne pas respecter le parcours de soins établi tel que M13 *“après bon c’est vrai qu’en étant pas le médecin traitant en théorie on est pas sensé renouveler surtout ce genre de médicaments [...] bon je le fais, mais en théorie... c’est pas très bien, parce que tout leur suivi, en fait, faudrait mieux qu’ils aillent chez leur médecin traitant pour les autres médicaments quoi. Mais bon.”* Cette culpabilité était partagée entre les médecins et les patients : *“on est peut-être un peu tous coupables”* (M7)

Les médecins pouvaient alors remettre en question leur pratique en utilisant notamment la **formation continue**, comme pour M5 *“Alors moi j’ai fait une formation, sur ce thème-là. [...] donc c’est depuis cette formation que je prescris la miansérine, qui est un inducteur du sommeil au long cours etc.”* et M7 *“[Donc en général, chez les personnes âgées, tu introduits plutôt des benzo à demi-vie courte, c’est ça ?] Ah oui, depuis plusieurs années oui. Pour éviter le risque de chutes. Parce qu’en plus moi je fais de la gériatrie donc je suis bien au fait de ces difficultés.”* Malgré ces formations, le sevrage était complexe et pouvait sembler sans issue chez les personnes âgées : *“Dans d’autres circonstances chez des patients plus jeunes, j’ai des succès avec ce traitement, mais chez les personnes âgées...”* (M5) Cette remise en question pouvait aussi se faire par l’intermédiaire de la formation de pairs comme les internes *“Bah justement, quand j’ai eu mon interne qui était motivée (rire), en fait elle avait fait son RSCA dessus, et donc du coup elle a décidé de prendre les choses en main, donc on a essayé de les arrêter chez tous les patients qu’on voyait cette semaine-là”* (M11)

Mais les médecins pouvaient se plaindre de se retrouver dans le mauvais rôle du médecin traitant, avec toute la **lourdeur administrative** et les tâches lui incombant qui l’empêchaient de trouver du temps pour perfectionner les ordonnances, et pouvant de fait entraîner un épuisement des médecins : *“il y a plein de patients qui arrivent avec des ordonnances et puis en disant, ah ben ce médecin il a dit que de toute manière c’était pas à lui de prescrire ça, et*

*qu'il fallait que je me... que je me débrouille avec vous, de toute façon avec le médecin généraliste, voilà c'est pour beaucoup de choses, faut se débrouiller, hein comme les arrêts maladie, les bons de transport (rire), donc ça ça va avec aussi, voilà, quand c'est des trucs emmerdants, c'est pour nous ! (rire)'' (M12) Cette lourdeur administrative pouvait cependant aussi être un levier au sevrage, lorsque le mode de prescription devenait trop contraignant par exemple, comme dans l'exemple des ordonnances sécurisées : *''On essaye plus facilement de virer le Stilnox parce qu'on en a marre de faire des ordonnances sécurisées'' (M3)**

## 4. Réussite

### *(a) Maintien du sevrage*

Certains sevrages étaient des réussites, et étaient ainsi **maintenus dans la durée**, comme le racontait P15 *''Petit à petit j'ai diminué jusqu'à ne plus le prendre pendant quelques années''* ou encore M2 *''Ah oui j'ai une patiente chez qui j'ai – une patiente dépressive qui fait des troubles du sommeil chez qui j'ai réussi à lui faire arrêter son traitement ; et qui a arrêté.''* Ces sevrages réussis étaient tout de même loin d'être la majorité comme le rapportait M8 *''Alors, on y arrive, mais je crois que... si on y arrive dans 20% des cas on est content quoi.''*

Certaines **expériences difficiles de sevrages** pouvaient induire après la réussite une crainte du traitement et ainsi maintenir ce sevrage dans la durée : *''parce qu'ils en ont déjà pris, et que ça a été très difficile pour s'arrêter. Donc ça ils veulent plus. Voilà ils veulent plus du tout reprendre.''* (M12)

### *(b) Sevrage partiel*

Certaines fois, sans parvenir à un sevrage total, le patient réussissait tout de même à diminuer le traitement, et ce **sevrage partiel** était déjà considéré comme une réussite : *''Oui j'ai déjà réussi à diminuer, oui oui j'ai souvenir d'un ou 2 patients, euh d'arrêter complètement je serais pas certaine, mais de diminuer oui, ça oui.''* (M13)



## 5. Echec

Les **sevrages réussis restaient tout de même plutôt rares** d'après les médecins comme M2 : *“même si l'objectif final de tout arrêter est hélas rarement atteint.”* et M4 *“des sevrages, il y a que cette patiente là que... j'ai réussi à sevrer quoi. Mais bon, pour les autres non.”*

Parfois, les sevrages entrepris étaient **interrompus au bout d'une durée plus ou moins courte** : *“Une fois j'ai réussi à l'arrêter totalement”* (P3) ou encore : *“j'ai arrêté de moi-même une fois pendant quelques mois”* (P10)

Cette interruption de sevrage pouvait intervenir si celui-ci était **immédiatement mal toléré**, soit en cas de **sevrage subi et mal vécu**, comme l'expliquaient M2 : *“Tu suscites plus un effet nocebo quand tu leur arrêtes, que tu leur imposes une baisse de traitement qu'autre chose.”* et M5 : *“j'ai fait des tentatives ; ça m'est arrivé. Mais euh, quelques jours après, le patient t'appelle et te dit qu'il a pas dormi depuis que tu as essayé d'arrêter le cachet, et que sa vie est devenue un enfer et qu'il lui faut à tout prix, ce soir.”*, ou comme vécu par P11 *“Voilà ! Il m'a dit « mais faut arrêter tout ça ! Vous prenez des sédatifs naturels tout ça »*. Mais aussi en cas de **sevrage choisi** par le patient mais réalisé de manière anarchique, comme le racontait M2 : *“Ou alors ils l'arrêtent seuls dans leur coin et ça se passe pas forcément bien, et ils reviennent te voir d'ailleurs...”*

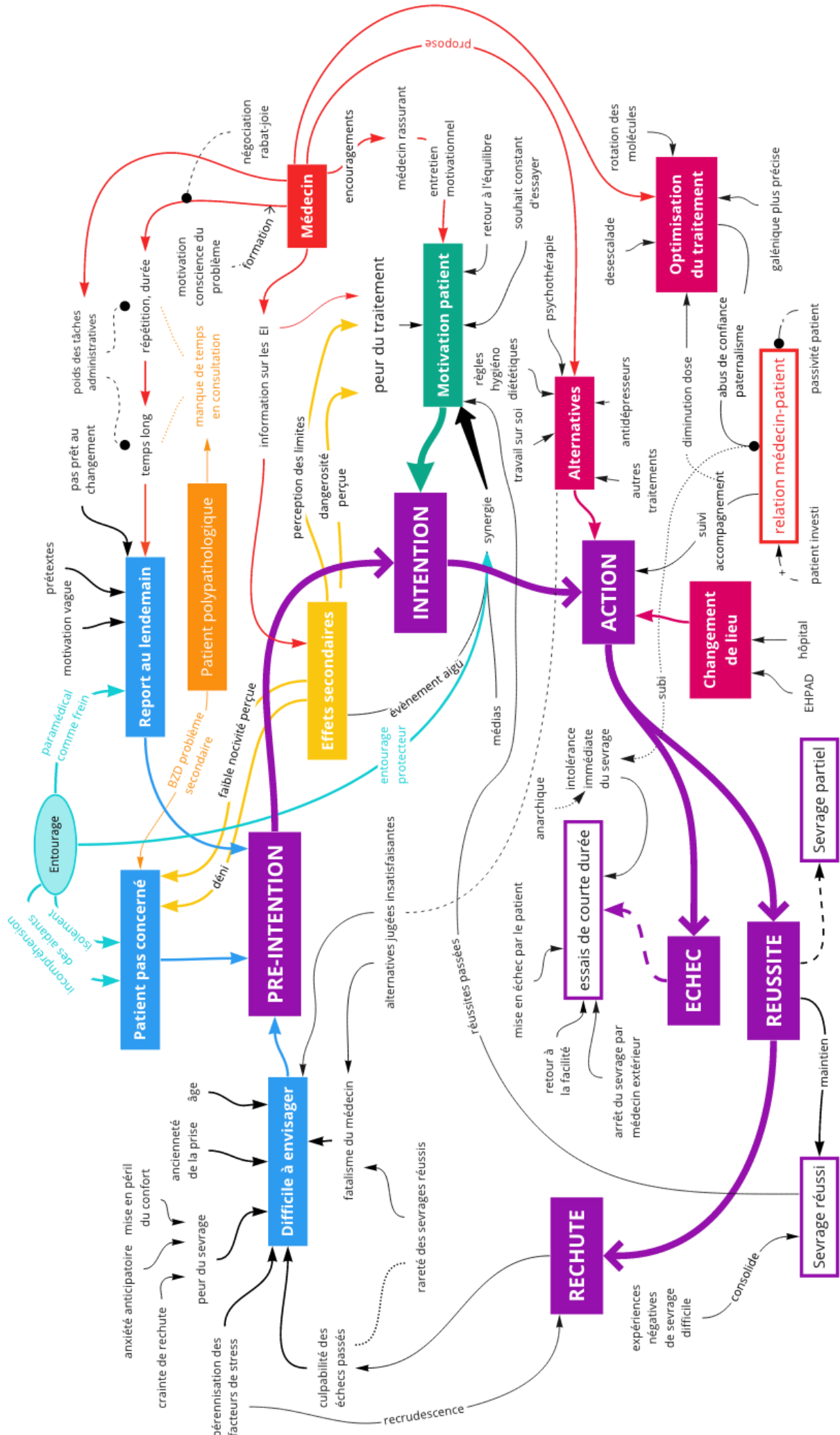
Les sevrages pouvaient n'être que de courte durée aussi en cas de **mise en échec systématique par le patient**, comme le racontaient P3 : *“Elle a essayé de me donner autre chose deux trois jours mais comme ça marchait pas j'ai décidé de reprendre le Stilnox”,* qui privilégiait un retour à une **solution de facilité** : *“à chaque fois que tu vas changer de molécule, [...] « Ah non mais j'ai dormi que 2 heures, ah non bah j'ai dormi que 3 heures, ah bah non j'ai pas réussi à m'endormir »”* ( M3) ou encore M11 : *“quand le Stilnox est passé en... en stupéfiant là, on a essayé d'en profiter justement pour changer, et beaucoup... enfin beaucoup au bout de un mois, un mois et demi sont revenus en disant, ça marche pas votre truc, moi je suis à fond, fin je veux l'autre, il marchait mieux... Voilà, il y en a beaucoup.”*

Il arrivait parfois que le sevrage entrepris par le médecin traitant soit interrompu par **l'intervention d'un médecin extérieur** : *“Il y a quelques essais de sevrage qui ont été stoppés soit par le spécialiste, soit par l'intervention d'un médecin des urgences, ou d'un médecin tiers, et du coup tout le raisonnement qu'on avait mis en place est tombé à l'eau. Et après bon bah, les gens souhaitent pas renouveler l'expérience hein.”* (M7)

## **6. Rechute**

Enfin, malgré un sevrage réussi, les patients n'étaient pas à l'abri d'une **rechute ultérieure**.

Celle-ci pouvait survenir en cas de **recrudescence d'un contexte favorisant la prise**, des facteurs de stress comme par exemple un deuil ou des problèmes de santé, comme pour P3 : *“ça a été pendant quelques temps mais après j'ai eu à nouveau des soucis de santé.... Et j'en ai eu besoin”* et P13 *“Mais depuis la mort de mon mari... et ben... J'en ai repris voilà.”* Le médicament pouvait aussi faire effet de refuge pour ne pas déranger l'entourage, et ainsi favoriser la rechute, comme le racontait P15 *“Là c'est mon fils qui me bouscule en ce moment pour que je me soigne.... Mais je ne veux pas lui causer du souci. C'est pour ça que j'ai essayé d'en reprendre un peu.”*



# V. Discussion

## A. Forces et limites

### 1. Les forces de notre étude

Nous avons, préalablement à la réalisation de cette étude, été formées à la méthode de la thèse qualitative par le biais d'ateliers élaborés par le DUMG ainsi que par notre directrice de thèse. Celle-ci a participé aux différentes étapes de rédaction de notre guide d'entretien et orienté les améliorations dans la conduite des entretiens par le biais de ses relectures et critiques constructives pas à pas, nous permettant ainsi de progresser rapidement dans notre habileté à réaliser les entretiens et optimiser le recueil des données.

Nous avons tenté de remplir au maximum les exigences des critères COREQ (cf grille COREQ en annexe) concernant la méthode des études en recherche qualitative et nous sommes parvenues à remplir 30 items sur 32. Nous pouvons souligner quelques critères principaux. En effet, nous avons réalisé ensemble un guide d'entretien pour chacune des populations. Ces derniers ont été préparés et testés à l'avance avec des questions les plus ouvertes possibles afin de permettre une expression la plus libre possible de la part du participant ainsi qu'une question brise-glace destinée à contextualiser le sujet dans une situation vécue et ainsi lancer l'entretien et la discussion. Nous avons également réalisé la tenue d'un cahier de terrain pour déconstruire nos propres représentations à priori. L'enregistrement par dictaphone de chacun des entretiens nous a permis de ne pas gêner leur déroulement et d'optimiser le recueil des données à postériori. Nous sommes ainsi parvenues à réaliser respectivement 13 et 15 entretiens pour nos deux populations d'étude, deux échantillons que nous avons par la suite analysés. Les entretiens proposés en visioconférence ont permis de faciliter la prise de rendez-vous entre les investigatrices et les sujets ainsi que l'acceptation des entretiens, notamment chez les sujets âgés, peu enclins à se déplacer ou accueillir chez eux, tout en conservant l'aspect visuel permettant de relever les comportements non verbaux riches d'informations. Effectivement,

nous n'avons essuyé que peu de refus au cours de ce recrutement et avons ainsi obtenu un très faible biais de sélection.

L'échantillonnage, notamment au niveau des médecins, a permis d'obtenir une variabilité maximale sur les plans de l'âge, de l'ancienneté d'installation, du sexe et de la taille de la ville d'exercice afin de diversifier les modalités de pratiques et les informations recueillies.

Nous avons tenté d'adopter une attitude la plus neutre et bienveillante possible. D'une part du côté des médecins qui auraient pu se sentir jugés dans leurs pratiques mais surtout du côté des patients qui nous ont fait confiance pour aborder des événements de vie parfois sensibles et des consommations médicamenteuses délicates à aborder, de surcroît avec des inconnues. Nous avons également essayé d'induire le moins possible les réponses des sujets interviewés par des questions neutres et ouvertes et un langage non verbal maîtrisé.

Nous avons codé les données recueillies puis triangulé ce codage (entre les deux chercheurs et avec notre directrice de thèse) afin d'éliminer au maximum les biais de recueil et d'interprétation des résultats et ainsi renforcer la validité interne de ce travail. La confrontation de nos trois visions ont permis de faire émerger bon nombre de concepts que nous avons d'abord classé de façon thématique, cette arborescence ayant fait l'objet de nombreuses modifications au fil des entretiens. Par la suite nous avons choisi d'élaborer des modèles complexes destinés à étudier, non pas en parallèle, mais en miroir les différents mécanismes.

L'étude de la littérature nous a permis de répertorier différentes études menées soit au sein de populations de médecins ou de patients mais nous n'avons pas retrouvé de travail mettant en relation les représentations de ces deux populations dans une même étude. Il s'agit donc d'un travail original combinant pour la première fois les deux aspects du même problème ; cette association semble particulièrement pertinente dans la mesure où c'est bien au cœur de la consultation et des interactions complexes entre le médecin et son patient, leurs représentations, leurs à priori, leurs environnements de vie et de santé que la situation se joue.

De plus notre travail aborde un thème d'actualité. Depuis leur commercialisation dans les années 80 avec l'apogée du Valium® à nos jours, la prescription des benzodiazépines et apparentés connaît aujourd'hui un tournant avec une prescription de plus en plus réglementée. Elle est au cœur des préoccupations de santé publique avec l'émergence de nouvelles recommandations de la part de la HAS visant à mettre en garde les prescripteurs.

## **2. Les limites et biais**

Il s'agissait, pour les deux investigatrices, de notre première étude qualitative ce qui a pu limiter la qualité des entretiens notamment ceux ayant eu lieu au début de l'étude car nous étions peu habituées à diriger des entretiens et à réaliser des relances appropriées pour optimiser le recueil des données.

En ce qui concerne la méthode, nous n'avons pas répondu à deux des critères COREQ à savoir l'item 23 concernant le retour des retranscriptions, lesquelles n'ont pas été retournées aux participants pour commentaire ou correction, ainsi que l'item 28 concernant la vérification par les participants, à qui nous n'avons pas demandé d'exprimer de retours sur les résultats. En effet, les entretiens étant parfois le lieu pour les différents intervenants de s'exprimer sur des événements de vie difficiles pour certains ou des situations conflictuelles pour d'autres, nous n'avons pas jugé bon de leur demander de se confronter à leur discours à posteriori.

Notre étude a également souffert de la pandémie mondiale Covid 19 qui a été contemporaine de notre étude. Nous avons alors eu beaucoup de difficultés à recruter notamment dans l'échantillon des patients, ceux-ci étant de surcroît la cible préférentielle du virus à risque de complications. Nous avons donc pris le parti de proposer aux participants de réaliser des entretiens en visioconférence ce qui a permis de finir notre recrutement dans de bonnes conditions. Cette méthode de visioconférence était aussi souvent privilégiée par les médecins d'une part afin de respecter au mieux les gestes barrières, et d'autre part pour ne pas les accaparer durant une période de surcharge professionnelle. Les entretiens des médecins n'ont pu être débutés qu'après la première phase de la pandémie passée, sans quoi leur discours risquait d'être biaisé et bien loin de la pratique quotidienne habituelle qui nous intéressait. Cette

période, particulièrement stressante, était au centre des préoccupations des médecins mais surtout des patients âgés interviewés. Un certain nombre d'entre eux l'ont évoquée dans leurs entretiens et ont souligné l'influence très anxiogène qu'avait eu la situation sanitaire sur leur état de santé, leur qualité de vie et leur prescription de benzodiazépines et apparentés en lien avec l'isolement. En effet, bon nombre d'entre eux ont exprimé avoir dû interrompre leurs activités (hobbies, club sénior) et limiter leurs interactions avec leur entourage notamment leurs aidants familiaux qui sont les piliers de leur vie sociale.

Par ailleurs nous avons rencontré des difficultés à équilibrer le sex ratio au sein de l'échantillon de patients interviewés. En effet, le recrutement aléatoire a spontanément souligné que les patients âgés consommateurs chroniques de benzodiazépines étaient principalement des femmes. Ceci a été confirmé par notre difficulté à recruter des sujets masculins mais aussi par le discours des médecins interviewés qui ont mis en évidence cette consommation à tendance féminine. Cependant, lors des études qualitatives la représentativité des échantillons n'est pas requise, seule la diversité compte.

L'un des facteurs d'exclusion de notre étude était un état cognitif insuffisant pour exprimer ses idées et répondre aux questions de notre guide d'entretien et ce facteur a grandement limité le recrutement chez les patients âgés de plus de 80 ans. Cependant, deux sujets de plus de 80 ans ont pu être inclus et ont par ailleurs particulièrement contribué aux données recueillies.

Nous n'avons inclus que des patients ayant une consommation chronique encore pérenne de benzodiazépines, excluant de ce fait les patients ayant réussi un sevrage (tel que c'était le cas de P7). Nous n'avons pas pu comparer les expériences de sevrages réussis avant ou après chronicisation mentionnés par les médecins, du point de vue des patients.

Les entretiens étaient de durée variable surtout concernant les entretiens patients allant de 6 minutes pour le plus court à plus de 40 minutes pour le plus long. Ceci peut possiblement s'expliquer par les potentiels aprioris des patients concernant notre étude mais aussi une certaine pudeur à expliciter certains épisodes traumatisants de leur vie ou de leur état de santé

intimement liés à la prescription de benzodiazépines qui faisait l'objet de nos questions. Nous pouvons également évoquer sans certitude l'hypothèse de troubles cognitifs ou de limitations éducatives qui auraient pu rendre difficile la compréhension ou l'expression personnelle concernant le sujet complexe de notre travail notamment chez cette génération de patients peu sensibilisés aux problématiques psychiatriques.

Enfin nous avons noté qu'il pouvait exister au sein de notre étude un biais de désirabilité sociale lié au fait que, par souci de facilité, certains médecins interviewés étaient connus de l'investigatrice et certains patients ont été recrutés au cours de consultations de remplacement de l'autre investigatrice. Il se peut que les sujets interviewés aient souhaité, inconsciemment ou non, se montrer sous leur meilleur jour face à un interlocuteur connu et ainsi masquer ou embellir certaines informations notamment dans la mesure où nous abordions des sujets parfois sensibles aux yeux des patients tels que des deuils.

## **B. Nos résultats et la littérature**

### **1. Le profil du consommateur chronique**

#### *(a) Caractéristiques démographiques*

Certains facteurs socio-démographiques et de santé sont associés à une consommation chronique de benzodiazépines et d'hypnotiques apparentés chez les personnes âgées non institutionnalisées, définissant ainsi un profil type de consommateur chronique selon des études réalisées dans différentes régions du monde. Tout d'abord on retrouve des facteurs socio-démographiques tels que le sexe féminin, l'avancée en âge, le veuvage, le divorce, ou l'isolement en général ; critères également mis en exergue dans notre étude. Sur le plan médical, on retrouve un nombre élevé de comorbidités ainsi qu'une polymédication, dont l'usage parfois problématique d'autres traitements notamment l'association avec d'autres psychotropes. Parmi les facteurs associés on retrouve des symptômes anxiodépressifs, des traits de personnalité borderline, une douleur chronique, un alcoolisme, une perte d'autonomie dans



les actes de la vie quotidienne. (71–78) Sur le plan de la santé mentale, les patients âgés consommant régulièrement des benzodiazépines présentent un moindre niveau de bien-être psychologique, une détresse psychologique plus élevée, plus d'antécédents de troubles de la santé mentale et une moindre qualité de sommeil ressentie. (79) Ils semblent avoir une perception négative de leur santé (78,80) et ressentent moins de contrôle sur leur sort. (81)

Ces résultats ont été confirmés lors du recrutement de notre étude. En effet, la prédominance du sexe féminin chez les consommateurs âgés chroniques de benzodiazépines semblait appuyée par la plus grande difficulté que nous avons rencontrée à recruter des patients de sexe masculin lors de la réalisation de cette étude.

### *(b) L'insomnie comme principal motif*

Cette utilisation chronique a le plus souvent lieu dans le cadre de troubles du sommeil. (82) En effet, les médecins interviewés dans notre étude ont clairement évoqué la prépondérance de cette indication par rapport aux autres, notamment l'anxiolyse. Ces pratiques plus actuelles s'opposent aux habitudes de prescription plus anciennes qui se concentraient sur l'anxiolyse à l'aide de benzodiazépines de longue durée d'action. (72,73)

Les troubles du sommeil surtout s'ils sont marqués à l'initiation du traitement, notamment concernant la qualité et la durée de sommeil, étaient prédictifs d'une chronicisation. (83)

Une thèse s'intéressant à plus de 250 consommateurs chroniques d'hypnotiques de plus de 65 ans du Nord Pas de Calais retrouvait que 2/3 d'entre eux étaient consommateurs depuis plus de 5 ans, ce qui confirme l'ancienneté de la prise souvent retrouvée dans notre étude dans le cadre des troubles du sommeil. (70)

### *(c) Facteurs de risque de chronicisation*

Des études suggéraient que plus les personnes étaient âgées, plus elles étaient à même de s'engager dans un processus de chronicisation. (75,84,85) Ces résultats ont été confirmés dans notre étude. En effet, les médecins ont souligné cette problématique de chronicisation comme appartenant à la classe des "très âgés" à savoir les plus de 80 ans.

La présence d'un consommateur au domicile pourrait être associée à une consommation de longue durée. (80) Nous n'avons pas retrouvé cette donnée mais effectivement, le fait d'avoir un proche consommateur semblait diminuer le risque perçu par le patient et concourait ainsi à la chronicisation. De plus, ces proches consommateurs pouvaient aussi fournir le patient en benzodiazépines de façon détournée.

En comparaison aux consommateurs chroniques plus jeunes, les sujets âgés présentent moins de pathologies psychiatriques et ressentent moins de conséquences somatiques et sociales négatives attribuables à leur traitement ; ce qui contribue à la pérennisation de la prescription. La consommation se caractérise chez eux par une ritualisation avec le plus souvent une bonne tolérance. (86) On retrouve ces résultats dans notre étude dans la mesure où les médecins comme les patients soulignaient la bonne tolérance du traitement, la ritualisation de sa prise et de faibles conséquences médicosociales ressenties.

Une étude américaine destinée à caractériser le profil à risque de consommation chronique retrouvait que les patients âgés chez qui on initiait une benzodiazépine passaient à la chronicisation à un an dans 25% des cas. Une mauvaise qualité de sommeil en début de traitement, une primo prescription de longue durée ainsi que la couleur blanche étaient plus souvent retrouvées. (87) Nous n'avons pas étudié la différence ethnique dans notre étude mais des troubles du sommeil majeurs semblaient être un motif de prescription initiale plus à risque de chronicisation.

Une autre étude américaine retrouvait chez les nouveaux consommateurs de benzodiazépines de plus de 60 ans des indications majoritairement marquées par l'insomnie.

Malgré une amélioration non significative de leurs troubles du sommeil (similaire au groupe sevré), 30% des participants continuaient de consommer quotidiennement à 2 mois de l'initiation et s'engageaient ainsi sur la voie de la chronicisation malgré un faible bénéfice objectivable. (88) Des résultats similaires ont été retrouvés dans une thèse québécoise, avec une moindre amélioration du sommeil à un an chez les patients âgés consommateurs de benzodiazépines que chez les non-consommateurs, suggérant un effet néfaste des benzodiazépines sur le sommeil en cas de consommation prolongée. (89)

## **2. Une consommation addictive**

Cette chronicisation peut en partie être expliquée par le lien entre benzodiazépines et circuit de récompense, comme mis en évidence chez la souris avec le diazepam et le zolpidem via certains types de récepteurs GABA-A. (96) En effet, cela est ressorti dans notre étude dans les entretiens des médecins et des patients. Ils avaient tendance les uns comme les autres à assimiler cette consommation à la dépendance à la nicotine ou à la morphine mais aussi par un lien émotionnel très fort qui semblait lier le patient à la molécule. Les patients consommateurs chroniques semblent accorder effectivement un lien vital à leur traitement. (97)

Nous avons noté à plusieurs reprises dans les résultats de notre étude que les personnes âgées semblaient présenter une dépendance plus importante et une moindre facilité de sevrage aux benzodiazépines que les adultes plus jeunes. En effet, certains patients déclaraient avoir réussi un sevrage aux benzodiazépines ou à d'autres substances par le passé, sans réussir pour autant à réitérer ce sevrage à un âge plus avancé. Des médecins évoquaient aussi que certaines stratégies de sevrage pouvaient fonctionner chez l'adulte jeune mais qu'ils menaient plus souvent à des échecs chez des patients plus âgés. Les interactions entre abus de substance et vieillissement sont pourtant mal compris et les données de la littérature concernant les changements cérébraux liés à l'âge notamment sur le système de récompense sont mitigés. L'avancée en âge entraîne une réduction de fonction des récepteurs dopaminergiques, sérotoninergiques et glutamatergiques impliqués dans l'abus de substances. Le système de récompense serait plus sensible avec l'âge chez les rats, avec un risque majoré de dépendance en cas de consommation, ce qui suggère que même un abus modéré de substance pourrait poser

plus de problèmes que chez les jeunes adultes. (90) Par exemple, les personnes âgées présenteraient des symptômes de sevrage à l'alcool plus sévères et nécessiteraient des soins plus poussés et plus prolongés que des jeunes adultes, avec notamment des symptômes anxieux plus marqués lors du sevrage de rats âgés. (91) D'un autre côté, aucune différence liée à l'âge n'a été retrouvée sur la sévérité de dépendance et des symptômes de sevrage à la morphine chez les rats. (92)

Cependant, il est apparu que les médecins pourraient avoir tendance à considérer les patients comme dépendants par excès. Une étude nantaise a comparé la perception de la dépendance aux benzodiazépines entre des patients et leurs médecins traitants : une concordance était retrouvée dans la plupart des cas (70%), mais en cas de non-concordance on notait le plus souvent une surestimation de la dépendance de son patient par le médecin. (98)

### **3. L'introduction**

#### *(a) En ville*

Les médecins déclaraient se tourner préférentiellement vers le Seresta®. En effet, l'oxazepam comparé au diazepam (Valium®) chez des personnes âgées, montre une élimination plus rapide, une moindre accumulation, et une moindre persistance de l'effet sédatif, (93) et est connu de longue date pour être efficace dans la prise en charge des troubles anxieux toujours chez les personnes âgées, avec une sûreté d'utilisation. (94)

Une étude canadienne a suggéré quant à elle, que les médecins généralistes plus anciennement diplômés étaient plus à même de prescrire des benzodiazépines de longue demi-vie et de manière chronique. (84)

Les patients âgés avaient plus de chance de se voir initier une benzodiazépine par leur médecin s'ils présentaient des symptômes dépressifs, avaient des troubles cognitifs, déclaraient une mauvaise santé perçue et une mauvaise satisfaction de vie, et avaient un suivi médical rapproché. (77)

### *(b) Hospitalière*

Nous avons vu dans notre étude que certaines consommations chroniques de benzodiazépines avaient été initiées lors d'une hospitalisation, notamment du fait de l'absence de relation entre le patient et le médecin hospitalier. En effet, une benzodiazépine initiée lors d'une hospitalisation aura plus de chance de se chroniciser si le patient âgé est une femme, en cas de nombreuses comorbidités, dont les antécédents d'addiction à l'alcool, en cas de polymédication, si l'hospitalisation est de longue durée, et plus dans les services de médecine et de soins intensifs qu'en services de chirurgie. (95)

## **4. Le cas particulier des patients déments et dépendants**

Les médecins de notre étude ont, à plusieurs reprises, souligné que l'EHPAD était un lieu préférentiel de prescription des benzodiazépines chez les sujets âgés. Une étude dans des maisons de retraite belges retrouvait, parmi les fréquentes prescriptions de benzodiazépines et apparentés, des posologies souvent supérieures aux recommandations gériatriques, notamment pour l'insomnie avec lormetazepam, zopiclone, et zolpidem. Les patients déments recevaient plus souvent ces prescriptions. On retrouvait une association avec la douleur et la dépression, suggérant que comme dans notre étude les benzodiazépines pouvaient être utilisées pour un motif hors recommandations. (54)

Certains médecins interviewés ont exprimé qu'ils essayaient parfois de sevrer les benzodiazépines à l'entrée en EHPAD par excès de paternalisme sur la prescription, le changement d'environnement étant particulièrement propice aux modifications dans l'ordonnance. Cependant, d'autres médecins ont aussi exprimé leurs difficultés à mettre en œuvre ce sevrage devant un personnel paramédical mettant une certaine pression sur la prescription. On peut alors imaginer que le personnel sous-estime les enjeux de ce sevrage, cette prescription étant jugée acceptable. Dans une étude qualitative réalisée auprès d'infirmières d'établissements belges pour personnes âgées dépendantes et s'intéressant à leur rôle dans l'utilisation des benzodiazépines chez leurs résidents, on retrouvait que les infirmières voyaient la benzodiazépine comme une prescription de routine, possiblement en lien avec une

connaissance des benzodiazépines limitée et une minimisation des effets indésirables. Le traitement une fois débuté était poursuivi sans questionnement particulier et ne leur semblait pas nécessiter de réévaluation propre. La médicalisation semblait favorisée par rapport aux alternatives, via le manque de temps et le trop grand nombre de résidents pris en charge par infirmière, surtout la nuit. On pouvait retrouver une certaine pression de prescription qu'elles pouvaient infliger aux médecins pour les résidents dont elles étaient conscientes des troubles du sommeil, ou en cas de troubles du comportement perturbant le lieu de vie et ses autres résidents, mais on retrouvait aussi une inégalité de pouvoir avec les médecins, les infirmières se plaçant sous leur autorité et hésitant à les contredire. (107)

Ces prescriptions peuvent notamment s'expliquer par les fréquents troubles productifs du comportement qui accompagnent les démences. Une étude concernant la cohorte Paca-Alz, constituée de patients en ambulatoire de la région PACA atteints de démence type Alzheimer et maladies apparentées sous traitement, s'intéressait principalement aux antipsychotiques mais retrouvait que les benzodiazépines étaient fortement utilisées dans cette population âgée aux troubles cognitifs. Les benzodiazépines se trouvaient à la 2ème place des psychotropes les plus consommés, après les antidépresseurs et avant les antipsychotiques. 45% des patients de l'étude consommaient des anxiolytiques, et 25% des hypnotiques. (108)

## **5. La motivation du patient à changer de comportement**

### *(a) Le modèle transthéorique du changement*

Nous avons classé les différentes étapes qui intervenaient dans la motivation au sevrage des benzodiazépines comme un processus dynamique de changement de comportement de santé. Nous avons donc retrouvé des similitudes avec le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente, créé et testé à l'origine dans le sevrage tabagique, mais pouvant être élargi à l'adoption de l'ensemble des comportements sains de santé. (109) En effet, des similitudes avec le sevrage tabagique ont été mentionnées par les patients d'une part et par les médecins d'autre part. Les patients semblaient rassurés concernant le caractère addictif des benzodiazépines et apparentés s'ils avaient déjà réussi un sevrage tabagique. Les médecins,

eux, ont souligné que la dépendance aux benzodiazépines pouvait s'apparenter à celle à la nicotine et qu'ils utilisaient les mêmes techniques pour amorcer un sevrage. Ainsi le médecin doit dans un premier temps prendre en compte le stade où le patient se trouve, car il faut y adapter les modes d'intervention, dans l'objectif de le faire progresser étape par étape vers le sevrage réussi. Les étapes de changement comprennent la pré-intention, l'intention, la préparation, l'action, et le maintien allant jusqu'à la liberté ou alors la rechute. Dans notre modélisation, nous retrouvons de nombreuses similitudes et les différentes étapes (en dehors des phases d'intention et de pré-intention qui apparaissaient fusionnées) sont présentes dans notre modèle du sevrage. Une grande majorité des personnes ayant une addiction quelle qu'elle soit sont dans une phase de pré-intention, puis d'intention, et très peu sont dans l'action. Des programmes de sevrage tabagique par exemple ont montré un franc échec chez des consommateurs en pré-intention ou en intention, alors qu'ils étaient efficaces chez des patients prêts à l'action et dans l'action. (109) En effet, le patient doit être motivé pour le sevrage et doit comprendre le bénéfice attendu, sans quoi le risque d'échec est important. (110)

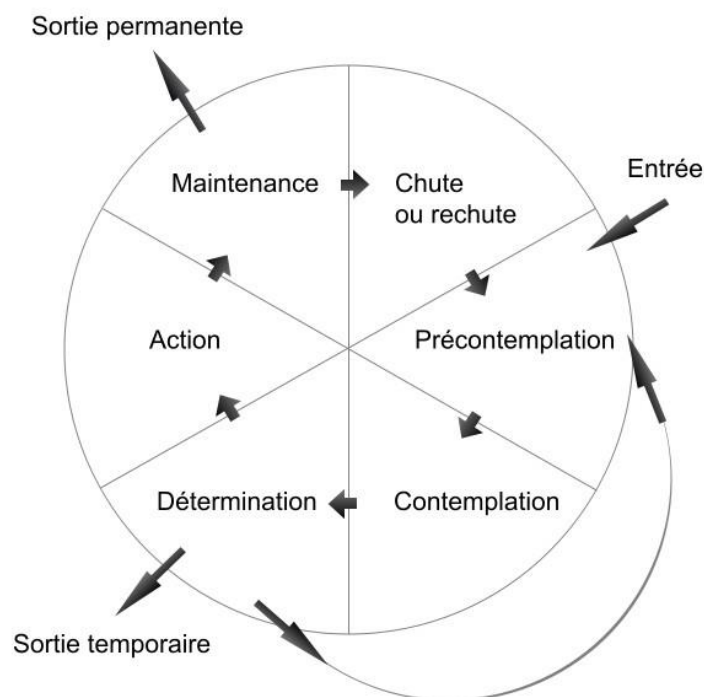


Figure 4 : Le processus transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (source : intervenir-addictions.fr)

### *(b) Préférence temporelle*

Le concept de préférence temporelle suggère que les personnes préfèrent en général recevoir une récompense immédiate plutôt que d'attendre une récompense future même plus importante. En effet, la valeur de la récompense tardive serait abaissée par le délai à attendre. L'évaluation subjective du taux d'actualisation, dépend notamment de l'âge et de l'état de santé de la personne, et donc de son espérance de vie. Ceci peut être expliqué par la réduction de l'utilité de changer son mode de consommation ou son comportement dans le futur, en lien avec la morbi mortalité des personnes âgées. (111) Une consommation majorée de substances addictives tend à augmenter l'utilité présente tout en diminuant l'utilité future. Ces addictions créent une impatience et une vision télescopique entraînant une sous-estimation des besoins futurs. De même, avec l'avancée en âge, le peu d'années de vie restantes concourt à une faible incitation à l'investissement. Les anciens rabaisent fortement le futur. (112)

Ainsi bon nombre de médecins de cette étude semblaient exprimer que les effets secondaires à moyen et long terme étaient des arguments de faible poids pour leurs patients âgés surtout en comparaison avec le bénéfice à court terme perçu, qu'il s'agisse de l'anxiolyse ou de l'effet hypnotique. Les patients, eux-aussi, ont exprimé parfois à demi-mot que compte-tenu de leur âge et de leur faible espérance de vie, ils n'accordaient qu'une faible importance à la nécessité d'un sevrage imminent ou dans un futur proche. Ils semblaient peu impactés par les techniques d'information sur les effets secondaires à long terme qui leur semblaient mineurs en comparaison avec le bénéfice à court terme : le confort quotidien. Les médecins aussi pouvaient privilégier le bénéfice du confort immédiat de leurs patients contre un risque de complication tardive, qui pesait moins dans la balance du fait de l'âge avancé des patients. Cette prise de décision du médecin en fonction de la balance bénéfice risque se faisait grâce à sa vision globale du patient et de sa connaissance de chaque individu en tant que médecin traitant.



## 6. Perceptions des patients consommateurs chroniques

Nous avons retrouvé différentes études qualitatives et une étude quantitative s'intéressant aux perceptions des patients consommateurs chroniques de benzodiazépines et/ou apparentés. Certaines s'intéressaient aux adultes de tout âge, (67,68) d'autres ciblaient les adultes âgés. (69,70)

Nous avons mis en évidence certaines similitudes avec les résultats de notre étude. Tout d'abord, concernant la connaissance des effets indésirables, on retrouvait que les patients n'étaient que peu conscients des effets secondaires des traitements. (67) La crainte des troubles cognitifs notamment mnésiques était retrouvée chez Taylor comme chez les patients de notre étude (69) mais pas chez Lmoumene, peut-être du fait que les patients inclus étaient plus souvent des adultes jeunes et ne comprenaient que 2 patients jeunes retraités. (67) Cette crainte était présente chez 2/3 des participants de l'étude de Guilliot, ce qui pouvait éventuellement motiver les patients au sevrage. (70) La sécurisation des ordonnances de Stilnox pouvait avoir un impact sur l'identification de sa dangerosité, (67) ce qu'ont également souligné les médecins de notre étude. Les limites et les risques du traitement connus des patients comprenaient aussi la tolérance et le risque d'effet paradoxal. (67,69) Certains avaient conscience de l'effet placebo. (69) La dépendance était reconnue et crainte par certains patients (68,69) et niée par d'autres (67). Une certaine dépendance psychologique pouvait être retrouvée dès le début de la prise. (68) La ritualisation et l'habitude de la prise ressortaient comme dans notre étude. (69)

Les patients pouvaient continuer de consommer malgré une certaine conscience des risques, dans l'objectif ambivalent d'un confort à tout prix, ce qui confirmait l'atténuation du risque perçu développé dans notre étude et un certain détachement vis-à-vis de la problématique du traitement. (67,68) Les patients pouvaient être rassurés de l'impression de prendre une faible posologie, (68,69) par la présence de proches consommateurs, (67,69) et par le médecin traitant qui pouvait sembler rassurant vis-à-vis de la prise. (69) Le patient ne demandait en général pas d'information sur le traitement à son médecin, appuyant ce déni des risques, (68) et pouvait se placer en tant qu'acteur principal de sa santé, en court-circuitant le rôle du médecin, notion que nous avons aussi retrouvée. (69) Un tiers des patients de l'étude

de Guilliot étaient même prêts à consulter un autre médecin que leur médecin traitant pour obtenir leur traitement, ce qui pouvait aller dans le même sens que l'obtention par tous les moyens retrouvée dans notre étude. (70)

L'objectif de confort de vie, tout comme dans notre étude, pouvait passer par l'obtention d'un sommeil facile et réparateur par le traitement. Celui-ci améliorait aussi leur ressenti de qualité de vie. (69,70) Le lien émotionnel fort avec le médicament était retrouvé chez la majorité des patients, lesquels considéraient leur traitement comme important voire indispensable. (70)

Les patients étaient en demande d'une efficacité, et notamment d'une réponse pharmacologique à leurs problèmes lors de l'initiation. (68) Les facteurs pourvoyeurs d'une initiation de traitement reprenaient des causes médicales, dont des hospitalisations, des événements traumatiques de vie, et une personnalité anxieuse. (69) Les troubles du sommeil ayant des conséquences physiques comme une asthénie, et morales comme une nervosité et un mal être, poussaient à l'introduction de traitement. (69) La prise du traitement pouvait être justifiée par les patients en maximisant leurs soucis et en minimisant l'usage de benzodiazépines. (68) Concernant l'indication principale des troubles du sommeil dans ces études, tout comme majoritairement retrouvé dans notre étude, certains patients reconnaissaient tout de même que leur âge avancé induisait une moindre qualité de sommeil, contrairement à nos patients interviewés. (69)

Le sevrage était le plus souvent craint des patients, voire ressenti comme inaccessible. On retrouvait comme dans nos résultats de l'anxiété anticipatoire et la crainte d'une rechute. (67,68) Des essais de sevrage infructueux pouvaient aussi les décourager. (69) Trois quarts des patients de l'étude de Guilliot refusaient spontanément le sevrage, et ce refus était corrélé significativement à l'ancienneté de la prise. (70) Certains patients pouvaient en revanche envisager le sevrage via une décroissance progressive. (69) Ils avaient aussi souvent connaissance d'alternatives qu'ils avaient parfois testées. (69) L'entourage et le médecin traitant pouvaient être facilitateurs d'un sevrage, (69) mais bien que la relation de confiance

soit établie entre les patients et leurs médecins de famille, les patients étaient peu enclins à une prise en charge psychologique même si celle-ci était recommandée par le médecin. (68)

## **7. Les représentations des médecins**

D'autres études qualitatives se sont intéressées aux représentations et aux attitudes des médecins concernant les prescriptions chroniques de benzodiazépines. Ces études françaises et internationales pouvaient se focaliser sur les personnes âgées (99,100) ou prendre en compte les consommateurs adultes qu'importe l'âge. (101–105) La revue de littérature d'Anderson et al sur 21 études qualitatives s'intéressait aux points de vue des prescripteurs concernant les prescriptions potentiellement inappropriées, comprenant les benzodiazépines et les hypnotiques. (106)

Les médecins prescripteurs, tout comme dans notre étude, étaient conscients de la nocivité de ces médicaments, et de la problématique de santé publique qu'était la consommation chronique de benzodiazépines. (101,103,106) Les pathologies psychiatriques ont une place de plus en plus importante en soins primaires ; les médecins généralistes sont de ce fait plus souvent confrontés à la prescription des benzodiazépines. (103) Les médecins pouvaient soit minimiser la nocivité de ces prescriptions, soit rejeter la responsabilité sur des confrères par exemple des prédécesseurs, ce qui a été souligné de nombreuses fois par les médecins interviewés dans notre étude. (103) L'expérience et la formation ciblée des praticiens étaient des facteurs associés à une meilleure efficacité dans le tri des traitements potentiellement inappropriés. (106) Les médecins prescripteurs essayaient de limiter la consommation de benzodiazépines et apparentés notamment en sensibilisant leurs patients aux effets secondaires de manière répétée, ce que nos résultats ont aussi retrouvé. (99,101,103)

Le respect des règles de prescription mises en place par le médecin pouvait permettre d'éviter des situations complexes de consommation chronique comme nous l'avons constaté dans notre étude. Ces règles comprenaient une initiation prudente et encadrée avec limitation de la durée de prescription et des posologies, l'utilisation de molécules à demi-vie courte, des stratégies d'information à destination des patients et des réévaluations régulières des

prescriptions. (99,101–104) Les médecins étaient pour autant peu inquiets du risque de dépendance au moment de l'initiation de traitement. (104) Ils essayaient de se servir d'alternatives médicamenteuses et non médicamenteuses pour éviter la prescription, et pouvaient reprendre les règles d'hygiène du sommeil. (101) Les médecins de l'étude de Margerie travaillant en structure de permanence de soins déclaraient faire un certain choix de molécules selon des habitudes hospitalières liées à leur activité antérieure ou annexe, ce que nous n'avons pas retrouvé dans notre étude. Cette différence peut être expliquée par un certain profil de praticien exerçant dans ce type de structure. (102)

Mais les médecins se retrouvaient souvent confrontés au refus des alternatives par leurs patients ; ce refus était en partie lié à leur coût, parfois non accepté par les patients, leur plus longue durée avant d'atteindre un effet, et leur accessibilité souvent compliquée, comme dans l'exemple de la prise en charge psychologique. (102–104,106) Les médecins eux-mêmes pouvaient ressentir ce manque d'alternatives ou manquer de connaissances à ce sujet, tout comme dans notre étude. Ils pouvaient ainsi regretter le manque de volonté politique et de sensibilisation externe des médecins et des patients. (99,103,105) Les approches non pharmacologiques demandaient trop de temps et d'énergie à essayer de motiver le patient pour nombre de praticiens, bien qu'une majorité d'entre eux reconnaissent l'importance de cette approche. (105) Cette impasse des alternatives contribuait à la résistance au changement des patients, (106) notamment quand elles étaient mises en balance avec les benzodiazépines présentées comme source d'une réponse rapide et efficace. (103)

Lorsque la balance bénéfice risque semblait favorable au maintien du traitement aux yeux du médecin, surtout en cas de bonne tolérance et de crainte d'un syndrome de sevrage, on pouvait observer une certaine inertie du médecin, et un sentiment de fatalité, tout comme dans nos résultats. (101,102,106) Une certaine banalisation des benzodiazépines par les médecins était un facteur limitant le sevrage. (99) Des obstacles au sevrage tels que la dépendance des patients, leur attachement au traitement, et une ancienneté de prescription importante semblaient similaires aux résultats de notre étude. (101) Une mauvaise communication entre médecins était aussi un frein au tri des médicaments potentiellement inappropriés, (106) ce que nous pouvons rapporter aux résultats de notre étude. En effet, les médecins pouvaient se

montrer réticents à modifier l'ordonnance de psychotropes de patients suivis de façon chronique par des psychiatres. Globalement, les freins au sevrage sont, tout comme dans notre étude, liés à des facteurs dépendant du patient, du médecin, et de son environnement de travail. (100)

On constatait un manque de temps en consultation à consacrer aux problématiques psychosociales complexes ou à un questionnement autour du traitement, ce que regrettaient les médecins, tout comme dans nos résultats. Ce manque de temps se ressentait à tous les niveaux : au moment de l'introduction pour proposer des alternatives, lors des consultations de renouvellement pour débattre de la chronicisation ou encore pour amorcer un sevrage. (99,101–105) Une réponse médicamenteuse pouvait aussi sembler plus simple pour les médecins lors d'une situation psycho-sociale ou psychiatrique qui les dépassait, ce que nous avons retrouvé dans notre étude. (104) Les médecins pouvaient ainsi se retrouver dans des situations délicates avec des prescriptions potentiellement conflictuelles, ce qui pouvait susciter des attitudes ambivalentes, entre empathie et culpabilité, et ainsi induire des stratégies de gestion incohérentes. (103)

Un évènement intercurrent tel qu'une hospitalisation, un changement de prescripteur ou une prise de conscience du patient pouvait être un catalyseur de changement et une opportunité de sevrage total ou partiel, tout comme dans les résultats de notre étude. (99,106)

Dans la méta-analyse de 8 études qualitatives de Sirdifield et al, le médecin pouvait justifier son attitude et sa prescription au cas par cas, par le profil du patient et la complexité de ses problèmes médicaux et psycho-sociaux. La prescription pouvait alors lui sembler nécessaire selon les besoins et soucis du patient. (103,104) On y trouve la notion de patient méritant chez qui l'empathie pouvait jouer un rôle crucial au moment de l'introduction du traitement, mais aussi favoriser son maintien. (102–104) Dans deux études, on a retrouvé que la perception des attentes de leurs patients pouvait influencer la prescription des médecins qui s'empêchaient de proposer un sevrage, soit par anticipation d'une résistance, soit par sous-estimation de leur capacité à arrêter. Ce phénomène pouvait s'expliquer par une relation de connivence entre le patient et son médecin qui le connaît ; la relation étant alors un frein au

sevrage. (103,106) De même cette relation, par la recherche de satisfaction du patient, pouvait favoriser le maintien d'une prescription inappropriée via le renforcement positif qu'elle exerçait sur le prescripteur ; ce que nous avons constaté dans notre étude. (104) On pouvait retrouver la perspective de fuite de patients si la prise en charge ne leur convenait pas, ce qui pouvait inquiéter et influencer ou non le médecin dans sa prescription. (103) Enfin, la relation de confiance entre le médecin et son patient apparaissait aussi comme primordiale pour accompagner le patient, même en cas de poursuite du traitement. (101)

Malgré la particularité de la relation entre médecin et patient dans le cadre de la permanence de soins dans l'étude de Margerie, de l'empathie pouvait être retrouvée, qui allait dans le sens d'une poursuite du traitement en dehors du parcours de soins habituel. Les médecins justifiaient cette prescription en appuyant le côté dépannage en cas d'indisponibilité du médecin traitant, et le fait de ne pas vouloir interférer dans le suivi, en prescrivant une durée courte avant de renvoyer le patient vers son médecin traitant. Dans le même temps, le médecin ne se privait pas de surveiller la consommation du patient via une vérification sur Amelipro, comme cela a été mentionné à plusieurs reprises dans notre étude. (102)

La pression de prescription que ressentaient les médecins pouvait être exercée soit par les patients qui insistaient pour poursuivre le traitement, (99,101,102) soit par le personnel notamment en institution. (106) Ceci a été mentionné dans notre étude avec le personnel paramédical des EHPAD qui pouvait insister, devant des troubles du comportements difficiles à gérer et pouvant gêner le bon fonctionnement de l'établissement, pour introduire ou maintenir cette prescription.

Une étude belge s'intéressant aux perceptions des généralistes concernant les prescriptions de benzodiazépines ainsi que les alternatives non pharmacologiques retrouvait une différence d'attitude selon l'âge du praticien. En effet, un jeune médecin semblait plus résistant à prescrire des benzodiazépines, tandis qu'un médecin plus âgé semblait, quant à lui, plus influençable par les attentes du patient perçues, et ressentait plus de barrières à une approche non pharmacologique. (105) Cependant les études ne précisent pas s'il s'agit d'une différence de formation initiale ou bien d'une pratique qui se modifie au fil des années

d'expérience. Nous avons également perçu une différence d'attitude entre les différents profils de médecins interviewés notamment en fonction de leur ancienneté d'installation.

## **C. Vers un bon usage des benzodiazépines**

### **1. Les benzodiazépines : des médicaments efficaces mais à risque**

#### *(a) L'efficacité sur les troubles du sommeil*

Nous avons vu dans les résultats de notre étude que les benzodiazépines et apparentés étaient parfois considérés comme des médicaments efficaces et utiles. En effet, les médecins pouvaient s'en servir comme un outil permettant de pallier une problématique transitoire, et les patients quant à eux se disaient fortement satisfaits de leur efficacité. Cette efficacité d'action a en effet été prouvée, y compris dans les populations les plus âgées. L'efficacité des benzodiazépines et des hypnotiques a été mise en évidence dans la prise en charge de l'insomnie de l'adulte dans plusieurs revues de la littérature, une de 22 études, (113) une de 45 études, (114) et par une large méta-analyse de 52 études sur les benzodiazépines et 48 études sur les hypnotiques. (115) Une autre méta-analyse de 24 études s'intéressant plus spécifiquement aux adultes âgés, de plus de 60 ans, retrouvait une efficacité des hypnotiques dans la prise en charge de l'insomnie. (116)

Cependant, cette efficacité est à pondérer par le risque d'effets secondaires de ces molécules, lequel est aussi clairement mis en évidence par ces mêmes études. (114–116) La faible taille d'effet faisait pencher la balance bénéfice risque en défaveur d'une utilisation de ces médicaments, notamment chez les personnes âgées, ce qui était clairement mentionné par les médecins de notre étude. Par exemple, l'étude de Glass et al mettait en évidence un nombre de patients à traiter plus important pour arriver à un effet bénéfique que pour arriver à des effets secondaires. (116)

De plus, ces différentes études avaient le plus souvent une vision à court terme, fonction des indications d'utilisation de cette famille de médicaments, avec par exemple une durée médiane de 7 jours des études de Nowell et al. (113,115) Or nous avons bien vu dans nos résultats que de telles situations de consommation de courte durée étaient certes possibles, mais bien loin de notre problématique de consommation chronique sur des mois voire des années.

Le zaleplon, un autre hypnotique apparenté aux benzodiazépines, aurait une efficacité dans la prise en charge de l'insomnie chez les sujets âgés, sans effets secondaires notables du fait d'une action rapide et d'une demi-vie courte. (117) Ce médicament n'est actuellement pas commercialisé en France et n'était donc pas mentionné dans notre étude, contrairement aux autres hypnotiques apparentés tels que le zolpidem (Stilnox®) et zopiclone (Imovane®).

### ***(b) L'efficacité dans les autres indications***

Concernant les autres indications des benzodiazépines, une revue de la littérature s'intéressant aux benzodiazépines chez les adultes de plus de 50 ans confirmait que leur efficacité était prouvée dans la prise en charge de l'insomnie, mais que cette efficacité était moins démontrée dans la prise en charge des troubles anxieux, ou de l'agitation dans les pathologies neuro-dégénératives. Cette étude suggérait donc une surutilisation des benzodiazépines chez les adultes d'âge avancé par rapport à leurs indications appropriées. (118)

Dans le cadre du trouble anxieux généralisé, qui serait présent chez 1 à 9% des adultes âgés non institutionnalisés, les benzodiazépines sont efficaces, mais ne sont pas une indication de première ligne optimale chez les patients âgés. En effet, ils sont plus pourvoyeurs d'effets secondaires, et ne sont pas adaptés à la chronicité du trouble anxieux généralisé. En effet, cette pathologie débute souvent à un âge jeune et nécessite donc un traitement sur de longues périodes voire à vie. Les benzodiazépines sont tout de même efficaces et peuvent être utilisées en début de traitement, couplées à un antidépresseur dans l'attente de l'efficacité plus progressive de ce dernier. Effectivement, le trouble anxieux généralisé est fréquemment associé



à une dépression. L'objectif sera ensuite de diminuer progressivement les benzodiazépines dans l'objectif de les arrêter. (119)

## 2. Vers de meilleures pratiques

### *(a) Éviter les primo prescriptions*

(1er) Définir le caractère pathologique ou non du sommeil

Nous avons vu précédemment, et les médecins de notre étude l'ont souligné à plusieurs reprises, que le sommeil évolue avec l'âge avec une réduction de sa durée et une modification de son architecture. Ces modifications sont particulièrement mal vécues par les patients qui les perçoivent comme un trouble pathologique retentissant sur leur qualité de vie. Avant d'introduire un traitement, nous pourrions envisager, pour prévenir les primo prescriptions non nécessaires, d'évaluer le retentissement de l'insomnie et ses caractéristiques (6) :

- Circonstances initiales et modalités d'installation
- Difficultés d'endormissement : durée moyenne de l'endormissement estimée, activités précédant le coucher, ruminations anxieuses, gêne physique au moment du coucher
- Réveils nocturnes multiples : nombre et durée, durée estimée des réendormissements, activités du sujet lors de ses phases d'éveil nocturne (polyurie, grignotage, tabac)
- Réveil trop précoce : heure habituelle du réveil définitif, cause de l'éveil, activité du sujet avant de se lever
- Apprécier l'environnement de sommeil du dormeur

On peut aussi se baser sur la tenue d'un journal de bord du sommeil afin de rechercher des situations pouvant être confondues avec de l'insomnie, telles qu'un décalage des phases du

sommeil, une mauvaise hygiène de sommeil, ou des réveils causés par une pollakiurie nocturne. (39)

Par ailleurs, avant de faire le diagnostic d'une insomnie primaire, il faut éliminer d'autres étiologies pouvant expliquer les troubles du sommeil. Ces étiologies peuvent être d'origine psychiatrique, tel qu'un épisode dépressif caractérisé, un épisode maniaque, les troubles anxieux, le syndrome de stress post traumatique. Elles peuvent être somatiques comme dans le cas de l'hyperthyroïdie, d'une atteinte du système nerveux central, des démences et de douleur. Elles peuvent aussi être d'origine médicamenteuse en lien avec la prise de corticoïdes, d'hormones thyroïdiennes, de bêta-bloquants ou d'antidépresseurs stimulants, ou en lien avec l'abus de substances comme l'alcool ou des drogues psychostimulantes. Il convient aussi d'éliminer des troubles du sommeil différents de l'insomnie, tels que le syndrome des jambes sans repos. (6,39,120)

#### (2e) Un syndrome dépressif sous-traité

Les benzodiazépines peuvent être utilisées à mauvais escient dans le cadre de troubles dépressifs. Ces erreurs d'indication peuvent s'expliquer par le caractère atypique du syndrome dépressif du sujet âgé qui consulte rarement pour des symptômes psychiatriques tels que des troubles de l'humeur. Effectivement, la plainte exprimée est plus souvent somatique et il convient de l'évoquer devant l'absence de substrat organique ou devant des symptômes retentissant anormalement sur la qualité de vie. En effet, une étude à Vienne retrouvait que les consommateurs de benzodiazépines âgés souffraient plus souvent de troubles dépressifs que les non-utilisateurs, tandis que moins d'un tiers de ces sujets dépressifs étaient sous antidépresseur. (121) De surcroit, la génération de sujets âgés de notre étude semble peu sensibilisée aux problématiques de la psychiatrie et peuvent ressentir un certain tabou à évoquer ces problématiques comme nous avons pu le constater dans notre travail.

Diverses recommandations d'usage des benzodiazépines rappellent de ne pas les utiliser en cas de dépression sous-jacente non traitée par traitement spécifique antidépresseur. Elles

doivent aussi être évitées autant que possible dans le cadre du deuil qui est un processus naturel à respecter. (110)

Selon la HAS, les personnes âgées dépressives sont sous diagnostiquées et sous traitées en anti dépresseur au profit des benzodiazépines prescrits pour les manifestations anxieuses qui les accompagnent. Ce phénomène a pour conséquence une surmortalité par suicide chez les plus de 75 ans mais aussi un accroissement des hospitalisations et de la mortalité liée au risque de mésusage des benzodiazépines. Actuellement, les objectifs de la HAS sont de sensibiliser les professionnels de santé aux bonnes pratiques notamment via des actions telles que la mallette dépression du programme MobiQual soutenu par la société française de gérontologie. (122) L'INPES a également lancé en 2007 une “campagne dépression” d’information destinée aux patients afin de mieux repérer les symptômes de la dépression et les orienter de façon optimale vers les professionnels de santé. (123)

Les patients âgés à qui l'on propose un traitement antidépresseur peuvent aussi y être récalcitrants. Une mauvaise adhérence au traitement antidépresseur est fréquente, notamment chez les personnes âgées, d’autant plus en cas de prescription ambulatoire plutôt qu’en milieu hospitalier. Pourtant, une mauvaise adhérence à l’antidépresseur ainsi qu’une balance bénéfique risque perçue comme négative par les patients sont prédictives de scores de dépression plus marqués à un an. (124) On note par exemple dans une étude américaine que les sujets ayant une stigmatisation perçue des personnes atteintes de maladie mentale plus importante étaient moins désireux d’un traitement de santé mentale tel qu’un antidépresseur. Ceci était d’autant plus marqué qu’ils étaient préoccupés par leurs potentiels effets secondaires, ce qui était un frein à la bonne observance du traitement. Cette méfiance à l’égard des services et traitements de santé mentale était plus marquée chez les afro-américains âgés de cette étude. Enfin, les personnes âgées pouvaient donner la priorité à la santé physique plutôt qu’à la santé mentale. (125) Dans une autre étude, canadienne, les sujets âgés étudiés consommaient plus d’anxiolytiques et de somnifères que d’antidépresseurs même en cas d’épisode dépressif majeur. La consommation de somnifère était d’autant plus importante que le patient était âgé, en mauvaise santé, souffrant de dépression, et de sexe féminin. Celle d’anxiolytiques était elle aussi corrélée aux symptômes dépressifs. (126)

Les stéréotypes négatifs de psychiatrie ont donc la vie dure, comme nous avons pu le remarquer chez les participants de notre étude, ce qui pourrait expliquer au moins en partie le sous traitement antidépresseur au profit d'un traitement anxiolytique, notamment chez les personnes âgées. Il semblerait que la consommation d'un anxiolytique soit plus acceptable par le patient qu'un antidépresseur, la dépression étant plus connotée sur le plan psychiatrique que l'anxiété qui apparaîtrait comme une réponse à un stress.

### ***(b) Optimisation du traitement***

La prescription de benzodiazépines demande de respecter certaines règles, lors de l'introduction, des réévaluations et des renouvellements successifs. Certaines particularités sont à prendre en compte chez les personnes âgées. Nous avons souvent mis en évidence dans notre étude que les médecins prescripteurs étaient au courant de ces recommandations et essayaient de les respecter autant que possible, surtout chez leurs patients âgés.

La réflexion quant à l'optimisation du traitement, afin qu'il soit le plus adapté à la personne âgée, doit s'effectuer avant l'introduction d'un médicament tel qu'une benzodiazépine ou apparenté. Cette approche devrait intégrer les besoins du patient et l'impliquer dans la décision, tout en prenant en compte son environnement, dont son lieu de vie. (127)

La HAS recommande le recours aux hypnotiques dans la prise en charge de l'insomnie uniquement en deuxième intention, en cas d'échec de thérapies non médicamenteuses. (128,129) Ces mesures peuvent être des alternatives au traitement, ou y être associées. (39,130) En cas d'introduction de benzodiazépines ou apparentés, la prescription initiale doit être limitée à une courte durée, sans dépasser quelques semaines, et cette limitation de durée doit être expliquée au patient dès l'instauration, en précisant aussi les modalités d'arrêt. (39,110,128,129) Il doit être recommandé aux patients de privilégier une prise intermittente dans la mesure du possible. (39) Pour respecter la limitation de prescription et évaluer son efficacité, il est recommandé de programmer un suivi rapproché, ce que les médecins de notre étude semblaient souvent enclins à faire. (130)

Concernant le choix de la molécule, le prescripteur doit choisir la molécule la plus adaptée en se basant sur la médecine des preuves et sur son expérience, notamment via ses connaissances en gérontopharmacologie. Il peut être aidé, au besoin, de l'approche de professionnels de gériatrie, et la communication entre les différents acteurs de santé revêt une importance particulière dans la prise en charge du patient. (127) Nous avons en effet noté dans notre étude que les médecins généralistes pouvaient parfois être aidés de gériatres ou de psychiatres au moment de l'introduction, de la modification ou du sevrage des benzodiazépines.

Tout d'abord, l'utilisation de benzodiazépines à demi-vie courte chez les personnes âgées est retrouvée dans de nombreuses études et recommandations. Les molécules à demi-vie courte, donc de moins de 5 heures, devraient être privilégiées du fait d'une moindre accumulation, d'une élimination plus rapide et d'une moindre sédation diurne, mais présentent l'inconvénient d'un risque plus important d'effet rebond. (39,130,131) Les molécules à demi-vie longue, quant à elles, pourraient permettre une meilleure stabilité d'effet et une moindre intensité des symptômes de sevrage entre les prises, mais sont tout de même déconseillées chez les personnes âgées à cause d'un allongement de la demi-vie liée à l'âge. (131) Le fait de privilégier des molécules à demi-vie courte chez les patients âgés a en effet été rapporté à de nombreuses reprises par les médecins interviewés. Les patients de notre étude qui consommaient des benzodiazépines de demi-vie longue, comme le Lexomil® (bromazepam, demi-vie de 20 heures), pouvaient se sentir faussement rassurés de n'en consommer que quelques fois par semaine. Ils avaient ainsi la sensation de ne pas être dépendants, alors que l'imprégnation au quotidien était bien présente.

Le choix de la molécule doit prendre en compte la demi-vie mais aussi la présence de métabolites actifs. A cause du risque d'accumulation et donc de majoration des effets secondaires, les benzodiazépines avec métabolites actifs ne doivent donc pas être utilisés chez les personnes âgées. Par exemple, le lorazépam (Temesta®) et l'oxazépam (Seresta®), peu métabolisés par voie hépatique et ne produisant pas de métabolites actifs, doivent être quant à eux privilégiés. (120,131) Le Seresta® a en effet été mentionné régulièrement au cours de notre étude comme choix privilégié de molécule. Quant au Temesta®, ce choix de molécule est

discutable à cause de sa demi-vie plus longue, de 10 à 20h, ce qui doit le faire éviter autant que possible.

Les recommandations du Collège de Psychiatrie d'Inde plaçaient en première ligne les hypnotiques apparentés aux benzodiazépines (zolpidem, zopiclone, et eszopiclone, zaleplon non commercialisés en France) dans la prise en charge de l'insomnie du patient âgé et demandaient d'éviter ou d'utiliser avec prudence les benzodiazépines. (39) Les recommandations françaises, de leur côté, ne privilégient pas les hypnotiques apparentés par rapport aux benzodiazépines.

Il est aussi recommandé de réduire la posologie des benzodiazépines chez les personnes âgées par rapport aux adultes jeunes, en cherchant à obtenir la dose minimale efficace. (39,130,131) Le risque de cette adaptation, à prendre en considération, est de sous-traiter des patients en ayant besoin. (130)

Du fait d'un effet inhibiteur du système nerveux central par les benzodiazépines et apparentés, il est recommandé d'éviter de potentialiser cet effet par l'utilisation conjointe d'autres médicaments déprimeurs du système nerveux, tels que les antihistaminiques, les antidépresseurs tricycliques, les opiacés, et certains antipsychotiques. (131) La polymédication de médicaments psychotropes était en effet redoutée des médecins généralistes de notre étude, ce qui pouvait les amener à faire un tri et supprimer certains médicaments pour éviter des interactions.

Pour minimiser la polymédication, des stratégies de déprescription sont recommandées chez les patients âgés, que ce soit pour les benzodiazépines mais aussi pour d'autres traitements. Il est conseillé pour chaque médicament de vérifier son indication de prescription, de considérer le risque d'effet indésirable et la balance bénéfice risque, de prioriser l'arrêt des médicaments ayant une faible balance bénéfice risque et un faible risque de syndrome de sevrage, et enfin d'agir dans le cadre d'une surveillance rapprochée. (132)

### *(c) Formation des médecins*

Les médecins généralistes interviewés semblent donc prendre en compte les conseils de prescription chez les personnes âgées, pour la prise en charge notamment de l'insomnie, que nous venons de voir. Ces règles de prescription peuvent être enseignées lors de la formation professionnelle initiale des praticiens, et peuvent être complétées par de la formation professionnelle continue tout au long de la carrière des médecins généralistes.

Certains médecins de notre étude mentionnaient par exemple s'être formés à la gériatrie et de ce fait aux spécificités de la prise en charge des personnes âgées. Ils s'efforçaient ainsi d'adapter leurs prescriptions à l'âge et aux comorbidités de leurs patients. Certains conseils de prise en charge appris théoriquement n'étaient cependant pas toujours efficaces en pratique, comme cela a été mentionné par un des médecins qui s'exprimait dans le cadre du sevrage.

Les médecins pouvaient aussi faire évoluer leurs pratiques grâce à l'intervention de confrères. Nous l'avons vu dans les résultats de notre thèse notamment avec les avis que les généralistes pouvaient demander à leurs collègues psychiatres et gériatres, mais aussi via l'émulation que pouvait représenter la présence d'un interne, soit un jeune médecin pair qu'il fallait former. Ces interventions pouvaient permettre aux médecins de remettre en question leur pratique et de progresser dans leur gestion de ces prescriptions complexes.

Les programmes de formation des médecins peuvent montrer leur efficacité. Par exemple, une thèse a demandé aux médecins d'auto-évaluer leurs pratiques après une formation médicale continue (FMC) sur le sevrage aux hypnotiques des personnes âgées. Les résultats montraient que cette FMC avait parfois permis la diminution de leurs prescriptions et une meilleure assurance dans la prise en charge de l'insomnie. Cependant, certains freins étaient identifiés tels que l'investissement demandé en temps et en énergie lors de ces consultations dédiées, la complexité de certains outils, et des limites liées au patient comme son âge, ses comorbidités, son manque de motivation. Ces limites étaient contrebalancées par l'utilité de l'agenda du sommeil comme outil et la motivation du patient, favorisant le sevrage. (133) Mais les programmes d'éducation et d'information des médecins prescripteurs ne mettent pas

toujours en évidence leur efficacité, comme le montrait une étude des années 1990 ne retrouvant pas de diminution significative des prescriptions de benzodiazépines chez les personnes âgées après intervention auprès de leurs médecins. (134)

La formation des médecins généralistes aux entretiens motivationnels, dans le cadre de leur formation initiale ou continue, pourrait avoir un intérêt. Nous avons en effet vu qu'il ne suffisait pas aux prescripteurs de connaître les bonnes règles de prescription pour arriver à enrayer le phénomène de chronicisation des benzodiazépines chez les personnes âgées. Une partie de la problématique se situe donc au niveau de la relation médecin patient et notamment leur communication. Une formation à l'entretien motivationnel pourrait donc être un levier d'amélioration de la pratique des médecins, car il pourrait présenter une efficacité, bien que de manière incertaine, lorsqu'il est utilisé par le médecin traitant. (135)

Il ne faut pas non plus oublier que « *le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale [est] le médecin lui-même.* » (Michael Balint, 1996) L'implication du médecin dans la relation thérapeutique avec son patient peut entraîner une amélioration de son état en sortie de consultation médicale, sans même avoir débuté un traitement médicamenteux. C'est l'effet médecin, ou le concept de médecin médicament.

#### **(d) Sevrage**

L'arrêt des benzodiazépines peut entraîner un rebond de symptomatologie, un syndrome de sevrage ou une rechute. (128) Cependant, le rebond d'insomnie est rare avec les benzodiazépines de demi-vie longue, modéré avec celles de demi-vie intermédiaire, et faible avec le zolpidem, mais ces études se basent le plus souvent sur des durées d'utilisation recommandées et non pas dans le cadre d'une consommation chronique sur plusieurs dizaines d'années comme souvent dans notre étude. (36) En effet, le sevrage brutal d'une benzodiazépine consommée de manière chronique, peut entraîner un syndrome de sevrage avec une agitation, une anxiété et/ou une confusion, ce qui est moins susceptible d'arriver en cas de sevrage progressif. (74) Enfin, une étude a retrouvé que 50% des patients réalisant un sevrage



en benzodiazépines avaient présenté des symptômes de sevrage mais que ceux-ci étaient le plus souvent temporaires et bénins. (136)

La HAS a émis des recommandations concernant le sevrage des benzodiazépines. Celles-ci comprennent un arrêt progressif associé à des interventions minimales plus ou moins associées à une prise en charge spécialisée. L'association de plusieurs stratégies d'intervention semble permettre une meilleure réussite du sevrage qu'une intervention unique. (137) L'arrêt doit être précédé de l'information du patient sur les effets délétères d'une consommation chronique, de l'évaluation de la dépendance tout comme du degré d'attachement, et de la planification d'un arrêt progressif. Ceci devrait être réalisé de façon privilégiée au cours d'une consultation spécifique dédiée, de même que des consultations de suivi consacrées à l'arrêt des benzodiazépines devraient être programmées régulièrement, notamment après chaque diminution de dose. (128)

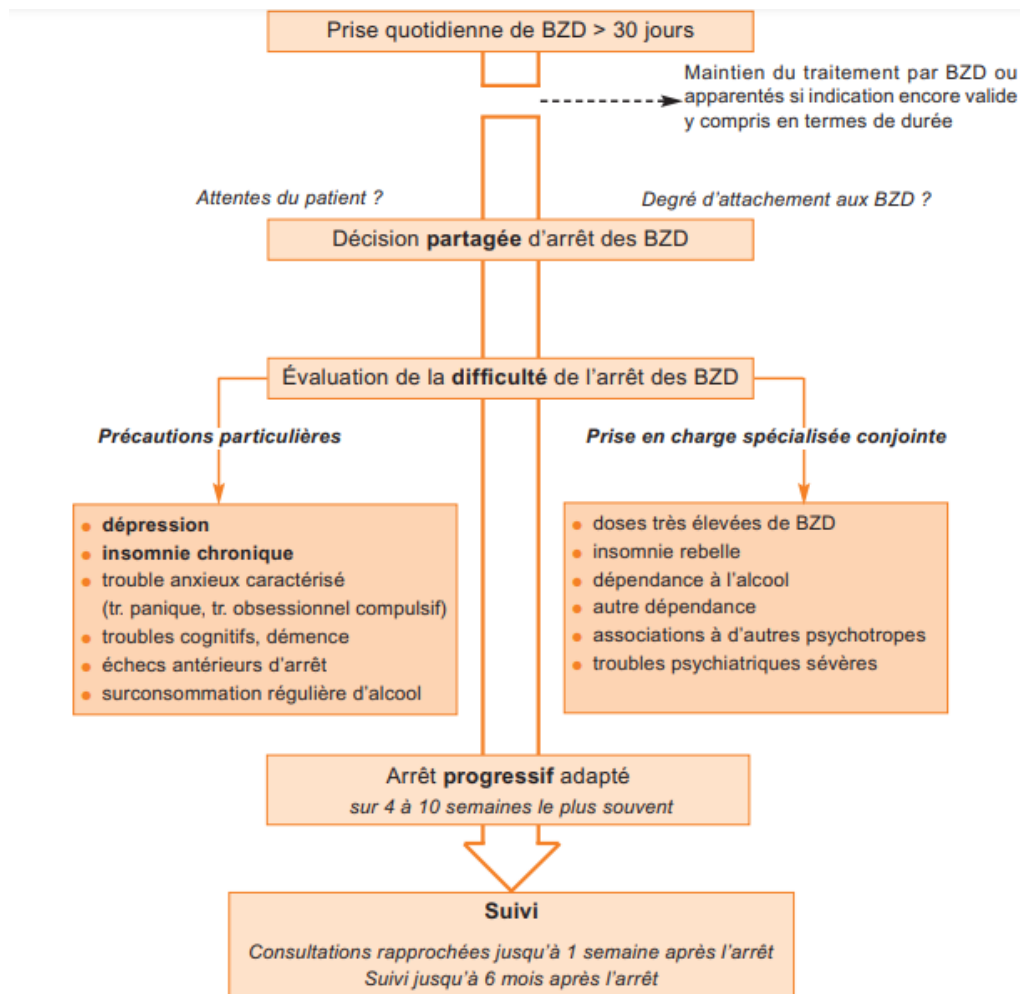


Figure 5 : arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient de plus de 65 ans ; démarche du médecin traitant en ambulatoire (HAS 2007) (129)

### (1er) Diminution progressive

Effectivement, comme nous l'avons vu précédemment, la HAS recommande un arrêt progressif sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois, en fonction de la durée de consommation et de la posologie. (128,129) Cette stratégie de diminution progressive semblait connue et privilégiée par les médecins interviewés dans notre étude pour une meilleure acceptation et une meilleure tolérance du sevrage par les patients. Une réduction progressive de la dose de benzodiazépine ou d'apparenté a montré son efficacité sur le sevrage des utilisateurs de longue durée dans de nombreuses études d'où son intérêt pour l'application des

bonnes pratiques. (110,138–141) Ce protocole de diminution doit être particulièrement progressif chez les personnes âgées en privilégiant une décroissance sur plusieurs mois, tout en évitant de dépasser 6 mois. (136)

L'obtention d'une diminution de posologie est déjà considérée comme un résultat favorable d'après l'HAS, même en cas d'objectif d'arrêt total de consommation de benzodiazépines ou apparentés, (128) et cette satisfaction obtenue par l'atteinte d'un objectif intermédiaire semblait partagée par les médecins de notre étude mais aussi par les patients interviewés.

Pour certains patients présentant des troubles anxieux au long cours et bien équilibrés avec des benzodiazépines, en cas de bonne tolérance du traitement, il semble moins délétère de les maintenir en essayant de diminuer la posologie, plutôt que de les sevrer et de causer une aggravation des troubles anxieux. (119) Cette notion-là a été retrouvée dans les résultats de notre étude, avec des médecins qui craignaient un déséquilibre de la pathologie psychiatrique sous-jacente et préféraient donc le maintenir et le renouveler s'il était bien toléré.

#### (2e) La mélatonine comme aide au sevrage

L'efficacité de la mélatonine en tant qu'aide au sevrage des benzodiazépines est controversée. La mélatonine présente une efficacité dans les troubles du sommeil chez les personnes âgées, notamment sur l'amélioration de la qualité du sommeil et la latence d'endormissement, comme le montrait la revue de littérature par Olde Rikkert et Rigaud en 2001. (142) Cette efficacité de la mélatonine semblait plus marquée chez les consommateurs de benzodiazépines du fait d'une désorganisation dans l'homéostasie de la mélatonine. (143) L'utilisation de la mélatonine chez des sujets âgés souffrant de troubles du sommeil semblait montrer aussi une amélioration de l'anxiété et de la dépression, et suggérait une facilitation du sevrage chez des patients déjà sous hypnotiques. (144)

Cependant, une revue de la littérature étudiant l'usage de la mélatonine en association à un sevrage progressif de benzodiazépines ou d'apparenté, contre placebo, ne retrouvait pas

d'efficacité sur la survenue d'un sevrage réussi, avec, de plus, une hétérogénéité des résultats sur la qualité de sommeil. Une partie seulement des études concernait les personnes âgées. (145)

### (3e) Autres pharmaceutiques

Une revue de littérature s'intéressant aux différentes méthodes médicamenteuses utilisées dans le sevrage des benzodiazépines, suggérait une efficacité des antidépresseurs tricycliques, qui de surcroît semblaient réduire les symptômes de sevrage. D'autres semblaient aussi apporter un bénéfice tel que le flumazenil, la prégabaline ou la paroxétine qui réduisaient l'anxiété et les symptômes de sevrage. Pareillement, le valproate semblait efficace dans l'aide au sevrage. A contrario la carbamazépine semblait diminuer l'anxiété sans qu'une efficacité dans l'aide au sevrage n'ait été prouvée. Cette revue se basait malheureusement sur des études de qualité médiocre, avec de ce fait un faible niveau de preuve. (146) Les antidépresseurs, surtout les ISRS, semblaient plus efficaces en cas de syndrome dépressif non traité ou survenant au moment du sevrage ou de troubles anxieux surajoutés. (139,140) D'autres médicaments utilisables pour arriver à un sevrage lors de troubles du sommeil étaient le trazodone, la doxépine, la mirtazapine, administrés quelques heures avant le coucher. (140) Attention cependant à l'usage de ces molécules et notamment le flumazenil qui, certes, pouvait réduire les symptômes de sevrage, mais demeurait à risque trop élevé d'effets secondaires (dont certains graves) pour être utilisé en routine. (139,147)

Un traitement substitutif par diazepam peut aider au sevrage, en partie grâce à la possibilité de décroissance très progressive via sa galénique de solution buvable, et sa longue demi-vie lissant les symptômes de sevrage. Il faut bien entendu éviter de créer une nouvelle dépendance en abandonnant une autre. (139)

Aucun traitement n'a donc vraiment fait la preuve de son efficacité dans l'aide au sevrage des benzodiazépines. (141) L'HAS ne recommande donc pas de traitement médicamenteux substitutif lors de l'arrêt des benzodiazépines chez les personnes âgées. (129)

Les médecins de notre étude semblaient privilégier la mirtazapine (Norset®) pour obtenir un sevrage. Ils étaient donc conscients de l'utilité des antidépresseurs chez ces patients malgré la rareté des sevrages réussis dans ce contexte. La miansérine était aussi utilisée par certains médecins pour son effet sédatif. En effet, la miansérine a un effet de restructuration sur l'architecture du sommeil à l'EEG, et entraîne ainsi une amélioration clinique de ce sommeil, dès les premiers jours du traitement. (148,149)

#### (4e) L'aide du spécialiste en psychiatrie et la psychothérapie

Une prise en charge spécialisée conjointe est préconisée par l'HAS lors du sevrage en benzodiazépines, surtout en cas de posologie très élevée, d'historique d'autre dépendance, de pathologie psychiatrique, de trouble de la personnalité et/ou d'abandons antérieurs de sevrage. Un accompagnement psychologique de soutien peut également s'avérer nécessaire, effectué par le médecin traitant ou un autre professionnel. (128,129)

En effet, une psychothérapie a montré une efficacité significative dans le sevrage des benzodiazépines et son maintien chez les personnes âgées, en association avec une diminution progressive de posologie. Elle semblait plus efficace que les stratégies de substitution médicamenteuse et les programmes d'information selon plusieurs études. (135,137,140) Les interventions psychologiques sont chronophages et semblent difficiles à mettre en application par les médecins traitants déjà occupés par les autres problématiques de santé, cependant elles semblent avoir, comme les TCC (thérapies cognitivo-comportementales), des effets bénéfiques sur le long terme. Les groupes de soutien peuvent aussi être efficaces. (139) L'utilisation conjointe d'un agenda du sommeil ainsi que le rappel des règles d'hygiène du sommeil sont efficaces lors du sevrage et de son maintien. (136)

Effectivement les médecins de notre étude ont largement exprimé leur besoin de solliciter l'aide du spécialiste pour mettre en place une décroissance ou un sevrage notamment du fait du manque de temps en consultation chez ce professionnel déjà débordé par les autres problématiques de santé et la lourdeur des tâches administratives qui lui incombent. Ce soutien est parfois gêné par la faible disponibilité des psychiatres dans certains territoires, le non

remboursement des consultations de psychologie qui freinent bon nombre de patients et les freins internes aux patients qui se sentent faiblement concernés voire réticents à une approche plus psychiatrique de leur trouble. Cependant certains patients de notre étude ont expérimenté la psychothérapie et semblaient satisfaits par cette prise en charge leur ayant parfois permis de se sevrer ou de ne pas reprendre une prescription antérieure.

(5e) Des campagnes d'information

Des programmes d'information à l'attention des patients ou des médecins ont pu montrer une efficacité dans la mise en route du sevrage. Effectivement, une petite étude américaine sur des vétérans de plus de 75 ans, retrouvait qu'à la suite de l'envoi d'un courrier d'information concernant leur prescription chronique de benzodiazépine ou apparenté, deux tiers des patients avaient engagé une discussion avec leur médecin traitant, le plus souvent concernant une réduction de posologie, avec mise en place d'un plan de traitement, et que plus d'un cinquième avait même débuté dès la consultation suivante un sevrage. (150) De même, une autre étude américaine a mis en évidence l'efficacité contre placebo d'un protocole, délivré par le pharmacien, avec une information sur les effets secondaires et la proposition d'un protocole de décroissance progressive, sur le sevrage à 6 mois des personnes âgées. (151) Une étude française de petite taille et non contrôlée suggérait qu'une optimisation du traitement par diminution de posologie, sevrage ou changement de molécule, pouvait être efficace chez certaines personnes âgées fragiles suivies en HDJ à l'aide d'un suivi téléphonique mensuel. (152)

De même, des interventions simples comme une lettre d'information de la part du médecin traitant suggérant des méthodes de sevrage ou de simples conseils donnés en consultation ont aussi montré leur efficacité dans l'optimisation du traitement et le sevrage. (110,135,139)

Des revues de la littérature sur les différentes interventions devant faire réduire voire sevrer les prescriptions inappropriées de benzodiazépines montraient que les programmes d'informations à visée des patients amélioraient l'usage et réduisaient la consommation de

benzodiazépines, et ce d'autant plus qu'ils étaient couplés à des programmes d'informations à visée des praticiens. (97,141)

#### (6e) Hospitalisation et institutionnalisation

Une étude réalisée en 2016 dans le cadre d'une thèse de Pharmacie retrouvait que la moitié des patients hospitalisés en service de Gériatrie à Amiens avaient au moins un médicament potentiellement inapproprié (MPI) selon les critères de Beers, STOPP et Laroche. Parmi ces MPI, les benzodiazépines et hypnotiques apparentés étaient le plus souvent retrouvés soit chez environ un tiers des patients. Cette étude suggérait que certaines améliorations pouvaient être réalisées lors de l'hospitalisation tel que le changement pour une molécule de demi-vie plus courte. (153) Ces résultats ont été confirmés par une autre étude réalisée dans le service de gériatrie de Périgueux où 50% des patients hospitalisés plus d'une fois dans l'année présentaient au moins un MPI dans leur ordonnance. (154) Une autre étude réalisée dans le pôle marseillais de gérontologie dans le cadre d'une thèse au sujet des prescriptions potentiellement inappropriées retrouvait la présence fréquente de benzodiazépines chez les patients hospitalisés, notamment chez les patients chuteurs, en cas de moyen séjour (SSR), et en association avec une polymédication et un syndrome dépressif. Les MPI diminuaient significativement sur l'ordonnance de sortie, et le maintien ou l'initiation de certains MPI était justifié et validé par un médecin expert. (155)

D'autres pistes, telle qu'une diminution de posologie, ont été explorées par une thèse américaine concernant les personnes âgées hospitalisées en unité de gérontopsychiatrie. Selon cette étude, cette diminution pouvait être réalisée de manière plus rapide en milieu hospitalier qu'en ambulatoire mais toujours de manière progressive, qu'il fallait y associer si possible une psychothérapie et des mesures d'éducation, et que les méthodes pharmacologiques de sevrage n'étaient pas suffisamment démontrées pour en recommander l'utilisation. (156) Une autre thèse, marseillaise, s'intéressant aux ordonnances de ville des patients hospitalisés pour chute en gériatrie, ne retrouvait pas d'association entre la présence de benzodiazépines ou d'hypnotiques et la survenue d'une chute, mais l'hospitalisation semblait être l'occasion d'arrêter ces médicaments à risque iatrogène qui étaient dans 1/3 des cas des benzodiazépines

et 2/3 des cas des hypnotiques. (157) Le sevrage de benzodiazépines en milieu hospitalier chez des sujets âgés, déments pour la plupart, avait plus de chance de réussir chez des patients plus âgés, plus anxieux, et en cas de présence d'antidépresseurs à posologie élevée. Ce sevrage entraînait une moindre durée de séjour. (158)

Une étude dans des maisons de retraite belges montrait une efficacité du sevrage progressif chez 2/3 des patients à 8 mois, lesquels étaient non déments et motivés par le sevrage. En cas de sevrage réussi, on observait une meilleure qualité de sommeil et une meilleure qualité de vie. (159)

En effet tous ces résultats confirment les données de notre étude. Les médecins interviewés ont souvent relaté des situations où une hospitalisation ou l'institutionnalisation était, via la modification d'environnement, le lieu préférentiel pour initier un sevrage ou modifier le traitement. On peut imaginer que les médecins hospitaliers, par l'absence de lien émotionnel, étaient moins réticents à induire un sevrage ou plus objectifs quant au risque de complication chez un patient potentiellement en décompensation aiguë au moment de son entrée à l'hôpital. On peut également suggérer que ces situations représentent une délégation forcée du traitement au personnel médical et paramédical de la structure pour un patient qui n'a alors plus la main sur ses médicaments.

#### *(e) Les alternatives aux benzodiazépines*

Nous avons déjà mentionné que la prise en charge initiale de troubles du sommeil ou de troubles anxieux chez la personne âgée devait idéalement débiter par une approche non pharmacologique, dont l'efficacité est prouvée mais qui reste pourtant largement sous-utilisée. (110,128,160) La prise en charge non pharmacologique des troubles du sommeil par exemple semble donner des effets plus retardés mais plus durables que la prise en charge pharmacologique. (161) Certaines de ces alternatives non médicamenteuses, et médicamenteuses non benzodiazépiniques ont été mentionnées et testées par les médecins et les patients de notre étude.



## (1er) Règles hygiéno-diététiques et sommeil

La prise en charge non pharmacologique des troubles du sommeil débute notamment par le rappel des règles d'hygiène du sommeil : celles-ci comprennent la réduction de consommation de stimulants, un contrôle de l'environnement (température, bruit, luminosité), un dîner léger, l'éviction de trop nombreuses siestes, et une activité physique régulière mais non tardive. (39,120) La mise en place d'une activité physique modérée régulière a montré une efficacité sur la durée du sommeil et sur le temps d'endormissement chez les personnes âgées d'une petite étude. (162)

On peut y associer une thérapie de contrôle des stimuli, qui permet de procéder à une réassociation du lieu de sommeil, soit la chambre ou le lit, en y évitant certains comportements éveillés tels que les écrans et la lecture. Une autre solution à envisager est la restriction de sommeil, qui réduit initialement le temps passé au lit à dormir avant de l'augmenter progressivement. (36,39)

## (2e) Médecines "douces"

Une revue critique de la littérature dans le cadre d'un PhD de psychologie (163) a comparé les techniques traditionnelles et non traditionnelles dans la prise en charge de l'insomnie du sujet âgé. Elle montrait que les méthodes dites traditionnelles, telles que les traitements médicamenteux, les techniques cognitives, les modifications de comportement et la TCC en général, avaient une certaine efficacité sur l'insomnie du sujet âgé, mais que chez des patients ne répondant pas à ce type de thérapeutique et en demande d'une solution, d'autres approches, dites non traditionnelles, telles que la méditation, les exercices de respiration et le yoga, pouvaient présenter une certaine efficacité.

Des techniques de relaxation et de méditation peuvent en effet être utilisées lors d'une insomnie d'endormissement en lien avec une anxiété. (39) Les techniques de relaxation, dont le contrôle respiratoire et la relaxation musculaire progressive, ont montré une certaine efficacité dans les troubles anxieux, de même qu'un intérêt du yoga est suggéré par diverses

études. La sophrologie n'a pas fait l'objet d'études scientifiques structurées mais est utilisée en pratique dans la gestion des situations de stress. Les effets de la méditation ont été étudiés dans de nombreuses études, notamment sur la méditation en pleine conscience, et une réduction de l'anxiété a été retrouvée, ainsi qu'une amélioration du bien-être et de la qualité de vie. (164)

L'hypnose est une méthode non conventionnelle pouvant être utilisée dans les troubles anxieux, mais les preuves scientifiques de son efficacité sont ténues. Il est cependant probable que les effets en vie réelle de l'hypnose soient supérieurs aux effets estimés dans les différentes études, avec une sécurité satisfaisante dès lors qu'elle est réalisée par des professionnels formés et dans un cadre éthique rigoureux. (164)

L'utilisation de la méditation a été mentionnée lors de notre étude par un médecin qui conseillait lors du sevrage une application téléphonique de méditation accessible à tous, stratégie qui avait montré ses preuves chez une patiente consommatrice chronique d'hypnotique. Les autres techniques de médecine douce n'ont pas été mentionnées par les participants de notre étude, sans que nous puissions savoir si cela était lié à une absence d'utilisation et d'intérêt de leur part, ou si une utilisation n'était tout simplement pas mentionnée aux investigatrices étiquetées comme médecins conventionnels.

### (3e) Luminothérapie

Une autre piste de traitement des troubles du sommeil est la luminothérapie. Elle pourrait être utilisée lors de troubles du rythme circadien notamment en cas de décalage avec une avancée des phases sommeil réveil (ASWPD= advanced sleep wake phase disorder), laquelle serait fréquemment présente chez les personnes de plus de 65 ans. Cette technique consiste à majorer la luminosité vespérale et diminuer la luminosité matinale afin de reculer les phases de sommeil. (39) La luminothérapie n'a cependant été que peu étudiée sur les populations âgées, ne permettant pas de mettre en évidence un bénéfice significatif dans cette tranche d'âge. (161) De plus, le faible niveau de preuve d'efficacité de la luminothérapie dans les différentes études, ainsi que l'hétérogénéité des protocoles de traitement utilisés, limitent la possibilité de véritables lignes directrices de traitement concernant son utilisation. (165)

#### (4e) Psychothérapie

La psychothérapie a été mentionnée à de nombreuses reprises au cours de notre étude, tant chez les médecins que chez les patients interviewés. Certains avaient pu expérimenter son efficacité dans les troubles du sommeil ou les troubles anxieux, en tant qu'alternative à un traitement médicamenteux ou y étant associé. Mais cette prise en charge n'était pas toujours acceptée par le patient, qui pouvait refuser une association avec le monde de la psychiatrie qui leur apparaissait éloigné de leurs problématiques, ou refuser ce surcoût de soins.

Dans la psychothérapie, on parle essentiellement de thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Dans les troubles du sommeil, celles-ci comportent une approche cognitive pour cibler les distorsions et idées fausses liées au sommeil, une approche comportementale avec par exemple le contrôle des stimuli et la restriction de sommeil, et une approche éducative reprenant les règles d'hygiène du sommeil précédemment évoquées. (36,39,120)

On retrouvait une efficacité des TCC dans la prise en charge de l'insomnie primaire de l'adulte sur la latence d'endormissement, la qualité et la durée du sommeil. Cette efficacité semble similaire lorsque que la TCC est comparée aux hypnotiques, et serait même supérieure à moyen terme. (36,166) L'efficacité des TCC serait présente mais modérée dans les troubles du sommeil des sujets âgés, sur le maintien plutôt qu'en induction du sommeil, comme retrouvé dans une revue de la littérature. (161) Une méta-analyse comparant la TCC et les benzodiazépines ou apparentés allait aussi dans le sens d'une similarité d'effet à court terme sur les troubles du sommeil de l'adulte. (167) Cette approche cognitivo-comportementale semblait plus efficace si elle était administrée à l'échelle individuelle, et si les praticiens y avaient été formés. (36)

La TCC est donc efficace dans les troubles du sommeil, n'entraîne pas de perte d'efficacité par rapport à une prise en charge médicamenteuse, avec une efficacité qui serait plus prolongée dans le temps, et des coûts de santé qui seraient amoindris. En effet, la TCC, bien que majoritairement non remboursée, permettrait pourtant une réelle économie de santé,

avec une estimation canadienne de 56% d'économies comparé à l'utilisation de benzodiazépines dans les insomnies des sujets âgés, en prenant en compte le coût des effets secondaires notamment des chutes. (168) Une étude américaine confirmait ce bénéfice monétaire sur les coûts de santé de la TCC par rapport aux hypnotiques et par rapport à l'absence de traitement, avec aussi un gain de qualité de vie. (169)

La TCC est donc recommandée en première intention par l'HAS devant une insomnie non occasionnelle. (128) Cependant, son absence de prise en charge par la Sécurité Sociale, et de fait ce coût à engager individuellement par les patients, est un véritable frein à son utilisation.

Quant à la prise en charge du trouble anxieux généralisé, la TCC présente une efficacité significative à court et long terme. Elle est au moins aussi efficace que les traitements médicamenteux incluant les benzodiazépines, et le maintien du gain thérapeutique sur du moyen terme (au-delà de 6 mois) est supérieur aux psychotropes. (170) Cette efficacité clairement mise en évidence chez les adultes jeunes, serait pour autant moins marquée chez les personnes plus âgées. (119)

#### (5e) Phytothérapie

Certains médicaments à base de plantes peuvent être utilisés dans la prise en charge des troubles anxieux et du sommeil, avec une certaine efficacité et une meilleure tolérance que les psychotropes.

On peut par exemple citer la valériane, qui possède une affinité pour les récepteurs GABA, et qui est donc utilisée dans la prise en charge de stress léger et de troubles du sommeil. Ses extraits ont une efficacité modeste mais significative sur la qualité ressentie du sommeil, et peuvent donc être utilisés sous leur forme aqueuse ou hydroalcoolique de titre faible, lesquelles semblent dépourvues d'effets indésirables. (120,171)

La *Passiflora incarnata*, plante utilisée de longue date en médecine ancestrale pour ses propriétés anxiolytiques et sédatives, a une efficacité *in vitro* et en modèle animal, mais son

efficacité clinique n'est pas démontrée clairement, du fait d'études de mauvaise qualité aux nombreuses limites. (172)

La camomille peut s'utiliser dans la prise en charge de troubles anxieux et de troubles du sommeil, et peut montrer une amélioration de la qualité du sommeil ainsi qu'un effet modéré sur les symptômes anxieux, tout en étant bien tolérée. (173)

Nous avons vu dans notre étude que ces traitements pouvaient cependant être moins bien acceptés par les patients, qui disaient ressentir une efficacité moindre, notamment s'ils étaient en demande d'un effet total et rapide. Une limite du milieu socio-économique a aussi été suggérée par l'un des médecins de notre étude. En effet, la phytothérapie est non remboursée par la Sécurité Sociale, ce qui peut être un frein à son utilisation chez des patients aux faibles revenus. Un autre médecin regrettait l'absence de prise en charge de ces traitements plus naturels et moins lourds en effets secondaires, qui pouvait les pousser à prescrire plus rapidement que voulu des molécules telles que les benzodiazépines ou hypnotiques apparentés.

#### (6e) Alternatives médicamenteuses

D'autres médicaments peuvent être utilisés en alternative aux benzodiazépines et apparentés dans le cadre des troubles du sommeil et des troubles anxieux. Plusieurs médecins de notre étude déclaraient en avoir prescrit en première intention et n'avoir introduit de benzodiazépine qu'après un échec de ces traitements, ce qui était souvent confirmé par les patients qui expérimentaient parfois plusieurs alternatives médicamenteuses avant une introduction de benzodiazépines.

Tout d'abord, on peut utiliser certains antihistaminiques H1 pour leurs propriétés sédatives et anxiolytiques. Ils n'entraînent pas de dépendance ni d'amnésie, mais sont à utiliser avec prudence surtout chez les patients âgés en tenant compte de leurs propriétés anticholinergiques. On peut citer l'hydroxyzine (Atarax®) indiquée dans les manifestations mineures de l'anxiété, que certains des médecins de notre étude déclaraient utiliser en premier lieu, et la doxylamine (Donormyl®) indiquée dans l'insomnie occasionnelle. (120,174)

Le Stresam®, ou etifoxine, est un anxiolytique non benzodiazépinique indiqué dans les manifestations psychosomatiques de l'anxiété. Son utilisation a été mentionnée par plusieurs médecins de notre étude, qui l'utilisaient souvent en première intention au même titre que l'Atarax®, le préférant aux benzodiazépines pour sa meilleure tolérance notamment. En effet, ce médicament n'a pas d'impact sur la vigilance et les fonctions cognitives et ne présente pas de risque de dépendance ni de syndrome de sevrage. (174) Un médecin de notre étude a aussi déclaré l'avoir déjà utilisé pour l'effet placebo, en le substituant à la place d'un somnifère au coucher dans le cadre d'un sevrage à l'insu du patient.

La buspirone, un autre anxiolytique non benzodiazépinique, mentionnée par l'un des médecins interviewés, a en effet, par son action agoniste partielle des récepteurs sérotoninergiques, un effet d'anxiolyse et peut être utilisée dans le cadre des troubles anxieux chroniques du sujet âgé. Son efficacité, bien que retardée, serait tout de même plus rapide que celle des antidépresseurs ISRS. (175) L'efficacité de la buspirone serait similaire à celle des benzodiazépines dans les troubles anxieux généralisés, mais serait plus facile à sevrer, tout en étant moins à risque d'effets secondaires. Par contre, son efficacité serait diminuée chez des patients ayant été traités précédemment par benzodiazépines, ce qui limite la place de cette thérapeutique dans la prise en charge des troubles anxieux des personnes âgées. (119)

Nous avons aussi retrouvé l'utilisation de la mélatonine par les patients et les médecins de notre étude, qui pouvait s'en servir dans le sevrage comme nous l'avons vu, mais aussi en première ligne de traitement afin d'éviter les benzodiazépines ou hypnotiques dans la prise en charge de l'insomnie. Certains médecins regrettaient comme pour la phytothérapie son absence de remboursement. La mélatonine, proposée à divers dosages, agit sur le cycle circadien et peut donc être indiquée dans les situations de désynchronisation du sommeil observées notamment lors du vieillissement. Elle pourrait être proposée pour la prise en charge de ces troubles, mais il manque des protocoles de traitements pour des recommandations adaptées de posologie et de moment d'administration, et son niveau de preuve reste insuffisant. La mélatonine étant de plus disponible en vente libre à diverses posologies et formulations, des préoccupations persistent concernant son efficacité et sa sécurité d'emploi. (165) Son utilisation chez des

patients déments souffrant de troubles du sommeil ne retrouve cependant pas de preuve d'efficacité ni sur la durée ni sur la qualité du sommeil. (176)

Les agonistes de la mélatonine peuvent aussi avoir une efficacité sur la prise en charge de l'insomnie. On peut citer par exemple le ramelteon, non commercialisé en France mais recommandé en deuxième ligne dans les troubles du sommeil chez les personnes âgées en Inde. (39) L'agomélatine, antidépresseur ayant une action agoniste des récepteurs de mélatonine et antagoniste des récepteurs de sérotonine, commercialisé en France sous le nom de Valdoxan®, a l'AMM pour la prise en charge d'épisode dépressif majeur, et pas pour les troubles du sommeil, bien qu'il semble avoir un effet sur l'endormissement. Cependant l'amélioration du service médical rendu est mineure à cause d'un risque d'hépatotoxicité, et son efficacité n'a pas été prouvée chez les personnes âgées, ce qui ne pousse pas à son utilisation dans des indications annexes. (177)

Concernant les autres antidépresseurs pouvant être utilisés dans les troubles du sommeil, on peut citer la doxépine (Quitaxon®), antidépresseur IMAO utilisé à faible posologie pour son effet antihistaminique H1, qui serait efficace dans le maintien et la qualité du sommeil chez les personnes âgées, mais sans effet sur l'endormissement. (39) Il fait partie des recommandations indiennes, et son efficacité a été suggérée par plusieurs études, (178) mais en France ce médicament non plus n'a pas l'AMM pour la prise en charge des troubles du sommeil.

Certains antidépresseurs tricycliques peuvent être utilisés pour leurs effets sédatifs à faible posologie, tels que l'amitriptyline (Laroxyl®), que certains patients de notre étude avaient déjà expérimenté par le passé, et l'imipramine (Tofranil®). Dans les antidépresseurs autres on peut citer la mirtazapine (Norset®) qui serait efficace pour traiter l'insomnie, que nous avons auparavant mentionnée pour son utilité dans le sevrage des benzodiazépines ou apparentés. Le trazodone présenterait une efficacité dans les troubles du sommeil des adultes, (178) y compris chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, (39) mais n'a pas actuellement l'AMM en France.

Une revue de la littérature sur 23 études s'intéressant à l'efficacité d'antidépresseurs dans la prise en charge de l'insomnie retrouvait une efficacité des inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS), pour la paroxétine (Deroxat®) mais pas pour la fluoxétine (Prozac®). Les études de cette revue étaient contre placebo, mais étaient limitées par leurs petites tailles et par leur faible puissance. (178)

La sertraline (Zoloft®), un autre antidépresseur ISRS, a un effet anxiolytique y compris chez les personnes âgées, et pourrait donc être utilisée dans le cadre de leurs troubles anxieux. Comme tout antidépresseur, cette efficacité est cependant plus progressive, avec une latence d'effet plus importante que les benzodiazépines, ce qui peut être un frein à son utilisation, les patients étant souvent en demande d'une efficacité totale et rapide comme nous l'avons vu dans nos résultats. (175)

D'autres antidépresseurs sont efficaces dans la prise en charge des troubles anxieux généralisés, même en l'absence d'un syndrome dépressif majeur, et notamment chez les personnes âgées. Les molécules les plus adaptées à cette population sont la venlafaxine (Effexor®) et l'escitalopram (Seroplex®). On peut aussi citer la paroxétine (Deroxat®) à utiliser cependant à des dosages prudents. (119)

### **3. Des espoirs d'évolution**

#### *(a) Une évolution naturellement favorable*

On peut imaginer, et cela a été suggéré par les médecins interviewés dans notre étude, que par le double effet du vieillissement de la population et la disparition de la "génération Lexomil®" d'une part, et l'évolution des recommandations de bonnes pratiques d'autre part, nous observerons dans les années à venir une diminution du nombre de patients âgés consommant les benzodiazépines de manière chronique. Effectivement, les mises en garde de prescription vont prendre une place de plus en plus importante dans la formation initiale, sensibilisant les prescripteurs dès leurs études de médecine, mais aussi dans la formation professionnelle continue et via les différentes campagnes de sensibilisation que nous avons



précédemment évoquées. On peut déjà observer que la consommation de benzodiazépines au Danemark a diminué entre 1997 et 2008, mais restait élevée, avec une prévalence d'utilisation à 25,6% chez les 75-85 ans et 30,3% chez les plus de 85 ans. Ces derniers avaient cependant une utilisation plus intensive avec des doses définies journalières plus élevées. (179)

### ***(b) Une meilleure politique de remboursement***

Les benzodiazépines, comme médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées, entraînent une majoration des coûts de santé. En effet, le coût sanitaire et c'était l'objet de cette étude est important mais le coût économique est également non négligeable. En effet, une thèse québécoise retrouvait chez les patients âgés avec ordonnance potentiellement inappropriée de benzodiazépines un surrisque d'hospitalisations, de passages aux urgences, et un surcoût de soin significatif en comparaison avec des utilisations appropriées de benzodiazépines. (180)

Par ailleurs le coût des consultations de psychologie, alternatives médicamenteuses et non médicamenteuses qui pourraient être un outil au sevrage non négligeable constitue un frein pour les patients qui contrairement aux benzodiazépines et apparentés ne font pas l'objet de remboursement. On peut ainsi s'interroger sur les choix politiques de remboursement judicieux que nous pourrions faire à l'avenir pour limiter les coûts liés aux remboursements des benzodiazépines mais aussi à tous les soins liés aux conséquences de leur utilisation chronique : consultations itératives, chutes, passages aux urgences, hospitalisations etc.

### ***(c) Une prise de conscience des deux parties***

Bien que la situation semble de l'extérieur relativement inerte à ce sujet, on peut pourtant noter que les habitudes de prescriptions des médecins tendent à évoluer, dans le cadre d'une prise de conscience générale au sein du corps médical. En effet, les médecins interviewés de notre étude semblaient bien au fait de cette problématique de santé et tentaient tous à leur niveau de mettre en place une prévention de cette chronicité à risque iatrogène élevé. Ceux qui semblaient le plus sensibles étaient les jeunes médecins fraîchement sortis de leurs études et au

fait des recommandations récentes, ceux qui accueillait un interne au sein de leur cabinet, ce qui leur permettait de remettre leurs pratiques en question, et ceux qui avaient fait des formations professionnelles notamment sur l'entretien motivationnel. On observe donc un certain dynamisme émanant du corps médical. Les médecins veulent que les choses changent et ce sont eux qui sur le terrain connaissent ce problème et seraient à même de trouver des stratégies efficaces. Une thèse lilloise s'est intéressée au sevrage des benzodiazépines chez les personnes âgées, afin que les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge (médecins, pharmaciens, infirmières, auxiliaires de vie) émettent des propositions par l'élaboration de consensus. Les propositions retenues comprenaient une campagne médiatique nationale, la recherche des causes des troubles du sommeil, et le déremboursement des hypnotiques en cas de durée prolongée hors AMM. (181)

Les médecins interviewés semblaient cependant peu conscients des questionnements, des doutes, des dilemmes parfois évoqués par les patients. Ils semblaient sous-estimer leurs connaissances, leur conscience du risque d'effets indésirables et leur capacité à réaliser un sevrage, quitte à favoriser l'inertie de la situation en ne le leur proposant pas. Cependant dans presque tous les entretiens patients nous avons retrouvé une volonté, certes parfois timide, mais constante de changer. La relation médecin patient que nous avons préalablement développée dans ce travail est parfois un outil favorable à l'application des bonnes pratiques mais parfois une véritable camisole qui bride le médecin dans l'usage de son libre arbitre. Médecins et patients devraient donc communiquer et user sagement de cette relation privilégiée pour limiter cette chronicité nocive.

## VI. Conclusion

Nous avons réalisé cette thèse qualitative en binôme sur le sujet de la consommation chronique des benzodiazépines et apparentés chez les personnes âgées afin d'en comprendre les mécanismes ainsi que les interactions complexes entre médecins prescripteurs et patients consommateurs. En effet ce phénomène est fréquent en soins primaires, surtout dans la problématique de l'insomnie, et le médecin généraliste occupe un rôle de prescripteur principal et de lien privilégié avec sa patientèle âgée. Pour comprendre ce phénomène, nous avons interviewé les deux populations, les médecins et les patients, et avons intégré en miroir les données des différents intervenants sous forme de quatre modèles, s'intéressant à la relation médecin patient ainsi qu'aux différentes phases de la prescription comprenant l'introduction médicamenteuse, le processus de chronicisation, et le sevrage.

Nous avons débuté cette thèse sans à priori quant à la prescription chronique des benzodiazépines chez les sujets âgés en médecine générale. Nous avons découvert, au fil de sa réalisation, que cette problématique se joue au cœur de la consultation de médecine générale où des interactions complexes ont lieu entre le médecin et son patient. Les médecins ont tendance à sous-estimer les connaissances et la conscience des risques de cette prescription chez leurs patients et peuvent éprouver des difficultés à appliquer leurs recommandations, dans une relation médecin patient parfois forte et empreinte d'empathie. Les patients, quant à eux, se trouvent confrontés à des bouleversements, lesquels peuvent susciter ou pérenniser une prescription de benzodiazépines. Ceux-ci peuvent être dus à des événements de vie antérieurs ou actuels, comme la maladie, le deuil, la transition de vie professionnelle, l'évolution des rythmes de sommeil ou des traumatismes. Derrière une attitude ressentie comme insistante par les médecins, se cache parfois une détresse et un dilemme entre d'une part la conscience du risque lié à ces médicaments et la volonté de suivre les recommandations de leur médecin mais d'autre part le désir impérieux de trouver une solution et retrouver un semblant de confort au quotidien. Cette attitude est parfois source de culpabilité et d'un comportement ambivalent.

Le médecin joue le rôle de pilier de la prise en charge, de la prescription initiale encadrée jusque dans la mise en œuvre du sevrage. Il met en confiance son patient, le rassure et le guide dans un processus dynamique de changement adapté à ses attentes et son niveau de motivation à chacune des étapes. Ce dernier se sent alors capable, en tant qu'acteur de sa santé, d'appliquer les modifications suggérées par son médecin. On peut estimer que la réussite de l'optimisation de la prescription chronique en benzodiazépine ou apparenté prend en compte aussi bien un sevrage total qu'une diminution de posologie ou qu'une désescalade en cas de polymédication. Malgré tout, le sevrage semble difficile à envisager chez certains patients, par exemple ceux présentant une problématique psychiatrique marquée par crainte d'un déséquilibre.

Cependant, la benzodiazépine peut apparaître aux yeux des médecins comme un traitement efficace et apportant une réponse facile au problème du patient, celui-ci étant par ailleurs particulièrement en demande d'une solution pharmacologique qu'il imagine bénéfique et rapide. En effet certaines alternatives que nous avons citées tels que l'entretien motivationnel ou le soutien psychologique semblent plus chronophages pour le médecin et difficiles à mettre en place. Par ailleurs la psychothérapie s'est révélée difficile d'accès, coûteuse voire moins acceptable pour les patients, malgré le fait que le syndrome dépressif semble répandu et sous-traité dans cette population. En effet ce syndrome apparaît plus souvent atypique et méconnu, révélé par une insomnie et de l'anxiété, ce qui peut expliquer une partie du mésusage des benzodiazépines.

Bien que l'évolution de la démographie des patients et la modification des pratiques des médecins vont avoir naturellement tendance à amoindrir ce phénomène de consommation chronique, il reste des pistes d'amélioration. Nous pourrions envisager de renforcer les campagnes d'information et de sensibilisation existantes auprès des médecins et des patients en insistant notamment sur la dangerosité de ces traitements, et en les informant sur les différentes alternatives médicamenteuses et non médicamenteuses. Certaines semblent en effet efficaces pour traiter les troubles du sommeil et l'anxiété. La consolidation des recommandations de la HAS est essentielle auprès des médecins via la formation professionnelle initiale et continue. Elles rappellent la nécessité de choisir une molécule

adaptée au patient, d'instaurer un traitement sur une durée d'emblée courte et en monothérapie pour prévenir la chronicisation, mais aussi l'intérêt d'une formation à l'entretien motivationnel.

A la lumière des résultats de cette étude, nous pouvons raisonnablement penser que c'est bel et bien la consolidation de la relation médecin patient, en usant de modes de communications adaptés et d'une écoute attentive, qui permettra de favoriser les sevrages et l'application des règles de bonnes pratiques en amenant le patient, à son rythme, vers le processus de changement.

## VII. Bibliographie

1. Lefebvre T. Mort de Leo Sternbach (1908-2005), l'inventeur du Valium. *Rev Hist Pharm.* 2005;93(348):584-6.
2. Gagnault J-C, Nédélec L. Les benzodiazépines : aspects historiques, éléments de structure-activité et perspectives d'avenir. *Actual Chim.* janv 1983;17-23.
3. Beaulieu P. Généralités sur les benzodiazépines. Dr Delanoue, cours IADE. 2006; Département d'anesthésiologie et de pharmacologie, Faculté de Médecine, Université de Montréal.
4. Bacon E, Viennot F. Le système complexe des récepteurs GABA-benzodiazépine. *médecine/sciences.* 1990;6(8):770.
5. HAS. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete)
6. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.* 2016.
7. ANSM. Résumé des caractéristiques du produit - DIAZEPAM TEVA 5 mg, comprimé - Base de données publique des médicaments [Internet]. Base de données publique des médicaments. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=66023836&typedoc=R>

8. Les sources de variabilité de la réponse au médicament. Variabilités pharmacocinétiques [Internet]. Site du Collège National de Pharmacologie Médicale. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/pharmacologie/les-sources-de-variabilite-de-la-reponse-au-medicament/45-variabilites-pharmacocinetiques>
9. Richard N. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France - décembre 2013. ANSM; 2013 p. 82.
10. American Geriatrics Society. 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(4):674-94.
11. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS Drugs.* 2004;18(1):37-48.
12. Lader M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol.* févr 2014;77(2):295-301.
13. Paille F, Maheut-Bosser A. Benzodiazépines et personnes âgées. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 oct 2016;16(95):246-57.
14. Markota M, Rummans TA, Bostwick JM, Lapid MI. Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies. *Mayo Clin Proc.* nov 2016;91(11):1632-9.
15. Liu L, Jian P, Zhou Y, Zhou J, Jia L, Tang M, et al. Is the Long-Term Use of Benzodiazepines Associated With Worse Cognition Performance in Highly Educated Older Adults? *Front Psychiatry.* 2020;11:595623.

16. Picton JD, Marino AB, Nealy KL. Benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*. 1 janv 2018;75(1):e6-12.
17. Lagnaoui R, Bégaud B, Moore N, Chaslerie A, Fourrier A, Letenneur L, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: A nested case–control study. *J Clin Epidemiol*. 1 mars 2002;55(3):314-8.
18. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer’s disease: case-control study. *BMJ*. 9 sept 2014;349:g5205.
19. Penninkilampi R, Eslick GD. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Risk of Dementia Associated with Benzodiazepine Use, After Controlling for Protopathic Bias. *CNS Drugs*. 1 juin 2018;32(6):485-97.
20. Imfeld P, Bodmer M, Jick SS, Meier CR. Benzodiazepine Use and Risk of Developing Alzheimer’s Disease or Vascular Dementia: A Case–Control Analysis. *Drug Saf*. 1 oct 2015;38(10):909-19.
21. Defrancesco M, Marksteiner J, Fleischhacker WW, Blasko I. Use of Benzodiazepines in Alzheimer’s Disease: A Systematic Review of Literature. *Int J Neuropsychopharmacol*. sept 2015;18(10):pyv055.
22. Velert Vila J, Velert Vila M del M, Salar Ibáñez L, Avellana Zaragoza JA, Moreno Royo L. Adecuación de la utilización de benzodiazepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración médico-farmacéutico. *Aten Primaria*. juill 2012;44(7):402-10.
23. Bourin M. Les problèmes posés par l’utilisation des benzodiazépines chez le patient âgé. *L’Encéphale*. 1 sept 2010;36(4):340-7.



24. Pérez-Diaz H, Iranzo A, Santamaria J. Zolpidem-induced sleep-related behavioural disorders. *Neurol Engl Ed.* 1 janv 2010;25(8):491-7.
25. Brandt J, Leong C. Benzodiazepines and Z-Drugs: An Updated Review of Major Adverse Outcomes Reported on in Epidemiologic Research. *Drugs RD.* déc 2017;17(4):493-507.
26. Hemmelgarn B. Benzodiazepine use and the risk of motor vehicle crashes in the elderly. [Ottawa]: National Library of Canada = Bibliothèque nationale du Canada; 1999.
27. Briot M. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes [Internet]. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé; 2006 juin p. 500. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-off/i3187.pdf>
28. 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.* juin 2001;158(6):892-8.
29. Zint K, Haefeli WE, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J, Stürmer T. Impact of drug interactions, dosage, and duration of therapy on the risk of hip fracture associated with benzodiazepine use in older adults. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010;19(12):1248-55.
30. Skinner BW, Johnston EV, Saum LM. Benzodiazepine Initiation and Dose Escalation: A Risk Factor for Inpatient Falls. *Ann Pharmacother.* 1 avr 2017;51(4):281-5.
31. Pariente A, Dartigues J-F, Benichou J, Letenneur L, Moore N, Fourrier-Réglat A. Benzodiazepines and Injurious Falls in Community Dwelling Elders. *Drugs Aging.* 1 janv 2008;25(1):61-70.
32. Leipzig RM, Cumming RG, 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.

33. Woolcott JC. Meta-analysis of the Impact of 9 Medication Classes on Falls in Elderly Persons. *Arch Intern Med.* 1 nov 2009;169(21):1952.
34. Morgenthaler TI, Kolla BP, Lovely JK, Mansukhani MP, Morgenthaler TI. Zolpidem is independently associated with increased risk of inpatient falls. *J Hosp Med.* 1 janv 2013;8(1):1-6.
35. Patorno E, Glynn RJ, Levin R, Lee MP, Huybrechts KF. Benzodiazepines and risk of all cause mortality in adults: cohort study. *BMJ.* 6 juill 2017;358:j2941.
36. Silber MH. Chronic Insomnia. *N Engl J Med.* 25 août 2005;353(8):803-10.
37. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep.* 1 nov 2004;27(7):1255-73.
38. Onen S. Sommeil physiologique du sujet âgé. *Médecine Sommeil.* 2005;(2):6-10.
39. Praharaj SK, Gupta R, Gaur N. Clinical Practice Guideline on Management of Sleep Disorders in the Elderly. *Indian J Psychiatry.* févr 2018;60(Suppl 3):S383-96.
40. Vi-Huong N-M, Pallanca O, Brion A, Vecchierini M-F. Les habitudes de vie et de sommeil chez les patients âgés insomniaques. *Médecine Sommeil.* 1 mars 2017;14(1):43.
41. Foley D, Monjan A, Brown S, Simonsick E, Wallace R, Blazer D. Sleep Complaints Among Elderly Persons: An Epidemiologic Study of Three Communities. *Sleep.* 1 août 1995;18:425-32.
42. Achour EC. Le sommeil physiologique et pathologique du sujet âgé: impact sur la qualité du vieillissement et le vieillissement cognitif. 2013.

43. HAS. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Propositions d'actions concertées [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/prescription\\_psychotropes\\_sujet\\_age\\_version\\_courte\\_2007\\_11\\_07\\_\\_19\\_34\\_38\\_576.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/prescription_psychotropes_sujet_age_version_courte_2007_11_07__19_34_38_576.pdf)
44. OMS | Faits marquants sur le vieillissement [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 4 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
45. OMS | Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016 [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>
46. OMS | Vieillir en bonne santé: stratégie et plan d'action de l'OMS [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/global-strategy/fr/>
47. Placade J-P. Les conséquences macroéconomiques du vieillissement démographique [Internet]. Sénat; 1999 déc [cité 19 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r99-143/r99-1435.html>
48. Bilan démographique 2020 – Bilan démographique 2020 | Insee [Internet]. [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724?sommaire=5007726#graphique-figure6\\_radio1](https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724?sommaire=5007726#graphique-figure6_radio1)
49. Espérance de vie en bonne santé – Indicateurs de richesse nationale | Insee [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3281641?sommaire=3281778&q=esp%C3%A9rance+de+vie+en+bonne+sant%C3%A9>
50. Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 19 mars

2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2019-resultats>

51. Évolution et structure de la population en 2017 – Recensement de la population – Résultats pour toutes les communes, départements, régions, intercommunalités... –Évolution et structure de la population en 2017 | Insee [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4515315?sommaire=4515349&geo=REG-93>

52. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: [https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicateur&i=rp.pt\\_age65p&s=2017&view=map3](https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicateur&i=rp.pt_age65p&s=2017&view=map3)

53. Cavalié P. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Janvier 2012. AFSSAPS; 2012 janv p. 48.

54. Bourgeois J, Elseviers MM, Azermai M, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RR. Benzodiazepine use in Belgian nursing homes: a closer look into indications and dosages. *Eur J Clin Pharmacol*. 1 mai 2012;68(5):833-44.

55. Ardiet G, Monnier N, Poli A. Évolution des traitements psychotropes pour les personnes âgées en institution, entre 2004 et 2012, dans le Rhône. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 mai 2013;171(4):257-61.

56. Lafuente-Lafuente C, Baudry É, Paillaud E, Piette F. Pharmacologie clinique et vieillissement. *Presse Médicale*. 1 févr 2013;42(2):171-80.

57. 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*. 2008;12.

58. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing*. 1 mars 2015;44(2):213-8.
59. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing*. 1 nov 2008;37(6):673-9.
60. Albert SM, Colombi A, Hanlon J. Potentially Inappropriate Medications and Risk of Hospitalization in Retirees. *Drugs Aging*. 1 mai 2010;27(5):407-15.
61. Hedna K, Hakkarainen KM, Gyllensten H, Jönsson AK, Petzold M, Hägg S. Potentially inappropriate prescribing and adverse drug reactions in the elderly: a population-based study. *Eur J Clin Pharmacol*. 1 déc 2015;71(12):1525-33.
62. Panes A. Évaluation du mésusage des benzodiazépines en France entre 2007 et 2012, données de l'assurance maladie. 2015.
63. ANSM. Prescription obligatoire du zolpidem sur ordonnance sécurisée - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2017 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Prescription-obligatoire-du-zolpidem-sur-ordonnance-securisee-Point-d-Information>
64. ANSM. Durée maximale de prescription des médicaments classés comme hypnotiques. 2013.
65. CNAM. Guide méthodologique : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) Médecin traitant de l'adulte. 2020.

66. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2ème édition. Armand Colin; 2015. 126 p.
67. Lmoumene N. Identifier et analyser les représentations des patients vis-à-vis du risque lié à la consommation de benzodiazépines à visée hypnotique. 2018.
68. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Deveugele M, De Maeseneer J, Christiaens T. First benzodiazepine prescriptions. *Can Fam Physician*. juill 2007;53(7):1200-1.
69. Taylor C. Diagnostic éducatif de 13 seniors consommateurs chroniques de benzodiazépines et apparentés pour insomnie : représentations du trouble du sommeil et de son traitement. 2017.
70. Guilliot J. Consommation chronique d'hypnotiques chez le sujet âgé: évaluation des résistances des patients face à la proposition de sevrage [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
71. Téllez-Lapeira JM, López-Torres Hidalgo J, Gálvez-Alcaraz L, Párraga-Martínez I, Boix-Gras C, García-Ruiz A. Consumo de ansiolíticos e hipnóticos y factores asociados en las personas mayores. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 1 janv 2017;52(1):31-4.
72. Jorm AF, Grayson D, Creasey H, Waite L, Broe GA. Long-term benzodiazepine use by elderly people living in the community. *Aust N Z J Public Health*. 2000;24(1):7-10.
73. Kirby M, Denihan A, Bruce I, Radic A, Coakley D, Lawlor BA. Benzodiazepine use among the elderly in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(4):280-4.
74. Bogunovic OJ, Greenfield SF. Practical Geriatrics: Use of Benzodiazepines Among Elderly Patients. *Psychiatr Serv*. 1 mars 2004;55(3):233-5.

75. Taylor S, McCracken CFM, Wilson KCM, Copeland JRM. Extent and appropriateness of benzodiazepine use: Results from an elderly urban community. *Br J Psychiatry*. nov 1998;173(5):433-8.
76. Petrovic M, Vandierendonck A, Mariman A, Maele G van, Afschrift M, Pevernagie D. Personality traits and socio-epidemiological status of hospitalised elderly benzodiazepine users. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17(8):733-8.
77. Rikala M, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Psychotropic drug use in community-dwelling elderly people—characteristics of persistent and incident users. *Eur J Clin Pharmacol*. févr 2011;67(7):731-9.
78. Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Moore N, Bégaud B. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use. *Eur J Clin Pharmacol*. août 2001;57(5):419-25.
79. Guérette A. La santé mentale des personnes âgées consommant régulièrement des benzodiazépines. [Ottawa]: National Library of Canada = Bibliothèque nationale du Canada; 2001.
80. Fortin D. Facteurs associés à la consommation de longue durée de benzodiazépines chez les personnes âgées du Québec vivant à domicile. [Ottawa]: Library and Archives Canada = Bibliothèque et Archives Canada; 2005.
81. Barriault J. Les facteurs déterminants de la consommation de benzodiazepines chez la personne âgée ayant consulté un médecin pour un problème de santé mentale. [Ottawa]: National Library of Canada = Bibliothèque nationale du Canada; 2002.
82. Mokhar A, Tillenburg N, Dirmaier J, Kuhn S, Härter M, Verthein U. Potentially inappropriate use of benzodiazepines and z-drugs in the older population-analysis of

associations between long-term use and patient-related factors. Peerj. 22 mai 2018;6:e4614-e4614.

83. Takaesu Y, Komada Y, Asaoka S, Kagimura T, Inoue Y. Factors Associated with Long-Term Use of Hypnotics among Patients with Chronic Insomnia. PLOS ONE. 19 nov 2014;9(11):e113753.

84. Egan MY. Less than optimal uses of benzodiazepines by older adults in Quebec. [Ottawa]: National Library of Canada = Bibliothèque nationale du Canada; 1999.

85. Egan M, Moride Y, Wolfson C, Monette J. Long-Term Continuous Use of Benzodiazepines by Older Adults in Quebec: Prevalence, Incidence and Risk Factors. J Am Geriatr Soc. 2000;48(7):811-6.

86. Gérardin M, Guerlais M, Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M, Jolliet P, Victorri-Vigneau C. Consommation de benzodiazépines chez le sujet âgé : quelles particularités ? Eur Psychiatry. 1 nov 2015;30(8, Supplement):S44.

87. Gerlach LB, Maust DT, Leong SH, Mavandadi S, Oslin DW. Factors Associated With Long-term Benzodiazepine Use Among Older Adults. JAMA Intern Med. 1 nov 2018;178(11):1560.

88. Simon GE, Ludman EJ. Outcome of new benzodiazepine prescriptions to older adults in primary care. Gen Hosp Psychiatry. 2006;28(5):374-8.

89. Béland S-G. L'utilisation de benzodiazépines et la qualité du sommeil des personnes âgées du Québec. 2009;

90. Dowling GJ, Weiss SRB, Condon TP. Drugs of Abuse and the Aging Brain. Neuropsychopharmacology. janv 2008;33(2):209-18.



91. Novier A, Ornelas LC, Diaz-Granados JL, Matthews DB. Differences in Behavioral Responding in Adult and Aged Rats Following Chronic Ethanol Exposure. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016;40(7):1462-72.
92. Mohammadian J, Miladi-Gorji H. Age- and sex-related changes in the severity of physical and psychological dependence in morphine-dependent rats. *Pharmacol Biochem Behav.* 1 déc 2019;187:172793.
93. Salzman C, Shader RI, Greenblatt DJ, Harmatz JS. Long v short half-life benzodiazepines in the elderly. Kinetics and clinical effects of diazepam and oxazepam. *Arch Gen Psychiatry.* mars 1983;40(3):293-7.
94. Koepke HH, Gold RL, Linden ME, Lion JR, Rickels K. Multicenter controlled study of oxazepam in anxious elderly outpatients. *Psychosomatics.* 1 juin 1982;23(6):641-5.
95. Bell C, Fischer H, Gill S, Zagorski B, Sykora K, Wp W, et al. Initiation of benzodiazepines in the elderly after hospitalization. *J Gen Intern Med.* 24 avr 2007;22(7):1024-9.
96. Reynolds LM, Engin E, Tantillo G, Lau HM, Muschamp JW, Carlezon WA, et al. Differential Roles of GABAA Receptor Subtypes in Benzodiazepine-Induced Enhancement of Brain-Stimulation Reward. *Neuropsychopharmacology.* oct 2012;37(11):2531-40.
97. Mokhar A, Topp J, Härter M, Schulz H, Kuhn S, Verthein U, et al. Patient-centered care interventions to reduce the inappropriate prescription and use of benzodiazepines and z-drugs: A systematic review. *PeerJ.* 8 oct 2018;6:e5535.
98. Victorri-Vigneau C, Wainstein L, Guillet J-Y, Gérardin M, Jolliet P. Diagnostic de pharmacodépendance : comparaison des points de vue du patient et du médecin. *Thérapies.* 1 mars 2012;67(2):167-72.

99. Lelièvre J. Facteurs facilitant et limitant le sevrage en benzodiazépines et apparentés chez la personne âgée en médecine générale: méthode d'analyse SWOT [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
100. Guillard J-M. Les déterminants de la prescription des benzodiazépines et apparentés au long cours en médecine générale: enquête qualitative réalisée auprès de 13 médecins généralistes de Haute-Corse [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2016.
101. d'Audigier S, Filz E. Attitudes des médecins généralistes face aux prescriptions chroniques de benzodiazépines : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes. 3 juin 2015;147.
102. Margerie P. Facteurs influençant la prescription de benzodiazépines en centres médicaux à horaires élargis : une analyse qualitative auprès de douze médecins généralistes de la région marseillaise [Internet]. 2018 [cité 9 janv 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01936749>
103. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Fam Pract*. 13 déc 2013;14(1):191.
104. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(4):214-9.
105. Anthierens S, Pasteels I, Habraken H, Steinberg P, Declercq T, Christiaens T. Barriers to nonpharmacologic treatments for stress, anxiety, and insomnia. *Can Fam Physician*. nov 2010;56(11):e398-406.

106. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. 1 déc 2014;4(12):e006544.
107. Anthierens S, Grypdonck M, Pauw LD, Christiaens T. Perceptions of nurses in nursing homes on the usage of benzodiazepines. *J Clin Nurs*. 2009;18(22):3098-106.
108. Bonin-Guillaume S, Martin G, Zafack J, Gentile G, Allaria-Lapierre V, Sciortino V, et al. Consommation d'antipsychotiques chez les sujets atteints de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées de la cohorte PACA-Alz 2010. *Thérapies*. mai 2014;69(3):213-22.
109. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. sept 1992;47(9):1102-14.
110. Lader M, Russell J. Guidelines for the prevention and treatment of benzodiazepine dependence: summary of a report from the Mental Health Foundation. *Addiction*. 1993;88(12):1707-8.
111. Chao L-W, Szrek H, Pereira NS, Pauly MV. Time preference and its relationship with age, health, and survival probability. *Judgm Decis Mak*. 2009;4(1):19.
112. Becker GS, Mulligan CB. The Endogenous Determination of Time Preference. *Q J Econ*. 1997;112(3):729-58.
113. Nowell PD, Mazumdar S, Buysse DJ, Dew MA, Reynolds CF, Kupfer DJ. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA*. 24 déc 1997;278(24):2170-7.

114. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 25 janv 2000;162(2):225-33.
115. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, Bialy L, Tubman M, Ospina M, et al. The Efficacy and Safety of Drug Treatments for Chronic Insomnia in Adults: A Meta-analysis of RCTs. *J Gen Intern Med.* sept 2007;22(9):1335-50.
116. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ.* 19 nov 2005;331(7526):1169.
117. Hedner J, Yaeche R, Emilien G, Farr I, Salinas E. Zaleplon shortens subjective sleep latency and improves subjective sleep quality in elderly patients with insomnia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2000;15(8):704-12.
118. Gerlach L, Wiechers I, Maust D. Prescription Benzodiazepine Use Among Older Adults: A Critical Review. *Harv Rev Psychiatry.* 1 sept 2018;26:264-73.
119. Flint AJ. Generalised Anxiety Disorder in Elderly Patients. *Drugs Aging.* 1 févr 2005;22(2):101-14.
120. Prescrire. Mauvais sommeil chez un adulte. *Premiers Choix Prescrire;* 2020.
121. Assem-Hilger E, Jungwirth S, Weissgram S, Kirchmeyr W, Fischer P, Barnas C. Benzodiazepine use in the elderly: an indicator for inappropriately treated geriatric depression? *Int J Geriatr Psychiatry.* juin 2009;24(6):563-9.
122. Ruault G. *MobiQual : Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles.* 2010.

123. La dépression, en savoir plus pour en sortir par l'INPES [Internet]. Sensibilisation Prévention. 2012 [cité 6 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.sensibilisation-prevention.fr/sante/la-depression-en-savoir-plus-pour-en-sortir-par-linpes-137>
124. Bosworth HB, Voils CI, Potter GG, Steffens DC. The effects of antidepressant medication adherence as well as psychosocial and clinical factors on depression outcome among older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(2):129-34.
125. Burnett-Zeigler I, Kim HM, Chiang C, Kavanagh J, Zivin K, Rockefeller K, et al. The association between race and gender, treatment attitudes, and antidepressant treatment adherence. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29(2):169-77.
126. Sewitch MJ, Cole M, McCusker J, Ciampi A, Dyachenko A. Medication Use and Nonadherence to Psychoactive Medication for Mental Health Problems by Community-Living Canadian Seniors with Depression. *Can J Psychiatry*. 1 sept 2008;53(9):609-20.
127. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *The Lancet*. 14 juill 2007;370(9582):173-84.
128. HAS. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire [Internet]. 2015. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche\\_memo\\_rapport\\_elaboration\\_arret\\_benzodiazepines\\_\\_2015\\_06\\_17.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_rapport_elaboration_arret_benzodiazepines__2015_06_17.pdf)
129. HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese\\_bzd\\_-\\_version\\_finale\\_2008.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_bzd_-_version_finale_2008.pdf)
130. Shorr RI, Robin DW. Rational Use of Benzodiazepines in the Elderly. *Drugs Aging*. 1 janv 1994;4(1):9-20.

131. Landry P, Gervais M, O'Connor KP. Mise à jour sur les considérations pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et les interactions médicamenteuses dans le choix d'une benzodiazépine. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* août 2008;166(7):585-94.
132. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing Inappropriate Polypharmacy: The Process of Deprescribing. *JAMA Intern Med.* 1 mai 2015;175(5):827.
133. Debaure E, Bornert-Estrade C. Sevrage en benzodiazépines hypnotiques et sujet âgé: auto-évaluation des pratiques en médecine générale après une formation. France; 2012.
134. Hartlaub PP, Barrett PH, Marine WM, Murphy JR. Evaluation of an intervention to change benzodiazepine-prescribing behavior in a prepaid group practice setting. *Am J Prev Med.* déc 1993;9(6):346-52.
135. Darker C, Barry J. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. 2015;
136. Tannenbaum C. Inappropriate benzodiazepine use in elderly patients and its reduction. *J Psychiatry Neurosci.* 1 mai 2015;40(3):E27-8.
137. Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry.* févr 2014;204(2):98-107.
138. Lähteenmäki R, Puustinen J, Vahlberg T, Lyles A, Neuvonen PJ, Partinen M, et al. Melatonin for sedative withdrawal in older patients with primary insomnia: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Br J Clin Pharmacol.* juin 2014;77(6):975-85.

139. Lader M, Tylee A, Donoghue J. Withdrawing Benzodiazepines in Primary Care. *CNS Drugs*. 1 janv 2009;23(1):19-34.
140. Soyka M, München B. Therapie der Benzodiazepinabhängigkeit. *Fortschritte Neurol · Psychiatr*. avr 2019;87(4):259-70.
141. Guaiana G, Barbui C. Discontinuing benzodiazepines: best practices. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;3.
142. Olde Rikkert MG, Rigaud AS. Melatonin in elderly patients with insomnia. A systematic review. *Z Gerontol Geriatr*. déc 2001;34(6):491-7.
143. Garfinkel D, Laudon M, Zisapel N. Improvement of sleep quality by controlled-release melatonin in benzodiazepine-treated elderly insomniacs. *Arch Gerontol Geriatr*. avr 1997;24(2):223-31.
144. Garzón C, Guerrero JM, Aramburu O, Guzmán T. Effect of melatonin administration on sleep, behavioral disorders and hypnotic drug discontinuation in the elderly: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Aging Clin Exp Res*. févr 2009;21(1):38-42.
145. Wright A, Diebold J, Otal J, Stoneman C, Wong J, Wallace C, et al. The Effect of Melatonin on Benzodiazepine Discontinuation and Sleep Quality in Adults Attempting to Discontinue Benzodiazepines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drugs Aging*. déc 2015;32(12):1009-18.
146. Baandrup L, Ebdrup BH, Rasmussen JØ, Lindschou J, Gluud C, Glenthøj BY. Pharmacological interventions for benzodiazepine discontinuation in chronic benzodiazepine users. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(3).

147. Penninga EI, Graudal N, Ladekarl MB, Jürgens G. Adverse Events Associated with Flumazenil Treatment for the Management of Suspected Benzodiazepine Intoxication – A Systematic Review with Meta-Analyses of Randomised Trials. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2016;118(1):37-44.
148. Mendlewicz J, Dunbar GC, Hoffman G. Changes in sleep EEG architecture during the treatment of depressed patients with mianserin. *Acta Psychiatr Scand*. 1985;72(s320):26-9.
149. Smith AHW, Naylor GS, Moody JP. Placebo-controlled double-blind trial of mianserin hydrochloride. *Br J Clin Pharmacol*. 1978;5(Suppl 1):67S-70S.
150. Erwin WJ, Goodman C, Smith T. Effectiveness of a direct-to-consumer written health education program in the reduction of benzodiazepine and sedative-hypnotic use in an elderly population at a single Veterans Affairs medical center. *Ment Health Clin*. 26 avr 2018;8(3):100-4.
151. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of Inappropriate Benzodiazepine Prescriptions Among Older Adults Through Direct Patient Education: The EMPOWER Cluster Randomized Trial. *JAMA Intern Med*. 1 juin 2014;174(6):890.
152. Bérard C, McCambridge C, Sourdet S, Piau A, Rouch L, Chicoulaa B, et al. Benzodiazepines and frail elderly people: how prescribing can be optimized? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 déc 2018;16(4):359-66.
153. Brehon E. Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée : étude portant sur 244 patients hospitalisés en gériatrie aigue. [Internet]. [Université de Picardie Jules Verne]: UFR de pharmacie; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01485611/document>



154. Legros-Lapebie L. Introduction ou réintroduction de médicaments potentiellement inappropriés après une prise en charge en gériatrie : fréquence et conséquence, à propos de 100 patients [Internet]. [Bordeaux]: UFR des sciences médicales; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01580349/document>
155. Portails A, Bonin-Guillaume S. Optimisation des prescriptions chez le sujet âgé hospitalisé en structure gériatrique: apport des critères STOPP et d'une formation des prescripteurs sur le bon usage des médicaments. [S.l.]: s.n.; 2014.
156. Amanti CA. Benzodiazepine Taper Guidelines for Older Adults in an Inpatient Geriatric/Psychiatric Unit. The University of Arizona; 2018.
157. Andreu X, Bonin-Guillaume S. Prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées: analyse à partir des ordonnances de ville du risque iatrogène de 9 classes médicamenteuses concernant les chutes. [S.l.]: s.n.; 2013.
158. Yokoi Y, Misal M, Oh E, Bellantoni M, Rosenberg PB. Benzodiazepine discontinuation and patient outcome in a chronic geriatric medical/psychiatric unit: A retrospective chart review. *Geriatr Gerontol Int.* 2014;14(2):388-94.
159. Bourgeois J, Elseviers M, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele R. Feasibility of discontinuing chronic benzodiazepine use in nursing home residents: a pilot study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2014;70(10):1251-60.
160. Bain KT. Management of chronic insomnia in elderly persons. *Am J Geriatr Pharmacother.* juin 2006;4(2):168-92.
161. Montgomery P, Dennis J. A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. *Sleep Med Rev.* 1 févr 2004;8(1):47-62.

162. King AC, Oman RF, Brassington GS, Bliwise DL, Haskell WL. Moderate-Intensity Exercise and Self-rated Quality of Sleep in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 1 janv 1997;277(1):32-7.
163. Goldstein LA. Traditional Versus Nontraditional Techniques to Reduce Insomnia in the Elderly: A Critical Review [Dissertation]. [San Diego]: Alliant International University, San Diego; 2005.
164. Précart G. Les techniques non médicamenteuses dans le trouble anxieux. 2015.
165. Duffy JF, Abbott SM, Burgess HJ, Crowley SJ, Emens JS, Epstein LJ, et al. Workshop report. Circadian rhythm sleep–wake disorders: gaps and opportunities. *Sleep*. 14 févr 2021;(zsaa281).
166. Jacobs GD, Pace-Schott EF, Stickgold R, Otto MW. Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy for Insomnia: A Randomized Controlled Trial and Direct Comparison. *Arch Intern Med*. 27 sept 2004;164(17):1888.
167. Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry*. janv 2002;159(1):5-11.
168. Singh D. PHS40 An Example of Irrational Decision Making in the Elderly: Why are Pharmacological Therapies Preferentially Reimbursed Over Non-Pharmacological Therapies for Insomnia? *Value Health*. 1 nov 2012;15(7):A525.
169. Tannenbaum C, Diaby V, Singh D, Perreault S, Luc M, Vasiliadis H-M. Sedative-Hypnotic Medicines and Falls in Community-Dwelling Older Adults: A Cost-Effectiveness (Decision-Tree) Analysis from a US Medicare Perspective. *Drugs Aging*. 1 avr 2015;32(4):305-14.

170. Etchegaray M, Hardy P. Traitement des troubles anxieux généralisés. *Presse Médicale*. 1 mai 2008;37(5, Part 2):859-66.
171. Prescrire. Plainte d'insomnie. Une place pour la phytothérapie traditionnelle. *Rev Prescrire*. févr 2005;tome 25(258):110-4.
172. Miroddi M, Calapai G, Navarra M, Minciullo PL, Gangemi S. *Passiflora incarnata* L.: Ethnopharmacology, clinical application, safety and evaluation of clinical trials. *J Ethnopharmacol*. 12 déc 2013;150(3):791-804.
173. Hieu TH, Dibas M, Dila KAS, Sherif NA, Hashmi MU, Mahmoud M, et al. Therapeutic efficacy and safety of chamomile for state anxiety, generalized anxiety disorder, insomnia, and sleep quality: A systematic review and meta-analysis of randomized trials and quasi-randomized trials. *Phytother Res*. 2019;33(6):1604-15.
174. Courbot T. Benzodiazépines et personnes âgées : problèmes liés à leur consommation et alternatives [Internet]. [Université de Lille 2]: Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille; 2016. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/90fede4a-b535-44b0-baae-c0a760092ac8>
175. Mokhber N, Azarpazhooh MR, Khajehdaluee M, Velayati A, Hopwood M. Randomized, single-blind, trial of sertraline and buspirone for treatment of elderly patients with generalized anxiety disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;64(2):128-33.
176. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 21 mars 2014;(3):CD009178.
177. Quelle place pour l'agomélatine (Valdoxan®) dans le traitement de la dépression ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2010 [cité 19 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1439921/fr/quelle-place-pour-l-agomelatine-valdoxan-dans-le-traitement-de-la-depression](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1439921/fr/quelle-place-pour-l-agomelatine-valdoxan-dans-le-traitement-de-la-depression)

178. Everitt H, Baldwin DS, Stuart B, Lipinska G, Mayers A, Malizia AL, et al. Antidepressants for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(5).
179. Holm E, Fosbol E, Pedersen H, Jensen TB, Nielsen M, Weeke P, et al. Benzodiazepine use in Denmark 1997–2008. *Eur Geriatr Med.* oct 2012;3(5):299-303.
180. Dionne P-A. L'impact économique des ordonnances potentiellement non appropriées de benzodiazépines dans la population âgée vivant à domicile. 2014.
181. Peressoni H. Sevrage ambulatoire des personnes âgées de plus de 65 ans, consommatrices au long cours d'hypnotiques: propositions d'amélioration des professionnels de santé concernés [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/71808d76-7d32-459d-aa6b-55c0f52c5f1a>

## VIII. Annexes

### A. Annexe 1 : critères COREQ

---

#### Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

##### Caractéristiques personnelles

- |    |                         |  |
|----|-------------------------|--|
| 1. | Enquêteur/animateur     | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ? |
| 2. | Titres académiques      | Quels étaient les titres académiques du chercheur ?  |
| 3. | Activité                | Quelle était leur activité au moment de l'étude ?  |
| 4. | Genre                   | Le chercheur était-il un homme ou une femme ?  |
| 5. | Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?   |

##### Relations avec les participants

- |    |  |   |
|----|--|---|
| 6. | Relation antérieure                                    | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? |
| 7. | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ?                             |
| 8. | Caractéristiques de l'enquêteur                        | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?    |

#### Domaine 2 : Conception de l'étude

##### Cadre théorique

- |    |                                       |  |
|----|---------------------------------------|--|
| 9. | Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? |
|----|---------------------------------------|--|

##### Sélection des participants

- |     |                         |  |
|-----|-------------------------|--|
| 10. | Échantillonnage         | Comment ont été sélectionnés les participants ?                            |
| 11. | Prise de contact        | Comment ont été contactés les participants ?                               |
| 12. | Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?                      |
| 13. | Non-participation       | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? |

Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?

---

31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

## B. Annexe 2 : Validation du comité d'éthique



### Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.  
N/Réf dossier : 2019-12-12-006  
Dossier suivi par :DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le vendredi 13 décembre 2019

Le projet de recherche présenté par l'investigateur, Dc CALVET-MONTREDON, CCA au département de médecine générale-DUMG de la faculté de médecine, de l'Université d'Aix-Marseille dans le cadre d'une thèse en binôme de Majou Louise et Rolland MC, intitulé «**Consommation chroniques des benzodiazepines chez les personnes âgées**» a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du jeudi 12 décembre 2019.

Après audition des rapporteurs et prises en compte des remarques des experts, le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou réglementaire.

Le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet donc un avis favorable.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Weiller', with a horizontal line underneath.



## C. Annexe 3 : Notice d'information patient

### **« Consommation chronique des benzodiazépines et apparentés chez les sujets âgés »**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'investigateur principal, Céline CALVET-MONTREDON, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : **« Consommation chronique des benzodiazépines et apparentés chez les sujets âgés »**.

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur pour lui poser toutes les questions complémentaires.

#### **Objectif de la recherche**

Nous sommes deux internes en médecine générale et nous réalisons notre travail de thèse sur l'étude de certains médicaments très couramment prescrits en France chez les patients de plus de 65 ans, les benzodiazépines et leurs apparentés. L'objectif principal est de comprendre les mécanismes qui mènent à la pérennisation de leur prescription une fois celle-ci débutée.

#### **Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?**

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous organiserons un entretien en face à face, aux horaires vous convenant, au cours duquel nous échangerons sur le vécu de votre traitement par benzodiazépines.

La durée de cet entretien est estimée à trente minutes à une heure. Il sera enregistré vocalement à l'aide d'un dictaphone puis retranscrit intégralement par écrit.

L'entretien sera complètement anonyme. En effet, aucune donnée identifiante ne sera prononcée au cours de l'entretien ni retranscrite. Vos coordonnées seront effacées et votre entretien numéroté. Seul ce code à 4 caractères, qui vous sera remis, vous permettra à n'importe quel moment si vous le souhaitez de modifier vos informations ou de les retirer de l'étude.

Les résultats feront l'objet d'une analyse qualitative. Des fragments d'entretien (phrases ou paragraphes) pourront être cités dans les documents produits suite à leur analyse, mais en aucun cas un entretien complet ne sera exposé.

#### **Quelles sont les contraintes et désagréments ?**

L'étude présente des risques et contraintes minimales. Aucune intervention ou modification thérapeutique ne sera réalisée.

Les données recueillies au cours de l'entretien ne seront utilisées qu'à des fins de recherche, de la manière la plus neutre et objective possible sans chercher à établir le moindre jugement.

### **Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?**

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude qui vous est proposée, sans avoir à vous justifier. En cas d'acceptation, vous êtes libre de changer d'avis en cours d'étude et d'arrêter à tout moment votre participation.

**L'investigateur principal de cette étude est le Dr Céline CALVET-MONTREDON. Cette étude est réalisée par le Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Marseille, 27 boulevard Jean Moulin, 13385 Cédex 05.**

Nous nous tenons à votre disposition si vous souhaitez obtenir de plus amples informations et vous remercions par avance du temps que vous nous consacrerez afin de mener à bien cette étude.

## D. Annexe 4 : Notice d'information médecin généraliste

### **« *Consommation chronique des benzodiazépines et apparentés chez les sujets âgés* »**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

L'investigateur principal, Céline CALVET-MONTREDON, vous a proposé de participer au protocole de recherche intitulé : **« Consommation chronique des benzodiazépines et apparentés chez les sujets âgés »**.

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation.

Vous pourrez durant l'essai vous adresser à l'investigateur pour lui poser toutes les questions complémentaires.

### **Objectif de la recherche**

Nous sommes deux internes en médecine générale et nous réalisons notre travail de thèse sur la chronicisation de la prescription des benzodiazépines et leurs apparentés chez les sujets âgés de plus de 65 ans en médecine générale. L'objectif principal est d'essayer de comprendre les mécanismes qui sous-tendent la chronicisation de la prescription de ces médicaments chez les sujets âgés.

### **Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?**

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous organiserons un entretien en face à face, aux horaires vous convenant, au cours duquel nous échangerons sur votre vécu de la prescription des benzodiazépines et apparentés dans votre patientèle.

La durée de cet entretien est estimée à trente minutes à une heure. Il sera enregistré vocalement à l'aide d'un dictaphone puis retranscrit intégralement par écrit.

L'entretien sera complètement anonyme. En effet, aucune donnée identifiante ne sera prononcée au cours de l'entretien ni retranscrite. Vos coordonnées seront effacées et votre entretien numéroté. Seul ce code à 4 caractères, qui vous sera remis, vous permettra à n'importe quel moment si vous le souhaitez de modifier vos informations ou de les retirer de l'étude.

Les résultats feront l'objet d'une analyse qualitative. Des fragments d'entretien (phrases ou paragraphes) pourront être cités dans les documents produits suite à leur analyse, mais en aucun cas un entretien complet ne sera exposé.

### **Quelles sont les contraintes et désagréments ?**

L'étude présente des risques et contraintes minimales. Aucune intervention ou modification thérapeutique ne sera réalisée, aucune stratégie ne sera évaluée.

Les données recueillies au cours de l'entretien ne seront utilisées qu'à des fins de recherche, de la manière la plus neutre et objective possible, sans chercher à établir le moindre jugement. Cette étude est réalisée de manière purement observationnelle.

### **Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?**

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude qui vous est proposée, sans avoir à vous justifier. En cas d'acceptation, vous êtes libre de changer d'avis en cours d'étude et d'arrêter à tout moment votre participation.

**L'investigateur principal de cette étude est le Dr Céline CALVET-MONTREDON.  
Cette étude est réalisée par le Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Marseille, 27 boulevard Jean Moulin, 13385 Cédex 05.**

Nous nous tenons à votre disposition si vous souhaitez obtenir de plus amples informations et vous remercions par avance du temps que vous nous consacrerez afin de mener à bien cette étude.

## E. Annexe 5 : Guide d'entretien patient

- Question brise-glace : Décrivez-moi les situations où vous prenez votre (...). Comment ça se passe
- Vous rappelez vous dans quelles circonstances vous avez débuté votre somnifère/anxiolytique ?
- Expliquez-moi comment ce médicament est devenu partie intégrante de votre traitement de tous les jours
- Est-ce que vous pouvez me dire ce que pense votre entourage de la prise de ce médicament ?
- Et votre médecin il en pense quoi ?
- Avez-vous déjà pensé à arrêter ce médicament ? Si oui racontez-moi comment ça s'est passé
- Et la suite avec votre (...) vous la voyez comment ?

## F. Annexe 6 : Guide d'entretien médecin

Première version :

- Pouvez-vous me parler du dernier patient âgé chez qui vous avez initié une benzodiazépine
- Racontez-moi des situations où vous avez dû prolonger la prescription au-delà de votre objectif initial
- Il arrive que le médecin juge non opportun de proposer un sevrage à son patient. Avez-vous un exemple à nous donner ?
- Vous souvenez-vous avoir été à l'origine de l'arrêt d'une prise chronique de BZD chez un patient âgé ? Si oui, Racontez-moi
- (Si non et pour relancer et si oui à la suite) Avez-vous déjà fait des tentatives non suivies par le patient ?
- Pouvez-vous me raconter une situation où vous vous êtes senti pleinement satisfait par rapport à une prescription
- Et une où vous vous êtes sentis en échec/difficulté

Dernière version :

- Selon vous, quelle opinion ont les patients âgés de plus de 65 ans à propos des benzodiazépines et apparentés ?
- Pouvez-vous me parler du dernier patient âgé à qui vous avez initié une benzodiazépine ?
- Racontez-moi des situations / des consultations où vous avez poursuivi une prescription de benzodiazépines au-delà de votre objectif initial.
- Vous souvenez-vous avoir été à l'origine de l'arrêt d'une prise chronique de benzodiazépines chez un patient âgé ? Si oui, pouvez-vous me la raconter.
- Si non (pour relancer, et si oui à la suite), avez-vous déjà fait des tentatives non suivies par le patient ?
- Est-ce qu'il vous arrive de ne pas proposer le sevrage en pensant que ce serait délétère pour le patient ? Pouvez-vous me raconter des situations dans ce cas-là ?
- Pouvez-vous me donner un exemple d'une expérience où vous vous êtes senti satisfait par rapport à votre prescription ? et d'une expérience où vous vous êtes senti en difficulté par rapport à ce genre de prescription ?

## G. Annexe 7 : Codage thématique épuré patients (avec conservation d'un ou 2 verbatims exemplaire par code)

### 1. LE CONTEXTE

#### 1.1 CONTEXTE MEDICAL

##### 1.1.a. Post opératoire / contexte chirurgical

12 C'était en 2002! J'ai eu une grosse opération du dos

##### 1.1.b. Maladie perso

###### 1.1.b.1 Maladie psychiatrique

8 j'ai fait une très grave dépression en 2003

11 j'ai toujours pris des antidépresseurs ! Voilà... depuis l'âge de 15 ans. Donc si vous voulez, avec des passages, surtout quand on est jeune où on arrive à s'arrêter puis on reprend ... je dirais depuis 35/40 ans j'en ai toujours pris!

###### 1.1.b.2 Maladie non psychiatrique

4 Début 2019 on s'est aperçu que j'avais un cancer, j'ai fait 40 séances de radiothérapie et 3 séances de chimio

10 ça devait être dans le contexte de ma maladie je pense.

12 en attendant la réponse de la tumeur, pour savoir si elle était bénigne ou maligne.

##### 1.1.c Hospitalisation / institutionnalisation

3 Dès que je rentre à la clinique, si j'avais pas mon stilnox...

15 J'ai été hospitalisée longtemps. Je suis restée hospitalisée deux mois.

#### 1.2 CONTEXTE PSYCHOLOGIQUE

##### 1.2.a Séparation familiale / Deuil

###### 1.2.a.1 Décès dans l'entourage

9 C'était après le décès subit d'une de mes sœurs qui a mis fin à ses jours [...] L'alprazolam a été rajouté à ce moment là, voilà suite à un décès subit quoi.

12 Mais je l'ai repris... l'année dernière quand j'ai perdu mon mari.

13 Je venais, enfin nous venions mon mari, ma famille et moi de perdre un fils à 19 ans dans un accident de voiture. Et ça a été tellement brutal et j'ai tellement été... euh... secouée de ce choc, ma famille et moi, et... j'ai eu beaucoup de mal.

###### 1.2.a.2 Isolement géographique

10 J'ai laissé ma fille et mon petit fils de 4 ans et... c'est très difficile voilà. Je suis assez loin d'eux maintenant.

### **1.2.a.3 Divorce**

6 ma compagne, bon on s'est séparés

### **1.2.b Maladie d'un proche**

2 j'ai eu ma fille qui a été atteinte de tocs à 26 ans et voilà... ça a été... oulala... un an et demi enfermée

### **1.2.c Traumatisme psychologique**

#### **1.2.c.1 vie professionnelle**

8 j'ai été licenciée et après il fallait aller à l'ANPE tout ça... Et moi je l'ai pas supporté

#### **1.2.c.2 vie personnelle**

2 quand j'ai eu 31 ans on m'a ligaturé les trompes (...) quand on m'a opérée, je me suis retrouvée dans une chambre avec une accouchée et je l'ai très mal vécu.

9 Parce que bon c'était un moment difficile quand même hein voilà.

### **1.2.d Contrariétés, anxiété de la vie courante**

3 pour un rien parfois... Ça fait que je ne me sens pas bien

9 Bon en plus je suis issue d'une grande famille on est 8 ! Des frères et sœurs ! On est toujours inquiets les uns pour les autres ! On est inquiets pour les enfants ! Y a toujours quelque chose qui nous...

## **1.3 EVENEMENTS DE VIE**

### **1.3.a Déphasage du sommeil**

6 Ecoutez c'est très simple, j'ai travaillé pendant 35 ans de nuit voilà ! Je ne faisais que les nuits ! Donc quand j'ai arrêté de bosser évidemment... Je ne dormais pas quoi !

### **1.3.b Perte d'autonomie**

1 Déjà que je ne peux pas bien marcher, faire mon ménage comme je veux et là...

15 Et après quand j'ai eu ce problème de genou... je n'ai plus pu courir, et marcher pas trop non plus...

### **1.3.c Le climat**

1 au mois d'août il faisait tellement chaud...

### **1.3.d Contexte sanitaire**

11 à cause du covid, j'ai réaugmenté les doses parce que je ne me sentais pas bien.

13 Et bon depuis quelques mois naturellement je n'y vais plus car tout est annulé, nous n'avons plus nos rendez-vous toutes les semaines, deux fois par semaines. Voilà ça me convenait très bien mais depuis quelques mois c'est... voilà. Voilà l'histoire du lexiomil (rit)

### **1.3.e Déménagement / déracinement**

13 Alors donc après le décès de mon mari j'ai dû vendre la maison que je ne pouvais pas toute seule m'occuper de tout ça, et le jardin! J'avais une grande maison, des chambres en haut tout ça voilà. Donc j'ai dû vendre ma maison ! Et j'ai déménagé un an après la mort de mon mari j'ai dû vendre ma maison et je suis partie vivre dans la banlieue où habitait mon fils pour me rapprocher de mes enfants...

## **2. LA PRESCRIPTION INITIALE**

### **2.1 LE PROFIL TYPE / LE TERRAIN**

#### **2.1.a Tempérament anxieux**

5 Il y avait rien eu de particulier c'est mon état qui veut ça je crois!

5 je peux pas dire que j'ai vraiment de motif valable ! (...) Et ça ça dure depuis des années

14 Je suis perturbée et stressée. C'est mon problème j'ai toujours été comme ça. (...) Je suis très stressée. Je vois que le négatif de tout.

#### **2.1.b Patient dynamique / hyperactif (intolérance des symptômes)**

6 Parce que après dans la journée .... Vous savez je suis quelqu'un de très dynamique de sportif.

#### **2.1.c Patient dépendant émotionnellement**

11 Par contre dans ma vie, ça faut que je vous le dise quand même, j'ai un mari qui est TRES présent, qui me fait beaucoup de choses, il s'occupe beaucoup de moi ! [...] Voilà. Je suis très dépendant de lui entre guillemets. C'est sa nature. Peut-être un peu trop.... Peut-être oui.

### **2.2 LE MOTIF INITIAL**

#### **2.2.a Troubles du sommeil**

2 j'ai perdu mon sommeil

3 Je manquais de sommeil, je ne dormais pas la nuit

##### **2.2.a.1 Réveil matinal précoce**

6 J'arrivais à m'endormir mais au bout de 1h et demi / 2h je me réveillais et j'étais en forme ! Sauf qu'il était 2h du matin !

##### **2.2.a.2 Difficulté d'endormissement**

1 Parfois j'éteins la télé il est minuit et à 2h je dors pas sinon

##### **2.2.a.3 Agacement de ne pas dormir / ennui**

2 Sinon je passe les nuits debout! [...] Je tourne je vire ...

14 je compte les heures quoi. Et le matin je suis pas bien si je dors pas. Ça m'énerve...



#### **2.2.a.4 Fatigue diurne**

2 Au petit matin j'étais tellement fatiguée que je m'endormais une heure ou deux. J'ai tenu.... un mois et demi comme ça

2 Vers 7/8h j'arrivais à m'endormir jusqu'à 9h mais la fatigue se cumulait

#### **2.2.b La douleur. Association Douleur / sommeil**

1 A 4h du matin je me levais pour essayer de marcher parce qu'il fallait que je marche et pfff... J'avais trop mal.

2 quand j'avais (...) des douleurs j'en prenais un

#### **2.2.c Pression sociale / familiale**

2 Mon mari se faisait du souci il me disait : non c'est pas possible!

#### **2.2.d Anxiété**

##### **2.2.f.1 Anxiété nocturne**

2 Et le fait que je lutte pour m'endormir, mon cerveau commençait à penser à des tas de trucs, des soucis, des problèmes de ma vie

##### **2.2.f.2 Anxiété diurne**

9 j'étais pas bien du tout du tout à ce moment là

12 si je voulais aller faire quelque chose ou quoi que ce soit ça m'angoissait et j'arrivais pas à surmonter.

#### **2.2.e Syndrome dépressif**

8 Complètement ... comment vous dire.... Une loque... je ne mangeais plus je ne dormais plus je ne parlais à personne autour de moi et y avait que moi qui était mal. Vraiment j'étais rendue, comme on dit, au fond du trou !

13 Voilà. Pour m'aider. Pour que je puisse quand même manger. Que je puisse vivre

#### **2.2.f Seconde ligne après échecs d'alternatives**

9 Il a vu que j'étais pas bien! Qu'il me fallait quelque chose en plus de l'antidépresseur que j'avais depuis des années pour mon ... parce que j'avais eu un cancer du sein.

12 On m'avait donné des antidépresseurs d'abord (...) Après j'ai passé a lexiomil

#### **2.2.g Troubles somatoformes**

5 j'ai du mal à respirer etc. Voila. Comme un peu des crises d'angoisse.

11 quand on est tendue, crispée, on serre les dents on a très mal dans les mâchoires et tout. Et puis ma docteur m'a envoyée voir un dentiste en disant « allez voir quand même s'il y a pas un problème » tout ça. Bon et pis on m'a dit que c'était nerveux ....

## **2.3 LE MEDECIN PRESCRIPTEUR INITIATEUR**

### **2.3.a Le remplaçant**

1 comme mon docteur était en vacances j'ai appelé un remplaçant qui est venu chez moi

### **2.3.b Le prédécesseur**

10 mon médecin de l'époque qui m'avait prescrit le lexomil

### **2.3.c Un spécialiste correspondant ou non**

5 Alors le Xanax, c'est une psychiatre qui m'avait prescrit ça.

### **2.3.d Le médecin traitant**

4 j'en avais parlé à mon docteur et il m'avait donné du seresta à prendre.

### **2.3.e Le médecin hospitalier**

12 [qui vous a prescrit le lexomil?] (...) Ah bah c'était le médecin de l'hôpital!

## **2.4 UNE CONSULTATION PARTICULIERE**

### **2.4.a Visite à domicile**

1 Elle était venue une fois à la maison parce que j'ai eu mal une nuit au point de ne pas mettre le pied par terre

### **2.4.b Situation d'urgence**

8 Et ma sœur qui elle est suivie depuis très très longtemps m'a conseillé mon nouveau médecin, elle m'a pris un rendez-vous chez lui. Elle m'a emmenée en urgence pratiquement !

### **2.4.c Lors d'une hospitalisation**

8 Et c'est lui qui m'a envoyé en cure! Et c'est là-bas que j'ai été suivie par une dame (...) qui m'a mise sous un traitement

## **2.5 PASSIVITE DU PATIENT A L'INTRODUCTION**

10 Moi j'avais pas le sentiment d'en avoir besoin mais par rapport au docteur qui me suivait, dans le contexte de l'hôpital, eux, ils m'ont prescrit du tranxene. Moi j'en avais pas besoin! Mais enfin bon... Parce que j'étais anxieuse par rapport à ma maladie c'est tout ! Mais sinon j'avais pas de symptômes ! Pour moi je dormais bien .... Mais écoutez à l'époque j'étais jeune donc je ne contestais pas (rire)

## **2.6 UNE CONSULTATION TRES ANCIENNE**

### **2.6.a Si ancienne qu'on a du mal à s'en rappeler**

4 Il y a un bon moment mais je me rappelle pas quand...

10 C'est très vieux ! C'était avant mon médecin actuel ! Très ancien ça !

### **2.6.b Une consommation dans la durée**

13 Alors je l'ai continué pendant des années hein ! Pendant des années.

### **3. PERCEPTION DES RETICENCES DU MEDECIN PAR LES PATIENTS**

#### **3.1 Perception de la réticence du médecin**

14 *Et votre médecin généraliste qu'en pense-t-elle?* Je pense qu'elle est pas tellement pour non plus hein !

#### **3.2 Hésitation à l'introduction/réintroduction**

1 Au début elle était pas trop chaude non plus pour me le donner!

13 Il était pas tout à fait d'accord pour ça, mais il m'a dit « écoutez, vous faites comme vous le sentez »

#### **3.3 Règles de prescription**

##### **3.3.a D'emblée limitation de la quantité / durée de prise**

1 Il m'en avait prescrit UN

6 Au début j'en prenais pas tous les soirs, seulement un de temps en temps...

##### **3.3.b Monothérapie initiale**

3 Disons que au départ je ne prenais que le stilnox

#### **3.4 Stratégies de sevrage**

##### **3.4.a Avertissements sur les effets indésirables**

3 Mon médecin me dit que c'est pas trop bon ces cachets là .... Que je risque de m'accoutumer.

##### **3.4.b Tentatives de sevrages répétées**

2 Souvent elle me dit qu'il faudrait arrêter.

13 OUI ! Mon médecin de l'époque me disait d'essayer, d'essayer. Voilà. Et j'étais parvenue à ne plus en prendre.

##### **3.4.c Essai de switch thérapeutique**

###### **3.4.c.1 Alternative médicamenteuse**

5 j'y allais assez souvent chez la psychiatre mais ... y avait rien qui marchait c'est pour ça qu'on changeait...

###### **3.4.c.2 Psychothérapie / médecines alternatives**

5 parce que j'ai tout essayé hein : la psychothérapie, tout ça

5 Même l'ostéopathie, l'homéopathie,

##### **3.4.d Techniques de sevrage**

###### **3.4.d.1 Par réduction progressive de la dose**

13 Et d'ailleurs l'autre jour en en discutant avec mon médecin. Elle m'avait dit « écoutez essayez de limer un petit peu quand vous prenez vos deux petits carrés, essayez de limer un peu comme ça petit à petit vous arriverez à ... à en prendre plus qu'un ».

15 Elle m'avait conseillé d'en prendre qu'1/4 le matin si ça me permettait de mieux envisager la journée après. Petit à petit j'ai diminué jusqu'à ne plus le prendre pendant quelques années.

### **3.4.d.2 Sevrage brutal**

11 Voilà ! Il m'a dit « mais faut arrêter tout ça ! Vous prenez des sédatifs naturels tout ça »

### **3.4.e Encouragements du médecin**

#### **3.4.e.1 Le médecin comme pilier soutenant dans le sevrage**

9 Ah oui après il m'encourage. Il me dit que c'est bien je pense (rit). On va dire ça.

#### **3.4.e.2 Une relation de confiance cruciale**

11 ma docteur actuelle elle est très bien attention ! Très gentille ! [...] Elle, c'est une femme, et elle prend le temps, 20 minutes pour chaque patient, elle n'hésite pas ! [...] C'est très rassurant pour quelqu'un comme moi ! [...] Voilà ! Je crois que quand on est euh... qu'on prend ce genre de médicament, on a besoin, alors... attention... je dis bien on a besoin d'être secoué quand même un peu MAIS on a besoin d'une présence.

## **4. MOYENS UTILISES POUR SE PROCURER LE MEDICAMENT**

### **4.1 CONVAINCRE SON MEDECIN**

#### **4.1.a Mis devant le fait accompli**

1 je connais! J'en ai déjà pris!

11 Après moi je suis retournée voir mon docteur en lui disant « écoutez moi ca me suffit pas je suis pas bien! » Et c'est là qu'elle m'a donné ce médicament !

#### **4.1.b Mise en avant de l'efficacité perçue**

1 depuis je voyais que ce cachet m'allait bien et je l'ai dit à mon docteur

#### **4.1.c Insistance**

1 il me le faut hein !

#### **4.1.d Patient principal acteur de sa prescription**

##### **4.1.d.1 « c'est moi qui gère »**

9 Non il me renouvelle. C'est moi qui par exemple si je lui dis que j'ai baissé il (...) ajuste la quantité de boîtes.

11 on va dire que je le doses... un peu moi-même...

13 Je sais qu'ils ne sont pas tout à fait d'accord mais MOI je fais comme ça me convient

##### **4.1.d.2 Peur de manquer. Provisions**

5 Heureusement que j'en prends qu'un demi par jour, du coup j'en ai un peu de réserve quoi...

## **4.2 MOYENS DETOURNES POUR SE PROCURER LE MEDICAMENT**

1 une de mes collègues prenait les mêmes alors elle m'en a donnés

## **5. EFFET RECHERCHE PAR LE PATIENT**

### **5.1 RECHERCHE D'UN SOULAGEMENT IMMEDIAT / INTOLERANCE DES SYMPTOMES**

1 y a qu'avec ça que je dors

6 c'est plus possible

### **5.2 UNE EFFICACITE TOTALE**

11 Et voyez moi j'aimerais un cachet où, on le prend ! Ça s'arrête !

#### **5.2.a Un sommeil « impeccable » au quotidien**

4 Maintenant je dors très bien c'est impeccable

6 Hier soir j'ai pris mon médoc et je me suis endormi. A 5h et demi je me suis réveillé donc ça faisait 6h de sommeil. Voilà j'ai un peu pris mon bouquin et je me suis rendormi jusqu'à 7h et demi. Voilà. Et ce matin je suis en pleine forme.

#### **5.2.b Un effet anxiolytique**

10 Oui c'est vrai quand même que je me sens mieux quand je le prends, je suis plus détendue voilà. Ça me fait du bien c'est certain!

12 Donc je prenais un quart de lexomil ou un demi lexomil j'étais plus détendue et j'arrivais à faire les choses.

#### **5.2.b.1 Substitué par le tabac**

2 Mais j'avais repris une ou deux cigarettes par jour pendant un temps et quand je n'arrivais pas à dormir, vers 3h du matin je descendais fumer une cigarette en pensant que ça allait m'aider à m'endormir.

#### **5.2.c Hiérarchisation des molécules selon l'efficacité. Attachement à la molécule**

14 Je prenais du stilnox. Je me sentais mieux avec le somnifère qu'avec le xanax.

## **5.3 UN CONFORT**

### **5.3.a Un confort du quotidien**

2 ça me permet de trouver le repos, d'être plus tranquille et de pouvoir dormir la nuit voilà!

15 C'est juste pour avoir un petit moment de détente ... pour pouvoir... sommeiller quoi.

### **5.3.a Une béquille « au cas où » rassurante**

10 comme je sais qu'il est là... ça m'aide à vivre. Le fait que ... voyez si je ne l'avais pas.... Ce serait un manque. Parce que je me dis que si j'ai un problème bah j'ai rien pour m'aider.

## **6. ATTENUATION DU RISQUE PERCU**

### **6.1 UN ENTOURAGE RASSURANT**

#### **6.1.a Membre de l'entourage dans un cas similaire**

1 Mon amie, celle qui m'en a donnés, m'a dit moi ça fait des années et des années que je le prends

15 j'ai une amie qui me disait « moi j'en prends un tous les soirs pour dormir, c'est mon médecin qui me le conseille ».

#### **6.1.b Membre de l'entourage soutenant pour la poursuite du traitement**

##### **6.1.b.1 Qui conforte dans l'idée que ce traitement est « bon »**

8 tout le monde dans la famille est d'accord pour que je prenne ce traitement parce qu'ils m'ont tellement vue mal

##### **6.1.b.2 Qui incite fortement à la poursuite du traitement**

11 tu sais tu devrais voir le médecin qu'il te donne un traitement

11 Alors moi mon mari il me dit « pourquoi tu veux toujours baisser ???? ». Il me dit « ça te fait du bien ! Mais dès que tu vas mieux tu veux le baisser !!! »

#### **6.1.c Majoration de son mérite par rapport aux autres consommateurs de son entourage**

15 Oui! Justement c'est comme ça que j'en ai repris progressivement il y a deux ans ! J'ai des amies, qui n'ont pas lieu d'en prendre, et qui en prennent quand même...`

15 Et elle n'a aucun souci de santé appart ça! Mais bon....

#### **6.1.c Ne pas vouloir déranger son entourage**

15 Parce que je ne m'écoute pas en fait. Là c'est mon fils qui me bouscule en ce moment pour que je me soigne.... Mais je ne veux pas lui causer du souci. C'est pour ça que j'ai essayé d'en reprendre un peu.

### **6.2 CHRONICITE BANALISEE**

#### **6.2.a Un véritable rituel**

3 maintenant tous les soirs à 22h je prends mon quart de lexiomil et un demi stilnox

13 Je le prends avant d'aller me coucher voyez, un quart d'heure ou 20 min avant de me mettre au lit. Je le laisse fondre dans ma bouche et puis je m'endors après

#### **6.2.b Quelque chose d'établi qu'on ne se pose pas la question de changer**

6 Je me pose plus la question. Et je dors.

#### **6.2.c Un lien émotionnel fort avec le traitement**

10 comme je sais qu'il est là... ça m'aide à vivre.

10 C'est un soutien oui!

## **6.2.d Un traitement socialement accepté**

### **6.2.d.1 Aucune honte**

9 Moi je me cache pas de dire que je prends des anxiolytiques et des antidépresseurs ça .... Non.

### **6.2.d.2 Dissociation avec la psychiatrie / psychothérapie**

11 ma place elle est pas là moi !

15 Mais je crois que j'ai des a priori sur ces traitements. Je n'en ai pas besoin. Je suis bien dans ma tête. Ecoutez.... J'ai eu beaucoup de clientes sous antidépresseurs et qui n'avaient pas lieu d'en prendre, et j'ai vu dans quels états elles étaient ... franchement... C'est à dire? Bah écoutez.... Je vais exagérer mais on aurait dit des zombies... ou alors très excitées.

### **6.2.d.3 Voire dissociation avec la notion de médicament**

12 Je n'aime aucun médicament ! Je n'aime pas les prendre mais bon.... Si je peux éviter j'évite quoi.

## **6.2.e Un package de traitements tous nécessaires ?**

8 C'est du seropram 20mg et le soir je prends du lexiomil 1/2 le soir et quand ça va pas des fois je prenais aussi, mais ça je l'ai arrêté, des gouttes de tercián.

## **6.3 DENI DE L'ADDICTION**

12 Mais bon, moi je sais que je peux me gérer donc ça me fait pas peur!

### **6.3.a Analogie avec le tabac**

1 Ça fait un an que je ne fume plus (...) un jour j'ai dit j'en ai marre, je jette la cigarette et tout. Avant j'étais pas prête mais là j'ai tout jeté. (...) avec moi c'est comme ça!

### **6.3.b Analogie avec la morphine**

1 bah moi j'ai pris de la morphine pendant deux ans tous les jours. Ma copine elle me disait oui tu vas t'habituer à ça. Tu ne pourras plus t'en passer ! j'ai dit je te dis que SI. Moi si je veux quelque chose, j'arrive à m'en passer!

## **6.4 RASSURE PAR LE RESPECT DES REGLES DE PRESCRIPTION**

### **6.4.a Facteur aggravant : administration « à la demande »**

5 Elle me dit simplement « vous en prenez un! Si vous êtes anxieux prenez en un! »

10 Et puis je l'ai pas pris régulièrement !!! Je l'ai pris très irrégulièrement ! Et c'est toujours le cas ! Toujours !

### **6.4.b Faussement rassuré par le suivi régulier**

10 Voyez là y a pas longtemps je suis allée voir mon médecin

### **6.4.c Sentiment de prendre une ou un seul médicament / une faible dose**

5 Donc c'est pour ça que je ne veux pas exagérer. Mais là... un demi par jour .. bof !

10 j'ai commencé le lexiomil mais a petites doses. Par rapport au tranxène, ça n'a rien à voir ! C'était des grosses doses le tranxène !

#### **6.4.d Faussement rassuré : c'est un médicament fait pour ça.**

2 Après pour moi comme c'est un tranquillisant et que c'est fait pour dormir ... voilà je ne vois pas plus loin...

#### **6.4.e Le professionnel de santé rassurant ou en tout cas pas inquiet**

11 Elle me dit « écoutez madame, par rapport à ce que vous avez eu, c'est un traitement qui n'est pas fort! » [...] « Vous êtes au minimum des cachets que vous pouvez prendre si ça vous fait du bien, prenez le! »

9 Bah ... non... on en discute pas vraiment. Il [mon médecin] me demande si ça va et tout. Et euh... on parle pas particulièrement de ce traitement là.

### **6.5 UN DANGER PONDERE PAR**

#### **6.5.a Les autres pathologies**

6 Vous savez quand je suis en consultation j'ai bien d'autres préoccupations de santé que de parler du Xanax ...

#### **6.5.b Les autres médicaments**

10 Il m'en parle pas spécialement a vrai dire parce que j'ai déjà toute mon ordonnance de renouvellement ... dont le lexomil !

### **6.6 MECONNAISSANCE DU MEDICAMENT ET SES EFFETS INDESIRABLES ou PONDERES PAR RAPPORT AU BENEFICE PERCU**

#### **6.6.a Absence d'effet indésirable**

8 Et pis je ressens aucun effet indésirable. Le docteur m'a peut-être posé la question une fois y a très longtemps mais ... non non.

#### **6.6.b Méconnaissance des effets indésirables**

6 On m'en a jamais parlé.

12 Vous a t il explique pourquoi il trouvait ça mieux de les arrêter ? Pas spécialement. Il m'a pas donné de détails. Et vous lui en avez-vous demandé? Pas spécialement.

#### **6.6.c Méconnaissance du mécanisme du médicament**

13 le lexomil. C'est un tranquillisant hein ?

#### **6.6.d Atténuation des effets indésirables vécus/ pondérés par rapport au bénéfice perçu**

6 Mais après est ce que ça vaut pas la peine de s'accoutumer? Parce que moi j'ai aucune incidence sur ma santé.



## **7. EFFETS INDESIRABLES RESENTIS / PERCUS**

### **7.1 UNE EFFICACITE PARTIELLE**

1 Et même avec ça à 5h du matin je suis levée hein !

2 Parce que y a des jours avec l'habitude du traitement ... y a une nuit ou deux ... où on a plus de mal s'endormir

#### **7.1.a Sentiment d'inefficacité mais continue quand même**

13 Enfin ou je m'endors pas d'ailleurs. Bon... mais voilà, dans ma tête je pense. Moi, j'ai pas envie de l'arrêter complètement voilà.

#### **7.1.b Effet placebo suggéré**

5 Effet placebo ou non... ça... (soupir).

3 je sais pas si c'est psychique, et bien... J'étais pas bien. Dès qu'on me le donnait ça allait mieux. Peut-être que si on m'avait donné un bonbon ça aurait fait pareil...

## **7.2 CONSCIENCE D'UN RISQUE**

5 Je sais que les anxiolytiques là... c'est bon... mais comme tous les médicaments hein ! Y a toujours des effets indésirables hein !

14 Bah parce qu'on arrête pas d'entendre que les somnifères c'est pas bon. Je me suis dite « moi je vais arrêter le stilnox »

### **7.2.a Connaissance des effets indésirables**

#### **7.2.a.1 Neurotoxicité**

2 Mais après je ne m'amuse pas avec ça je sais très bien que c'est dangereux ça provoque des pertes de mémoire...

11 Je me dis que peut être qu'à force d'avalier pleins de cachets comme ça peut être que le cerveau il en prend un coup... c'est mon idée à moi !

#### **7.2.a.2 Réaction paradoxale**

3 j'étais à la maison de repos, je me suis levé (...) je faisais le somnambule vous voyez....

14 avec le Xanax, ça... je sais pas... Je fais des cauchemars des cauchemars, et je me réveille pas bien le matin vous voyez?

### **7.2.b. Connaissance du risque d'interaction médicamenteuse ou contre-indications avec les comorbidités**

5 je crois que ça convient pas avec ma tachycardie et comme maintenant j'en fais ...

10 Et puis avec tous mes médicaments j'ai toujours peur qu'il y ait des interactions, avoir des effets secondaires tout ça. J'ai peur

### **7.2.c Des limites fixées par le patient lui-même**

10 Parce que là déjà au moment du tranxene je voyais bien que je ne pouvais plus m'en passer, j'étais pas bien ! Et je ne voulais pas refaire la même erreur avec le lexomil!

10 Du coup j'appréhende d'en prendre plus. Ça me ferait du bien hein ! Mais je ne veux pas !

### **7.3 RITUALISATION**

2 Après c'est peut-être aussi cette habitude de dire c'est bon je prends mon cachet je vais dormir et puis c'est bon.

3 Donc je me suis accoutumé et maintenant tous les soirs à 22h je prends mon quart de lexomil et un demi stilnox

### **7.4 CONSCIENCE DU POTENTIEL ADDICTIF**

1 Je sais que ces médicaments sont addictifs!

11 parce qu'il y a quand même une accoutumance avec ces cachets.

#### **7.4.a Effet tolérance ressenti**

6 C'était un peu de temps en temps au début quand je sentais qu'il fallait que je dorme et maintenant c'est tous les soirs !

11 Vous savez quand on a malheureusement l'habitude de prendre des traitements comme ça.... C'est des pastilles valda pour moi hein.

#### **7.4.b Symptômes de sevrage**

11 Et vous savez quand on se sent bien, voilà, avec ces médicaments-là justement, on a envie de baisser mais on ne peut pas baisser ni arrêter d'un seul coup. Et ça c'est compliqué. Parce que dès que si on baisse trop d'un seul coup, alors là on ne se re-sent pas bien et on a envie d'en reprendre.

14 Disons qu'il me fait quand même dormir hein ! Parce que une fois j'en ai pas acheté, pendant deux jours j'en ai pas pris, et j'arrivais plus à dormir du tout! donc... ca a quand même un rôle sur le sommeil tout ça! Ah bah si je le prends pas je dors pas hein !

### **7.5 LA SOLUTION DE FACILITE**

2 Honnêtement c'était un peu la facilité

#### **7.5.a médicament refuge pour ne pas déranger / ne pas affronter la maladie**

15 Là c'est mon fils qui me bouscule en ce moment pour que je me soigne.... Mais je ne veux pas lui causer du souci. C'est pour ça que j'ai essayé d'en reprendre un peu.

### **7.6 SENTIMENT DE HONTE/CULPABILITE**

2 Voyez j'en parle pas parce que je sais que ce n'est pas bien

2 parfois j'ose pas trop lui demander mon renouvellement du mois mais... (gênée à nouveau)

9 Vous savez les gens quand on leur parle de médicament ... ils disent qu'on est... bon après... qu'on est un peu accro... mais bon c'est tout! On en parle pas tant que ça.

## **8. LE SEVRAGE**

### **8.1 PRE INTENTION**

#### **8.1.a Une éventualité difficile à envisager**

2 L'idée d'arrêter je me dis: mon Dieu comment vais-je faire?

10 Après j'en sais rien je peux pas dire. Mais ça m'étonnerait. Je ne l'envisage pas.

#### **8.1.b Patient pas « concerné »**

9 Non je crois pas que ce soit bon pour moi d'arrêter le traitement. L'arrêter complètement non je pense pas. Non je ne pense pas. Je ne pense pas que j'y arriverai

##### **8.1.b.1 Comorbidités qui relèguent le traitement au second plan**

6 Par exemple là au mois de décembre (s'emporte) j'ai le néphrologue, la diabétologue, le cardiologue et l'ophtalmo pour le diabète.

6 Donc voyez j'ai bien d'autres préoccupations hein !

##### **8.1.b.2 Une entreprise qui met en péril le confort**

2 je n'envisage pas d'arrêter parce que ça me permet de trouver le repos, d'être plus tranquille et de pouvoir dormir la nuit voilà!

##### **8.1.b.3 Paramédical « trop aidant » et dépendance**

4 Je demande à l'infirmier et Hop. C'est lui qui fait le nécessaire.

##### **8.1.b.4 Isolement**

4 Non j'en discute pas. Non et j'ai pas tellement d'entourage.

#### **8.1.c Un report éternel au lendemain**

##### **8.1.c.1 Un projet vague et peu concret**

1 Je pense qu'un jour je vais arrêter.

##### **8.1.c.2 Enchaînement d'évènements acutisants / prétextes pour poursuivre**

12 Surtout que récemment je me suis cassé la figure dans la baignoire... je suis allée aux urgences, poignet foulé l'œil au beurre noir...

### **8.2 INTENTION DE CHANGER - LA MOTIVATION**

#### **8.2.a Les facteurs favorisant le sevrage**

##### **8.2.a.1 Un souhait timide mais constant d'essayer**

3 Parfois je me dis « allez je vais essayer de ne pas le prendre ».

8 Comme je dis parfois « peut être faudrait l'arrêter

## **8.2.a.2 Dynamisé par des réussites passées**

### **8.2.a.2.1 Avec la benzodiazépine**

12 Je vais arrêter facilement. Comme d'habitude. Comme la première fois.

15 De votre côté avez-vous déjà imaginé l'arrêter totalement? Oui! Puisque je l'ai déjà arrêté quelques années !

### **8.2.a.2.2 Avec d'autres substances**

5 Dans tous les traitements que j'ai eu, j'ai jamais eu de souci à arrêter jamais de symptôme.

## **8.2.a.3 Le médecin généraliste comme soutien rassurant**

4 Mais enfin je préfère en parler avec mon médecin avant parce que je ne voudrais pas arrêter toute seule et en fin voilà...

13 C'était avec mon médecin traitant qui m'encourageait !

## **8.2.a.4 Un retour à l'équilibre offert par le traitement**

9 Disons que je me suis sentie mieux petit à petit et au fur et à mesure que je me sentais mieux j'ai commencé à diminuer la dose par exemple un demi le matin un jour sur deux, après petit à petit comme ça sur du long terme quoi ! Sur du long terme oui.

11 Quand je me sens mieux, mon mari vous le dirait... J'ai tout de suite envie de baisser.

## **8.2.a.5 Disparition des facteurs anxiogènes**

10 j'avais moins de soucis dans ma vie.

## **8.2.a.6 L'entourage protecteur**

12 Elle, elle voudrait que j'arrête (sa nièce). Elle est pas médicament non plus. Elle me dit que c'est pas bon de prendre des anxiolytiques ça c'est clair.

13 Oui finalement j'ai l'impression que ça s'est bien passé... Ah oui très bien passé! J'étais Bien entourée ! J'avais mon mari, mon fils, ma belle-fille, ma petite fille... mes sœurs.... voilà. Et c'est comme ça que j'ai pu m'en séparer quoi!

## **8.2.a.7 Informations des médias**

14 Même à la télé hein ! Vous savez j'écoute beaucoup les émissions médicales tout ça. Et là aussi... ils disaient que le stilnox c'était pas terrible hein !

## **8.2.a.8 Activités sportives/ hobbies**

15 Parce que j'ai fait de la gym, du pilate, du stretching! J'évacue autrement !

13 je me suis inscrite tout de suite dans un club pour ne pas rester toute seule!

## **8.2.a.9 Psychothérapie**

15 Mais bon j'ai eu des problèmes familiaux qui m'ont beaucoup atteinte .... Et ont fait que... j'aurais dû à ce moment là, comme c'était plus moral, consulter une psy que je connais. Je l'avais vue deux/ trois ans après ma maladie. Elle m'avait bien aidée.

### **8.2.a.10 Croyances négatives autour du traitement / peur**

14 C'est à dire que j'ai voulu arrêter le stilnox ! Il fallait bien arrêter à un moment ! C'est moi qui voulais arrêter... voilà.

### **8.2.b Les freins au sevrage**

#### **8.2.b.1 La culpabilité des échecs passés**

2 Je suis désolée.... J'ai essayé hein de m'en défaire.... Et non y a pas moyen

#### **8.2.b.2 L'âge avancé**

10 Non je pense qu'à l'âge que j'ai (rire), évidemment, je pense que je continuerai là maintenant.

#### **8.2.b.3 L'ancienneté de la prise**

11 Mais depuis le temps que j'en prends, j'ai l'impression que je n'arriverai jamais à arrêter.

#### **8.2.b.4 Changements itératifs de molécules**

5 j'ai un peu tout essayé, le laroxyl et tout ce qui s'ensuit...

#### **8.2.b.5 Alternatives jugées insatisfaisantes**

5 Je suis un peu déçu de tous ces trucs là j'avoue... parce que j'ai tout essayé hein : La psychothérapie, tout ça ça m'a jamais rien fait !

6 S'il y avait autre chose pour me faire dormir, moi y' a pas de souci j'arrêteraï les médicaments hein !

#### **8.2.b.6 Lassitude. Manque de courage**

8 Si je pourrais l'arrêter... peut être ! Mais j'ai pas la force.

#### **8.2.b.7 Angoisse de revenir à l'état antérieur**

8 Tellement peur de faire une rechute. J'ai tellement été mal... pour rien au monde je voudrais replonger comme j'étais.

11 Vous êtes au minimum des cachets que vous pouvez prendre si ça vous fait du bien, prenez-le ! Si vous voulez je vais baisser le samedi midi, au début seulement un jour sur deux etc. Je vais aller la voir en pleine forme et je lui dis : j'en prends plus que deux par jour et ça va ! Donc elle me conforte : bon bah écoutez si ça va... bon par contre si ça va pas... vous reprenez !

#### **8.2.b.8 Pérennisation des facteurs favorisant l'angoisse**

14 Si j'étais calme détendue sans stress et sans problèmes, je pense que j'arrêteraï ! Mais là ! Vu que j'ai des problèmes... Par exemple, là faut que je me fasse opérer du deuxième œil et bah ça me stresse !

15 Disons que par la suite mon environnement n'a pas arrangé les choses que ce soit coté famille ou amis ...

### **8.2.b.9 Isolement**

13 Alors vous savez moi, je vis toute seule, mes enfants sont loin, en région parisienne, j'ai une sœur qui habite à côté de moi.

### **8.3 PASSAGE A L'ACTION : DES TENTATIVES SOUVENT UNIQUES/COURTES**

3 Une fois j'ai réussi à l'arrêter totalement

10 j'ai arrêté de moi-même une fois pendant quelques mois

### **8.4 MAINTIEN**

#### **8.4.a Des sevrages qui durent**

15 Petit à petit j'ai diminué jusqu'à ne plus le prendre pendant quelques années

#### **8.4.a Quelques alternatives satisfaisantes**

5 le seul truc efficace peut-être c'était la mélatonine à 2 grammes. Je sais pas si c'est un effet placebo ou quoi mais on dirait que, quand je vais me coucher, une demi-heure après je ressens un petit « coulement »

### **8.5 RECHUTE**

#### **8.5.a Retour à la solution de facilité**

3 Elle a essayé de me donner autre chose deux trois jours mais comme ça marchait pas j'ai décidé de reprendre le stilnox

#### **8.5.b Persistance ou recrudescence d'un contexte favorisant la prise**

3 ça a été pendant quelques temps mais après j'ai eu à nouveau des soucis de santé.... Et j'en ai eu besoin

13 Mais depuis la mort de mon mari... et ben.... J'en ai repris voilà.

## H. Annexe 8 : Codage thématique épuré médecins (avec conservation d'un ou 2 verbatims exemplaire par code)

### 1. Perception des benzodiazépines par les patients selon le médecin

#### a. Faible nocivité perçue

##### i. Sous-estimation de la nocivité (« pas peur »)

(2) Oh bah euh. Ils sous estiment largement la nocivité de ces traitements.

(9) mais ça leur fait pas peur aux personnes âgées

##### ii. Méconnaissance de l'addiction

(13) pour eux c'est indispensable et ils peuvent pas s'en passer [...] Mais ça il y en a aucun qui vraiment a émis l'idée qu'effectivement ils étaient peut-être dépendants au médicament et que bah ils en avaient vraiment besoin.

##### iii. Banalisation plus marquée chez les sujets très âgés

(8) les plus de 65 ans, et encore plus les plus de 75 80 n'en ont pas peur

(9) Eux ce qui veulent, surtout les très très vieux hein, ce que je veux c'est dormir, voilà, ce que je veux c'est être tranquille.

#### b. Réassurance par balance bénéfico-risque ressentie comme positive

##### i. Utilisations antérieures ressenties comme positives

(9) Euh, les personnes âgées, souvent, enfin plus de 65 ans, elles en ont déjà pris dans leur vie... [...] donc ils ont moins peur.

##### ii. Non concerné par les EI tant que non vécu personnellement / Dénier

###### 1. Effets indésirables non vécus

(2) en banalisation parce qu'ils le prennent depuis des années sans problème, des problèmes liés à la prise de ces traitements

(11) En fait, j'ai envie de dire que, si on leur demande les benzo en général ils vont vous dire que c'est dangereux, mais pas le leur quoi ! (rire)

###### 2. Effets indésirables sous-estimés même si vécus / Dénier

(2) Pour eux ils sous-estiment largement leurs effets secondaires et du coup y a pas de raison d'arrêter

(3) En tout cas j'ai l'impression que les patients qui en ont besoin enfin qui en ont pris l'habitude, pour eux c'est une addiction mais qui n'a pas le côté péjoratif en fait

##### iii. Détachement et incompréhension des problématiques liés à ces traitements / Irrationalité

(1) j'ai vraiment l'impression qu'on est sur 2 planètes différentes quoi, quand on aborde ce sujet, et qu'il y a vraiment une incompréhension totale de la part des patients quoi.

(9) Donc c'est qu'ils en ont déjà pris, etc, donc ils ont moins peur. [*Ouais, ils en ont moins peur.*] Ouais. Ca les dérange pas, ils voient pas trop où est le problème. Voilà. Eux ce qui veulent, surtout les très très vieux hein, ce que je veux c'est dormir, voilà, ce que je veux c'est être tranquille. Voilà.

#### **iv. Rassuré par la présence de proches consommateurs**

(8) Donc les plus de 80, ils ont toujours entendu parler, ou alors il y en a toujours un qui a eu dans la famille du temesta ou du lexiomil, hein, c'est presque parce que le lexiomil est presque un nom commun quelque part

#### **c. Lien émotionnel fort avec le médicament**

##### **i. Attachement à la molécule / « mon médicament »**

(5) il veut son stilnox

(7) quelqu'un qui a une adhésion, qui est enchaîné à son traitement

##### **ii. Attachement au nom du médicament / médicament non substituable**

###### **1. Refus des génériques**

(5) Quand c'est les patients qui gèrent, le stilnox ils le connaissent, et ils veulent pas le générique hein ! Pas question qu'ils aient le générique, ils veulent (insiste) leur comprimé.

###### **2. Effet sociétal de certains médicaments**

(8) Donc les plus de 80, ils ont toujours entendu parler, ou alors il y en a toujours un qui a eu dans la famille du temesta ou du lexiomil, hein, c'est presque parce que le lexiomil est presque un nom commun quelque part

##### **iii. Médicament miracle**

###### **1. Médicament comme solution aux problèmes**

(3) ils considèrent [...] que vraiment c'est quelque chose qui leur sauve leur nuit

###### **2. Médicament qui rassure, à garder sous la main**

(3) on est dans une prise symptomatique et euh... [...] contra-phobique. Dans une prise automatique et contra-phobique, les gens je leur dis que dès qu'ils sont angoissés, le fait de savoir qu'ils ont cette possibilité de pouvoir prendre ce médicament ça ira déjà mieux.

##### **iv. Supériorité / importance vis-à-vis des autres traitements**

(4) pour elle c'est temesta passe avant tous les autres médicaments.

##### **v. Crainte du traitement / Expériences passées négatives**

(12) parce qu'ils en ont déjà pris, et que ça a été très difficile pour s'arrêter. Donc ça ils veulent plus. Voilà ils veulent plus du tout reprendre.

## **2. Profil / caractéristiques du patient consommateur chronique selon le médecin**

### **a. Démographie de la consommation**

#### **i. Grands âges, âges extrêmes**

(8) Et je pense que c'est dans ce créneau là de patients très âgés, très angoissés où j'ai pu prescrire des benzodiazépines, oui.



## **ii. Sexe féminin**

(8) [*Et donc c'est plus souvent chez les femmes aussi ?*] Ah c'est sûr. Ah non franchement, enfin pour moi c'est mon expérience, peut-être pas celle des autres, mais franchement il y a une nette différence par rapport au sexe, c'est évident.

## **iii. Profil psy ou troubles cognitifs**

(12) Après des gens qui ont des traitements lourds, avec des benzo, et puis d'autres... voilà qui ont autre chose, enfin des personnes âgées qui sont sous benzo plus antidépresseurs plus neuroleptiques

(13) quand ils en prennent beaucoup beaucoup, souvent ils sont suivis par le psychiatre

## **iv. Patients en institution**

(8) après il y a la maison de retraite, on en prescrit quand même quelques fois. Hein, bon là c'est des patients très âgés, à la maison de retraite, donc on en prescrit quand même quelques fois [...] je pense que ça sera plutôt là que j'aurais des patients sous benzodiazépines, comme je dis relativement plus âgés que 75 80 ans du coup.

## **v. Toutes les classes socio-économiques sont touchées**

(10) j'ai quand même une population CSP+, très cortiquée, et qui comprend très bien les choses. Mais... ceux qui sont déjà accoutumés à outrance, eh ben pour s'en défaire ceux là c'est difficile.

(13) Après c'est pas pour faire dans les généralités, mais quand je remplaçais j'étais dans les [nom du quartier], et c'est vrai que par rapport à [nom de ville] je vois la prescription était bien plus augmentée – bon c'est vrai que c'est des gens qui ont beaucoup plus de problèmes quand même, en tout cas apparents, qui en parlent beaucoup plus, et donc c'est vrai que je pense que c'est pour ça aussi la consommation est bien plus importante que là où je travaille à [nom de ville] globalement hein.

## **b. Type de personnalité à risque de chronicisation**

### **i. Intolérance des symptômes**

#### **1. Inconfort non toléré**

(1) une intolérance au fait que leur sommeil puisse être perturbé... la nuit, ils acceptent mal de décaler leurs horaires. Voilà. Par exemple ils ont un objectif de se lever à 8h le matin, alors qu'ils sont âgés, qu'ils ne font rien, rien de particulier, ... et du coup ils veulent bien dormir la nuit quoi, voilà, hein, ils veulent pas s'adapter

(7) on est un pays, la France, où on recherche beaucoup le confort, et bien dormir c'est quelque chose de... culturel voilà. Les gens souvent disent « oh là là j'ai mal dormi ».

#### **2. Méconnaissance des mécanismes sommeil / anxiété**

(10) Ils disent toujours que ça marche plus, mais ils doivent dormir. Ils doivent avoir des micro-sommeils, et ils se réveillent souvent quoi. Mais ils dorment. Moi je dis sinon vous dormez pas pendant 2 jours, et puis on va voir quoi ! Pendant 2 jours vous faites le ménage, vous dormez pas, on va voir ! En théorie vous devez dormir hein.

(13) Et c'est vrai qu'il y en a qui, bah ils font une heure de sieste dans la journée, ils se couchent à 20h, oui bah forcément, à 5h ou 6h du matin ils sont réveillés, mais je leur explique que c'est pas qu'ils ont des troubles du sommeil, c'est que c'est normal, ils sont âgés, ils dorment moins, ils font pas grand-chose dans la journée, donc forcément ils ont pas besoin de beaucoup de sommeil, donc c'est pas un trouble.

### **3. Désir d'une solution médicamenteuse**

(2) Le souci c'est comme ils sont dans une attente d'une solution pharmaceutique... pharmacologique...

(2) le souci c'est que les mesures alternatives dont on dispose c'est essentiellement des mesures non pharmacologiques, et c'est vrai que les gens ne sont pas en attente de telles mesures.

### **4. Demande d'une efficacité totale et rapide**

(1) il y a juste une attente d'un effet et rien d'autre quoi. Un effet thérapeutique et rien d'autre.

(10) Eux ils pensent pas à autre chose hein. Pour eux, c'est dormir ou euh... ou être relaxés.

#### **ii. Tempérament anxieux**

(3) il y a les gens qui sont très anxieux

#### **iii. Difficulté à apporter un cadre**

(3) j'arrivais pas à démêler le faux du vrai, à savoir si vraiment – c'était ce qu'il me racontait, et du coup j'arrivais pas bien à savoir quelle était sa consommation

(12) Après les gens racontent un peu ce qu'ils veulent hein ! Donc, des fois ils ont une prescription par un ancien médecin généraliste, d'autres prescriptions par le psy, puis ils arrivent, ils disent qu'ils prennent tout ça, et puis en fait, avec des ordonnances qui sont un peu des deux, et pas toujours très simple de savoir s'il fallait qu'ils prennent tout ou pas.

(13) parfois c'est vraiment, ils viennent pour un autre motif et puis au fait mon ordonnance est bientôt finie, est-ce que ça vous embête pas de me la renouveler, bon je le fais, mais en théorie... c'est pas très bien

#### **iv. Insistance / Exigence, patient en demande**

(8) Mais chaque fois, tous les 3 mois, c'est... elle me le redemande, que si des fois j'ai changé d'avis entre temps.

(12) bon après y en a qui sont catégoriques, [...] et qui ont déjà eu autre chose et qui tiennent absolument à avoir que de ceux là ; donc ceux là, difficile [...] pour ces patients là il faut vraiment parlementer.

#### **v. Obtention par tous les moyens**

(3) un patient exigeant, limite désagréable, qui voulait absolument que je rattrape des ordonnances

(12) Mais, pfff, comme les gens vont voir un médecin, ils disent ce qu'ils veulent, il vont en voir un autre et ils disent autre chose, pour avoir les médicaments qu'ils veulent, au final. Il y en a qui sont très bons quand même.

#### **vi. Profil addictif**

##### **1. Comparaison tabac**

(6) tant que les gens ils sont pas dans un processus de changement on y arrivera pas. C'est comme arrêter de fumer quoi. [...] Voilà. Ça sert à rien de dire faut arrêter de fumer. C'est pas efficace. Voilà.

##### **2. Tolérance de l'effet**

(4) Parce qu'ils arrivent toujours à vous dire euh oui même avec le comprimé j'arrive pas à dormir.

##### **3. Dépendance**

(3) pour eux ils ne peuvent plus dormir sans en fait

(8) mais c'est vraiment une... alors je sais pas si c'est une addiction pharmacologique ou une addiction comment dire... morale, j'allais dire, voilà, l'habitude voilà.

#### **4. Antériorité d'addiction à d'autres substances ou traitements**

(11) à chaque fois qu'on essaye de la sevrer pour un médicament, en fait elle prend une dépendance avec un autre quoi. Donc c'est... voilà. Elle était accro à la morphine, on a réussi à arrêter la morphine, mais maintenant elle est accro aux benzo et, 'fin c'est compliqué...

#### **5. Risque de mésusage**

(13) en tout cas ils vont pas donner pile poil la quantité, je trouve ça dommage parce qu'après ils en ont donc soit ils en consomment trop, soit parfois ils vont en donner à la voisine, au... je ne sais à qui.

### **c. Consommation à risque de chronicisation**

#### **i. Hypnotiques = problématique la plus fréquente**

(9) Moi le problème c'est les hypnotiques, pas forcément les anxiolytiques. Et... et les gens ne veulent pas arrêter. [...] Donc, ceux que je mettrais au long cours, les hypnotiques – les benzo, ce sera plutôt les hypnotiques.

(10) qui disent bah non y a rien qui marche, je suis dépendant, et particulièrement au stilnox.

#### **ii. Consommation ancienne, débutée à un jeune âge**

(8) [*Et elle le prenait depuis vraiment très longtemps ?*] Ah, depuis très longtemps. Avant que je la connaisse. Oui oui, avant que je la connaisse, parce que moi je la suis depuis, allez, une dizaine d'années, mais elle le prenait depuis très très très longtemps hein.

(9) Donc les prises chroniques moi auxquelles j'ai à faire, comme je te dis c'est les prises qui sont... qui ont été mises par l'ancien médecin, et dont, ils ont pris ça pendant 10 ans, 15 ans, 20 ans,

#### **iii. Habitude / Rituel**

(2) elles ont l'habitude de prendre leur benzodiazépine

(4) temesta, pour ne pas le citer, et pour elle c'est du un milligramme, c'est vraiment du rituel

(9) les personnes âgées n'aiment pas les changements. J'habite depuis 40 ans dans cette maison, le quartier est pourri j'en peux plus, mais je vais pas déménager parce que c'est ma maison depuis 40 ans. Voilà, il y a pas de... il y a un espèce de lien aux habitudes, etcetera, surtout cette génération là. Je sais pas notre génération comment ça va être, mais j'ai l'impression qu'on est un peu plus détachés, qu'on... Eux (soupire) ils sont attachés à leur trucs, donc ils sont attachés à leur médicament.

#### **iv. Consommation excessive / mésusage ou polymédication**

(11) moi j'en ai une de patiente, qui est à la retraite et elle a... (soupire) elle a je crois au moins 2 benzodiazépines, plus du zopiclone, plus je sais pas si elle a pas de l'atarax en plus, plus des antidouleurs genre tramadol tout ça

#### **v. Consommation variable selon la génération**

(8) Donc moi j'ai des générations de mamies qui prenaient un temesta le soir au coucher, euh mais ça c'est un constat chez les plus de 75 80 ans.

(8) Et que d'autres hypnotiques ont pris la place des benzodiazépines, les zopiclone, zolpidem, ils sont pas mieux hein, sur le fond, mais bon... Voilà ils ont pris la place ces dernières années. [...] Donc les 65 75 ans ils vont plus aller vers les hypnotiques non benzodiazépiniques ; les plus de 75 80 ans ils réclameront plus des benzodiazépines.

#### **d. Fréquence de la prise chronique : problématique de santé publique**

(1) on est quand même confrontés beaucoup à cette problématique

(7) il est probable que la consommation, même si nous étions, je pense, les leaders en Europe de la consommation, en antibiothérapie et de benzo, euh on va conserver nos premières places à mon avis.

### **3. Initiation du traitement / instauration « dans les règles »**

#### **a. Le patient candidat idéal à l'initiation**

##### **i. Patient méritant**

###### **1. Contexte médical**

(11) j'en ai un qui... qui a eu un cancer de la prostate, et depuis sa vie elle a changé, donc du coup il a énormément de mal à se remettre parce qu'il est très fatigué et puis il peut plus mener sa vie de d'habitude, et du coup ça l'empêche de dormir. Donc je pense qu'il y a énormément d'anxiété, euh... donc du coup voilà je lui ai mis un truc pour dormir.

###### **2. Contexte familial / psychologique**

(1) dans un contexte, ... très, enfin très particulier, parce qu'en fait il a perdu sa sœur du covid

###### **3. En général**

(7) parce que bon, bah il faut être conscient que quelqu'un qui a quand même plus de 80 ans, qui est complètement dément, qui se retrouve en dehors de ce... qui avait peut-être quelques repères et qui en a plus, qui a quitté son domicile, on lui offre pas non plus une vie des plus réjouissantes, donc s'il peut dormir un peu la nuit, euh, voilà je me sens pas trop de revoir la prescription à ce moment là quoi.

##### **ii. Patient à faible risque d'effets secondaires**

###### **1. Faible risque d'effets indésirables somatiques**

(1) C'était une patiente qui avait pas de comorbidité particulière

###### **2. Faible risque d'addiction**

(1) J'ai marqué un traitement hypnotique qu'elle avait déjà pris par le passé, qu'elle avait arrêté,

###### **3. Patient âgé mais pas trop**

(8) Ou quoi que dans les tranches des 65 70 75 ans on peut pas dire que ce soit très âgé, non plus.

#### **b. Les motifs d'introduction**

##### **i. Troubles du sommeil +/- liés à l'anxiété**

(1) ce que les patients relatent la plupart du temps, c'est des problèmes de réveils nocturnes

(3) il y a les gens qui sont très anxieux, qui vont avoir des troubles du sommeil liés à leur anxiété,

(8) Ce serait plutôt pour le sommeil, sur le fond plutôt sur le sommeil. [...] Donc, à la fois zopiclone zolpidem, et les hypnotiques, les somnifères bien... voilà donc... Voilà donc le truc c'est plutôt pour dormir du coup.

##### **ii. Anxiété**

(7) Ils sont de plus en plus demandeurs ; encore plus dans ces périodes troubles euh où en plus des difficultés habituelles vient se rajouter les difficultés liées à la crise sanitaire, euh et puis la façon dont elle est gérée et retranscrite dans les médias, c'est très lourd pour les gens, donc euh, je pense qu'un

petit xanax, un petit seresta ou je ne sais trop quoi le soir les aide beaucoup à passer le cap. D'autant qu'en plus se greffe maintenant une crise économique dont on voit les... de plus en plus les prémices dans notre patientèle, et donc c'est, je pense que ça va être assez lourd à gérer

(7) Euh, dans le quotidien moi les benzo je m'en sers dans les situations difficiles de la vie courante quoi hein... [...] Dans les situations de stress...

Motif anxiété = plus rare dans cette population :

(6) Franchement pour l'anxiété, je ne les mets jamais. Bien sûr que... c'est pas obligatoire ; ça m'arrive de prescrire des anxiolytiques, mais jamais en première intention, et généralement en fait non euh, ça va hein. [...] Ca m'est arrivé mais de manière transitoire, voilà. Et ça s'est bien passé.

### **iii. Troubles cognitifs et agitation en institution**

(7) malheureusement maintenant c'est utilisé aussi dans l'agitation, qu'elle soit hétéro-agressive ou auto agressive, et il est très difficile de gérer l'agitation en institution, voilà, très difficile. Parce que... on a pas tellement de médicaments, les neuroleptiques montrent souvent vite des limites, et les benzo bah ils sont utilisés pour avoir l'effet sédatif, hein, voilà.

(10) Alors sinon, ça va être peut-être à la maison de retraite où je travaille. J'ai peut-être mis des benzo pour essayer justement de calmer la personne âgée parce qu'elle... avec un Alzheimer, pour essayer de la calmer, parce que crier toute la journée, déambuler, risque de chute, euh... On va dire que ça va plus être là quoi...

### **iv. Psychiatrie**

(8) Moi j'ai une patiente qui a un syndrome de persécution par exemple, ancien, euh, qui est sous temesta depuis 100 ans quoi (rire) et du moment qu'elle a ce syndrome de persécution, c'est-à-dire qu'elle pense que ses voisins lui font le truc des poupées vaudou, là, le truc avec les aiguilles, euh voilà. Ca date de très très très longtemps. Qu'elle a été suivie par des psychiatres mais qu'elle veut plus y aller parce que ils comprennent pas trop les psychiatres les poupées vaudou ce que ça peut faire...

### **v. Soins palliatifs**

(7) Il y a une autre partie où, qui est très prescriptrice de benzodiazépines, c'est les soins palliatifs, la fin de vie.

### **vi. A la demande du patient**

(13) quand ils me demandent quelque chose pour dormir

## **c. Règles de prescription**

### **i. Se limiter à une monothérapie**

(6) Ah oui oui. Bah ça c'est systématique par contre. Je fais jamais de prescription avec plusieurs benzo.

### **ii. Choix de la molécule**

#### **1. Demi-vie courte**

(9) En général je mets xanax ou seresta parce qu'il y a une demie-vie courte.

#### **2. Autres critères dans le choix de molécule**

(13) c'est vrai que j'essaye toujours globalement de savoir pourquoi ils arrivent pas à dormir, pour voir si, par exemple laquelle je mets, est-ce que je partirais par exemple sur un zopiclone classique, ou

plus sur un xanax, parce qu'ils me disent qu'ils réfléchissent pendant 20 ans avant de dormir, qu'ils sont très anxieux etcetera.

### **iii. Éviter escalade des doses ou produits**

- (1) enfin ça fait 10 ans que je la connais, je lui ai jamais augmenté les doses
- (2) Donc dans ces situations on essaye surtout de pas en introduire d'autres.

### **iv. Trouver la posologie efficace (dont dose minimale efficace)**

- (10) il faut trouver le bon équilibre pour pas trop l'ensuquer, et que elle perturbe pas les autres...

### **v. Durée de traitement d'emblée évoquée**

#### **1. Durée courte**

- (1) j'informe énormément sur le fait que c'est transitoire, c'est pour passer un cap,...
- (4) Mais finalement donc on a réussi à l'arrêter assez rapidement. Voilà. [...] Donc au bout de 4 semaines même pas, c'était fini.

#### **2. Prise ponctuelle**

- (3) Et je préviens bien qu'il faut essayer de pas le prendre tous les soirs, faut essayer de pas s'habituer, de pas en avoir besoin pour dormir
- (12) Donc je leur en mets... pas tout le temps, je leur dis un demi comprimé, et pas en permanence, donc je le renouvelle pas tous les mois

#### **3. Utilisation dans l'attente du relai d'une autre molécule ou la disparition du facteur déclencheur**

- (9) je lui ai mis un antidépresseur, et en attendant l'effet de l'antidépresseur, qui a une visée un peu anxiolytique, parce qu'elle a une dépression aussi sous-jacente hein, j'ai mis des benzo ouais, j'ai mis du xanax.

#### **4. Suivi rapproché programmé**

- (6) Et je la revois, je l'ai revu il y a un mois, ça s'est bien passé, j'ai renouvelé un mois encore parce que je veux la revoir dans un mois.
- (11) Et donc je mets que 15 jours en disant qu'ensuite il faut qu'il revienne me voir si ça va pas mieux quoi.

### **vi. Cadre de prescription posé**

#### **1. Importance du premier contact**

- (6) je le fais pas, bah c'est sûr que si jamais je le renouvelais une fois et tout, après c'est compliqué. Après si d'entrée on dit c'est comme ça et c'est pas autrement, bah euh... c'est comme ça hein.

#### **2. Uniformité de la prise en charge**

- (6) enfin moi c'est comme ça que je travaille, mais d'avoir des règles collectives, en gros c'est pour tous les patients comme ça quoi.

#### **3. Cadre permettant une meilleure prise en charge**

- (6) On sait qu'on doit pas prescrire plusieurs benzo, ben on fait pas et comme ça on peut réfléchir sur d'autres aspects de la prise en charge. Et ça on le fait direct, et pour tout le monde.

(10) Ouais dans ma tête, c'est, d'abord j'ai été formé là-dessus, en disant voilà ces trucs là, c'est courte durée, c'est marqué, les benzo c'est 12 semaines, les autres c'est 28 jours, c'est vraiment, occasionnel.

#### **4. Choix de la patientèle (exclusion patientèle « compliquée »)**

(10) Y en a certains, maintenant je peux sélectionner les personnes âgées machin. Bon je vois les trucs, les profils, je leur dis non bah non je peux pas prendre, j'ai trop de monde. C'est un peu chiant, mais je sais que je vais pas y arriver.

##### **vii. Aide à la prescription par un spécialiste**

(9) Je me fais plus embarquer dans des, dans des ordonnances avec plein de trucs, des traitements psychiatriques, etcetera, je dis bah non à partir du moment où vous avez plus de 3 médicaments psychiatriques c'est que ça relève de la psychiatrie, vous allez voir, vous avez un suivi spécialisé. Là je prends plus de responsabilité vis-à-vis de ça, parce que ça, une benzo un antidépresseur, un neuroleptique, euh...

#### **d. Eviter l'introduction quand c'est possible**

##### **i. Echec de la prise en charge hors benzodiazépine**

(6) c'est en 2<sup>ème</sup> intention, en fait [...] C'était après de l'atarax, mais c'était à visée hypnotique, le soir. Du coup j'ai mis zolpidem, voilà. C'était 2<sup>ème</sup> intention, voilà je l'ai revue. L'atarax en fait il faisait des cauchemars, il a pas bien supporté.

(13) Après ça dépend les patients aussi que j'ai en face de moi, évidemment, mais j'essaye toujours de leur expliquer des exercices de respiration, des choses comme ça, pour essayer de voir s'ils arrivent à se calmer tous seuls, de la crise d'angoisse, bon et si vraiment ils y arrivent pas dans ce cas là oui, je leur fais prendre la moitié d'un comprimé.

##### **ii. Eviter les primo-prescriptions**

(3) Initié, alors j'essaye d'en initier de moins en moins.

(8) Le dernier à qui j'ai prescrit une benzodiazépine, j'avoue je m'en rappelle pas, parce que c'est extrêmement rare, que je prescrive des benzodiazépines chez un patient très âgé.

##### **iii. Privilégier des alternatives**

(8) Parce que pour les angoisses, on démarre – enfin moi, je sais pas les autres – mais moi je démarre surtout par des anxiolytiques non benzodiazépiniques, type bon stresam bien sûr. Après moi j'aime bien la buspirone, j'utilise pas mal la buspirone, parce qu'il est quand même pas très sédatif, et en théorie hein, il y a pas d'accoutumance, donc en théorie, parce que bon faut pas rêver... Il y a comme une accoutumance. Voilà.

(13) quand ils me demandent quelque chose pour dormir, euh c'est vrai que quand je prends le temps de demander pourquoi est-ce qu'ils arrivent pas à dormir, de détailler un petit peu, d'essayer de trouver autre chose qu'une benzo pour essayer qu'ils dorment mieux, de revoir un peu leur cycle, voir s'ils se couchent un peu plus tard, enfin voilà, faire un petit peu ça.

(13) Alors moi je leur propose souvent euphytose, euh j'ai vu qu'il y avait le nuit et le euphytose classique, je trouve que quand même ça fonctionne bien

#### **4. Facteurs pérennisant la prescription**

##### **a. Obstacles liés au médecin**

##### **i. Indications médicales persistantes**

###### **1. Crainte d'une rechute / Equilibre précaire**

(7) Après euh... les benzo chez les patients âgés équilibrés, qui justement, prenons le cas de cette dame, dont je viens de parler là, elle s'est un peu calmée, euh... c'est difficile de l'enlever, parce que... ou c'est difficile de le remettre en question, parce que du coup on a géré une situation qui était un peu difficile pour tout le monde, euh arrêter le traitement c'est proposer aux autres et à l'entourage, et en particulier aux soignants, de dire bah écoutez les symptômes que vous avez eu à l'entrée vont sûrement revenir, et voilà et on a l'impression un petit peu de jouer un peu avec le feu quoi. Donc euh, c'est très difficile, une fois qu'on a stabilisé une personne âgée, de stopper un petit peu l'anxiolytique.

###### **2. Troubles psychiatriques anxiodépressifs marqués**

(7) [*Est-ce que ça t'arrive de ne pas proposer le sevrage des benzo en pensant que ce serait délétère pour le patient ?*] (réfléchit) Euh... Oui. Oui, sur des patients qui sont polymédiqués, avec des gros antécédents psy, euh, je me lance pas lorsque quelqu'un prend trois quatre médicaments différents, depuis quinze ans, j'estime que ce n'est pas à moi de diminuer la prescription. Ces gens là doivent faire l'objet d'un suivi précis, il me semble moi que ça doit plutôt se faire soit en établissement psychiatrique, soit en maison de convalescence, ou maison de repos avec un suivi psy quotidien.

(11) Euh ouais, en fonction de certaines situations, oui. Les gens qui sont en très grande... bah soit, voilà en grande détresse, en syndrome dépressif aigu, ou avec des situations familiales un peu compliquées, oui ça ça m'arrive de me dire bon, c'est pas la priorité, on se le garde dans un coin de la tête, mais voilà quand ça ira un peu mieux quoi.

(13) 'fin c'est des médicaments lourds qui sont suivis par le psychiatre, je me dis je voudrais pas non plus les décompenser, on va pas faire non plus n'importe quoi... Donc bon, ça je suis plutôt prudente.

##### **ii. Suivi de patients polypathologiques déjà chronophage**

(1) mais c'est vrai que comme c'est des patients qui généralement ont d'autres soucis de santé à côté, je prends peut-être pas, pas le temps de faire des consultations sommeil

(3) je considère que j'ai d'autres chevaux de bataille que celui là

##### **iii. Instauration de longue date +/- par un autre professionnel de santé**

(9) C'est des prises anciennes. Le problème c'est les prises anciennes initiées par d'autres médecins

###### **1. Instauration de longue date**

(3) Et puis il y a les gens [...] qui ont toujours pris des médicaments, tu continues un suivi et finalement tu arrives à un moment où, bon c'est trop tard, il me semble il y a un moment où c'est trop tard pour sevrer les gens.

(5) mais les personnes âgées qui sont imprégnées, et qui prennent leur traitement en conscience, euh, moi enfin moi en tout cas j'y arrive pas

###### **2. Instauration par un autre professionnel de santé**

(4) C'est pas moi qui l'ai introduit c'est son ancien médecin.

(7) Mais du coup le généraliste n'est pas trop seul, hein parce que les benzo sont aussi prescrits par les psychiatres, qui remettent pas plus en cause les ordonnances que nous, et voire même quelques fois



des ordonnances très longues, et nous on arrive un peu derrière en étant un peu auto critique sur à la prescription, et on se retrouve vite en porte à faux hein, voilà.

(10) Mais euh voilà quoi, on récupère les pots cassés d'avant, de certains médecins qui ont institué ça. (soupire)

#### **iv. Habitude de prescription / solution de facilité**

(3) c'est vrai que des fois on prend un peu, comment dire, des habitudes ...

(7) [le patient] est bien, et il comprend pas pourquoi on voudrait diminuer le traitement qui marche bien. Et pour le prescripteur c'est tentant de dire, bah vous avez tout à fait raison, monsieur ou madame, donc circulez, voilà.

#### **v. Bonne tolérance du traitement**

(5) si ça fait plusieurs années qu'ils ont le traitement, et qu'il est bien supporté, je... je n'interviens pas.

Dont prise non quotidienne pas trop abusive :

(12) Mais il y en a chez qui la prescription, d'abord elle est ponctuelle, donc, quand ils demandent de renouveler, que c'est tous les trois quatre mois, je mets ; un traitement d'un mois et qui leur dure trois mois, y a pas de problème.

### **b. Obstacles liés au patient**

#### **i. Intolérance immédiate du sevrage**

##### **1. Sevrage subi**

(2) Tu suscites plus un effet nocebo quand tu leur arrêtes, que tu leur imposes une baisse de traitement qu'autre chose.

(5) j'ai fait des tentatives ; ça m'est arrivé. Mais euh, quelques jours après, le patient t'appelle et te dit qu'il a pas dormi depuis que tu as essayé d'arrêter le cachet, et que sa vie est devenue un enfer et qu'il lui faut à tout prix, ce soir.

##### **2. Sevrage choisi mais anarchique**

(2) Ou alors ils l'arrêtent seuls dans leur coin et ça se passe pas forcément bien, et ils reviennent te voir d'ailleurs...

#### **ii. Anxiété anticipatoire du sevrage**

(7) Mais souvent, je pense que quand on diminue les benzodiazépines, avant tout il y a une angoisse anticipatoire qui n'a rien à voir avec le traitement, hein, puisque c'est un peu l'effet placebo du médicament, et cette angoisse anticipatoire me semble être aussi, tout autant importante que... ou tout au moins correspondre proportionnellement à la durée, à la longueur de la prise, et au début du traitement. Quand ça fait 20 ans que tu prends une benzo le soir, la perspective même d'évoquer l'arrêt, tu dors plus. Ou tu es angoissé.

#### **iii. Demande insistante du patient de poursuivre le traitement**

(1) Ils reviennent à la charge pour le renouvellement

(9) et là c'est pas négociable de l'enlever. Non je dors pas. Et bah on l'enlève alors, il marche pas. Ah non. Ah non. Bon, bon, on va le garder alors, pour faire joli (sourire).

(11) Parce que le problème, 'fin voilà quand ils sont très en demande, euh après une fois qu'ils sont partis pour le prendre et qu'ils voient que ça marche, bah c'est difficile après de leur faire arrêter quoi.

#### **iv. Patient pas prêt au changement / refus d'essayer sevrage**

##### **1. Report à plus tard**

(2) et de consultation en consultation tu te retrouves 5 ans après toujours avec le même traitement...

##### **2. Refus catégorique**

(2) Alors certains c'est un non catégorique, il faut continuer le traitement

(6) Et ça si jamais les gens ils sont pas dans un processus de changement bah en fait ça sert à rien.

##### **v. Fuite du patient si la prise en charge ne lui convient pas**

(10) parce que tout d'abord, quoi qu'il en soit, dès qu'on essaye d'aborder le système, ou d'être un peu plus « strict » (mime les guillemets), eh ben ils sont plus là ! Ils s'en vont ailleurs.

(12) et il faut que là je me batte en leur disant, non je vous marquera pas. Donc ils me disent bah ça sert à rien que je vienne vous voir

#### **c. Obstacles extérieurs**

##### **i. Limites du domicile**

(2) La famille disait oui oui vous avez raison, et en fait au bout de 6 mois je me suis aperçu que les infirmières n'avaient jamais modifié la dose, et continuaient à lui donner les comprimés de lexomil, comme avant. Donc c'est très frustrant [...] donc même quand tu parles – quand tu laisses des mots, que tu parles avec les infirmières, bah c'est pas suivi des faits,

(8) Voilà, oui elle en prenait beaucoup plus... A l'arrivée [en EHPAD], oui oui elle a diminué, au grand dam de la famille. Ils comprennent pas souvent hein, ils disent oui mais la pauvre elle est angoissée... Oui mais elle pèse 40 kilos...

##### **ii. En institution**

(7) Et du coup bon bah, c'est vrai qu'on peut avoir la main plus ou moins lourde selon la pression de l'établissement et des équipes, voilà. (rire)

##### **iii. Médecins autres participant à la prise en charge +/- contexte d'urgence**

(7) Il y a quelques essais de sevrage qui ont été stoppés soit par le spécialiste, soit par l'intervention d'un médecin des urgences, ou d'un médecin tiers, et du coup tout le raisonnement qu'on avait mis en place est tombé à l'eau. Et après bon bah, les gens souhaitent pas renouveler l'expérience hein.

(13) Mais c'est vrai que parfois – après nous en permanence on a souvent du coup des patients qui sont suivis par quelqu'un d'autre, qui viennent avec leurs ordonnances, où il y a des médicaments, et c'est vrai que bon, j'avoue que c'est pas très bien, mais je cherche pas trop à savoir, quand ils me disent ils en ont plus, je regarde, parfois mais pas toujours, sur Ameli s'ils ont des prescriptions autres de ça, mais c'est vrai que s'ils arrivent avec l'ordonnance de leur médecin, avec des médicaments, même s'il y en a plusieurs parfois, j'avoue c'est pas très bien mais je regarde pas trop, je renouvelle et puis voilà

## 5. Le sevrage

### a. Difficulté de la Proposition

#### i. Difficulté à mettre en œuvre

(3) mais à supprimer complètement, chez des personnes âgées qui ont des troubles du sommeil ancrés depuis longtemps. Alors c'est peut être une déduction que je me fais hein – peut-être que je devrais être un peu plus offensive, mais j'ai l'impression que c'est compliqué hein...

(4) Mais c'est très très très très difficile.

#### ii. Mise en échec par le patient

(3) à chaque fois que tu vas changer de molécule, [...] « Ah non mais j'ai dormi que 2 heures, ah non bah j'ai dormi que 3 heures, ah bah non j'ai pas réussi à m'endormir »

(11) quand le stilnox est passé en... en stupéfiant là, on a essayé d'en profiter justement pour changer, et beaucoup... enfin beaucoup au bout de un mois, un mois et demi sont revenus en disant, ça marche pas votre truc, moi je suis à fond, 'fin je veux l'autre, il marchait mieux... Voilà, il y en a beaucoup.

#### iii. Rareté des sevrages réussis

(2) même si l'objectif final de tout arrêter est hélas rarement atteint.

(4) des sevrages, il y a que cette patiente là que... j'ai réussi à sevrer quoi. Mais bon, pour les autres non.

### b. Sevrages réussis

#### i. Totalement

(2) Ah oui j'ai une patiente chez qui j'ai – une patiente dépressive qui fait des troubles du sommeil chez qui j'ai réussi à lui faire arrêter son traitement ; et qui a arrêté.

(8) Alors, on y arrive, mais je crois que... si on y arrive dans 20% des cas on est contents quoi.  
*[arriver à sevrer quand prescription très ancienne débutée par autre médecin]*

#### ii. Partiellement

(13) Oui j'ai déjà réussi à diminuer, oui oui j'ai souvenir d'un ou 2 patients, euh d'arrêter complètement je serais pas certaine, mais de diminuer oui, ça oui.

### c. Stratégies de sevrage

#### i. Techniques de communication

##### 1. Information sur les effets secondaires

(2) de même chez les patients insuffisants respiratoires que leurs problèmes de sommeil etcetera sont même sans doute accentués par la prise de ces cachets

(2) Donc, donc, c'est surtout un travail de communication sur les effets secondaires

(8) Je leur dis les effets secondaires à long terme, alors surtout, surtout les effets secondaires, les suspicions et les réalités, de... par exemple de vieillissement cérébral accéléré, d'augmentation des troubles de mémoire, de la maladie d'Alzheimer qui est quand même une épée de Damocles. Voilà donc c'est surtout ça que je leur explique. Je dis mais vous savez, vous avez entendu parler (rire) des démences, de la maladie d'Alzheimer, ce type de traitement favorise la... comment dire favorise les problèmes de troubles de mémoire, donc possiblement la maladie d'Alzheimer. Pour ça. Et les risques

de chute. Voilà il y a deux points d'action, la maladie d'Alzheimer, hein parce que ça ils sont sensibilisés quand même, ils en ont peur ! et finir en maison de retraite avec... voilà ! Et les risques de chute. Enfin les risques de chute, en gros ça les... ça leur fait une belle jambe, enfin si j'ose dire, tant qu'ils se sont pas cassé la figure ils ont pas bien compris, mais par contre la maladie d'Alzheimer ça ça leur fait peur. Voilà. Cette angoisse là, ça ça leur fait peur.

(13) donc voilà j'essaye de leur expliquer, que ça leur fait des dépendances, qu'ils ont déjà beaucoup de médicaments, que du coup ça fait des interactions, etcetera.

## **2. Identification de la dangerosité via ordonnances sécurisées**

(8) le zolpidem étant maintenant sur prescription sécurisée. Donc, on leur montre de ce fait, et on insiste, pour leur dire que si c'est sur prescription sécurisée, c'est que quand même... hein c'est quand même important comme prescription.

## **3. Identification de la dangerosité par expérience personnelle**

(8) *[Et donc ça [information sur les effets secondaires] peut marcher pour leur faire diminuer ou leur faire arrêter ?...]* Ca peut, ça peut, oui. Oui voilà certains c'est... alors surtout quand ils ont... enfin ils ont une expérience personnelle où ils ont oublié un truc, tout ça.

## **4. Limites du traitement**

(12) Oui oui, et puis après, quand ils me disent que de toute manière ils dorment pas, (rire) quand ils y arrivent pas, oui oui ça j'en ai. [...] Il y en a qui sont d'accord parce que de toute manière ils voient pas l'effet

## **5. Paternalisme / patients vulnérables plus en mesure de prendre des décisions (ingérence)**

(4) je lui ai dit non non c'est trop fort pour vous, on arrête et on passe à autre chose, de l'euphytose ou un truc comme ça.

(5) Alors ça [sevrage via placebo] a du m'arriver à domicile, quand il y a une infirmière qui intervient et qui prépare le pilulier. [...] Et puis ça a dû m'arriver quelques fois de m'entendre avec l'infirmière pour essayer effectivement de modifier le... le type de traitement.

## **6. Marchandage / Négociation**

(8) et puis sinon c'est de la négociation permanente avec les autres, surtout pour certains hypnotiques, hein ça c'est sur. C'est de la négociation permanente, parce que, on essaye tout au long de la conversation de leur dire, de la consultation de leur dire, de leur expliquer pourquoi on va pas leur prescrire, et à la fin : et si vous me le marquez quand même ? Mais j'essaierais de le diminuer ou de l'arrêter. Voilà, et si vous me le marquez quand même, voilà du coup, voilà. Voilà donc c'est... c'est de la négociation.

(12) et puis du coup il faut parlementer pour chaque patient quoi.

## **7. Entretien motivationnel**

(6) Entretien motivationnel. [...] Après c'est juste, arriver à trouver un accord avec le patient, mais ça c'est comme pour tout.

## **8. S'enquérir de l'état de motivation**

(6) en fait il y a pas de moment, c'est pas du on off, c'est pas on propose ou pas le sevrage, c'est juste des techniques de communication et on voit où les gens ils en sont.

(11) Elle a fait d'elle-même, on a dû la revoir à un mois, un mois et demi, et après elle... parce qu'elle était motivée quoi. On avait réussi à la convaincre. (rire)

### **9. Répétition et durée**

(2) c'est arrivé, en effet. Là la patiente dont je t'ai parlé, c'est à force de le lui dire. C'est à force de le répéter ça commence à rentrer ; mais bon il faut des (insiste) **années**. Il faut, je dirais il faut répéter le message pendant un an à peu près pour commencer à avoir un effet.

(4) Chaque mois je pose la question de si on faisait une tentative [...] Donc impossible à arrêter. Mais chaque mois j'essaie.

### **10. Synergie avec des facteurs hors cabinet**

(2) C'est parce que toi tu le dis pendant un an, et qu'ils vont entendre à la télévision, ou la voisine, ou la concierge va dire ah moi j'ai arrêté et depuis je me sens mieux – ah oui c'est ce que me dit mon médecin, donc je vais essayer de faire ça, depuis le temps qu'il me le dit.

(8) Donc des fois il faut un accident de parcours quelque part, pour... oui c'est vrai vous l'aviez dit, voilà après ils reconnaissent que on l'avait dit, que... donc on enfonce un peu le clou. Mais il faut des fois un incident de parcours, comme une chute tout ça, pour leur... mettre en pratique ce qu'on leur a dit, hein voilà.

## **ii. Thérapies alternatives +/- médicamenteuses**

### **1. Règles hygiéno-diététiques / travail sur soi**

(3) quand on s'en défait pas de toute façon je les préviens toujours les gens que s'ils n'essayent pas de travailler un peu sur leur anxiété et de régler le problème différemment, ou voilà bah ils n'arriveront pas à se sevrer du médicament [...] voilà j'essaie toujours de les prévenir de ça et du travail là-dessus.

(11) et on lui a conseillé l'application petit bambou, qui est une application de méditation

(13) après donc, pour les benzo, comme souvent donc les personnes âgées, sont pour dormir, finalement le soir, je leur demande, bah, quel est leur rythme de sommeil, pourquoi est-ce qu'ils arrivent pas à dormir, pourquoi est-ce qu'ils en ont vraiment besoin. Et c'est vrai qu'il y en a qui, bah ils font une heure de sieste dans la journée, ils se couchent à 20h, oui bah forcément, à 5h ou 6h du matin ils sont réveillés, mais je leur explique que c'est pas qu'ils ont des troubles du sommeil, c'est que c'est normal, ils sont âgés, ils dorment moins, ils font pas grand-chose dans la journée, donc forcément ils ont pas besoin de beaucoup de sommeil, donc c'est pas un trouble.

### **2. Traitement antidépresseur**

(3) pour essayer de sortir du traitement par un hypnotique ou par une benzo chronique, je bascule sur un antidépresseur un peu sédatif, pour essayer de limiter les troubles du sommeil [...] par exemple chez la personne âgée j'aime bien introduire du norset

(10) chez certaines personnes, justement des fois ça m'arrive de justement, de switcher comme on dit, par un IRS, parce que, pour essayer de remonter cette sérotonine et voir un peu comment ça se passe. Et c'est vrai que ça marche bien.

### **3. Autres médicaments hors anti-dépresseurs**

(10) Oui oui oui, bah en switchant avec de l'atarax hein, ça marche très bien. [*D'accord.*] Ouais ouais, en switchant avec de l'atarax, et puis voilà quoi.

Dont placebo :

(5) au lieu de leur donner leur benzo leur somnifère tout ce que tu veux, tu donnes une sorte de placebo le soir, et ils dorment aussi bien qu'avant. Alors placebo ça peut être, [...] tu donnes de l'ultralevure, ou un granulé d'homéopathie, ou un stresam, enfin voilà.

Utilisation en chevauchement :

(12) Ah non, après moi souvent j'essaye de passer à la mélatonine, couplée, pour les somnifères, en tout cas. Pour l'anxiété, j'essaye toujours de passer aussi, alors je passais avec de l'homéopathie, donner des plantes, donner des choses, en mélangeant avec les benzo, pour essayer de faire une transition, et ensuite de rester qu'à ça

#### **4. Psychothérapie, avis psychiatre**

(13) Ca m'est même arrivé parfois de leur proposer d'aller voir une psychologue, pour discuter, ou faire un peu d'hypnose, voilà il y a d'autres choses pour essayer, de, en complément ou en relai de l'arrêt quoi

### **iii. Optimisation du traitement**

#### **1. Diminution des doses progressive**

(7) Je fais des arrêts progressifs.

(9) Donc euh, à la limite j'ai réussi à lui faire baisser. Elle était à imovane 7 et demi, on est à 3,75. Donc elle me demande pas de l'augmenter. Elle me dit, ça marche moins bien que le 7,5 mais bon. *[Et tu lui as dit que c'était pas négociable de baisser ?]* Moi j'avais dit, 7,5 c'est pas négociable, vous passez à 3,75. 3,75, et là c'est pas négociable de l'enlever. Non je dors pas. Et bah on l'enlève alors, il marche pas. Ah non. Ah non. Bon, bon, on va le garder alors, pour faire joli (sourire).

#### **2. Désescalade si polymédication**

(1) donc moi j'avais commencé à baisser le temesta et j'avais enlevé le zopiclone

(11) ouais ouais, en fait moi j'ai réussi à en enlever un ou deux, mais quand elle est arrivée elle avait... l'ordonnance je crois qu'il y avait 15 médicaments qui en plus étaient pas forcément compatibles les uns avec les autres, enfin ça a été assez compliqué, et... enfin j'ai pas réussi à en enlever beaucoup quoi.

#### **3. Rotation des molécules**

(3) à ce moment là on arrive pas à les sevrer complètement mais on change de traitement, on en met un autre.

(12) Voilà donc euh, moi j'essaye de remplacer par exemple, voilà ceux qui sont sous lexiomil, de pas les laisser sous lexiomil, parce que, c'est une longue durée d'action, donc j'essaye de basculer par exemple sur du seresta déjà, de faire le changement comme ça, c'est déjà difficile. Euh... Donc souvent je fais ça, que ce soit le xanax, lysanxia, lexiomil, j'essaye de le basculer sous seresta pour les personnes âgées.

#### **4. Utilisation de forme galénique pour manier les posologies**

(11) ou même le bromazépam, parce que l'avantage du bromazépam c'est qu'on peut le couper en 4, donc je trouve que c'est pas mal de pouvoir essayer de leur dire voilà on en prend de moins en moins, voire un jour sur 2, voire... et je trouve que c'est plus facile. Après il y a les gouttes aussi, des fois les gouttes de lysanxia, ou même des fois de laroxyl, parce que voilà je trouve que plus on peut doser la quantité, et enfin au moins on est à la dose minimale efficace.

## **5. Programmation d'un suivi / accompagnement dans le sevrage**

(13) progressivement voilà, en leur disant on se revoit, même de leur dire de revenir, ou d'appeler, si jamais ça va pas, je leur dis bien voilà, si vraiment ils sentent qu'ils sont très anxieux, que ça ne va pas, bah de repasser, puis de remonter à la posologie initiale, et de revenir me voir, qu'on essaye de réadapter

### **iv. Milieu hospitalier**

(8) elle a eu des crises d'épilepsie séquellaire de son AVC, donc elle a été hospitalisée. [...] Et le fait qu'elle ait été hospitalisée, ça a fait un électrochoc, et puis à l'hôpital on lui a pas donné, donc du coup elle a pu l'arrêter.

### **v. Entrée en institution**

(8) Ici, quand ils rentrent en maison de retraite, en général on divise tout par 2. Et après on voit. Oui, et donc, voilà, on diminue – on divise par 2 systématiquement – enfin bon ça dépend lesquels, bien sûr, de traitements, et après on se donne quinze jours si vraiment il y a... ils s'agitent tout ça, on redémarre et puis on rediminue doucement, voilà. En gros systématiquement à la maison de retraite on les divise par deux.

## **6. Vers un usage positif / Bonnes pratiques**

### **a. Benzodiazépine comme outil**

(1) je suis satisfaite quand la thérapeutique reste un outil, une béquille

(7) je pense qu'un petit xanax, un petit seresta ou je ne sais trop quoi le soir les aide beaucoup à passer le cap.

(9) Bah là, madame, si la dernière à qui j'ai... qui a fait sa tachycardie et qui est stressée et panique, ça marche bien. Ça a bien marché, elle se sent bien, elle se sent moins stressée, moins paniquée, et puis euh, et du coup on est en train de diminuer, donc c'est plutôt bien, on a... on lui a évité plusieurs hospitalisations aux urgences, parce que dès qu'elle panique... ça repart aux urgences quoi. Et elle a fait un aller-retour, elle était prête à faire un deuxième, je lui ai dit attendez on va apaiser le truc. [...] Mais non sinon elle ça s'est bien passé, ça a été utile, ça a géré une situation un peu de crise on va dire, ça a rétabli un peu d'ordre, et puis le temps que tout se mette en place, le traitement cardiaque, le truc et... Ouais.

### **b. Importance d'une relation médecin patient**

#### **i. Satisfaction des patients**

(5) la seule satisfaction que j'ai c'est que mes patients, sont eux, satisfaits.

(7) les gens spontanément viennent remercier leur médecin lorsqu'ils se sentent mieux, de toute manière ils le disent, ça c'est une satisfaction, mais c'est valable pas que pour les benzo, voilà.

#### **ii. Relation de confiance**

(7) [*faut vraiment avoir ce lien...*] Ah oui, il me semble que c'est ce qui va aider à faire comprendre, qu'une partie de l'effet finalement n'y est plus, qu'il y a une grosse partie de l'effet placebo et que ça génère une grande inquiétude. Donc, pour pouvoir diminuer ce traitement, à ces patients là, il faut qu'ils te fassent confiance, il me semble.

(7) On essaye d'échanger hein. Parce que je crois qu'arrêter les benzo, c'est pas... c'est le fruit d'une conversation, c'est le fruit d'un échange quoi, hein. Il faut avoir quand même, il me semble, au moins un lien avec le patient suffisant

(12) C'est difficile hein ! C'est facile quand c'est pas sa patientèle. Voilà, c'est beaucoup plus facile de dire, oh non non, ça vous débrouillez

### **iii. Patient investi dans la prise en charge**

(1) je suis satisfaite [...] mais qu'il y a vraiment une relation, voilà, entre le médecin et le patient, un accompagnement, peut-être une prise en charge autre, d'aide psychologique, et qu'on arrive à mettre en place des choses, où le patient est acteur de sa situation

(11) et elle à chaque fois j'essaye de lui en arrêter un ou au moins de diminuer, et une ou deux fois elle a essayé pour me faire plaisir

### **c. Motivation du médecin / remise en question / conscience du problème**

#### **i. Conscience du problème**

(5) La vérité c'est que je suis pas satisfait, parce que je sais que je ne devrais pas avoir ce type de pratique, qu'elle est pas recommandée, et qu'elle est hors AMM

(7) c'est pour ça qu'il faut freiner des quatre fers, j'en suis conscient hein

(13) après bon c'est vrai qu'en étant pas le médecin traitant en théorie on est pas sensés renouveler surtout ce genre de médicaments [...] bon je le fais, mais en théorie... c'est pas très bien, parce que tout leur suivi, en fait, faudrait mieux qu'ils aillent chez leur médecin traitant pour les autres médicaments quoi. Mais bon.

#### **ii. Remise en question de sa pratique et formation continue**

(5) Alors moi j'ai fait une formation, sur ce thème là. [...] donc c'est depuis cette formation que je prescris la miansérine, qui est un inducteur du sommeil au long cours etc.

(7) Ah oui, depuis plusieurs années oui. Pour éviter le risque de chutes. Parce qu'en plus moi je fais de la gériatrie donc je suis bien au fait de ces difficultés. [en réponse à *Donc en général, chez les personnes âgées, tu introduits plutôt des benzo à demie vie courte, c'est ça ?*]

#### **iii. Motivation du médecin sur le long terme**

(1) En fait j'ai toujours envie de leur proposer, parce que je pense que c'est... c'est pas des traitements qui sont là pour être prescrits de façon chronique, donc à chaque fois je me pose la question

(11) Bah justement, quand j'ai eu mon interne qui était motivée (rire), en fait elle avait fait son RSCA dessus, et donc du coup elle a décidé de prendre les choses en main, donc on a essayé de les arrêter chez tous les patients qu'on voyait cette semaine là

#### **iv. Positivisme / espoir en l'avenir**

(8) Justement il y a moins de consommation d'un produit comme le temesta ou le lexiomil hein, c'est évident hein, c'est évident. Enfin pour moi hein ! Après je sais pas pour les autres, mais bon. Pour moi je... c'est évident que... il y a 30 ans quand je... je me suis installée je m'étais associée avec un médecin plus âgé qui suivait des patientèles très âgées à l'époque, et pratiquement toutes ses patientes, toutes les mamies elles étaient sous temesta hein, ou lexiomil. Voilà, donc euh, et je vois maintenant



que quand même il y a nettement moins de prescriptions, donc euh j'ose espérer qu'il y a quand même une amélioration.

## **7. Vécu difficile du médecin sur la prescription**

### **a. Mise en péril de la relation médecin – patient**

#### **i. Passivité du patient**

(1) les gens [...] attendent vraiment la baguette magique du médecin

(3) au bout d'un moment les gens ils sont aussi, comment dire, acteurs de leur traitement, hein, s'ils se laissent porter par le médicament sans chercher autre chose à – d'autre solution bah... on peut pas le faire à leur place.

#### **ii. Perte de la relation de confiance (ou utilisation à ses dépens)**

##### **1. Côté médecin (abus de la confiance du patient)**

(5) (Réfléchit) Oui. Alors (réfléchit). Des patients en institution, tu peux arriver à biaiser, c'est à dire qu'au lieu de leur donner leur benzo leur somnifère tout ce que tu veux, tu donnes une sorte de placebo le soir, et ils dorment aussi bien qu'avant.

(8) déjà c'était du 2 mg, et après bon, je fais la fausse et souvent je fais du 1 mg, j'ai basculé au 1 mg donc on avait quand même diminué de... de plus de la moitié de son traitement.

##### **2. Côté patient (médecin qui se sent piégé)**

(5) un autre patient que j'ai en tête qui a 91 ans, s'il a pas son stilnox non générique tous les soirs, il fait la folie, il appelle 10 fois par jour, il faut que j'y aille etc, euh c'est ingérable.

8 il y en a encore à qui je suis obligée de prescrire le temesta, ou des hypnotiques, avec des benzodiazépines hein, parce que sinon ils se roulent par terre hein !

(7) Euh, la plupart du temps c'est difficile quand même comme consultation hein, très difficile. D'autant qu'après les gens viennent te reprocher d'être moins bien, retournent chez leur psychiatre souvent, euh... ou peuvent très bien changer de médecin, ou faire appel aux urgences, [...] C'est assez délicat, quand vraiment il y a une vraie accoutumance et une vraie adhésion au traitement, euh... il est difficile de se battre à ce sujet quoi... enfin il me semble.

#### **iii. Relation médecin patient à entretenir**

(7) C'est très difficile pour quelqu'un qui a une adhésion, qui est enchaîné à son traitement, de lui diminuer les prescriptions, parce que, il redoute de retourner en arrière, j'imagine, de retraverser le désert qu'il a sûrement traversé, et puis euh... pour lui ça lui paraît contre productif puis que... il est bien, et il comprend pas pourquoi on voudrait diminuer le traitement qui marche bien.

(9) Alors est-ce que moi, j'ai pas le... j'ai pas le courage, ou la faculté, ou je sais pas comment dire ça, de dire bah non, c'est moi qui décide, je vous prescris pas. Ca, j'ai du mal. J'ai du mal à faire parce que je suis dans une relation très... on va dire très, j'essaye d'être... je veux pas être leur père ou leur mère, aux patients, tu vois cette espèce d'infantilisation des fois, des patients qu'on peut, qu'on a la tendance à faire, moi j'essaye d'être plus sur une compréhension, et une concession des 2 parties.

(12) c'est difficile de dire je ne mets rien. Voilà je sais pas comment font les autres médecins, s'il y en a qui disent non je vous mets rien du tout, ni seresta ni lexiomil, voilà j'ai un peu de mal à rien donner, voilà.

#### **iv. Crainte de la mauvaise tolérance du sevrage**

(7) Il est difficile de renvoyer quelqu'un en disant écoutez je vous arrête la moitié de votre traitement. S'il se jette sous un train on partage quand même là une responsabilité qui me semble moi, bien présente quoi.

#### **v. Connaissance de ses limites dans la prise en charge et dans la relation médecin-patient**

(10) On peut se permettre, de nos jours, de à un moment donné se dire voilà. On dépense pas... on a dépensé de l'énergie au tout début, arrivé à un moment on se dit bon, allez, hein, les autres avant... moi avant, les autres après, et puis ceux qui sont hyper demandeurs, et hyper compliqués, on leur dit... [...] je fais comprendre en disant voilà, bon bah, j'sais pas (dit d'un ton désinvolte), voilà. Les gens, d'habitude ça leur pose le truc en disant ah ! bon... et au moins, on va voir ailleurs.

#### **b. Difficultés intrinsèques au médecin**

##### **i. Rôle de médecin rabat-joie / gendarme**

###### **1. Rapport de force**

(3) il a fallu un petit peu que je le rappelle à l'ordre en lui disant c'est fini c'est la dernière fois que je vous fais le rattrapage d'ordonnance, (souponne) c'était un peu désagréable

(12) et il faut que là je me batte en leur disant, non je vous marquerai pas. Donc ils me disent bah ça sert à rien que je vienne vous voir, alors. Donc je dis, bah c'est vous qui voyez ça comme ça.

###### **2. Médecin gendarme (surveillance)**

(13) Mais voilà globalement c'est sur du renouvellement que je trouve excessif et où les gens insistent et que bah je suis un peu entre deux, je sais pas trop quoi faire, alors je regarde sur la carte vitale sur Ameli, je leur dis qu'ils en consomment trop, il y a toujours ceux qui disent oui mais je l'ai perdu, j'ai si j'ai là, alors je suis là à calculer, combien vous en avez récupéré, ça m'est arrivé d'appeler la pharmacie, parce qu'ils disent non la pharmacie m'a délivré que ça, donc ça prend un temps de fou, et c'est euh... Enfin voilà, c'est pénible quoi.

###### **3. Médecin rabat-joie**

(2) un il y en a (insiste) **aucun** qui est venu me voir pour me dire je veux arrêter ma benzodiazépine, donc c'est toujours toi qui met sur le... c'est toujours toi qui aborde le sujet, c'est toujours toi qui le mets au menu du programme, et c'est toi qui le remet au menu à chaque fois, pour commencer à avoir un effet

##### **ii. Fatalisme du médecin**

(3) des renouvellements sur lesquels j'ai un peu baissé les bras.

(3) j'ai l'impression que c'est voué à l'échec en fait, une prise en charge de sevrage chez un patient dépendant d'un hypnotique au-delà de 65 ans, j'ai l'impression que c'est voué à l'échec et que ça va être un épuisement inutile

(9) Et là aussi c'est pareil, c'est compliqué... (silence) C'est des situations qui m'embêtent, et dont j'arrive pas à trouver la solution.

(10) Après est-ce que à un moment donné, quand j'aurais euh... 60 ans, j'en aurais rien à péter et je leur dirais bah tiens prends ton temesta comme avant, et puis au-revoir. Parce que... Bah c'est usant, ces personnes là sont usantes.

### **iii. Isolement du médecin / absence de prévention organisée**

#### **1. Absence de prévention organisée**

(1) toute la notion de prévention où on pourrait mettre vraiment les gens, au cœur de la problématique et puis leur donner des outils déjà eux pour se sentir mieux... je trouve que c'est complètement absent

(13) moi ce que je trouve regrettable, c'est, mais bon globalement pour tous les médicaments, c'est que la pharmacie ne délivre pas la quantité pile qu'on a prescrit, par exemple si on prescrit du xanax pour 10 jours, je trouve ça, bah par exemple ils vont donner une boîte, enfin je sais pas combien ça fait mais en tout cas ils vont pas donner pile poil la quantité, je trouve ça dommage parce qu'après ils en ont donc soit ils en consomment trop, soit parfois ils vont en donner à la voisine, au... je ne sais à qui. Donc je trouve ça assez dommage, avec ce type de médicaments quand même, y compris pour le stilnox finalement, du coup parce que c'est la pharmacie qui m'a dit ça, du coup je pensais que c'était une délivrance comme la morphine, comme il fallait faire une ordonnance sécurisée, et en fait non, c'est vraiment sécurisé mais ils donnent quand même une boîte. Donc je comprends pas trop pourquoi, mais bon, donc ça je trouve ça assez dommage. [...] Enfin bon, d'autant chez les benzo, je trouve ça dommage, qu'ils délivrent pas pile les médicaments.

#### **2. Médecin isolé**

(1) souvent on se trouve, enfin je trouve nous professionnels de santé, un peu seul dans cette bataille

#### **3. Epuisement du médecin**

(12) il y a plein de patients qui arrivent avec des ordonnances et puis en disant, ah ben ce médecin il a dit que de toute manière c'était pas à lui de prescrire ça, et qu'il fallait que je me... que je me débrouille avec vous, de toute façon avec le médecin généraliste, voilà c'est pour beaucoup de choses, faut se débrouiller, hein comme les arrêts maladie, les bons de transport (rire), donc ça ça va avec aussi, voilà, quand c'est des trucs emmerdants, c'est pour nous ! (rire)

#### **4. Cas particuliers des permanences médicales de soins non programmés**

(13) Après voilà, est-ce qu'ils le font vraiment, parce que toujours pareil en permanence on les revoit pas forcément, ou est-ce que bon ils me disent ça pour que j'arrête de leur parler, et puis c'est fini, je sais pas.

### **iv. Manque d'alternatives ressenti par le médecin**

#### **1. Difficultés à convaincre**

(1) et puis en plus pour le coup je suis à bout d'argument assez rapidement en fait, hein

(5) j'ai pas de moyen de proposer autre chose qui satisfasse le patient.

#### **2. Manque de formation spécifique**

(10) surtout pour, voilà ce genre de choses, sur la benzodiazépine qui pour moi voilà, je suis pas le psychiatre, je fais de la psy mais je suis pas le psychiatre de la personne âgée, j'ai pas de DU de gériatrie, je fais ça en mon âme et conscience et euh, voilà.

#### **3. Coût des alternatives non accepté par le patient ou difficilement disponible**

(9) Donc, et puis les autres alternatives, mélatonine etcetera, bah y a rien qui est remboursé par la sécurité sociale, euh... Le psychiatre (soupire) c'est quoi il faudrait une psychothérapie, c'est pas remboursé par la sécurité sociale.

(13) Donc c'est vrai que, c'est dommage que ce soit pas remboursé pour ces personnes là, puisque du coup ben voilà, on est obligés de leur proposer, plus un imovane, ou autre pour qu'ils trouvent le sommeil, c'est un peu dommage.

(11) dans le coin, les psychiatres ça n'existe pas ! (rire) C'est très très compliqué. Enfin on en a un je crois pour toute la population, qui est pas forcément... et en fait les gens ici arrivent pas à voir de psychiatre. [...] l'accès aux soins psychiatriques dans le coin c'est très très problématique quoi.

## **5. Limites du milieu socio-économique**

(9) Ici, dans ce quartier là, c'est pas ce qui va être favorisé. Je pense que dans un quartier un peu plus aisé, un peu plus bourgeois, plus ouvert sur les plantes les machins, ça marchera mieux, mais ici c'est un peu compliqué.

### **c. Difficultés inhérentes au maniement du traitement**

#### **i. Frilosité à l'introduction**

(1) après pour le sommeil des vraies benzo, enfin des benzo type xanax seresta tout ça j'aime pas trop les prescrire pour dormir chez les sujets âgés [...] je suis assez frileuse pour les introduire parce que je sais qu'après c'est un peu compliqué de les arrêter, et puis bon je trouve que... que quand même il peut y avoir des effets indésirables

#### **ii. Crainte des effets secondaires dans cette population**

##### **1. Effets secondaires**

(3) euh, s'ils sont somnolents 'fin après c'est ... comment dire, ça retentit sur les habitudes de vie, sur l'état général, sur le risque de chute, 'fin c'est galère quoi

(2) enfin je trouve que le bénéfice risque il est discutable pour cette frange de la population

(9) Et ça m'embête qu'elle ait du stilnox à son âge. Parce qu'elle a déjà plein de facteurs de risque de chute, parce qu'elle y voit rien, elle a de l'arthrose plein les genoux, elle est diabétique sous insuline, donc si tu veux il y a plein plein de facteurs de risque de chute, et donc j'aurais voulu au moins maîtriser ce facteur là, mais... c'est un non catégorique.

##### **2. Conscience de l'inefficacité / tolérance**

(9) Même s'il y a une inefficacité totale hein, en phase chronique ça ne marche pas du tout... Mais, compliqué de leur faire arrêter. Sans argument : je dors au moins 3 heures avec l'hypnotique ; avec le médicament je dors au moins 3-4 heures. Alors que je suis sûre que c'est pas... pas grâce à ça.

##### **3. Effets sur l'état de conscience**

(7) et puis après la souffrance déclenche une agitation, du coup on essaye de mettre une benzo pour le calmer, mais le peu d'état de conscience qui restait bah disparaît, voilà.

#### **iii. Difficultés logistiques**

##### **1. Mode de prescription contraignant**

(3) On essaye plus facilement de virer le stilnox parce qu'on en a marre de faire des ordonnances sécurisées

##### **2. Ruptures de stock**

(7) Moi j'aime bien dans ma prescription le seresta, ou le veratran, mais ils sont souvent – en plus de ça il y a des difficultés, souvent, à être approvisionné en ce type de produit, parce que l'un et l'autre à

tour de rôle, sont souvent en rupture d'approvisionnement, donc on est obligés d'aller sur des produits peut-être à demie vie plus longue, voilà.

**iv. Difficulté ressentie de manier de fortes doses**

(7) Là on dépasse un petit peu les doses qui sont prescrites dans le quotidien, donc ça présente toujours des difficultés d'utiliser de fortes doses de benzo dans des situations d'accompagnement, de soins de confort, voilà. Ces difficultés personnelles, éthiques, voilà, c'est complexe, voilà.

## IX. Abréviations

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AGS	Société Américaine de Gériatrie
ALD	Affection de Longue Durée
AMELI	Assurance Maladie En Ligne`
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
ANSM	Agence Nationale de la Sécurité des Médicaments et des produits de santé
ASWPD	<i>Advanced Sleep-Wake Phase Disorder</i> . Trouble du sommeil par avance de phase
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVP	Accident de la Voie Publique
BNPV	Base Nationale de Pharmaco-Vigilance
BZD	Benzodiazépine
CNAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative research</i> . Critères de consolidation pour les études en recherche qualitative
COVID	<i>Corona Virus Disease</i> . Maladie à coronavirus
CPAM	Caisse Primaire de l'Assurance Maladie
CPP	Comité de Protection des Personnes
CSP	Catégorie Socio professionnelle
DDJ	Dose Définie Journalière
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders</i> . Cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DU	Diplôme Universitaire
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
EEG	Electro Encéphalo Gramme
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes
ESEMeD	<i>European Study of Epidemiology of Mental disorders / Mental Health Disability</i> . Etude épidémiologique européenne des troubles mentaux et du handicap mental
FMC	Formation Médicale Continue
GABA	Acide Gamma Amino Butyrique
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hospitalisation De Jour
IMAO	Inhibiteur de la Mono Amine Oxydase
INPES	Institut National de Prévention et Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ISRS	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
MPI	Médicament Potentiellement Inapproprié
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PHD	<i>Philosophiae Doctor</i> . Appellation internationale du doctorat
RCP	Résumé des Caractéristiques du Produit

REM	<i>Rapid Eye Movement.</i> Phase du sommeil de rotation oculaire rapide ou mouvement oculaire rapide
ROSP	Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique
RSCA	Récit de Situation Complexe et Authentique
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
STOPP	<i>Screening Tool of Older Person's Prescription.</i> Liste des critères pour évaluation des prescriptions des sujets de 65 ans et plus
SWS	<i>Slow Wave Sleep.</i> Sommeil lent profond
TCC	Thérapie Cognitive Comportementale
USA	<i>United States of America.</i> Etats unis d'Amérique
WASO	<i>Wakefulness After Sleep Onset.</i> Temps total d'éveil après l'endormissement

## SERMENT D'HIPPOCRATE

**Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

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

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

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

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

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

**Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

**Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.**





## Résumé

**Introduction :** Les benzodiazépines sont des médicaments à effet psychotrope largement utilisés de façon chronique dans les troubles du sommeil et de l'anxiété chez les patients âgés de plus de 65 ans. Ces médicaments sont pourtant connus pour leur iatrogénie dans cette tranche d'âge. Malgré les campagnes de sensibilisation des médecins généralistes, cette consommation chronique persiste. L'objectif de cette étude était d'identifier les mécanismes qui sous-tendent la chronicisation des benzodiazépines et apparentés chez les personnes âgées en médecine générale.

**Matériel et méthode :** Nous avons réalisé une enquête qualitative via des entretiens individuels semi-dirigés auprès de 2 populations des Bouches du Rhône : des médecins généralistes, et des patients de plus de 65 ans consommant des benzodiazépines ou apparentés depuis plus de 6 mois. Nous avons réalisé une analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée, avec triangulation. Travail original qui étudiait pour la première fois ces deux populations en miroir.

**Résultats :** 13 médecins et 15 patients ont été interviewés. Les résultats ont permis d'élaborer 4 modèles complexes : relation médecin patient, primo-prescription de benzodiazépine ou apparenté, mécanismes de chronicisation et processus dynamique de sevrage. Ces modèles explicitaient les différents facteurs favorisant et les freins à cette consommation chronique, mais aussi leurs interactions complexes. La relation entre médecin et patient occupait une place primordiale dans les différentes étapes de cette prescription, elle pouvait être autant utilisée comme soutien dans la prise en charge que comme une entrave. L'introduction de ces médicaments répondait à des motifs d'insomnie et d'anxiété, intriqués avec des situations psychosociales souvent difficiles faisant ainsi intervenir l'empathie du médecin. Ces facteurs intervenaient aussi dans la chronicisation de la prescription et comme freins au sevrage, notamment en cas de crainte de déséquilibre ou de rechute de la part des patients comme des médecins, d'autant plus que la prescription était ancienne et initiée par un autre professionnel de santé. Les médecins semblaient conscients de cette problématique et tentaient d'appliquer au mieux les recommandations de prescription au cours des différentes phases de prescription. La conscience de la dangerosité et des limites du traitement pouvait favoriser le sevrage notamment à l'aide de techniques de communication du médecin, mais l'atténuation du risque perçu par les 2 parties était un frein supplémentaire au sevrage. La motivation au sevrage était présentée comme un processus dynamique composé de différentes phases, devant lesquelles le médecin devait adapter ses stratégies.

**Conclusion :** La relation médecin patient est le pilier de cette problématique. Une communication optimale doit être mise en œuvre pour prévenir ce phénomène, source d'une importante morbi mortalité et d'un coût majeur de santé chez les personnes âgées. Même si ce phénomène devrait s'amoinrir à l'avenir, il faudrait intensifier les campagnes de prévention et d'information auprès des médecins et des patients.

**Mots clés :** benzodiazépines, gérontopsychiatrie, troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil, troubles anxieux, conduite addictive, adulte âgé, soins de santé primaires

**Keywords :** benzodiazepines, geriatric psychiatry, sleep initiation and maintenance disorders, anxiety disorder, addictive behavior, elderly, primary health care