



HAL
open science

Déprescription des benzodiazépines chez les consommateurs chroniques âgés : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients de plus de 65 ans

Elise Dupas

► **To cite this version:**

Elise Dupas. Déprescription des benzodiazépines chez les consommateurs chroniques âgés : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients de plus de 65 ans. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04059188

HAL Id: dumas-04059188

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04059188>

Submitted on 5 Apr 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Elise DUPAS

Présentée et soutenue publiquement le 20 Janvier 2023

Déprescription des benzodiazépines chez les consommateurs chroniques âgés : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients de plus de 65 ans

Présidente : Professeur Caroline VICTORRI-VIGNEAU

Directrice de thèse : Docteur Anne-Sophie RENOLLEAU

Remerciements

Merci au Professeur Caroline VICTORRI-VIGNEAU de me faire l'honneur de présider ce jury. Je garde d'excellents souvenirs de vos cours de pharmacologie lorsque j'étais externe. Merci d'avoir éveillé mon intérêt pour cette discipline. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements et mon plus profond respect.

Au Docteur Guillaume CHAPELET, merci d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

Au Professeur Maud JOURDAIN, merci d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse. Merci pour ton accompagnement, ta disponibilité et ta bienveillance lors des GEP. Reçois ici le témoignage de tout mon respect et de ma gratitude.

Au Docteur Anne-Sophie RENOLLEAU, merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail. Merci également de m'avoir encadrée lors de mon troisième semestre. Avec passion, tu m'as transmis ton savoir et aidée à progresser au niveau relationnel avec les patients. Trouve ici le témoignage de ma gratitude et de mon respect.

Papa, maman, merci pour tout. Merci de m'avoir fait réciter pendant de nombreuses heures en P1 (et non, maman, le rhinopharynx n'est pas un nom de dinosaure). Merci de m'avoir fait manger du poisson « parce que c'est bon pour la mémoire ». Je sais que cette année de PACES n'a pas été facile pour vous. Merci de m'avoir soutenue pendant les nombreuses années qui ont suivi et d'avoir rendu mon quotidien plus facile. Sans vous, je ne serais pas là aujourd'hui. J'espère vous rendre fiers. Je vous aime.

Jules, merci d'être présent à mes côtés depuis bientôt deux ans. Cette rencontre « à la bibliothèque » restera mon plus beau souvenir de 2021. Merci de me faire rire, de prendre soin de moi, de me soutenir quoi qu'il arrive et surtout de me rendre heureuse un peu plus tous les jours. J'ai hâte de voir ce que le futur nous réserve, je t'aime.

A mes beaux-parents, merci de m'avoir accueillie avec autant de gentillesse et de bienveillance dans votre famille.

Manon, Cloclo et Juju, merci de me faire autant rire avec vos bêtises. Merci d'être présentes dans les bons comme dans les mauvais moments. Ne changez pas !

A tous les SSD, merci pour les pauses café plus longues que le temps passé à la BU et pour les vadrouilles en mode colonies de vacances. Bonne continuation dans les quatre coins de la France, et si vous voulez revenir au bercail, ce sera pour mon plus grand bonheur !

Mes p'tites colocs d'amour, même si vous avez été tristes de me voir partir un peu plus tôt que prévu, je sais très bien que ce sont surtout mes capes qui vont ont manqué... Merci pour cette vie de château, pour les heures passées à écouter Bibi Flash, pour les petits plats préparés avec amour et pour toutes vos folies !

Audrey, merci d'avoir rendu plus douces les journées passées dans l'enfer des urgences...

A tous mes co-internes, de med po, des urgences, des urgences pédiatriques et de Machecoul, j'ai été ravie de travailler avec vous.

Aux copains de St Naz, merci d'avoir rendu le confinement plus léger !

A tous mes amis, nantais d'avant ou nantais de maintenant, merci d'être là, merci d'être vous !

A tous les médecins qui m'ont encadrée pendant mon cursus, merci de m'avoir permis d'être le médecin que je suis aujourd'hui. Je souhaite particulièrement remercier Anne-Sophie, Jérôme, Sylvain, Sylvie, Raphaël et Stéphanie auprès de qui j'ai appris mon métier de généraliste.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	4
Liste des abréviations.....	6
Introduction.....	7
1. Benzodiazépines.....	7
a. Pharmacologie.....	7
b. Effets indésirables	7
c. Consommation	8
d. Recommandations	9
e. Modalités d'arrêt.....	9
2. Sujets âgés	11
a. Vieillesse de la population	11
b. Modifications physiologiques liées à l'âge.....	12
c. Polymédication.....	12
d. Consommation de benzodiazépines chez les sujets âgés	13
3. Déprescription	14
4. Justification du travail et question de recherche.....	16
Matériel et méthode.....	17
1. Choix de la méthode	17
2. Population et recrutement	18
3. Matériel	19
4. Analyse des données.....	19
5. Recherche bibliographique	19
6. Ethique.....	20
Résultats	21
1. Caractéristiques de la population étudiée	21
2. Connaissances du traitement habituel.....	22
a. Médicaments hors BZD	22
b. Les BZD.....	23
3. Médicaments que les patients souhaitent arrêter de consommer.....	30
4. Rituel et dépendance	32
a. Rituel.....	32
b. Dépendance.....	32
5. Diminution ou arrêt de la BZD	33

6. Déprescription	35
a. Connaissances	35
b. Tentative de déprescription antérieure	35
c. Absence de déprescription antérieure	36
d. Bénéfices attendus à l'arrêt de la BZD	38
e. Craintes des patients à l'arrêt de leur BZD	39
7. Relation médecin - patient	40
a. Relation de confiance	40
b. Relation dégradée	40
c. Implication du patient dans la prise en charge	40
d. Perception du rôle du médecin par les participants	41
Discussion	42
1. Méthode	42
a. Forces	42
b. Limites	43
2. Discussion des résultats	45
a. Les BZD, un statut particulier	45
b. Minimisation et banalisation des BZD	46
c. Dépendance	47
d. Ambivalence des patients	47
e. Déprescription	48
f. Sevrage	49
g. Place du médecin généraliste	49
h. Relation médecin - patient	50
3. Perspectives	51
Conclusion	53
Bibliographie	54
Annexes	58
Serment d'Hippocrate	66

Liste des abréviations

- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- BZD : Benzodiazépine
- ECAB : Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines
- EI : Effet Indésirable
- HAS : Haute Autorité de Santé
- MMSE : Mini Mental State Examination
- PMSA : Prescriptions Médicamenteuses chez le Sujet Agé
- ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
- SDS : Severity Dépendance Scale
- SNC : Système Nerveux Central
- TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

Introduction

1. Benzodiazépines

a. Pharmacologie

Les benzodiazépines (BZD) sont des substances stimulant le système GABAergique. Elles sont connues pour leurs propriétés hypnotiques, anxiolytiques, myorelaxantes et anti-convulsivantes (1). Ces actions expliquent leurs indications en cas d'insomnie, anxiété ou épilepsie. Elles sont absorbées dans le tube digestif puis métabolisées par le foie, avec production de métabolites actifs pour certaines d'entre elles. Leur élimination se fait ensuite par voie urinaire. Ces propriétés pharmacocinétiques expliquent le risque d'interaction médicamenteuse et d'accumulation chez les patients comorbides ou ayant une polymédication. La demi-vie est propre à chaque molécule et peut durer de quelques heures à plusieurs jours (2).

Deux molécules apparentées aux BZD (ZOLPIDEM et ZOPICLONE), sont également présentes sur le marché. Bien que leurs structures moléculaires soient différentes de celles de BZD, ces deux molécules agissent également sur le système GABAergique. Elles ont cependant une fixation sélective sur les récepteurs GABA-A, expliquant leur profil hypnotique plutôt qu'anxiolytique (2).

Un tableau présentant les différentes BZD et apparentées, leurs indications ainsi que leurs demi-vies est disponible en annexe (annexe 1).

b. Effets indésirables

Les propriétés pharmacodynamiques des BZD expliquent leurs nombreux effets indésirables : amnésie antérograde, troubles de la coordination motrice par effet myorelaxant, effet dépresseur respiratoire. Les affections du système nerveux central (SNC) telles que la somnolence, l'agitation, les troubles du comportement, la confusion sont fréquentes et peuvent aller jusqu'au coma. L'effet sédatif est d'autant plus marqué que la demi-vie du médicament est courte. Cet effet secondaire peut mener à des conséquences néfastes : chutes, surtout chez les sujets âgés (3), accidents de la voie publique en cas de conduite...

Sur le plan mnésique, plusieurs études ont mis en évidence un lien entre consommation de BZD et développement de démence, notamment maladie d'Alzheimer. Le risque de déclin cognitif

semble d'autant plus important que la durée d'exposition aux BZD est importante (4) (5) (6), que la demi-vie de la molécule est longue (4) (5) et que le début d'exposition est précoce (5).

Bien que tous les mécanismes impliqués dans l'association BZD / démence ne soient pas encore connus, la prudence s'impose lors de la prescription de BZD chez les personnes âgées afin de préserver la fonction cognitive globale (7).

Les BZD ont un fort potentiel de dépendance, aussi bien psychique que physique. Ce risque est majoré en cas de consommation chronique, à forte dose, chez des patients ayant des antécédents psychiatriques ou dépendants à d'autres substances. On observe également une tolérance lors de la consommation au long cours, avec un risque de sevrage à l'arrêt si celui-ci est brutal.

c. Consommation

Même si la consommation de BZD en France est en diminution depuis le début des années 2000, elle reste très importante, classant le pays au 2^{ème} rang européen en 2015. La consommation de BZD en France représente plus de 110 millions de boîtes pour une valeur totale de 118 millions d'euros (1). Les pathologies lourdes et chroniques représentent le premier poste des dépenses de santé. Parmi ces dépenses, 21,9% des coûts sont en lien avec des pathologies psychiatriques ou consommation de psychotropes (8).

En 2015, 13,4% des Français ont consommé au moins une fois une BZD. 5,4% de la population française a débuté un traitement par BZD. Parmi ces primo-prescriptions, 15% étaient de durée non conforme et 0,3% étaient des bithérapies (prescription concomitante de BZD à visée hypnotique et anxiolytique) (1). La prévalence de la consommation chronique de BZD est plus importante chez les femmes que chez les hommes. L'âge, le sexe, les conditions sociales défavorables et les états dépressifs sont reconnus comme facteurs de risque de consommation à long terme (9).

d. Recommandations

Des recommandations officielles concernant la durée de prescription des BZD, dictées par la Haute Autorité de Santé (HAS), sont actuellement en vigueur. Les BZD à visée hypnotique sont recommandées dans le cadre de l'insomnie transitoire, après essai des méthodes non médicamenteuses. La prescription doit être faite pour une durée maximale inférieure à 4 semaines (10). En ce qui concerne l'anxiété, les BZD sont recommandées en cas de manifestations anxieuses sévères ayant un retentissement majeur sur la vie quotidienne. La durée de prescription ne doit pas excéder 12 semaines (11). Dans tous les cas, la dose efficace la plus faible doit être recherchée et prescrite pour la période la plus courte possible. Lors de la primo-prescription de BZD, il faut rester vigilant aux interactions médicamenteuses, notamment à l'absence d'autre molécule hypnotique ou sédatif. L'accumulation de plusieurs médicaments sédatifs ou hypnotiques n'a pas montré d'effet bénéfique et majore le risque d'EI.

e. Modalités d'arrêt

L'arrêt du traitement doit se faire de manière progressive, sur quelques semaines à quelques mois, surtout si l'utilisation est chronique. Afin de préparer au mieux cet arrêt, il est préférable d'expliquer au patient la durée du traitement dès l'instauration de celui-ci (12). Il faudra également lui exposer, en amont, les modalités d'arrêt ainsi que les effets indésirables liés à cet arrêt.

L'intensité d'attachement du patient au traitement est également indispensable à évaluer (12). Pour cela, il est possible d'utiliser en consultation l'échelle cognitive d'attachement aux BZD (ECAB) (figure 1).

Échelle ECAB

Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (attribuer 1 point en cas de réponse « vrai », sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »)

Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments **tranquillisants** et/ou **somnifères** que vous prenez.

Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.

Il est indispensable de répondre à **toutes** les propositions avec **une seule** réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.

Nom du médicament concerné :

	Vrai	Faux
1. Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

Figure 1 : échelle ECAB (échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines)

Il est également impératif de faire préciser le contexte social ainsi que les antécédents de complications lors d'arrêts précédents afin d'organiser un suivi plus rapproché avec le patient lorsque les conditions sont défavorables (13). Chez les patients dépendants, le risque est l'apparition de signes de sevrage si l'arrêt se fait de manière trop rapide. Les manifestations du sevrage sont aspécifiques et parfois graves : manifestations psychiatriques (trouble du sommeil, anxiété, agitation), manifestations neuromusculaires (tremblements, fasciculations, convulsions dans les cas les plus extrêmes), manifestations neurovégétatives et neurosensorielles. Chez les patients non dépendants, un phénomène de rebond peut avoir lieu à l'arrêt du traitement. Il est caractérisé par la réapparition des symptômes ayant mené à la prescription initiale de BZD. Ces symptômes apparaissent rapidement à l'arrêt du traitement et sont plus intenses que les symptômes initiaux. Ils s'amendent généralement en quelques jours (2). Si ce phénomène n'est pas expliqué au patient, l'apparition de symptômes à type d'anxiété ou insomnie le pousseront à reconsommer et mettront l'arrêt en échec. Des arbres décisionnels ont été créés par l'HAS pour aider les médecins généralistes dans cette démarche (figure 2).

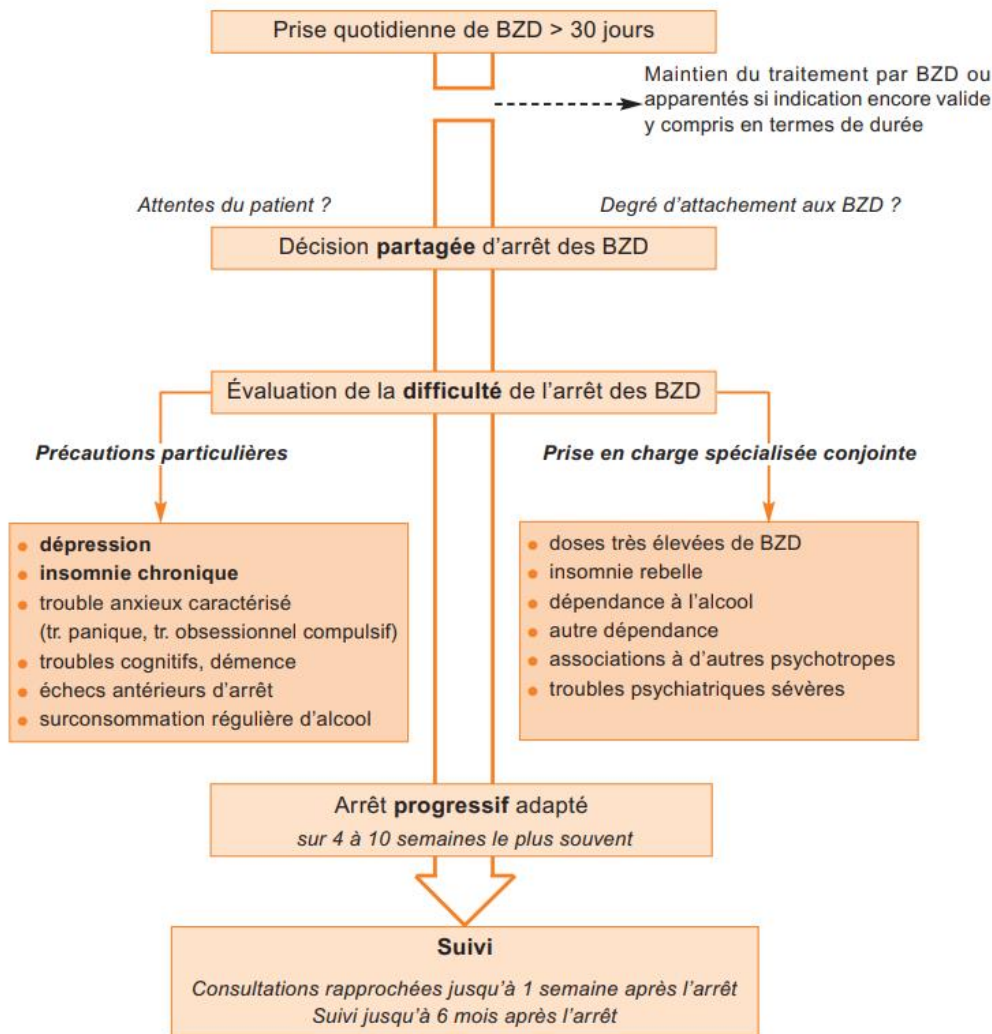


Figure 2 : arrêt des benzodiazépines et apparentés chez le patient de plus de 65 ans; démarche du médecin traitant en ambulatoire. HAS 2008

2. Sujets âgés

a. Vieillesse de la population

A l'échelle française comme à l'échelle européenne, la population vieillit. En 2020, les plus de 65 ans représentaient 20,5% de la population française avec une tendance au vieillissement qui devrait se poursuivre sur les prochaines décennies. Selon les projections de l'INSEE, les plus de 65 ans devraient représenter un quart de la population en 2040 (14).

b. Modifications physiologiques liées à l'âge

Chez les sujets de plus de 65 ans, les modifications physiologiques liées à l'âge nécessitent de prendre des précautions particulières lors de la prescription de BZD. La majoration de la sensibilité aux récepteurs GABA (2) ainsi que la diminution du métabolisme hépatique et le ralentissement de l'élimination urinaire peuvent entraîner une accumulation de molécule et un surdosage, responsables d'EI plus fréquents et plus graves (15). On retrouve également un effet résiduel diurne avec ralentissement psychomoteur plus marqué qu'à l'âge moyen (10).

Il existe aussi des modifications physiologiques du SNC, liées à l'âge, ce qui explique que les sujets âgés soient plus sensibles aux troubles mnésiques et que la confusion et la sédation soient plus marquées lors de la prise de BZD.

La structure du sommeil est également altérée avec l'âge, entraînant un sommeil plus léger et fragmenté (10). La prévalence des plaintes concernant le sommeil augmente donc chez les sujets âgés et sont responsables d'une majoration des prescriptions inadaptées d'hypnotiques dans cette population (16). Devant des plaintes répétées, une alternative non médicamenteuse doit être proposée en première intention ou éventuellement un traitement appartenant à une autre classe thérapeutique, présentant moins d'effets indésirables.

c. Polymédication

La polymédication a été définie par l'OMS en 2004, comme étant l'administration de manière simultanée d'un nombre important de médicaments ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments (17).

La polymédication est fréquente chez les sujets âgés car souvent polypathologiques. Bien que légitime, la polymédication s'avère parfois inappropriée, engendrant une majoration du risque iatrogène, pouvant entraîner des EI graves (18). La iatrogénie est en effet responsable de 10% des hospitalisations chez les plus de 65 ans et 20% chez les plus de 80 ans (19).

La polymédication est un enjeu majeur, aussi bien au niveau iatrogénique qu'au niveau des coûts de santé (coûts directs du médicament et coûts liés aux complications en lien avec la polymédication).

De nombreux outils ont été développés afin d'améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions chez les sujets âgés et de réduire la iatrogénie et le recours aux soins (START and STOPP, liste de Beers, liste de Laroche) (20). La HAS a notamment mis en place en 2006 un programme ciblé sur les prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé (PMSA). Mis à jour régulièrement, ce programme a pour objectif d'aider les médecins à gérer au mieux le risque iatrogénique chez le sujet âgé, à favoriser l'observance des traitements et à éviter toute prescription inutile (19).

d. Consommation de benzodiazépines chez les sujets âgés.

- **Etat des lieux**

Plus de 30% des sujets âgés de plus de 65 ans consomment des psychotropes. Parmi les utilisateurs de BZD, 2/3 sont des femmes. La consommation augmente avec l'âge et atteint 38,3% chez les femmes de plus de 80 ans (1). Le ZOLPIDEM est la molécule la plus utilisée chez les personnes âgées. Des prescriptions inadaptées sont retrouvées dans 2/3 des cas : durée de prescription trop longue, posologie trop élevée, présence d'une contre-indication, BZD à demi-vie longue chez les patients âgés (16).

- **Recommandations versus réalité**

Les recommandations concernant la durée de prescription des BZD ne sont pas modifiées chez les patients âgés. Il est cependant recommandé de privilégier les BZD à demi-vie courte, sans métabolite actif afin d'éviter l'accumulation du médicament (21) et de réduire les doses (15).

Il y a une dizaine d'années, l'assurance maladie a mis en place la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Le but de ce système est de faire évoluer les pratiques, en rémunérant les médecins libéraux lorsqu'ils atteignent des objectifs de santé publique définis par la convention. Ces objectifs sont régulièrement mis à jour. A l'heure actuelle, deux ROSP spécifiques aux médecins généralistes concernent les BZD et sont basées sur les recommandations de l'HAS. La finalité de ces mesures est d'obtenir un taux de nouvelles prescriptions de BZD à visée anxiolytique durant plus de 12 semaines et hypnotique durant plus de 4 semaines inférieur à, respectivement, 9% et 30% (22).

Plus de 45% des consommateurs chroniques de plus de 65 ans présentent une dépendance selon les critères DSM IV (figure 3). Cette dépendance est corrélée à la durée d'imprégnation en BZD et est d'autant plus importante chez les patients bénéficiant d'une bithérapie (augmentation de la dose totale de BZD) (23).

Les critères de dépendance à une substance selon le DSM-IV correspondent à un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significatives, caractérisées par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. la substance est souvent prise en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu ;
2. incapacité de diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter ;
3. apparition d'un sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage ;
4. existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante, l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant ;
5. beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets ;
6. réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance ;
7. persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes.

Figure 3 : critères d'addiction à une substance selon le DSM-IV

3. Déprescription

Le terme « déprescription » est apparu dans la littérature au début du XXI^{ème} siècle. Elle est définie par l'action d'arrêter de manière volontaire un médicament devenu inutile ou dangereux (24). L'objectif de la déprescription est d'obtenir de meilleurs résultats de santé chez les patients, notamment les sujets âgés, en réduisant leurs médicaments. La littérature explique pourquoi et quand mettre en place une déprescription, mais n'explique pas, en pratique, comment le faire (25).

Le nombre de médicaments prescrits chez les sujets âgés est disproportionné (26). Bien que l'indication théorique soit correcte, certaines prescriptions sont inappropriées ou dangereuses et doivent être diminuées ou arrêtées. Une compréhension claire des bénéfices et risques par le patient et le médecin peut permettre de créer un partenariat pour favoriser la déprescription (26).

La déprescription doit avoir lieu après identification de tous les médicaments pris par le patient, y compris en automédication et ne figurant pas sur l'ordonnance habituelle. L'objectif est d'évaluer la balance bénéfique / risque de chaque médicament afin de réduire leur posologie, de les substituer ou de les arrêter. La déprescription doit être faite avec précaution afin d'éviter le rebond des symptômes ou un phénomène de sevrage. L'implication du patient dans ce processus de déprescription est primordiale (24).

Comme le souligne P. Queneau, la déprescription est, en pratique, difficile à mettre en place : « déprescrire est une décision plus difficile à prendre que celle de ne pas prescrire, qui est elle-même plus difficile que prescrire » (24).

Le souci déontologique d'arrêter la prescription d'un confrère rend sa mise en œuvre complexe. En ce qui concerne la relation entre le patient et le médecin, la déprescription n'est parfois pas réalisée par peur de rompre ce lien. Elle est d'autant plus difficile à mettre en place lorsque le médecin ressent une pression de prescription de la part du patient. C'est une démarche complexe, chronophage et d'autant plus compliquée à réaliser chez les patients qui ont des connaissances insuffisantes vis-à-vis de leurs traitements et qui ne maîtrisent pas les bénéfices à l'arrêt du médicament (27). La déprescription est difficile à faire accepter aux sujets âgés, particulièrement attachés à leurs médicaments. Une modification d'ordonnance entraînerait une modification d'une habitude, d'un rituel ancré dans leur vie quotidienne.

Plusieurs thèses récentes ont montré que les psychotropes et somnifères étaient les médicaments les plus difficiles à déprescrire. Les patients étaient inquiets lorsque l'on discutait d'un éventuel arrêt de ces médicaments (28). Ceci se vérifiait surtout chez les sujets âgés avec primo-prescription ancienne.

4. Justification du travail et question de recherche

Au cours de mes divers stages ambulatoires et hospitaliers, j'ai été surprise du nombre important de patients âgés consommant des BZD au long cours. Ceci était d'autant plus étonnant que les recommandations sur la durée d'utilisation des BZD sont simples et claires et que les pouvoirs publics (HAS, assurance maladie) ont la volonté d'accompagner les médecins dans une démarche de limitation des prescriptions.

Plusieurs thèses ont été réalisées auprès des médecins pour comprendre les enjeux de la déprescription. Le point de vue des patients a été beaucoup moins étudié. Je souhaitais travailler auprès de patients âgés, consommateurs chroniques afin d'évaluer leurs connaissances sur les BZD et leur avis concernant une éventuelle déprescription.

Matériel et méthode

1. Choix de la méthode

La méthode qualitative semblait être la méthode la plus adaptée à la question de recherche. Elle permettait d'évaluer les connaissances et de comprendre le point de vue des patients concernant leur consommation de BZD.

Des entretiens semi-dirigés ont donc été menés, permettant aux participants de se livrer, tout en ayant une trame directrice prédéfinie.

Afin d'éviter d'influencer leurs réponses, les participants étaient prévenus en amont, que l'étude portait sur leurs traitements habituels, mais ne savaient pas que les questions seraient au fur et à mesure ciblées sur leur BZD.

Les entretiens étaient composés de sept questions principales permettant d'évaluer les connaissances des patients ainsi que leur vécu et/ou représentation d'une déprescription de leur BZD. Les questions étaient ouvertes, permettant au participant d'exposer librement son point de vue. Des questions plus précises étaient éventuellement posées si le participant avait du mal à s'exprimer ou si l'investigatrice avait besoin d'informations complémentaires. Des questions de relance étaient également prévues, si besoin.

Afin de vérifier la compréhension des questions, le guide d'entretien a été testé au préalable de l'étude par deux adultes ne faisant pas partie du domaine médical.

Le guide d'entretien a été modifié au cours de l'étude : deux questions ont été ajoutées afin d'obtenir plus de précisions. La version finale se trouve en annexe (annexe 2).

Les entretiens ont été réalisés par l'investigatrice, interne en médecine générale en 5ème semestre, en stage en gériatrie à l'hôpital de Machecoul au moment de l'étude.

2. Population et recrutement

L'étude visait à interroger des sujets âgés consommateurs chroniques de BZD et apparentés.

Pour cela, des sujets de plus de 65 ans, consommant une ou plusieurs BZD et apparentés à visée anxiolytique ou hypnotique depuis plus de 12 semaines ont été recrutés.

Par souci de simplicité, lorsque le terme « BZD » sera utilisé dans l'étude, celui-ci inclura les BZD et apparentés à indication hypnotique et anxiolytique et exclura les molécules ayant une indication anticonvulsivante.

Le recueil de données s'est déroulé au sein de services des hôpitaux de Machecoul et de Challans, de Décembre 2021 à Avril 2022. Il a été décidé d'effectuer un recrutement hospitalier afin de s'affranchir du refus de participation des patients. En effet, plusieurs thèses précédemment réalisées mettaient en évidence la difficulté à recruter au sein d'un cabinet de médecine générale. Certains patients refusaient de participer à l'étude, de peur que leurs propos ne soient rapportés à leur médecin traitant.

Afin d'éviter un maximum de biais, les patients pris en charge par l'investigatrice dans le cadre de son stage d'internat, n'ont pas été inclus dans l'étude.

Un mini mental state examination (MMSE) était réalisé avant chaque entretien afin d'interroger des patients ayant des capacités cognitives suffisantes pour comprendre les questions et pouvoir y répondre correctement. Si le MMSE était < 24/30, les patients étaient exclus de l'étude.

Les patients ayant une BZD à visée anticonvulsivante, ne parlant pas la langue française, bénéficiant d'une mesure de protection juridique (tutelle ou curatelle) ou souffrant d'affections psychiatriques n'ont pas été inclus.

Le nombre de sujets nécessaires n'était pas défini à l'avance. Quatorze entretiens ont été réalisés avant d'être confrontés à la saturation des données. Quatre entretiens supplémentaires ont été menés afin de confirmer celle-ci.

Des notes ont été prises lors des entretiens afin de retranscrire des éléments de communication non verbale pouvant être utiles à l'analyse.

3. Matériel

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone.

Les entretiens ont été retranscrits sur un logiciel de traitement de texte (Word) puis anonymisés. Ils ont été retranscrits mot à mot, les silences ont été respectés et quelques annotations concernant la communication non verbale ont été rajoutées, afin de préserver au maximum leur authenticité.

4. Analyse des données

Une analyse inspirée de la méthode de la théorisation ancrée a été réalisée. Elle s'est déroulée de manière continue, au fur et à mesure de l'inclusion.

Le codage des données a été fait par l'investigatrice et la directrice de thèse lors de l'analyse ouverte.

5. Recherche bibliographique

Différentes bases de données ont été utilisées afin de réaliser la recherche bibliographique. Les recherches ont été effectuées sur CISMef pour les articles francophones et sur PubMed pour la littérature anglophone. SUDOC a été utilisé pour rechercher des thèses. Google scholar et CAIRN ont été utilisés en complément.

De nombreuses sources ont été trouvées grâce aux bibliographies d'articles ou de thèses sélectionnés via les bases de données citées ci-dessus.

Les mots clés utilisés étaient les suivants : « déprescription », « benzodiazépine », « sujet âgé », « consommation chronique », « gériatrie », « dépendance ».

6. Ethique

L'étude étant hors champ de la loi Jardé et ne relevant pas de la loi « informatique et libertés », il n'était pas nécessaire de demander l'avis du comité éthique ni de faire une déclaration auprès de la CNIL.

Une lettre d'information a été délivrée à l'ensemble des participants, présentant brièvement l'étude et leur expliquant le droit de rétractation à tout moment. Afin de ne pas influencer leur réponse, les formulaires de consentement n'étaient pas délivrés par l'investigatrice mais par d'autres membres du personnel soignant de l'hôpital. Un formulaire de consentement a été signé par chacun des participants (annexes 3 et 4).

Afin de garantir le droit de confidentialité, les données ont été anonymisées. Les participants ont été numérotés de P1 à P18. L'investigatrice a été désignée par la lettre « I ».

Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

18 patients ont été inclus initialement. P2 a réalisé l'entretien mais a décidé de se retirer de l'étude après celui-ci, trouvant les informations qu'il avait données « trop personnelles ». P7 n'a finalement pas souhaité réaliser l'entretien ayant peur de « mal répondre » aux questions. Au total, 16 entretiens ont donc été analysés.

Les caractéristiques de la population étudiée ont été retranscrites dans le tableau ci-dessous :

	Sexe	Age	Profession exercée	Statut familial	Motif d'hospitalisation	Durée d'entretien
P1	H	94	Aide-comptable	Veuf, enfants	Altération de l'état général et décompensation cardiaque	28 min
P2	Sorti de l'étude					
P3	H	73	Directeur général d'une filiale multinationale	Divorcé, enfants	Pontage et reprise de sternotomie	11 min
P4	H	89	Agriculteur	Marié, enfants	Choc hémorragique sur ulcère gastrique après introduction d'anticoagulant dans un contexte d'embolie pulmonaire	7 min
P5	H	75	Plombier – chauffagiste – électricien	Enfants	Pose de prothèse de hanche	7 min
P6	F	72	Aide-soignante	Célibataire, un enfant	Pose de défibrillateur	14 min
P7	Sorti de l'étude					
P8	F	85	Assistante-maternelle	Veuve, enfants	Diarrhées	7 min
P9	F	88	Secrétaire comptable	Divorcée, un enfant	Rééducation dans les suites d'une chirurgie du canal lombaire étroit	13 min
P10	F	72	Chef d'exploitation	Un enfant	Arthrite de cheville et myélome multiple	18 min
P11	H	85	Restaurateur	Marié, enfants	Accident vasculaire cérébral	8 min
P12	F	89	Salariée dans une entreprise de surgelés	Veuve, sans enfant	Cancer du poumon	12 min
P13	H	85	Géomètre	Marié, enfants	Chute	17 min
P14	F	83	Veilleuse de nuit / aide-soignante	Mariée, un enfant	Lombo-cruralgie sur hernie discale	13 min
P15	H	90	Mécanicien	Marié, sans enfant	Anémie sur plaie variqueuse hémorragique	12 min
P16	F	91	Mère au foyer	Mariée, enfants	Pose de prothèse de genou	7 min
P17	F	90	Mère au foyer	Veuve, enfants	Accident vasculaire cérébral	11 min
P18	F	77	Mère au foyer	Mariée, enfants	Fracture de la malléole	6 min

L'âge moyen de la population étudiée était de 83,6 ans. Le sex-ratio était de 7 hommes pour 9 femmes. La population était diversifiée, aussi bien sur le plan socio-économique que sur le statut familial. Les motifs d'hospitalisation étaient également variés.

2. Connaissances du traitement habituel

a. Médicaments hors BZD

Dans cette étude, une question était posée sur les connaissances générales des patients concernant leur traitement habituel. Le statut social des participants n'avait pas d'influence sur les connaissances.

Les participants avaient globalement des bonnes connaissances sur leurs médicaments cardiovasculaires et pour le diabète. Ils les citaient spontanément et connaissaient bien les noms et les indications des différentes molécules.

P3 : « BISOPROLOL ? [...] C'est un bêta-bloquant. Le KARDEGIC, qui est un anticoagulant [...] METFORMINE, pour le diabète »

*P12 : « pour mon diabète, pour l'hypertension et puis mon insuline que je fais tous les matins »,
« Le KARDEGIC [...] c'est pour la circulation du sang »*

Le manque de connaissance concernant les autres médicaments était spontanément justifié par certains participants. L'existence de générique et le changement fréquent de nom des médicaments nuisaient à leur apprentissage.

P1 : « j'connais pas les noms puisqu'avec les génériques on oublie forcément le nom des médicaments »

P15 : « vous passez à la pharmacie et à la pharmacie on vous met un autre produit »

Un participant justifiait son manque de connaissance par le fait qu'une tierce personne s'occupait des médicaments à sa place.

P11 : « c'est ma femme qui s'en occupe, alors ... »

Plusieurs participants reconnaissaient le médicament plus qu'ils ne le connaissaient réellement. La reconnaissance de la boîte, de la couleur du comprimé ou de l'emplacement qui lui était dédié permettait au patient de prendre correctement son traitement, sans connaître ni le nom ni l'indication.

P4 : « il y avait un tiroir dans lequel je mettais mes médicaments. Chaque médicament avait sa place, alors je sais dans quel ordre il fallait les prendre »

P12 : « vous savez, je reconnais surtout aux boîtes »

P15 : « c'est un machin ovale avec une fente au milieu »

b. Les BZD

• Connaissances

La durée de consommation des BZD n'avait pas d'influence sur les connaissances du médicament.

Certains participants ayant de faibles connaissances concernant leur ordonnance habituelle étaient capables de donner beaucoup d'informations sur leur BZD ou de corriger l'investigatrice en cas d'erreur.

P4 : « c'était l'HAVLANE que j'avais dans le temps »

P10 : « autrefois c'était de l'IMOVANE, à une lettre près, mais là c'était passé au ZOPICLONE.

P18 : « ZOPICLONE [...] Ahhh. Non, c'est pas ça que je prends, c'est ZOLPIDEM »

A contrario, les BZD étaient rarement citées spontanément, au même titre que les antalgiques, même par les participants qui avaient de bonnes connaissances de leur traitement. P6 considérait qu'elle ne consommait pas de médicament alors qu'elle prenait des antalgiques et une BZD de manière quotidienne.

P6 : « bah je ne prenais pas de médicament »

La plupart des participants utilisaient un ton enjoué ou rigolaient lorsqu'ils évoquaient leur BZD. Une fois le sujet lancé, ils étaient bavards à propos de leur BZD, donnant spontanément plus de détails sur ce médicament que sur les autres.

P15 : « l'IMOVANE c'est pour dormir, ça je sais ce que c'est (en rigolant) ! C'est très intéressant ça ! »

- **Indications**

Une fois le sujet des BZD abordé, spontanément ou après relance de la part de l'investigatrice, les participants étaient capables de donner leurs indications. Les propriétés anxiolytiques et hypnotiques étaient connues, sans franche distinction entre ces deux actions.

P3 : « PRAZEPAM c'est un décontractant »

P8 : « ça m'endort en même temps et puis ça gère l'anxiété »

P12 : « le SERESTA ? [...] C'est pour dormir »

- **Primo-prescription**

- Circonstances

Les participants connaissaient bien la situation dans laquelle ils se trouvaient lors de l'instauration du traitement.

Ils présentaient pour la plupart des troubles anxieux ou troubles du sommeil anciens en lien avec le travail ou événements personnels difficiles.

P5 : « comme j'étais à mon compte, alors j'avais, comme tous ceux qui sont à leur compte, ils ont des petits problèmes sur les chantiers. Et ces problèmes-là m'empêchaient de dormir »

P9 : « j'avais des problèmes de couple »

P11 : « depuis que je suis tombé malade la première fois »

P14 : « en faisant les nuits, on a le sommeil très très très perturbé. Et une fois en retraite, je pensais que ça allait revenir. Et bien non, ça ne revient pas »

P17 : « j'ai perdu un fils à 30 ans, qui s'est suicidé », « il a fallu pour dormir »

D'autres participants se sont vus prescrire des BZD lors d'événements aigus. P3 a débuté sa BZD lors d'un sevrage tabagique, P4 dans un contexte de trouble du sommeil récent lors d'un voyage.

P3 : « j'ai été fatigué et on m'avait donné ça pour me décontracter », « j'avais arrêté de fumer. C'est à ce moment-là. J'étais un très gros fumeur et j'étais passablement énervé »,

P4 : « il m'avait donné ça dans les suites d'un voyage [...] on était dans un hôtel, on avait dormi en bordure d'une route. [...] j'avais pas dormi pendant cinq jours. C'est dans la suite de ça qu'il m'avait donné ça »

Un participant a débuté la BZD après échec d'autres lignes de traitements, dans un contexte de syndrome anxio-dépressif.

P1 : « cure de sommeil, électronarcose »

La BZD a parfois été introduite sur demande du participant.

P10 : « j'avais demandé quelque chose à mon médecin traitant »

P16 : « je lui ai demandé quelque chose pour dormir »

○ Prescripteur

Les prescriptions initiales de BZD ont été le plus souvent réalisées en ville, par le médecin traitant.

P1 : « c'est mon généraliste en région parisienne »

P10 : « j'avais demandé quelque chose à mon médecin traitant »

P13 a débuté son traitement par BZD dans le cadre d'une hospitalisation.

P13 : « Dr de Biochaud. C'est un toubib, qui était spécialiste »

○ Durée de prescription

Les participants ne savaient pas, pour la plupart, que la durée de prescription était limitée à quelques semaines. Ce manque d'information n'était pas lié à la durée de consommation de BZD.

P6 : « non. Enfin il m'a dit on va voir dans un premier temps »

P8 : « au début il l'a mis et il a dit : « on verra comme ça ira ». Et après il a dit : « ça fonctionne bien, gardez-le tout le temps et puis c'est tout »

P9 : « non, il ne m'avait pas dit qu'il y avait une durée limitée »

Si chez d'autres participants, la durée avait été brièvement évoquée lors de l'instauration par le médecin traitant, aucune durée précise n'avait été donnée et cela n'a pas empêché la consommation au long cours.

P16 : « peut-être qu'il m'avait dit, oui. Mais il m'en redonne à chaque fois »

P17 : « sans doute pour pas si longtemps que ça. Mais... C'est pas facile de s'en passer »

Certains participants avaient été informés via l'ordonnance ou le pharmacien que la prescription ne pourrait pas être renouvelée indéfiniment, mais la durée exacte n'avait pas été définie.

P10 : « la seule chose qu'on m'avait dit à la pharmacie c'est qu'il fallait pas en prendre trop longtemps »

P14 : « je ne sais pas trop comment c'était écrit sur l'ordonnance ? « arrêter dès que possible » ou je ne sais pas quoi ! »

- **Renouvellement des BZD**

Le renouvellement d'ordonnance était considéré comme un simple recopiage de l'ordonnance précédente, sans réflexion de la part du médecin. Cette perception du renouvellement par les patients les confortait dans le caractère pérenne des BZD sur leur ordonnance, puisque leur prescription n'était pas remise en question.

P3 : « il recopie la précédente. Il n'y a pas de remarque particulière, ils font tous comme ça »

P5 : « il me fait l'ordonnance d'un renouvellement, il me marque ça tout le temps »

P10 : « ils m'ont été mis pareil que sur mon ordonnance »

P15 : « à chaque fois que je la vois, elle ne modifie pas l'ordonnance non », « ma généraliste elle recopie ni plus ni moins l'ordonnance »

P16 : « il m'en redonne à chaque fois »

- **Bénéfices ressentis par le patient**

Pour la majorité des patients, la prise de BZD permettait de faire diminuer l'anxiété et de les apaiser.

P3 : « c'était pas très agréable donc ça m'a décontracté »

P6 : « c'est apaisant, enfin ça détend »

P10 : « je suis beaucoup beaucoup plus calme après la journée »

Pour d'autres, les BZD utilisées à visée hypnotique permettaient d'améliorer à la fois la qualité et la quantité de sommeil.

P5 : « bah le sommeil hein. C'est le sommeil hein. Quand on ne dort pas la nuit, le lendemain matin on est un peu dans les rêves »

P9 : « c'est d'arriver à dormir et de se reposer [...] c'est le but principal »

P10 : « c'est que je dors tandis qu'autrement... A la fin on finit par faire des cauchemars », « c'est un sommeil calme »

P14 : « mais je me réveille bien, bien dans ma tête, bien. J'ai dormi, point »

P17 : quand j'avais dormi j'étais mieux, mieux que pas dormir »

P18 : « mieux dormir, c'est sûr »

Les BZD répondaient aux attentes des patients car elles agissaient rapidement. Elles permettaient d'améliorer le bien-être global des participants en faisant rapidement disparaître un symptôme inconfortable (anxiété ou insomnie).

P5 : « le LEXOMIL me permettait d'être bien le matin, en me réveillant »

P6 : « le but, c'est de m'aider dans un premier temps »

P13 : « d'abord parce que je me retrouve moi-même si vous voulez. Ça me permet de réfléchir, ce que je ne faisais plus avant », « ça m'apporte un certain confort »

P15 : « je m'endors très, trop rapidement »

P13 utilisait un champ lexical religieux, divin lorsqu'il parlait de sa BZD.

P13 : « c'est le bon dieu », « c'est un sauveur »

- **Effets indésirables ressentis par le patient**

Une minorité de participants déclaraient spontanément connaître ou ressentir des effets secondaires du médicament.

P1 : « perte de mémoire, peut être non ? »

P9 : « je trouve que le matin on n'est pas bien dans sa peau, tout simplement »

P15 : « il est pas bon dans la bouche »

Pour d'autres, c'était surtout le manque de connaissance concernant les EI qui était mis en évidence. En effet, ils déclaraient ne pas ressentir d'EI mais ne pas les connaître de manière générale.

P4 : « alors ça je sais pas. Tous les médicaments font un truc et le contraire, alors. Mais moi je regarde pas les notices »

P5 : « ça m'a jamais empêché de rien ... J'ai pas été malade, j'ai pas eu d'effet secondaire si vous voulez »

P10 : « pour moi, y a pas eu d'effet ou je ne les ai pas compris »

P13 : « je ne pense pas qu'il y en ait. Enfin à mon encounter »

P14 : « bah j'en trouve pas »

P16 : « je ne sais pas s'il y en a. Je ne sais pas »

- **Effets secondaires potentiels des BZD mais non reconnus comme tels**

Plusieurs participants avaient des EI pouvant être en lien avec la prise de BZD mais ne faisaient pas le lien entre ces symptômes et la consommation du médicament. P6, P8 et P13, par exemple, avaient des troubles mnésiques mais déclaraient ne pas avoir d'EI en lien avec le médicament. P6 justifiait les troubles de mémoire par son âge mais pas par la consommation de BZD.

P6 : « ça va moins se mettre en place dans ma petite tête, ça va moins connecter », « il n'y a plus rien qui reste accroché dans ma petite tête. C'est fou ça. Ça ne connecte plus, on vieillit », « il y a des choses qui ne connectent plus depuis six mois »

P13 : « excusez-moi, la mémoire c'est pénible »

P15 trouvait le médicament trop efficace et lui donnait un sommeil de mauvaise qualité et une somnolence résiduelle le matin, mais considérait cela comme des effets bénéfiques du traitement plutôt que comme des EI. Malgré ces effets néfastes, il ne remettait pas en question la prise du traitement et poursuivait sa consommation.

P15 : « il est un peu trop efficace », « je m'endors très, trop rapidement. Je me réveille vers 3h, puis là je serais prêt à bondir du lit en pleine forme. Mais je ne me lève pas bien sûr à 3h ou 4h. Non, ça dépend c'est entre 3h et 5h. Enfin, je me réveille au milieu de la nuit et là j'ai l'impression que je ne vais plus me rendormir. Et puis le matin, vers 6-7h, je replonge »

P5, P13, P16 et P18, quant à eux, étaient hospitalisés dans les suites d'une chute, mais ne mettaient pas le médicament en cause.

- **Défiance**

Certains doutaient tout de même de l'efficacité réelle du médicament mais continuaient à le prendre par habitude et se sentaient rassurés au moment de la prise. Les bénéfices ne semblaient pas si évidents pour P3, qui employait un ton hésitant lors de sa réponse.

P3 : « c'est plus psychologique que dire... vraiment efficace [...] on a l'impression que ça fait du bien », « sincèrement, ça me rassure »

P12 : « des fois je dors, des fois je ne dors pas »

P14 : « supposons que ça fasse du mal », « je soupçonne à moitié que c'est des ... dites-moi, quand c'est des médicaments ... bidon. I : Placebo ? P14 : Voilà ! »

- **Minimisation et banalisation**

Les BZD étaient mises en opposition aux autres médicaments de l'ordonnance.

P3 (en parlant de ses médicaments hors BZD) : « vrais médicaments qui sont curatifs purs, dont on sait mesurer les effets », (ou en comparant avec un autre hypnotique) : « vrai somnifère »

La consommation de BZD était minimisée par la plupart des participants, aussi bien sur la quantité qu'ils consommaient que sur l'effet du médicament.

P1 : « un p'tit truc », « que des petites doses »,

P3 : « ce truc là c'est hyper léger »

P11 : « un petit quart »

P14 : « petit somnifère », « en petite quantité quoi »

P17 : « un petit pour le stress »

Les participants pensaient que leur âge justifiait leur consommation. Puisque leur espérance de vie était limitée, ils pouvaient, selon eux, poursuivre leur consommation et minimiser voire négliger les EI du médicament.

P8 : « j'ai bien lu sur l'ordonnance mais maintenant, à l'âge que je suis rendue hein... (rigole) »

P13 : « vu mon âge, je n'ai plus rien à attendre »

P14 : « à l'âge que je suis... J'ai quand même 84 ans bientôt, mon espérance de vie est quand même pas bien longue »

La BZD de P3 était prescrite en dehors d'un cadre médical, par un de ses amis médecin, banalisant la consommation.

P3 : « c'est un de mes copains qui était mon médecin. Donc ça se passait souvent dans son garage (rigole) »

3. Médicaments que les patients souhaitent arrêter de consommer

Certains participants souhaitaient arrêter un de leur traitement car ils en ressentaient les EI.

P9 : « je ne suis pas à l'aise avec », « quand je me lève le matin ou dans la journée, je ne suis pas très bien »

P15 : « l'EPIDIX, je sais pas quoi. I : L'ELIQUIS ? P15 : Oui, pour éviter que des accidents comme ça arrivent »

P11 souhaitait arrêter son traitement anti-hypertenseur, sans justification.

P11 : « le gros cachet que j'ai tous les matins »

P10 et P15 étaient conscients que certains médicaments étaient indispensables et qu'ils ne pourraient pas les arrêter même s'ils le voulaient.

P10 : « pour la tension on peut pas »

P15 : « si je voulais arrêter, mais j'ai pas le droit d'arrêter »

Les autres participants ne souhaitaient pas arrêter de médicament principalement car ils se sentaient bien avec leur traitement habituel, leurs médicaments leur apportant plus de bénéfices que d'EI.

P4 : « non. Ça allait bien comme ça, quoi »

P10 : « moi ils m'ont jamais gêné à la maison »

P18 : « du moment qu'ils sont utiles pour la santé »

P10, P12, P15, par leur manque de connaissance ne se sentaient pas légitimes à donner leur avis concernant un éventuel arrêt. La décision d'arrêter un médicament relevait d'une décision médicale.

P10 : « les docteurs ont jugé », « c'est pas moi qui décide [...] moi je ne sais pas ce qui peut s'adapter les uns avec les autres »

P12 : « c'est le docteur qui décide hein »

P15 : « c'est pas moi qui décide hein »

En ce qui concerne les BZD, P9 était la seule participante exprimant fermement son souhait d'arrêter ce traitement. Elle arrivait à faire la balance bénéfices / risques et bien qu'elle reconnaissait les bénéfices des BZD, les EI la motivaient à arrêter. Son choix était conforté par le fait qu'elle se sentait mieux après l'arrêt du médicament.

P9 : « j'arrive à dormir, bien sûr, mais quand je me lève le matin ou dans la journée, je ne suis pas très bien », « je n'en ai pas pris depuis un mois [...] je trouve que j'ai l'esprit beaucoup plus clair »

P16, moins sûre d'elle, déclarait également vouloir arrêter la BZD car consciente du potentiel addictogène de la molécule. Elle avait cependant un discours ambivalent, car au cours de l'entretien, elle exprimait son opposition à l'arrêt de la BZD si un médecin lui proposait.

P16 : « I Quels médicaments souhaiteriez-vous arrêter de consommer parmi ceux-là ? P16 : (silence) TEMESTA peut-être ? [...] Parce qu'on s'habitue. », « non J'arrêtera pas, j'arrêtera pas »

4. Rituel et dépendance

a. Rituel

La prise de BZD était ritualisée. Les participants étaient habitués à prendre leur BZD tous les jours depuis plusieurs années voire dizaines d'années. La prise était associée à un lieu, à un moment de la journée.

P3 : « par habitude »

P5 : « je prends ça le soir, quand je vais me coucher »

P4 : « c'est celui que je prends le soir », « j'ai l'habitude d'en prendre », « il y avait un tiroir dans lequel je mettais mes médicaments. Chaque médicament avait sa place, alors je sais dans quel ordre il fallait les prendre »

P16 : « on s'habitue », « j'ai un meuble chez nous, à la maison, et je prépare tous les médicaments. Je mets ensuite dans un tiroir »

P17 : « les médicaments sont sur la table de nuit »

La prise de BZD faisait partie intégrante de leur quotidien, les oublis étaient rares.

P12 : « ça m'est arrivé parfois de l'oublier. I : Comment ça se passait à ce moment-là ? P12 : Et bien je me relève et je vais le prendre »

P15 : « j'oublie rarement »

P16 : « I : Ça vous est déjà arrivé de l'oublier ? P16 : Non, oh non, oh non ! »

b. Dépendance

Le champ lexical de la dépendance était omniprésent dans l'ensemble des entretiens réalisés. La dépendance était nommée et reconnue par la plupart des participants mais souvent minimisée.

P1 : « une sorte d'addiction », « j'ai pas envie d'arrêter »

P13 : « c'est une dépendance si on veut »

P1, P6 et P12 décrivaient des signes de dépendance physique avec phénomène de tolérance, caractérisé par la nécessité d'une augmentation des doses pour avoir le même effet.

P1 : « du mal à faire de l'effet maintenant », « il n'est plus assez puissant pour moi »

P6 : « même avec le SERESTA, ça m'arrive de passer une nuit blanche »

P12 : « des fois je dors, des fois je ne dors pas »

D'autres participants décrivaient des manifestations physiques et psychiques de sevrage lors de l'arrêt ou de la diminution de la BZD.

P9 : « le troisième jour, j'étais mal mais mal. Moralement, mentalement, envie de pleurer »

P11 : « j'ai comme des transpirations, je suis moins bien dans ma tête quoi »

La dépendance psychique ou craving, définie par le besoin irrésistible de consommer, était fréquemment décrite par les participants. Les participants ressentait un réel besoin de prendre leur BZD, avec peur d'être à court de médicament. Les rares fois où un oubli se produisait, il était mal vécu.

P1 : « dans ma tête, je ne pouvais pas aller me coucher sans prendre quelque chose », « j'ai besoin de quelque chose pour dormir », « il me faut quelque chose pour dormir »

P13 : « que j'attends la prise du soir avec impatience »

P14 : « je ne peux pas tenir », « quand j'en ai pas, je vais assez vite pour le renouvellement »

P15 : « Enfin bon, c'est peut-être un peu là que ça se passe (en montrant sa tête) », « il y a une grande partie qui se passe là (en montrant sa tête) »

P17 : « c'est difficile de s'en passer », « parce que d'abord on se met dans la tête qu'on va pas dormir », « si j'en prends pas, je dors pas »

5. Diminution ou arrêt de la BZD

Certains participants avaient déjà arrêté ou diminué leur BZD. Cet arrêt n'était pas toujours volontaire, certains participants ayant simplement oublié leur traitement de manière ponctuelle ou n'ayant pas assez de médicaments pour tenir jusqu'au prochain renouvellement. Dans ces cas-là, le sevrage se faisait de manière brutale.

P5 : « ça m'est arrivé d'aller chez des amis dormir et d'oublier [...] de l'envoyer avec moi »

P10 : « j'ai essayé en fin de mois, parce que comme il n'y en a que [...] 14 », « j'avais diminué un peu. Bon, avec la moitié d'un j'arrivais, mais c'était juste »

D'autres participants avaient décidé eux-mêmes d'arrêter ou de diminuer leur traitement. Pour la plupart, ils l'avaient fait de manière progressive.

P3 : « j'en prends la moitié et je reste 15 jours ou trois semaines et j'arrête après. Je le fais en deux fois »

P10 : « moi à la maison [...] (en rigolant) je prenais mon couteau. Je posais bien à plat sur la table, je mettais ma main dessus et j'appuyais avec l'autre comme ça (en faisant le geste). Je coupais, ça m'en faisait un et demi »

P15 : « déjà moi j'ai pris l'initiative de le couper en deux. Ça marche aussi bien »

La recrudescence des symptômes au bout de quelques jours, définissant le phénomène de rebond, était mal vécue par les participants et mettait en échec l'arrêt.

P13 : « attention, c'est que les 3-4 premiers jours, ça fait mal hein », « ah bah je ne dormais pas ! [...] Et puis je n'ai pas pu tenir le coup »

P15 : « c'était moins facile pour m'endormir quoi. Donc j'ai repris », « oh, 2-3 jours ! Quand vous voyez que ça ne marche pas »

P17 : « ça s'est pas bien passé », « j'ai pas dormi... Peut-être un peu, mais pas ... »

P18 : « j'avais arrêté [...] mais après je ne pouvais plus dormir donc j'ai recommencé »

Seule P9 a diminué de manière volontaire et ne l'a pas mal vécu car elle ressentait des bénéfices à la diminution.

P9 : « j'ai trouvé que j'étais mieux. Donc c'est vrai que si je pouvais m'en passer totalement, je serai ravie »

Dans tous les cas, que l'arrêt soit volontaire ou non, il n'était pas préparé et était réalisé seul, sans accompagnement médical.

Ceux qui n'avaient jamais essayé de diminuer leur traitement étaient souvent étonnés par la question. La réponse négative de P4, P6 et P14 était ferme et non négociable, cela leur semblait aberrant qu'ils puissent de leur plein gré, avoir envie de diminuer ou d'arrêter leur BZD.

P1 : « non, j'ai pas envie d'arrêter »

P4 : « non ! J'avais des difficultés pour m'endormir le soir »

P6 : « ah non ! Non, non, non »

6. Déprescription

a. Connaissances

Les participants n'avaient jamais entendu le terme « déprescription » mais en déduisaient facilement le sens.

P2 : « ce mot là, non. Mais je peux l'imaginer un peu. [...] c'est d'arrêter le médicament »

P5 : « on, je n'en ai jamais entendu parler [...] ça pourrait être déprescrire le médicament ? C'est-à-dire, l'arrêter, non ? »

P10 : « bah il faut arrêter, non ? [...] le médicament », « c'est la déduction que j'en fais, après la déduction est peut-être pas bonne »

P16 : « dé-pres-crip-tion. Ça veut dire arrêter les médicaments ? »

P17 : « enlever quelque chose, par exemple le TEMESTA ? Non, c'est pas ça ? »

b. Tentative de déprescription antérieure

Les médecins généralistes de P9, P13 et P14 ont entrepris une déprescription de leur BZD. Elle s'est faite par le biais d'une décroissance progressive.

P9 : « c'est vrai que ma doctoresse me dit depuis longtemps « madame Xxxxx, il faudrait essayer d'arrêter », alors elle m'avait mis à ½ »

P13 : « mon médecin traitant. Il m'a dit il faudrait diminuer », « je vais essayer docteur »

P14 : « il faut en prendre ¾, après ½ »

P9 a bien vécu cette déprescription car elle a ressenti des bénéfices lors de la diminution de la posologie.

P9 : « j'ai trouvé que j'étais mieux. Donc c'est vrai que si je pouvais m'en passer totalement, je serais ravie »

La déprescription s'est soldée par un échec pour P13, malgré la décroissance progressive.

P13 : « j'ai essayé et puis au bout de trois fois, je ne dormais toujours pas »

Idem pour P14, chez qui la posologie de la BZD a été diminuée progressivement et une alternative médicamenteuse a été proposée. La participante ressentant de nombreux EI a eu besoin de reprendre la BZD au bout de quelques jours.

P14 : « alors l'autre jour, elle m'a prescrit ... », « elle m'en a donné un nouveau », « je voyais double, je me sentais complètement énervée, je voyais comme s'il y avait eu du brouillard dans la chambre », « je ne peux pas tenir, donc elle m'en a reprécrit »

c. Absence de déprescription antérieure

La déprescription des BZD n'a jamais été abordée chez les autres participants.

P18 : « non, elle ne me dit rien ma doctoresse »

Selon P17, son médecin n'a pas entrepris de déprescription car il savait que l'arrêt serait impossible.

P17 : « il sait bien que ça ne marchera pas »

L'arrêt n'avait jamais été entrepris chez P1, mais il avait conscience que son médecin souhaitait tout de même limiter sa prescription.

P1 : « la doctoresse ne veut pas prendre le risque de m'en mettre plus compte tenu de mon âge »

• Avis favorables à la déprescription

Si une déprescription était proposée, P3, P5, P6, P8, P10 et P12 déclaraient être d'accord pour essayer.

P6 : « bah je testerais »

P10 : « j'essaierais de diminuer petit à petit et voir si ça fonctionne ou pas »

P3 pensait même être capable de poser lui-même l'indication de la déprescription et capable de la réaliser seul.

P3 : « ah bah oui, sans problème. Je vous dis, j'arrête tout seul la semaine prochaine », « il sait très bien que si j'ai envie de m'arrêter, je m'arrête »

P5 et P12 se référaient uniquement à l'avis du médecin, qui restait le seul décisionnaire dans la modification de leur traitement.

P5 : « si ça vient de la part d'un médecin, y a pas de problème, j'essaierais de le faire »

P12 : « si le docteur juge... Je suis obéissante vous savez ! », « si c'est pour ma santé »

Pour P8 et P12, une déprescription était envisageable uniquement si une alternative était proposée. Il fallait que cette alternative soit médicamenteuse pour P8.

P8 : « s'il y a autre chose qui peut me soulager de ... S'il y a autre chose, un autre médicament

P12 : « mais que j'ai quelque chose pour dormir quand même »

- **Avis défavorables à la déprescription**

Les autres participants seraient réfractaires à toute proposition de déprescription de leur BZD.

P15 : « je dirais non, si possible »

P18 : « je serais peut-être pas d'accord. Si j'en ai besoin ... »

Le caractère indispensable du médicament justifiait le refus de P1.

P1 : « j'ai pas envie de le supprimer », « il me faut quelque chose pour dormir »

P4 refuserait en l'absence d'alternative.

P4 : « qu'est-ce que j'aurais à la place ? I : Rien. P4 : Ah bah non, ça marchera pas », « je ne pourrais pas dormir »

Au fur et à mesure des entretiens, notamment lorsque la déprescription était abordée, le ton utilisé par P1, P4, P6 et P16 avait tendance à devenir plus ferme, sec. Les réponses étaient de plus en plus courtes et il était nécessaire de poser des questions fermées afin d'obtenir plus de précisions. Leur refus était catégorique.

P6 : « Ah non ! »

P16 : « non J'arrêtera pas, j'arrêtera pas », « non, il n'en est pas question »

La plupart des participants finissaient l'entretien tendus, nettement moins souriants qu'au début.

d. Bénéfices attendus à l'arrêt de la BZD

La plupart des participants pensaient que l'arrêt de leur BZD ne leur apporterait aucun bénéfice.

P4 : « sûrement pas, parce que je ne dormirais pas »

P10 : « je ne vois pas l'intérêt d'arrêter certaines choses qui, pour moi, fonctionnent »

P11 : « bah je crois pas, non »

P16 : « il n'y en a pas »

P18 : « il n'y a pas de bénéfice »

P8 avait un avis moins tranché. Elle pensait que l'arrêt de la BZD pouvait lui apporter des bénéfices, mais ne savait pas lesquels.

P8 : « peut-être que oui, sans doute »

P6 avait un discours ambivalent, elle pensait qu'il y aurait des bénéfices à arrêter, mais ne savait pas si la balance bénéfice / risque était en faveur d'une poursuite du traitement ou de l'arrêt.

P6 : « il y a toujours des bénéfices à arrêter des choses dont on sait que c'est pas naturel. Mais d'un côté on se dit « si je ne dors pas, je vais être encore plus fatiguée »

P9 et P12 semblaient plus favorables à un arrêt car conscientes des bénéfices attendus lors de la déprescription de leur BZD.

P9 : « mes idées sont plus claires »

P12 : « si c'est pour ma santé »

e. Craintes des patients à l'arrêt de leur BZD

La crainte principale à l'arrêt de leur BZD était une altération de la qualité ou de la quantité de leur sommeil.

P1 : « ne plus dormir du tout ».

P10 : les cauchemars

P12 : « de ne pas dormir ! I : Et ... ? Si vous ne dormez pas ? P12 : « ah bah là ça ne va pas »

P14 : « c'est affreux d'être des nuits entières en train de tourner dans son lit ! A ce moment-là on pense à ce qu'on aurait dû faire, à ce qu'on a pas fait, à ce qu'on a fait bien dans sa vie », « je cogite. Bon, je vais dehors faire n'importe quoi. Ah ouais, je ne me contrôle pas », « et bien si je ne dors pas, je ne sais pas ce que je vais devenir »

P15 : « j'aurais peur de ne pas pouvoir m'endormir »

P18 : « de pas dormir, de passer des nuits blanches »

Le manque de sommeil pouvait provoquer ennui, fatigue ou perte de confort selon les participants. Pour P5, son bonheur serait altéré si on lui enlevait sa BZD.

P5 : « je serais malheureux parce que je ne dormirais pas et je serais pas bien »

P6 : « c'est long une nuit blanche hein »

P11 : je serais pas détendu », « je serais pas bien », « j'ai comme des transpirations, je suis moins bien dans ma tête quoi »

P13 : « quand on vous prescrit un médicament, c'est pour votre confort, pour votre bien-être [...] si on vous le supprime, c'est la catastrophe »

Pour P1 et P13, le manque de sommeil jouerait de manière générale sur leur état de santé.

P1 : « tout le bénéfice que je vais avoir au SSR, la rééducation, si je suis tout le temps fatigué parce que j'ai pas dormi, il y a quelque chose qui va pas sur le plan médical », « si je dors pas, c'est pas ça qui va me remettre sur pieds », « épouvantable »

P13 : « une emprise plus forte de la maladie »

P10 et P11 pensaient que l'arrêt de la BZD déséquilibrerait leur tension.

P10 : « s'il faut prendre après plus fort pour la tension ou prendre autre chose pour faire un complément. Je ne vois pas l'intérêt »

P11 : « ah bah j'aurais la tension qui monterait », « je serais pas bien », « j'ai comme des transpirations, je suis moins bien dans ma tête quoi »

7. Relation médecin - patient

a. Relation de confiance

P1, P10 et P15 avaient confiance en leur médecin généraliste.

P1 : « mon médecin me confie sa fille pour l'emmener au lycée », « c'est pas banal si mon médecin me confie sa fille »

b. Relation dégradée

Plusieurs participants n'entretenaient pas une bonne relation avec leur médecin traitant.

P12 : « c'est un homme bourru »

P17 : « là je crois qu'il a fouté », « il ausculte pas beaucoup pour commencer... Et c'est un médecin moderne hein »

P14 avait une relation conflictuelle avec son médecin généraliste surtout lorsqu'elle abordait le sujet de la déprescription de sa BZD. Elle était de plus en plus agacée, utilisait un ton virulent lorsqu'elle parlait de son médecin, expliquant que le conflit était récurrent entre elles.

P14 : « je me bataille avec le Dr XXX, parce qu'elle veut pas », « tout le temps, tout le temps tout le temps, on se bagarre avec ça »

c. Implication du patient dans la prise en charge

• Patient spectateur

Certains participants étaient passifs dans leur prise en charge. Le médecin était vu comme la personne qui détenait les connaissances donc était le seul décisionnaire.

P10 : « les docteurs ont jugé », « c'est pas moi qui décide »

P12 : « c'est le docteur qui décide hein »

P15 : « moi je ne sais pas pourquoi, je n'y comprends rien », « ah bah c'est pas moi qui décide hein »

P17 : « moi je fais ce qu'on me dit et puis c'est tout »

- **Patient acteur**

- Relation équilibrée patient - médecin

De rares participants avaient une relation équilibrée avec leur médecin généraliste. Le médecin conseillait des prescriptions, mais la décision finale était prise lorsqu'un accord était trouvé entre patient et médecin.

P1 : « on laisse comme ça »

P9 : « c'était mon médecin de l'époque qui me l'avait conseillé »

- Patient - expert

D'autres participants prenaient une position de patient - expert. Ils considéraient savoir ce qu'il leur fallait et être capables de poser eux-mêmes les indications de prescription et de déprescription des médicaments. Les prescriptions rédigées par le médecin étaient faites sur demande des patients.

P3 : « Je vous dis, j'arrête tout seul la semaine prochaine », « il sait très bien que si j'ai envie de m'arrêter, je m'arrête », « quand j'arrête, j'en prends la moitié et je reste 15 jours ou 3 semaines et j'arrête après »

*P5 : « un jour je me suis dit « je vais en prendre pour dormir » parce que j'arrivais pas à dormir »,
« I : « qui est-ce qui l'a instauré ?*

P5 : C'est moi-même »

P14 : « ah bah si vous m'en remettez, vous m'en remettez ! »

P16 : « je lui ai demandé »

d. Perception du rôle du médecin par les participants

Le médecin était perçu par certains participants comme incitant à la consommation, soit en banalisant les EI, soit en insistant pour poursuivre la prise au long cours.

P3 : « truc qui n'est pas accoutumant et dont tu pourras te débarrasser, et qui est léger. Pour lui, il n'y avait pas d'effet secondaire »

P5 : « au début il était un peu contre et puis après il m'a dit oui « vous avez raison Xxxxx , il faut continuer »

P7 : « au début il l'a mis et il a dit « on verra comme ça ira ». Et après il a dit « ça fonctionne bien, gardez-le tout le temps et puis c'est tout »

P10 : « il m'a dit « ah non, non, non. Il faut que vous en preniez minimum un entier »

Discussion

1. Méthode

a. Forces

- **Pertinence du sujet**

Il nous semblait pertinent de réaliser une étude sur la déprescription des BZD chez les sujets âgés. De nombreux travaux ont étudié le point de vue des médecins, mais le point de vue des patients, surtout âgés, l'était beaucoup moins.

Tous les médecins généralistes sont confrontés à des patients consommateurs chroniques de BZD, mais sont souvent mis en difficulté lors de la mise en place d'une déprescription. Notre étude permettrait donc de mettre en avant les freins des patients concernant une déprescription de BZD afin de donner des clés aux médecins généralistes pour faciliter cette démarche.

- **Méthodologie**

La grille COREQ contient 32 items concernant la méthode de recherche qualitative. L'étude a rempli 29 critères sur 32 (annexe 6).

Lors des entretiens, l'investigatrice a essayé de garder, autant que possible, un ton et une attitude neutres afin de ne pas influencer les réponses des participants.

- **Résultats**

Une des forces de notre étude est le recrutement de patients très âgés, malgré le critère d'inclusion concernant les troubles cognitifs. Peu de travaux ont réussi à avoir des données sur les patients de plus de 80 ans. Or, la consommation de BZD augmentant avec l'âge, il est d'autant plus important d'avoir leur point de vue concernant ce traitement.

- **Analyse**

Le codage a été réalisé en parallèle par l'investigatrice et par la directrice de thèse afin de limiter le biais d'interprétation et d'avoir l'analyse la plus riche possible.

b. Limites

- **Méthodologie**

L'investigatrice ainsi que la directrice de thèse étaient novices en recherche qualitative mais se sont formées grâce à des lectures personnelles ainsi qu'à des formations proposées par la Bibliothèque Universitaire et le Département de Médecine Générale de l'Université de Nantes. Le manque d'expérience s'est ressenti lors des premiers entretiens où l'investigatrice avait tendance à poser des questions fermées. Ce défaut est apparu lors des premières retranscriptions. Des corrections ont ensuite été apportées pour que les questions restent ouvertes afin de laisser les participants s'exprimer librement. Ce défaut a probablement influencé les réponses des participants lors des premiers entretiens. De plus, certains participants étant peu bavards, les sous-questions ainsi que les questions de relance ont dû être utilisées plus souvent que prévu.

Les entretiens ont été réalisés dans la chambre d'hôpital des participants. Certains entretiens ont été interrompus par l'entrée de personnel soignant ou par une sonnerie de téléphone. Cela a pu stopper le développement de certaines idées des participants.

Notre étude présentait un biais de sélection évident puisque seuls les patients ayant actuellement une consommation de BZD étaient recrutés. Tous les patients anciens consommateurs chroniques de BZD ayant bénéficié d'une déprescription avec succès n'ont pas été inclus.

Bien qu'en recherche qualitative la diversité prime sur la représentativité de l'échantillon, les consommateurs chroniques présentant des troubles cognitifs, pourtant nombreux dans la population générale, n'ont pas pu être inclus dans notre étude.

De plus, le recrutement des participants a été effectué en milieu hospitalier afin de s'affranchir de leur refus s'ils avaient été recrutés directement au cabinet de médecine générale. Cela implique donc un biais de sélection. En effet, les participants recrutés n'ont pas forcément le même profil que les patients reçus au cabinet.

En ce qui concerne les critères COREQ, l'investigatrice a essayé au maximum de fournir les retranscriptions aux participants. Cela n'a cependant pas été possible à chaque fois, certains patients n'étant plus hospitalisés à l'hôpital de Challans ou de Machecoul, d'autres étant décédés. Un seul participant a fait un retour sur son entretien et a décidé de sortir de l'étude car il trouvait les informations trop personnelles. Devant les difficultés initiales à fournir les retranscriptions, l'item 28 concernant le retour des participants sur les résultats de l'étude, n'a pas pu être rempli.

- **Résultats**

Aucune conclusion n'a pu être faite sur les patients ayant une bithérapie puisque les deux participants concernés sont sortis de l'étude.

Même si la chercheuse essayait d'adopter au maximum une attitude neutre, l'entretien se déroulant en face à face, les participants ont pu être soumis à un biais de déclaration, déformant leurs propos de peur d'être jugés.

Les participants consommaient des BZD depuis de nombreuses années. Il existait donc un biais de mémoire concernant les souvenirs en lien avec la primo-prescription, par effet de récence. De plus, certains participants étant réfractaires à la déprescription, il pouvait également exister un biais de mémoire dit « de confirmation ».

- **Analyses**

Novices en recherche qualitative, des biais d'analyses étaient probablement présents. De plus, les données ont été analysées par l'investigatrice et la directrice de thèse, mais n'ont pas été triangulées par une personne expérimentée en recherche qualitative et extérieure à l'étude. L'investigatrice a cependant tenu un journal de bord afin de noter et déconstruire, au fur et à mesure de l'étude, les représentations qu'elle avait concernant le sujet. Ce journal de bord a ensuite été utilisé lors de l'analyse des données et de la discussion des résultats afin de limiter au maximum les biais en lien avec ses a priori.

2. Discussion des résultats

a. Les BZD, un statut particulier

Dans notre étude, les participants avaient des lacunes concernant l'ensemble des médicaments figurant sur leur ordonnance. Contrairement à la littérature, le niveau d'éducation n'était pas corrélé au niveau de connaissance des traitements habituels (29).

Les connaissances des participants concernant leur BZD étaient particulièrement insuffisantes. Les BZD étaient rarement citées spontanément, même par les participants qui connaissent leurs autres médicaments. De plus, ils ne faisaient pas de distinction entre les propriétés anxiolytiques et hypnotiques de leur BZD. Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature puisque 2/3 des patients âgés ne connaissent pas l'indication de leur BZD (29).

Les BZD avaient un statut particulier et étaient mises en opposition avec les autres traitements. Les autres médicaments présents sur l'ordonnance étaient considérés comme « curatifs » et parfois « dangereux ». Les patients ne les modifiaient pas sans l'accord du médecin. A contrario, la méconnaissance des BZD et de leurs EI justifiait l'ajustement que les patients entreprenaient seuls. Ne considérant pas les BZD comme de « vrais » médicaments, ils se permettaient de modifier la posologie ou d'arrêter le traitement, de leur plein gré, sans avis médical.

Comme montré dans la littérature (30) (31), les BZD avaient un caractère indispensable par la variété des bénéfices qu'elles apportaient. Les participants avaient un fort attachement émotionnel à ce médicament, profondément ancré dans leur vie quotidienne.

Les BZD avaient un aspect divin, un pouvoir qui les rendaient magiques aux yeux des patients. Leur prise entraînait une sensation de bien-être quasi-immédiat et conditionnait le bonheur des consommateurs. Bien que leurs actions reconnues soient anxiolytiques et hypnotiques, certains patients pensaient que leur BZD permettait de réguler leur tension et également de jouer sur leur état de santé de manière générale.

b. Minimisation et banalisation des BZD

L'absence de cadre lors de la primo-prescription, la prescription à la demande du patient ou l'incitation à la consommation par le médecin, étaient bien décrits par les participants et renforçaient la banalisation du médicament.

Ces notions de banalisation et minimisation sont largement décrites dans la littérature (32) (33), et font pencher la balance bénéfique / risque en faveur de la poursuite de la consommation selon les patients.

L'âge n'était pas perçu de la même manière par les patients et les médecins.

Les participants de notre étude, comme ceux des travaux menés par L. Majou et MC. Rolland (30), justifiaient leur consommation au long cours par le fait qu'ils étaient âgés. Les participants pouvaient la poursuivre malgré les EI puisque leur espérance de vie n'était plus très longue. Or, la littérature montre que les BZD ont un index thérapeutique élevé qui fait qu'elles sont peu létales. Il faut de fortes doses ou une association avec d'autres médicaments pour qu'elles le soient (34).

Il en est de même pour les EI, qui étaient négligés par les participants compte-tenu de leur âge. La littérature montre que ce phénomène est particulièrement vrai en ce qui concerne les troubles mnésiques, qui sont considérés par les patients comme un effet normal du vieillissement et non pas comme un EI du médicament (33).

A contrario, pour les médecins, l'âge était un frein à l'augmentation de la posologie et motivait même la déprescription. Comme montré dans la thèse de C. Morel, les médecins avaient la volonté de déprescrire chez les sujets âgés afin de limiter leur perte d'autonomie en lien avec les EI des médicaments (35). De manière spécifique aux BZD, les EI tels que les chutes ou les troubles mnésiques n'ont pas un effet léthal direct mais peuvent entraîner une réelle perte d'autonomie et une altération de la qualité de vie chez les sujets âgés consommateurs chroniques.

c. Dépendance

On observe dans notre étude que les patients étaient fortement dépendants aux BZD et étaient, pour la plupart, dans le déni de cette addiction. Ils étaient capables de la nommer, de mettre en évidence les mécanismes de dépendance, mais ne la reconnaissaient pas comme telle. A l'instar de cette étude menée par G. Perodeau (33), les participants avaient une illusion de maîtrise de leur consommation et pensaient être en mesure d'arrêter de prendre des BZD s'ils le désiraient.

Les différentes étapes impliquées dans le changement suivent le modèle développé par Prochaska et Di Clemente en 1982 (36) : pré-contemplation, contemplation, détermination, action, maintenance puis rechute (annexe 5).

Dans notre étude, une participante était au stade de détermination, les autres étaient en pré-contemplation ou contemplation.

L'objectif premier pour les patients en pré-contemplation est donc de leur faire réaliser que leur consommation est néfaste et qu'ils présentent une addiction au produit. Une fois cette phase de déni passée, il sera alors possible d'entreprendre un sevrage. La littérature montre en effet, que pour faciliter l'acceptation de la déprescription, le patient doit adhérer aux changements que cela implique (35) et donc être conscient de son addiction.

d. Ambivalence des patients

Dans notre étude, plusieurs participants étaient ambivalents. Ils disaient être d'accord pour essayer d'arrêter leur BZD si la démarche était proposée par un médecin. Cependant, au fur et à mesure de l'entretien, leur discours changeait. Ils semblaient de moins en moins convaincus et avaient du mal à trouver des bénéfices à l'arrêt de ce médicament.

Cette ambivalence est un phénomène fréquent chez les patients dans le cadre d'une déprescription de manière générale, pas uniquement lorsqu'elle concerne des BZD (28) (37). Il s'agit d'un phénomène naturel lors d'un processus de changement, mais qui agit comme puissant frein dans la décision de changer (38).

Contrairement au déni qui caractérise l'état de pré-contemplation, l'ambivalence fait partie du stade de la contemplation dans le modèle de Prochaska et Di Clemente (36).

L'entretien motivationnel a pour objectif d'explorer et de résoudre cette ambivalence face au changement (39). Il s'agit d'une technique centrée sur le patient qui permet le soutien à l'efficacité personnelle, le développement des conflits internes et la diminution de la résistance aux changements. L'objectif est d'aider le patient à identifier ses motivations intrinsèques au changement afin qu'il puisse résoudre lui-même cette ambivalence (38).

Ainsi, la réticence lors d'une proposition de déprescription est normale et doit mener le médecin à mettre en évidence l'ambivalence du patient. Si elle est présente, il mettra ensuite en place un entretien motivationnel pour lui donner les clés qui lui permettront d'adhérer au changement.

e. Déprescription

Selon les patients et les institutions, la déprescription relève principalement du rôle du médecin généraliste (13) (28). Dans notre étude, la déprescription était en effet initiée par le médecin traitant des participants.

Nous observons également que certains participants demandaient d'emblée une alternative médicamenteuse si une déprescription de BZD était entreprise. Cependant, aucune molécule n'a montré un rapport bénéfice / risque supérieur aux BZD (40). Seule la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a montré un intérêt pour l'arrêt complet et le maintien de l'abstinence à long terme (41).

Même si l'objectif de cette déprescription est, à terme, un sevrage total, une diminution de la consommation est déjà un résultat encourageant (42).

Notre étude montrait également que la déprescription des BZD n'avait jamais été abordée chez une partie des participants. La littérature montre en effet que les médecins généralistes n'entreprennent pas toujours de déprescription car ils sont persuadés que les patients vont refuser. Or, d'autres études montrent qu'il s'agit d'un manque de communication entre les deux parties car, contrairement à ce que peuvent penser les médecins, les patients n'adoptent pas toujours une posture de refus. Si parfois le médecin ressent de la pression de la part du patient vis-à-vis d'une déprescription, elle est souvent liée à une angoisse secondaire à un manque d'explication, un besoin de réassurance (37).

f. Sevrage

Dans notre étude, nous observions que la recrudescence des symptômes lors de l'arrêt ou de la diminution du traitement favorisait la reprise de la consommation et renforçait le caractère indispensable du médicament.

Comme montré dans différents articles, les symptômes de sevrage sont responsables de plus de 80% des reprises du traitement (43). Un premier échec de sevrage explique la consommation au long cours dans 1/3 des cas. Le manque de connaissance apparaît comme un des facteurs de risque d'échec de sevrage (29).

Afin de limiter au maximum le taux d'échec, il est primordial d'accompagner le patient lors de son premier sevrage. Il faut pour cela l'informer, en amont, sur le phénomène rebond en lui listant les effets attendus et en lui expliquant que ce processus est normal et qu'il finira par disparaître au bout de quelques jours.

En ambulatoire, le médecin a pour rôle d'informer le patient et de prévoir des consultations rapprochées afin de surveiller les signes de sevrage et adapter la décroissance si besoin. Le suivi devra se faire jusqu'à six mois après l'arrêt du médicament (12).

Les sevrages compliqués nécessitent, quant à eux, une hospitalisation pour prise en charge symptomatique des signes de gravité (confusion, hallucinations, convulsions, coma ...) (13).

g. Place du médecin généraliste

Le médecin généraliste était impliqué dans toutes les étapes en lien avec le médicament : de la primo-prescription à la déprescription, en passant par le renouvellement. Cependant, les participants rapportaient que les informations délivrées par le médecin lors de ces différentes consultations étaient insuffisantes.

Dans notre étude, la primo-prescription était en grande majorité réalisée par le médecin généraliste. Cela concordait avec les données de la littérature puisque selon le rapport de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), plus de 80% des primo-prescriptions étaient faites par des médecins généralistes. (1)

De manière plus spécifique, chez les patients sous BZD depuis plusieurs dizaines d'années, le manque de connaissance sur la durée de prescription initiale était dû à l'absence de recommandations lors de leur instauration. Chez les participants ayant des BZD depuis moins longtemps, quelques années seulement, les recommandations actuelles étaient déjà en vigueur. Soit l'information concernant la durée de prescription n'a pas été donnée, soit elle a été mal enregistrée par le patient.

Il est primordial d'informer les patients au sujet de leur BZD car le manque d'information entraîne des difficultés à arrêter le traitement et le désir d'arrêter est plus fort chez les patients ayant de bonnes connaissances de leur traitement (29). Le médecin traitant étant le primo-prescripteur principal, il a un rôle majeur à jouer lors de l'instauration du traitement, afin d'informer au mieux les patients et pouvoir préparer d'emblée l'arrêt.

Notre étude montrait que le renouvellement était perçu par le patient comme un simple recopiage d'ordonnance, sans réflexion sous-jacente. En pratique, les consultations de suivi des patients âgés et polyopathologiques sont longues et complexes. Le médecin peut donc manquer de temps lors du renouvellement (44) rendant la déprescription difficile à mettre en place.

La HAS recommande tout de même, de réaliser une intervention brève lors de chaque renouvellement pour tout consommateur de BZD depuis plus de 30 jours. Il a été prouvé que cette intervention brève était efficace pour réduire la consommation des BZD chez les sujets âgés à court et à long terme (12). Même si questionner un patient sur sa consommation ne mène pas directement à une déprescription, cela permet de lui donner des pistes de réflexion, au même titre que le conseil minimal réalisé dans le cadre d'addiction au tabac ou à l'alcool.

h. Relation médecin - patient

Patient et médecin avaient des visions différentes concernant la consommation de BZD.

Les participants de notre étude avaient une vision à court terme des effets de leur BZD. Ils la considéraient comme un « bon » médicament, efficace rapidement sur des symptômes désagréables en leur apportant une sensation de bien-être immédiat. Ces effets positifs renforçaient leur consommation.

A contrario, les médecins avaient une vision à plus long terme. Les EI potentiellement engendrés par la consommation au long cours, les motivaient à déprescrire le médicament. Comme montré par L. Majou et MC. Rolland, les médecins étaient tout de même conscients que les effets secondaires à long terme étaient des arguments qui faisaient difficilement le poids par rapport aux bénéfices ressentis à court terme par les patients (30).

La différence de point de vue entraînait une incompréhension entre les deux parties. Ce décalage rendait la déprescription difficile et la relation entre médecin et patient pouvait devenir conflictuelle.

3. Perspectives

Comme pour toute addiction, la première étape est la reconnaissance de celle-ci par le patient puisque le déni empêche l'adhésion au changement. Cette prise de conscience nécessite, en parallèle, un cheminement seul par le patient ainsi qu'un soutien par un professionnel.

Le médecin généraliste a donc un rôle important à jouer dans cette démarche. Grâce à la relation privilégiée qu'il a avec le patient, il peut l'informer et l'accompagner dans toutes les étapes du changement.

Une partie de la démarche nécessite un travail seul de la part du patient. Pour cela, l'utilisation d'un auto-questionnaire afin de le sensibiliser vis-à-vis de sa consommation pourrait être envisagée. Comme présenté précédemment, le questionnaire ECAB est un outil permettant d'évaluer la dépendance. Il a été conçu afin d'être réalisé en consultation, par le médecin. Cependant, la thèse de S. Elbaz montre que les médecins généralistes ne lui ont pas trouvé de réelle utilité dans la pratique quotidienne (45). Le manque de temps et le biais de désirabilité sociale rendent sa mise en place et son interprétation difficiles. La création d'un questionnaire spécifique aux personnes âgées, sous forme d'auto-questionnaire permettrait de lever ces biais et de donner des pistes de réflexions au patient concernant son rapport au médicament. Ce nouvel outil pourrait être inspiré de la Severity Dépendance Scale (SDS), auto-questionnaire validé dans les pays anglosaxons pour évaluer la dépendance aux BZD (annexe 7).

En ce qui concerne la déprescription, la littérature montre que les médecins rencontrent des difficultés à la mettre en place, particulièrement lorsqu'elle concerne des psychotropes. En effet, la dépendance aux BZD présente une particularité par rapport aux addictions aux autres produits ou addictions comportementales. Le médicament étant initié par un médecin, elle peut être considérée comme addiction prescrite sur ordonnance (46). Les patients ne se sentent alors pas responsables de leur addiction (33). On peut donc se demander si la déprescription n'est pas d'autant plus compliquée que le médecin se sent « coupable » d'avoir entraîné son patient dans cette dépendance. Aucun article étudiant cette position n'a été retrouvé, il serait donc intéressant de mener des recherches en ce sens afin d'analyser la position du médecin sur cette addiction « médecin-induite ».

Conclusion

Cette étude qualitative a permis de comprendre la relation que les patients âgés consommateurs chroniques entretiennent avec leur BZD. Perçues comme magiques, avec des bénéfices ressentis rapidement, ils y sont fortement attachés ; d'une part par la dépendance médicamenteuse qu'implique la molécule, d'autre part par le rituel de prise qui intègre pleinement le médicament dans leur vie quotidienne.

A la fois dans le déni des effets indésirables potentiels et de leur dépendance, un enjeu majeur serait de leur faire prendre conscience de cette addiction afin de pouvoir espérer une adhésion au changement.

La déprescription des BZD chez les sujets âgés n'est pas évidente à mettre en place. Les patients sont conscients que leur médecin veut limiter la prescription de BZD, mais ne sont globalement pas d'accord ou sont ambivalents vis-à-vis de la déprescription. Les visions qu'ont le médecin et le patient sont différentes (long terme versus court terme) et mènent à une incompréhension voire à un conflit, rendant la déprescription difficile. De plus, un antécédent d'échec de sevrage apparaît comme un frein important à la déprescription.

Le médecin généraliste, interlocuteur privilégié de ses patients, est impliqué dans toutes les étapes de la prescription. Primo-prescripteur principal, il a un rôle d'information à jouer dès la mise en place du traitement. Le renouvellement doit ensuite être l'occasion, non pas de simplement recopier l'ordonnance comme le pensent les patients, mais d'évaluer et de prendre en charge leur dépendance. Ensuite, si le patient est ambivalent à l'idée d'une déprescription, le médecin a pour rôle d'explorer cette ambivalence et d'aider le patient à la résoudre. Enfin, lors de la déprescription en elle-même, le médecin a une mission d'accompagnement et de suivi afin de faciliter le maintien de l'abstinence.

Bibliographie

1. ANSM. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines. [En ligne]. 2017 [cité le 3 février 2022].
2. Pharmacomédicale.org [En ligne]. Hypnotiques : benzodiazépines et apparentés [cité le 12 mai 2022]. Disponible: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/specialites/item/benzodiazepines>
3. van Strien AM, Koek HL, van Marum RJ, Emmelot-Vonk MH. Psychotropic medications, including short acting benzodiazepines, strongly increase the frequency of falls in elderly. *Maturitas*. 2013;74(4):357-62. DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.01.004
4. Gage SB de, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ*. 2014; DOI: 10.1136/bmj.g5205
5. 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*. 2018;75(1):e6-12. DOI: 10.2146/ajhp160381
6. Aldaz P, Garjón J, Beitia G, Beltrán I, Librero J, Ibáñez B, et al. Association between benzodiazepine use and development of dementia. *Med Clin (Barc)*. 2021;156(3):107-11. DOI: 10.1016/j.medcli.2020.02.006
7. Nafti M, Sirois C, Kröger E, Carmichael P-H, Laurin D. Is benzodiazepine use associated with the risk of dementia and cognitive impairment-not dementia in older persons? The canadian study of health and aging. *Ann Pharmacother*. 2020;54(3):219-25. DOI: 10.1177/1060028019882037
8. Les entreprises du médicament. Bilan économique 2020 des entreprises du médicament - Edition 2021. [En ligne]. [cité le 12 mai 2022].
9. Airagnes G, Lemogne C, Renuy A, Goldberg M, Hoertel N, Roquelaure Y, et al. Prevalence of prescribed benzodiazepine long-term use in the French general population according to sociodemographic and clinical factors: findings from the CONSTANCES cohort. *BMC Public Health*. 2019;19(1):566. DOI: 10.1186/s12889-019-6933-8
10. HAS. [En ligne]. 2017. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [cité le 3 février 2022]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie
11. HAS. [En ligne]. 2018. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? [cité le 3 février 2022]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete
12. HAS. [En ligne]. 2008. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé [cité le 3 février 2022]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_601509/fr/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age
13. HAS. [En ligne]. 2015. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire [cité le 3 février 2022]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire

14. INSEEE. INSEE [En ligne]. Population par âge [cité le 19 mai 2022]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
15. 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.* 2008;166(7):585-94. DOI: 10.1016/j.amp.2008.06.008
16. Airagnes G, Pelissolo A, Lavallée M, Flament M, Limosin F. Benzodiazepine misuse in the elderly : risk factors, consequences, and management. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(10):89. DOI: 10.1007/s11920-016-0727-9
17. WHO Centre for Health Development (Kobe J. A glossary of terms for community health care and services for older persons [En ligne]. Kobe, Japan: WHO Centre for Health Development; 2004 [cité le 21 juillet 2022]. Rapport no WHO/WKC/Tech.Ser./04.2. Disponible: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>
18. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;8.
19. HAS. Haute Autorité de Santé [En ligne]. 2009. Prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé [cité le 2 décembre 2022]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_656210/fr/pmsa-programmes-complets
20. HAS. [En ligne]. 2014. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? [cité le 5 mars 2022]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1771468/fr/comment-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-prescriptions-de-medicaments-chez-la-personne-agee
21. Assurance maladie. Choix d'une benzodiazépine dans les troubles anxieux ou les troubles du sommeil chez le sujet de plus de 65 ans polypathologique ou de plus de 75 ans. [En ligne]. 2014 [cité le 3 février 2022].
22. Ameli.fr [En ligne]. ROSP médecin traitant de l'adulte [cité le 19 mai 2022]. Disponible: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>
23. Victorri-Vigneau C, Laforgue E, Grall-Bronnec M, Guillou-Landreat M, Rousselet M, Guerlais M, et al. Are Seniors Dependent on Benzodiazepines? A National Clinical Survey of Substance Use Disorder. *Clin Pharmacol Ther.* 2021;109(2):528-35. DOI: 10.1002/cpt.2025
24. Queneau P, Doucet J, Paille F. Quand " déprescrire " les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. [En ligne]. [cité le 9 mai 2022].
25. Thompson W, Farrell B. Deprescribing: What Is It and What Does the Evidence Tell Us? *Can J Hosp Pharm* [En ligne]. 2013 [cité le 12 mai 2022];66(3):201-2. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3694945/>
26. Woodward MC. Deprescribing : achieving better health outcomes for older people through reducing medications. *J Pharm Pract Res.* 2003;33(4):323-8. DOI: 10.1002/jppr2003334323
27. Amandine PARNEY. La déprescription : des obstacles aux voies d'amélioration [Thèse d'exercice en ligne]. Lyon Est; 2015 [cité le 21 août 2022]. Disponible: <https://www.urps-med-aura.fr/publications/la-deprescription-des-obstacles-aux-voies-damelioration/>
28. Chauvin D. La déprescription en médecine générale qu'en pensent les patients? Amiens; 2017.

29. Laforgue E-J, Jobert A, Rousselet M, Grall-Bronnec M, Jolliet P, Feuillet F, et al. Do older people know why they take benzodiazepines? A national French cross-sectional survey of long-term consumers. *International journal of geriatric psychiatry* [En ligne]. 2020 [cité le 3 février 2022];7. Disponible: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/gps.5307>
30. Majou L, Rolland M-C. Consommation chronique des Benzodiazepines et apparentés chez les patients âgés en médecine générale. 2021 [cité le 26 novembre 2022]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03226314>
31. Benzecrit C. Consommation des psychotropes chez les personnes âgées vivant à domicile [Thèse d'exercice en ligne]. France: Université d'Angers; 2016 [cité le 26 novembre 2022]. Disponible: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20041174/2016MCEM6403/fichier/6403F.pdf>
32. Rosier L, Jourdain M, Rat C. Relation des patients consommateurs chroniques avec leur traitement par benzodiazépines: étude qualitative par entretiens auprès de onze patients âgés de 18 à 65 ans en Loire-Atlantique. [En ligne]. Nantes, France; 2017 [cité le 28 novembre 2022].
33. Perodeau G. [En ligne]. Systemic model of chronic benzodiazepine use among mature adults | Request PDF [cité le 28 novembre 2022]. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/273325378_Systemic_model_of_chronic_benzodiazepine_use_among_mature_adults
34. Bourin M. Faut-il encore utiliser les benzodiazépines ? PSN. Paris: Éditions Matériologiques; 2014;12(2):7-17. DOI: 10.3917/psn.122.0007
35. Morel C. Comment aborder et réussir une déprescription chez les sujets âgés ? Une étude qualitative auprès de médecins généralistes. 2014 [cité le 14 novembre 2022];101. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01072460>
36. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992;47(9):1102-14. DOI: 10.1037//0003-066x.47.9.1102
37. Crest MG. La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. 2012 [cité le 21 novembre 2022]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01474734>
38. Revue Medicale Suisse [En ligne]. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques [cité le 28 novembre 2022]. Disponible: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-80/l-entretien-motivationnel-quelques-reperes-theoriques-et-quelques-exercices-pratiques>
39. Fortini C, Daepfen J-B. L'entretien motivationnel : développements récents. *Psychothérapies*. Genève: Médecine & Hygiène; 2011;31(3):159-65. DOI: 10.3917/psys.113.0159
40. Dumur J, Csajka C, Pavec O, Messaoudi S, Crétignier T, Gaspar F, et al. Quelle alternative aux benzodiazépines, Z-pills et autres hypnotiques pour les personnes âgées ? Mélatonine, valériane ou clométhiazole. *Rev Med Suisse* [En ligne]. 2018 [cité le 16 novembre 2022]; Disponible: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2018/revue-medicale-suisse-626/quelle-alternative-aux-benzodiazepines-z-pills-et-autres-hypnotiques-pour-les-personnes-agees-melatonine-valeriane-ou-clomethiazole>
41. Gosselin P. Apport de la thérapie cognitivo-comportementale dans le sevrage des benzodiazépines : analyse des études d'efficacité. *J Thérapie Comport Cogn*. 2006;16(4):131-45. DOI: 10.1016/S1155-1704(06)70211-7

42. Collège national des universitaires en psychiatrie, Collège universitaire national des enseignants en addictologie. Référentiel de psychiatrie et addictologie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie [En ligne]. 3ème édition. 2021 [cité le 4 décembre 2022]. Disponible: <http://www.asso-aesp.fr/enseignement/1er-et-2e-cycle/referentiel-ecn/>
43. Klosko JS, Barlow DH, Tassinari R, Cerny JA. A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1990;58(1):77-84. DOI: 10.1037//0022-006x.58.1.77
44. François A. Connaissance et observance des traitements chroniques des patients au cabinet de médecine générale. 2016 [cité le 15 novembre 2022]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01341090>
45. Elbaz S. La connaissance d'une échelle d'évaluation de la dépendance aux benzodiazépines incite-t-elle le médecin généraliste à proposer un sevrage aux personnes âgées ? 2017 [cité le 1 décembre 2022]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01728022>
46. Cungi C. Comment lutter contre ses dépendances. Auxerre: Éditions Sciences Humaines; 2011;23(6):14-14.

Annexes

Annexe 1 : benzodiazépines et apparentées actuellement commercialisées en France (ANSM : état des lieux de la consommation des benzodiazépines. 2017)

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

Annexe 2 : guide d'entretien – version finale

* : questions rajoutées au cours de l'étude

Les sous-questions n'étaient pas posées systématiquement mais étaient utilisées par l'investigatrice si elle le jugeait nécessaire afin d'enrichir les entretiens.

1. Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?

- Age
- Sexe
- Mode de vie (statut familial / lieu de vie / statut social / profession exercée)

2. Quels médicaments prenez-vous tous les jours et à quoi servent-ils ?

S'il ne se souvient pas de tous ses médicaments : je lui montre son ordonnance et il peut me dire à quoi sert chaque médicament avec la liste sous les yeux.

3. Quels médicaments souhaiteriez-vous arrêter de consommer ?

4. Je voudrais revenir avec vous sur celui-ci (BZD), que pouvez-vous me dire de plus sur ce médicament ? Que représente-t-il pour vous ? Que vous apporte-t-il ?

- Dans quelles circonstances avez-vous débuté ce traitement ?
 - o Qui l'a introduit ?
 - o Pour quelle raison / indication ?
 - o Quelle était votre situation au moment de l'introduction du médicament ? (sur le plan personnel / professionnel / santé)
- Pour quelle durée a-t-il été initialement prescrit ?
- Quels sont les bénéfices de ce médicament pour vous ?
- Quels sont les effets indésirables de ce médicament ? Les connaissez-vous de manière générale ? *

5. Avez-vous déjà essayé, tout(e) seul(e), de diminuer ou d'arrêter ce médicament ? Si oui, comment cela s'est-il passé ?

6. Que vous évoque le terme « déprescription » ? L'avez-vous déjà entendu ? *

Après la réponse du participant, je lui donne la définition : action d'arrêter un traitement inutile, inapproprié ou dangereux.

7. Concernant votre traitement par BZD, un médecin a-t-il évoqué ou entrepris une déprescription ?

- Si oui : expliquez-moi comment cela s'est déroulé.
 - o Qui vous l'a proposée ?
 - o Comment l'avez-vous vécu ? / Qu'avez-vous ressenti ?
 - o Quels bénéfices avez-vous ressenti à l'arrêt de ce traitement ?
 - o Quelles difficultés avez-vous rencontrées à l'arrêt de ce traitement ?
- Si non : si on vous la proposait, qu'en penseriez-vous ? Comment réagiriez-vous ?
 - o Quels seraient les bénéfices à l'arrêt ?
 - o Quels seraient les freins / les craintes ?

Si besoin de précisions au cours de l'entretien, exemples de relances :

- Qu'entendez-vous par ... ?
- Pouvez-vous préciser ?
- Avez-vous un exemple ?

Annexe 3 : lettre d'information délivrée aux participants

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Elise DUPAS (interne en médecine générale), sous la direction du Dr Anne-Sophie RENOLLEAU (médecin généraliste), dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine générale. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer. Vous conserverez une copie de ce formulaire.

Vous vous entretenez avec un membre de l'équipe de recherche au cours d'un entretien individuel, qui durera approximativement trente minutes. Celui-ci vise à recueillir votre point de vue sur votre traitement habituel. L'objectif de cette étude est de comprendre pourquoi certains médicaments sont prescrits depuis plusieurs années, afin d'aider les médecins à adapter au mieux votre ordonnance.

L'entretien sera enregistré afin de retranscrire au plus près vos réponses.

L'étude se déroulera uniquement sous forme d'entretien : aucun geste technique ne sera pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique ne sera mise en œuvre. Vous pourrez mettre fin à l'entretien à tout moment.

Au début de l'entretien, il est possible que l'on vous pose quelques questions afin d'évaluer votre mémoire; ce test faisant partie des critères d'inclusion de l'étude.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire, aucune indemnisation ne vous sera octroyée pour participer à l'entretien.

Si vous le désirez, vous pourrez obtenir des informations complémentaires en contactant le chercheur avec qui vous serez en contact, par mail ou par téléphone.

A l'issue de l'étude, si vous le souhaitez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle nous vous proposons de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont soumises au secret professionnel. Selon la loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel. Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement ci-dessous.

Annexe 4 : formulaire de consentement

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé expliqué ci-dessus.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerais immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données collectées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

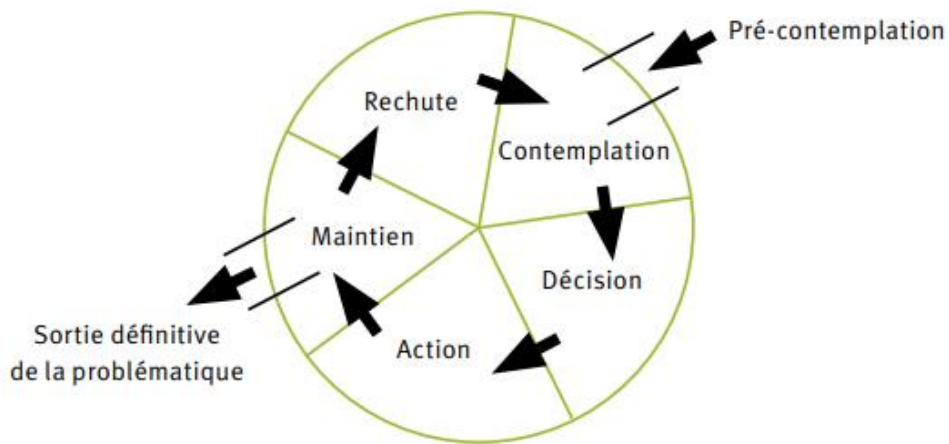
J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère par les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

<p>A compléter par le participant :</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Date :</p> <p>Lieu :</p> <p>Signature :</p>	<p>A compléter par le médecin investigateur :</p> <p>Je soussignée, Elise DUPAS, interne en médecine générale, déclare avoir recueilli le consentement de participation du patient à cette étude</p> <p>Date :</p> <p>Lieu :</p> <p>Signature :</p>
--	---

Annexe 5 : modèle transthéorique du changement selon Prochaska et Di Clemente
(Collège national des universitaires en psychiatrie, collège universitaire national des enseignants en addictologie. 3^{ème} édition. 2021)



- * **pré-contemplation** : l'individu n'a pas encore envisagé de changer son comportement qui présente suivant son point de vue moins d'inconvénients que d'avantages ;
- * **contemplation** : le patient pense que les inconvénients sont aussi importants que les avantages ;
- * **détermination** : le patient pense que les inconvénients sont plus importants que les avantages et envisage la nécessité du changement ;
- * **action** : le patient est activement engagé dans le changement, il pense qu'il peut avoir une efficacité personnelle dans le changement, il met en place librement un changement de comportement ;
- * **maintien** : le patient maintient son changement et trouve une confiance en lui dans cette possibilité ;
- * **rechute** : le patient abandonne le changement réalisé, mais peut recommencer le cycle des 6 étapes.

Annexe 6 : critères COREQ

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1.	Enquêteur / animateur	Quel(s) auteur(s) a/ont mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
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 ?
<i>Relations avec les participants</i>		
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 ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur / animateur <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
<i>Cadre théorique</i>		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours ethnographique, phénoménologie, analyse de contenu</i>
<i>Sélection des participants</i>		
10.	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
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 ?
<i>Contexte</i>		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
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 ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
<i>Recueil de données</i>		

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 ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Domaine 3 : Analyse et résultats

<i>Analyse des données</i>		
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 ?
<i>Rédaction</i>		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes / résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
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 ?

Annexe 7 : Severity Dépendance Scale (SDS)

Circle the answer that best applies to how you have felt about your use of _____ over the last twelve months.

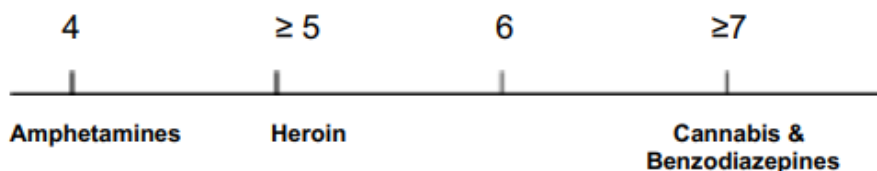
	Never/ Almost Never	Sometimes	Often	Always/ Nearly Always
Do you think your use of (substance) was out of control?	0	1	2	3
Did the prospect of missing a fix, shot or dose make you feel anxious or worried?	0	1	2	3
Did you worry about your use of (substance)?	0	1	2	3
Did you wish you could stop?	0	1	2	3

	Not Difficult	Quite Difficult	Very Difficult	Impossible
How difficult did you find it to stop or go without (substance)?	0	1	2	3

SDS total _____

SDS: Interpretation of Scores

The SDS is a valuable tool for assessing psychological dependence on drugs that have the potential for abuse. Place your score on the scale below.



The numbers above the scale are the suggested cut-offs for measuring psychological dependence on various drugs.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

**Vu, la Présidente du Jury,
Pr VICTORRI-VIGNEAU Caroline**

**Vu, la Directrice de Thèse,
Dr RENOLLEAU Anne-Sophie**

Vu, le Doyen de la Faculté,

Déprescription des benzodiazépines chez les consommateurs chroniques âgés : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients de plus de 65 ans

RESUME

Introduction : Bien que la consommation de benzodiazépines (BZD) en France soit en diminution depuis plusieurs années, elle reste importante, classant le pays au 2^{ème} rang européen. La consommation de BZD est d'autant plus importante chez les plus de 65 ans, puisque plus de 30% en consomment régulièrement. Les recommandations concernant la durée de prescription sont claires, pourtant, de nombreux patients consomment des BZD au long cours. Nous savons que les médecins rencontrent des difficultés à déprescrire cette classe thérapeutique. Afin de leur donner des clés pour faciliter la déprescription, nous avons interrogé des consommateurs chroniques de plus de 65 ans pour évaluer leurs connaissances sur leur BZD et leur point de vue concernant une éventuelle déprescription.

Méthode : nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés auprès de 18 patients de plus de 65 ans, consommant une ou plusieurs BZD depuis plus de 12 semaines. Les participants ont été recrutés dans les hôpitaux de Machecoul et Challans entre Décembre 2021 et Avril 2022.

Résultats : Notre étude a permis de mettre en évidence le statut particulier qu'avaient les BZD aux yeux des consommateurs chroniques âgés. Perçues comme magiques, elles procuraient des effets bénéfiques qui entraînent une banalisation de leur consommation et une minimisation de leurs effets secondaires. Leur prise était ritualisée, montrant qu'elles faisaient partie intégrante de la vie quotidienne des patients. Les échecs de sevrage antérieurs renforçaient le caractère indispensable du médicament. La plupart des consommateurs chroniques étaient dépendants et dans le déni de cette addiction. A l'abord d'une déprescription, les participants adoptaient soit une posture de refus, soit une posture ambivalente. Ces derniers semblaient d'accord au premier abord, mais finalement avaient du mal à trouver des bénéfices à l'arrêt du traitement. Le médecin généraliste jouait un rôle dans toutes les étapes en lien avec le médicament puisqu'il était protagoniste principal de la primo-prescription, du renouvellement et de la déprescription. Cependant, les patients déclaraient que les informations délivrées par le médecin lors de ces différentes étapes étaient insuffisantes.

Conclusion : Les patients sont fortement dépendants aux BZD. Le médecin généraliste a pour mission de les aider à prendre conscience de cette dépendance, puisque le déni les empêche d'adhérer au changement. Une fois l'ambivalence du patient mise en évidence, le médecin a pour rôle de l'explorer et de donner les clés au patient afin qu'il puisse la résoudre pour pouvoir, dans un second temps, arrêter sa consommation. Lors de la déprescription, le médecin doit accompagner le patient et mettre en place un suivi rapproché, afin de minimiser le taux de rechute.

MOTS-CLES

Benzodiazépine, consommation chronique, dépendance, déprescription, sujets âgés