



HAL
open science

Modalités de réévaluation et de déprescription des benzodiazépines à visée somnifère chez le patient de plus de 80 ans en médecine générale

Claire Millet Madranges

► To cite this version:

Claire Millet Madranges. Modalités de réévaluation et de déprescription des benzodiazépines à visée somnifère chez le patient de plus de 80 ans en médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04107529

HAL Id: dumas-04107529

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04107529v1>

Submitted on 26 May 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Modalités de réévaluation et de déprescription des benzodiazépines à visée
sommifère chez le patient de plus de 80 ans en médecine générale**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 23 Mai 2023

Par Madame Claire MILLET MADRANGES

Née le 1er octobre 1993 à Frejus (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie

Président

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Assesseur

Madame le Docteur KAYSER Marjorie

Assesseur

Monsieur le Docteur LAURETTA Raphaël

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

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

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

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

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

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

2009

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

2010

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

2011

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

2012

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

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

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

2015

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

EMERITAT

2016

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

2017

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

2018

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

2019

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

2020

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

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COSTELLO Régis	HABIB Gilbert
ALIMI Yves	COURBIERE Blandine	HARDWIGSEN Jean
AMABILE Philippe	CRAVELLO Ludovic	HOUVENAEGHEL Gilles
<i>AMBROSI Pierre Surnombre</i>	CUISSET Thomas	HRAIECH Sami
ANDRE Nicolas	DA FONSECA David	JACQUIER Alexis
ARGENSON Jean-Noël	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	JOURDE-CHICHE Noémie
ASTOUL Philippe	DANIEL Laurent	JOUVE Jean-Luc
ATTARIAN Shahram	DARMON Patrice	KAPLANSKI Gilles
AUDOUIN Bertrand	DAUMAS Aurélie	KARSENTY Gilles
AUQUIER Pascal	DAVID Thierry	<i>KERBAUL François détachement</i>
AVIERINOS Jean-François	D'ERCOLE Claude	KRAHN Martin
AZULAY Jean-Philippe	D'JOURNO Xavier	LAFFORGUE Pierre
<i>BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022</i>	DEHARO Jean-Claude	LAGIER Jean-Christophe
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	LAMBAUDIE Eric
BARLOGIS Vincent	<i>DENIS Danièle Surnombre</i>	LANCON Christophe
BARTHET Marc	DEVILLIER Raynier	LA SCOLA Bernard
BARTOLI Christophe	DISDIER Patrick	LAUNAY Franck
BARTOLI Jean-Michel	DODDOLI Christophe	LAVIELLE Jean-Pierre
BARTOLI Michel	DRANCOURT Michel	LE CORROLLER Thomas
BARTOLOMEI Fabrice	DUBUS Jean-Christophe	LECHEVALLIER Eric
BASTIDE Cyrille	DUFFAUD Florence	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUFOUR Henry	LEONE Marc
BENSOUSSAN Laurent	DUSSOL Bertrand	LEONETTI Georges
BERBIS Philippe	EBBO Mikaël	LEPIDI Hubert
BERBIS Julie	EUSEBIO Alexandre	<i>LEVY Nicolas disponibilité</i>
BERDAH Stéphane	FABRE Alexandre	LOOSVELD Marie
BEROUD Christophe	FAKHRY Nicolas	MACE Loïc
BERTRAND Baptiste	FAURE Alice	MAGNAN Pierre-Edouard
BERTUCCI François	FELICIAN Olivier	MANCINI Julien
BEYER-BERJOT Laura	FENOLLAR Florence	MEGE Jean-Louis
BLAISE Didier	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BLIN Olivier	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BLONDEL Benjamin	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOISSIER Romain	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BONELLO Laurent	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BONNET Jean-Louis	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
<i>BOUFI Mourad</i>	GAINNIER Marc	<i>MICHELET Pierre disponibilité</i>
BOYER Laurent	<i>GARCIA Stéphane disponibilité</i>	MILH Mathieu
BREGEON Fabienne	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRETELLE Florence	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BROUQUI Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BRUDER Nicolas	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
BRUE Thierry	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
BRUNET Philippe	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
BURTEY Stéphane	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CASANOVA Dominique	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CASTINETTI Frédéric	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CECCALDI Mathieu	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CERMOLACCE Michel	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHAGNAUD Christophe	GONZALEZ Jean- Michel	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAMBOST Hervé	GRAILLON Thomas	PADOVANI Laetitia
CHAMPSAUR Pierre	GRANEL/REY Brigitte	PAGANELLI Franck
CHANEZ Pascal	GRANDVAL Philippe	PAPAZIAN Laurent
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GREILLIER Laurent	PAROLA Philippe
CHARREL Rémi	<i>GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022</i>	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
CHAUMOITRE Kathia	GUEDJ Eric	PELLETIER Jean
CHIARONI Jacques	GUIEU Régis	PERRIN Jeanne
CHINOT Olivier	GUIS Sandrine	PESENTI Sébastien
CHOSSEGROS Cyrille	GUYE Maxime	PETIT Philippe
COLLART Frédéric	GUYOT Laurent	PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

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

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

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

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

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

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

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

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

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

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

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

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

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

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

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

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

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

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

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

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

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

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

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

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

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

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

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

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

UROLOGIE 5204

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

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury

Au Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Vous sachant particulièrement occupée, j'apprécie grandement votre présence qui m'est très précieuse.

Au Professeur GENTILE Gaëtan, que je remercie infiniment pour m'avoir fait l'honneur d'être dans ce jury. Le mésusage médicamenteux est un sujet qui vous importe et je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance pour cette thématique.

Au Docteur KAYSER Marjorie, qui m'a initié et fait apprécier la gériatrie malgré mon appréhension initiale. Merci pour ta compréhension et ta gentillesse au cours de ces 6 mois. Ton écoute et ton accompagnement des personnes âgées, ta pratique très centrée et attentive au patient en dépit d'un contexte hospitalier qui n'est pas évident sont un exemple. J'ai beaucoup appris à tes côtés. Je te suis également particulièrement reconnaissante d'avoir appuyé ma candidature auprès de Raphaël pour rendre possible cette thèse.

Au Docteur LAURETTA Raphaël, je te remercie infiniment de m'avoir fait confiance et accompagné dans cette étude alors que nous ne nous connaissons pas. Tu m'as guidé tout au long de ma thèse et tes conseils m'ont toujours été précieux. Le travail présenté dans ce document n'aurait jamais pu être réalisé sans toi et j'espère qu'il te fera honneur. Merci beaucoup.

Aux médecins que j'ai rencontrés au cours de mon internat

Aux équipes des urgences de l'hôpital de Ste Musse et de la Seyne, qui nous ont encadrés et ont été à nos côtés dans le contexte de découverte du Covid-19. Ce stage m'a fait débiter mon internat, apprécier les urgences et j'en suis ressortie plus forte.

Au Docteur TERRASSON Maxime, 1^{er} Maître de stage de médecine libérale, qui m'a permis d'apprécier la médecine libérale et d'affirmer ma volonté d'être médecin généraliste alors que je doutais. Première expérience également de la médecine rurale alors que je n'envisageais pas de quitter la ville. Tu m'as vraiment aidé à confirmer ma vocation, merci. Merci également à tous les médecins de ce cabinet d'avoir été présent.

Au Docteur DUGAS LE GUYADER Anne, merci pour ton accueil et tout ce que tu m'as appris.

À l'équipe du CSG de l'hôpital de Salon-de-Provence et au Docteur MONTEIL-BREK Magalie, merci pour votre bonne ambiance et votre accompagnement au cours de ce stage formateur dans une spécialité qui n'est vraiment pas simple, votre courage est indéniable. Merci à **Mme DUBOIS Martine** qui nous a soutenus au quotidien pour pratiquer une médecine respectueuse des patients.

Aux équipes de gynécologie et de pédiatrie de l'hôpital de Salon-de-Provence, qui nous ont formés et soutenus. J'ai beaucoup appris à vos côtés dans ce stage fort en émotions.

Aux Docteurs DUPUY Bruno et Docteur ANOULARD Caroline, 2^e semestre en médecine générale libérale. Stage de confirmation et d'affirmation, merci de m'avoir guidé et mis en confiance dans ce joli cadre qu'est le Vaucluse. Merci également à **Linda**, pour ta bonne humeur et ta gentillesse.

Aux Docteurs FRIESS Philippe et Sylvie, que je remercie de m'avoir reçu dans votre cabinet pour partager vos connaissances en endocrinologie et rhumatologie dans la joie et la sympathie. Merci également aux équipes d'**ORL du Centre Atlas** à Carpentras et **au Docteur CELLARIER Laure** qui m'ont accueilli et tant appris.

À la Maison de Gardanne, aux exceptionnelles équipes soignantes, personnels de la Maison et bénévoles ainsi qu'aux patients que j'ai pu côtoyer. J'y ai vécu des expériences humainement riches qui ne peuvent s'oublier. Vous effectuez un travail d'accompagnement des individus dans la dignité et le respect de la personne, dans tous les aspects qu'elle

comporte, et je conserverai longtemps l'exemple que vous représentez. En ces temps où l'on discute de l'aide médicale à mourir, vous m'avez montré l'humanité et l'importance des soins palliatifs.

Au Docteur VINAÏ DOURTHE Gwenaëlle et aux autres médecins du cabinet de La Farlède ainsi qu'au **cabinet de Vaison-La-Romaine (Jean-Claude, Christian et Sylvie)**, vous m'avez fait confiance lors de mes premiers remplacements et m'avez permis de m'affirmer en tant que médecin. **À Charlène**, tu es incroyable, merci de m'avoir sorti de beaucoup de galères et d'être présente avec ta joie naturelle et contagieuse.

Merci à tous ces médecins et à ceux que je n'ai pu citer, qui m'ont transmis leur savoir et ont fait de moi le médecin que je suis devenu.

À ma famille

À **ma courageuse maman**, dans les coups durs comme dans les moments de joie, tu nous as montré qu'il ne faut jamais abandonner. Tu as toujours été à nos côtés et sans toi, je n'en serais pas là où je suis aujourd'hui. Je retiendrais toujours ton post-it de P1 : « n'abandonne pas, tu n'as pas le choix ». Merci pour ton soutien, je t'aime.

À **mon frère**, que je supporte depuis 26 ans, que je maudis régulièrement, mais dont je ne pourrais pas me passer. J'adore nos moments passés ensemble, ta franchise me permet d'avancer et de devenir meilleure. Peu importe ce que nous réserve la suite, j'espère que nous resterons toujours liés.

À **ma petite mamie adorée**, toujours là et bienveillante. À nos étés à L'Isle-sur-la-Sorgue où vous nous avez tous accueillis des mois durant et qui constituent notre enfance, malgré les cahiers de vacances et cours de français dans la cuisine. Ces moments, ton veau aux carottes et le marché de l'Isles resteront ma Madeleine de Proust. Je t'aime et merci d'être là.

À **Laurent et Brigitte**, merci de m'avoir fait dévaler mes premières pistes noires, ces moments tennis et au Ventoux durant l'été, tes conseils précieux pour le quotidien et ta générosité.

À **Laura**, ma petite LauLau, dernière de la famille, mais qui ne manque pas d'énergie. Je suis contente que tu aies trouvé ta voie dans les études, tu es forte et volontaire, pleine de vie, ne change pas.

À **Jean, Christine et Julien**, aux blagues téléphoniques dans lesquelles je tombais toujours, aux barbecues et aux moments où nous étions tous ensemble en famille. Vous nous manquez, merci d'être là pour ce jour si particulier.

À **Manon**, aux après-midis jeu vidéo, à tes films d'horreur que je détestais et nos journées visionnage Harry Potter. À nos étés ensemble, grands moments de joies et de rires.

À ceux qui ne sont plus là, mais à qui nous pensons tous :

À **pépé chéri**, tu me manques énormément. Tu seras à jamais un père pour moi et tu nous as montré la voie. Je t'adore.

À **Mathieu**, tu es parti trop vite et sans avoir pu dire au revoir. Tu étais un boucan, le cousin plein de vie et qui ne savait jamais s'arrêter. Tu m'as montré comment vivre à fond sa vie et qu'il est capital de profiter du moment présent car on ne sait pas de quoi demain est fait.

À mes amis

À **Claudine**, 10 ans maintenant qu'on se connaît, que d'aventures connues (les Alpes, l'Espagne, le body attack et la fac). Tu es une femme incroyable et une super amie, trop hâte d'être à ton futur mariage avec **Baptiste**.

Au semestre des Urgences de Ste Musse : découverte du covid, soirées ligretto, nos brunchs du dimanche, soirées cinéma et footing à la plage.

À **Naima et Régis** : Vous êtes géniaux tous les 2. À cette journée à Valensole, apéros à Toulon, Porto, nos soirées jeux de société, WE aux skis. Tous ces moments de rires et de joie. Hâte de continuer à en profiter le plus longtemps possible (on est vraiment bien à Toulon, vous savez) et que l'on revoyage ensemble à nouveau !

À **Leah et Lilian** : la douceur de Leah avec qui on discutait en fin de journée pour soulager nos épaules, Lilian ta rigueur et notre guide dans les calanques. En espérant qu'on se fera ENFIN ce spa qu'on a vraiment mérité maintenant qu'on est toutes thésées ;).

À **Amandine, Alexis et Livia** : Vous formez une magnifique famille, Amandine pensée à toi qui allait nager en repos de garde, faut qu'on se voie plus souvent.

À **Audrey** : ton rire généreux et contagieux, beaucoup de choses se sont passées depuis ce semestre, hâte de voir votre petite fille à toi et **Boris**, merci 1 000 fois pour ton aide pour les stats.

À **Kristel** : pour ta joie toujours présente, merci pour ton diapo sur les risques liés à une morsure de chauve-souris qui m'a fait beaucoup trop rire, **A Julie** : à nos stages d'externats et leurs imprévus sur nos côtés "rebelles", félicitation pour ton mariage à venir, **À Laureline** : petite boule d'énergie toujours joyeuse, à nos après bronzage dans les jardins de l'hôpital, reste passionnée comme tu l'es par ta spé et ne change rien, **À Thomas** : discret, mais passionné par pleins de sujets, **À Victor** : à cette soirée d'anniversaire mémorable et ton sens de l'humour en toute circonstance, **À Maude** : qui m'a fait découvrir les coulisses de la biologie médicale et vos bilans bios pour vous-même. **À Nicolas** : ton sourire contagieux et ton cheesecake.

Au semestre à Barjols : pour lequel j'ai beaucoup pleuré avant d'y aller puis en repartant, à nos soirées au cabinet et aux déjeuners entre copines, aux visites à domicile qui m'ont fait connaître la vraie médecine générale.

À Marine : toi qui es extravagante et excentrique, à tes bêtises qui me sortent de mes soucis et à ton écoute attentive. Tu seras une super généraliste ainsi que maître de stage. Le DUMG aura de la chance de te compter parmi eux, tout comme le cabinet de Barjols.

Aux semestres à Salon-de-Provence (CSG et gynéco-ped) : aux soirées crêpes/pizza entre internes, aux ballets de la Patrouille de France à 14h, aux gardes qui nous ont soudé, mon fameux « vous êtes tous des planqués » et aux colocs incroyables.

À Natacha : super colocataire, nos soirées bières pour décompresser, ton incroyable projet d'aller à La Réunion qui m'a fait rêver. Merci pour ton soutien sans faille, de m'avoir poussé pour la thèse depuis 3 ans maintenant. J'ai vraiment hâte d'aller à la Réunion avec toi et JJ !

À Maëlia : à notre Meilleure coloc, tes super petits plats et nos soirées discussions ensemble. Je suis trop contente pour toi que tu aies trouvé ton équilibre à Tahiti, merci de me faire sans arrêt rêver avec tes photos et vidéos de plongée.

À Coralie et Julien : à nos projets farfelus de potagers et de piscine. Contente d'avoir été ta coloc et cointerne (ce fameux IDM à 4h du matin, ces journées ped et gynéco). Félicitation pour votre PACS à tous les deux, et merci pour votre accueil (et aux supers plats de Ju) le temps des remplacements.

À Marie : ma super co-interne de gériatrie, tu es passionnée par ce que tu fais et te donnes à 200 % tous les jours. Contente que tu prennes des moments pour toi aussi, tu le mérites.

À Thibou : j'aurais dû te suivre à la Réunion quand tu en avais parlé il y a 2 ans, bon j'y vais avec un peu de retard, tu es la force tranquille et toujours positif. **À Djena** : comme nous avions prévenu Thibou tu es folle, tu me fais beaucoup trop rire quand on se voit, reste comme tu es.

Au semestre à Carpentras : pour lequel j'ai aussi pleuré en y arrivant puis en repartant, je n'ai jamais connu un hiver aussi froid dans cet « appartement frigo », les chauves-souris et nos soirées.

À Amélie : tu débutais la médecine générale quand nous étions en coloc, tu es attentive et à l'écoute, je sais déjà que tu seras un super médecin.

À Titine et mes fleurs, nan je vous embête.

Bref merci à vous tous, **je vous adore !**

Table des matières

I.	Résumé	9
II.	Introduction	11
A.	Généralités sur les benzodiazépines et apparentés de type Z	12
1.	Pharmacodynamique ou mécanisme d'action	12
2.	Pharmacocinétique	13
3.	Cas des apparentés aux benzodiazépines	15
4.	Effets indésirables	15
5.	Indications et recommandations.....	18
6.	Stratégie de sevrage	20
7.	Alternatives aux BZD	22
B.	Le patient âgé.....	24
1.	Épidémiologie.....	24
2.	Physiologie du vieillissement.....	25
3.	Polymédication.....	26
4.	Modification physiologique du sommeil.....	27
III.	Méthode	29
A.	Type d'étude	29
B.	Population étudiée.....	29
C.	Recueil des données	30
D.	Éthique.....	31
E.	Objectifs	32
F.	Analyse des données.....	32
IV.	Résultats.....	34
A.	Caractéristiques de la population étudiée.....	34
1.	Données sur les praticiens interrogés	34
2.	Données sur les patientèles des médecins étudiés.....	35
B.	Pratiques de réévaluation des BZD.....	37
1.	Règles hygiéno-diététiques	37
2.	Prescription et réévaluation des somnifères	38
3.	Mesures de la sécurité sociale pour limiter l'abus de somnifère.....	41
C.	Modalités de sevrage des BZD	43
1.	Induction du sevrage	43
2.	Stratégies de sevrage	44

D.	Analyses comparatives.....	47
1.	Impact de la formation en gériatrie sur les pratiques.....	47
2.	Impact de l’ancienneté de pratique sur le sevrage des BZD.....	50
V.	Discussion.....	53
A.	Des médecins démunis face à la déprescription des BZD.....	53
1.	Un sevrage peu risqué sur le plan médical.....	54
2.	Sensibilisation des patients	55
B.	Vers une évolution de la prescription des BZD.....	58
1.	Renforcer l’anticipation du sevrage	58
2.	Politique de santé publique.....	60
C.	Forces, limites et biais de l’étude	62
1.	Forces de l’étude	62
2.	Limites	62
3.	Biais	63
VI.	Conclusion.....	64
VII.	Bibliographies.....	66
VIII.	Annexes.....	73
1.	Annexe 1 : Choix BZD après 65 ans par l’Assurance Maladie.....	73
2.	Annexe 2 : ECAB (Échelle cognitive d’attachement aux BZD) de la HAS.....	73
3.	Annexe 3 : Symptômes de sevrage aux BZD par HAS.....	74
4.	Annexe 4 : Agenda sommeil-éveil de la HAS	74
5.	Annexe 5 : Prise en charge trouble du sommeil par HAS.....	75
6.	Annexe 6 : Questionnaire de thèse	76
7.	Annexe 7 : Commentaires libres	77
8.	Annexe 8 : Tableau comparatif de l’échantillon en fonction de la formation en gériatrie...	79
9.	Annexe 9 : Tableau comparatif de l’échantillon en fonction de l’ancienneté de la pratique de la médecine générale	82
10.	Annexe 10 : Tableau comparatif de l’échantillon en fonction de la difficulté ressentie par les praticiens à sevrer en BZD.....	84
IX.	Abréviations	86

I. Résumé

Introduction : les benzodiazépines sont une classe thérapeutique couramment prescrite pour la prise en charge de l'anxiété ou des troubles du sommeil. Ces médicaments sont particulièrement présents chez les patients âgés pour lesquels une prescription inappropriée d'hypnotiques concernerait jusqu'à 10 % des plus de 75 ans. Pourtant ces traitements symptomatiques de l'insomnie ne sont pas dénués d'effets secondaires et le risque iatrogénique est majoré chez ces populations à risque avec des conséquences possibles au long cours. La HAS a émis plusieurs recommandations au cours des années ainsi que des campagnes de sensibilisation des médecins généralistes. Les autorités sanitaires ont également introduit les rémunérations sur objectifs de santé publique ou la prescription du ZOLPIDEM sur ordonnance sécurisée afin de lutter contre le mésusage des benzodiazépines. Cependant on observe une persistance du mésusage des benzodiazépines et apparentés chez les personnes âgées. L'objectif de cette thèse est d'évaluer les pratiques des médecins généralistes au cours de la réévaluation et du sevrage des benzodiazépines hypnotiques.

Matériel et méthode : on a réalisé une étude quantitative, observationnelle et descriptive s'intéressant aux médecins généralistes installés dans le Vaucluse.

Résultats : les recommandations de la HAS sont respectées par les praticiens avec les rappels des règles hygiéno-diététiques et le renouvellement régulier de benzodiazépines à demi-vie courte. On observe peu d'impact des ROSEP et prescription du ZOLPIDEM sur ordonnance sécurisée dans les attitudes des médecins généralistes et des patients. L'initiation du sevrage reste un moment difficile pour 84 % des médecins généralistes principalement confrontés à la peur des patients et à leurs attachements à ce traitement. Pour limiter cette utilisation au long cours, les informations sont correctement délivrées aux patients par les médecins de l'étude. La thérapie cognitivo-comportementale, en alternative aux benzodiazépines, demeure peu utilisée. La formation en gériatrie et l'ancienneté d'exercice des praticiens ne semblent pas modifier les prises en charge.

Conclusion : le médecin généraliste traitant est au cœur de la prise en charge des patients et est le principal prescripteur des traitements chroniques. La qualité de la relation entre le médecin et le patient est basée sur la délivrance de l'information et la confiance mutuelle. Le recours aux TCC et aux entretiens motivationnels constituent les principaux axes d'amélioration pour limiter le mésusage des benzodiazépines chroniques.

Mots-clés : benzodiazépines, médecine générale, troubles du sommeil, patient âgé, soins de santé primaire, conduite addictive, sevrage.

Keywords: benzodiazepine, general practice, sleep disorders, elderly, primary health care, addictive behavior, cessation.

II. Introduction

Les benzodiazépines et ses apparentés sont les médicaments les plus prescrits et les plus consommés en France.

En 2015, le dernier rapport de l'Agence Nationale de sécurité du médicament (ANSM) sur la consommation française de benzodiazépines (BZD) retrouve au total une vente annuelle de 117 millions de boîtes qui correspondrait à 13,4 % de la population française ayant reçu au moins un remboursement dans l'année (1). Cette consommation concerne principalement les femmes (avec 65 % de consommatrices) et est plus présente avec l'âge, où elle atteint jusqu'à 38,3 % des patientes de plus de 80 ans (1).

La France fait partie des pays les plus consommateurs au monde. Au niveau européen, nous étions 2^e après l'Espagne de benzodiazépine à visée anxiolytique et au 3^e rang pour la consommation d'hypnotique (1).

Au cours de mon internat, j'ai plusieurs fois été confrontée à l'appréhension des patients lorsqu'était évoquée une réévaluation des prescriptions de somnifères. La conviction de ne pas pouvoir s'endormir sans l'aide de ces médicaments laissant parfois une sensation d'impuissance au médecin. Pourtant, en parallèle nous accueillons régulièrement aux urgences des patients victimes des effets indésirables (EI) secondaires à cette prise médicamenteuse, dont des chutes qui entraînent des conséquences importantes au long cours sur leur qualité de vie.

Un patient de 80 ans présentant des symptômes de craving avec un traitement par OXAZEPAM, m'a fait m'intéresser à cette question de thèse et à la difficulté des médecins généralistes à sevrer leurs patients pour cette classe thérapeutique.

En 2019, Solène Drusch a démontré dans son étude que sur 6 millions de Français de plus de 75 ans, presque 40 % d'entre eux étaient concernés par des prescriptions médicamenteuses inappropriées dont la plus grande partie concernait les BZD avec jusqu'à 10 % d'hypnotiques (2).

Ces chiffres m'ont confortée dans ma motivation à conduire le travail à suivre portant sur les méthodologies ainsi que les freins présents en ambulatoire à la réévaluation et au sevrage des BZD chez les patients âgés.

A. Généralités sur les benzodiazépines et apparentés de type Z

1. Pharmacodynamique ou mécanisme d'action

L'Acide Gamma-Amino-Butyrique, aussi appelé GABA, est le principal neuromédiateur inhibiteur du système nerveux central (SNC) (3). Un neuromédiateur inhibiteur permet d'éviter une excitation prolongée des neurones, comme cela peut être observé dans l'épilepsie. Il joue également un rôle neurotrophique c'est-à-dire qu'il permet la croissance de certains neurones et se trouve d'ailleurs être un excitateur lors du développement embryonnaire humain. Ce composant est stocké dans des vésicules présynaptiques prêtes à s'exocytoser sous l'effet d'une excitation présynaptique. Une fois libérée dans la fente synaptique, son action est principalement postsynaptique en se fixant aux récepteurs GABA activant une hyperpolarisation postsynaptique : la rentrée d'une forte charge négative dans un neurone entraînant une diminution de son potentiel d'action postsynaptique et un freinage de son excitation.

Les récepteurs GABA intéressent 30 à 40 % des synapses du système nerveux dans toutes les zones du cerveau, principalement en regard du SNC comprenant le cerveau, le cervelet et la moelle épinière (4).

Il existe principalement 2 types de récepteurs GABA :

- Récepteur GABA A :

C'est un récepteur ionotrope, c'est-à-dire que la fixation du GABA sur l'une des 5 sous-unités (deux sous-unités α , deux sous-unités β , une sous-unité γ ou une sous-unité δ) du récepteur GABA A va permettre une entrée massive d'ions principalement chlorures (Cl^-) en postsynaptique. Les différentes sous-unités vont permettre de différencier plusieurs types de récepteurs GABA A, chacun avec sa spécificité.

Pour exemple, le récepteur BZ1 (avec une sous unité α 1 isoforme) sera responsable de l'effet amnésiant des BZD présents dans les anesthésies, quand les traitements à visées myorelaxants et anxiolytiques viseront en priorité les récepteurs BZ2 principalement situés au niveau spinal et dans le système limbique.

Les récepteurs GABA A sont présents essentiellement dans le cortex cérébral et le cervelet et sont les principales cibles des traitements à base de BZD (3).

– Récepteur GABA B :

C'est un récepteur métabotrope, c'est-à-dire qu'en modulant sa conformation dans l'espace et en s'associant à une protéine G, il permet une modification de l'équilibre ionique en pré et postsynaptique induisant une diminution de l'excitabilité neuronale des deux côtés de la synapse. Il est présent majoritairement dans le thalamus, le cervelet et la moelle épinière.

Des récepteurs GABA C ont aussi récemment été découverts, mais seraient un autre sous-type de récepteur GABA A, principalement situés dans la rétine, ils jouent également un rôle ionotrope mais ne sont pas concernés par les BZD.

Les BZD vont agir en potentialisant les effets du GABA via une fixation aux sous-unités α des récepteurs GABA A. comme cette molécule, d'autres substances vont permettre un mécanisme d'action similaire, comme la MELATONINE (5), les barbituriques, certains stéroïdes (tel que l'ALLOPREGNANOLONE, métabolites de la progestérone) ou encore l'alcool. Par opposition, le FLUMAZENIL est un antagoniste des récepteurs GABA donc s'oppose aux effets des BZD, c'est pourquoi il est utilisé comme antidote en cas de surdosage.

Certaines molécules vont avoir aussi une affinité spécifique à un type de récepteur, comme le BACLOFÈNE qui va se fixer uniquement au socle GABA B diminuant l'effet du craving en sevrage alcoolique ou aux morphiniques (6).

Via leur activité inhibitrice de l'excitation neuronale, les BZD possèdent plusieurs intérêts thérapeutiques : anxiolytique, sédative, anti-épileptique, myorelaxante, amnésiante et orexigène (7).

Leurs effets cliniques dépendront également de l'encombrement spatial de la molécule sur le récepteur ainsi que du degré d'occupation du récepteur : une occupation inférieure à 20 % induit un effet anxiolytique alors qu'un taux entre 30 à 50 % est pourvoyeur d'une action sédative (3).

2. Pharmacocinétique

La principale voie d'administration des BZD en médecine générale est orale.

Sa très bonne absorption digestive du fait de sa structure lipophile en fait une voie de choix avec des vitesses de résorption pouvant varier en fonction de sa présentation galénique. La solution buvable ou sublinguale est plus efficace que la forme solide.

En cas d'impossibilité du *per os* (PO), la voie intra-rectale est une voie de choix, car elle permet une biodisponibilité rapide grâce à un important réseau veineux et une absence de premier passage hépatique. Cependant, elle reste privilégiée à la pédiatrie, dans les crises d'épilepsie, du fait de sa présentation clinique.

La forme intramusculaire est possible en seconde intention, mais présente une résorption incomplète et une biodisponibilité lente et inégale. De plus, elle ne permet pas une action aussi rapide que PO. Elle est donc réservée pour les patients non compliants ou peu adhérents au traitement (8).

La galénique intraveineuse est favorisée en milieu hospitalier pour les crises d'épilepsie, les sevrages alcooliques ou les anesthésies. Cette forme permet d'éviter un temps d'absorption digestif, avec un effet plus rapide au niveau du SNC, mais majore également le risque de dépression respiratoire, situation nécessitant une surveillance clinique accrue.

Les BZD sont des molécules liposolubles, dont découlent plusieurs spécificités : elles ont une action rapide, peuvent être stockées dans les zones lipophiles (SNC, tissus adipeux) et doivent se lier à des protéines plasmatiques (85 % de fraction liée aux protéines, principalement l'albumine) pour circuler dans le sang. Elles peuvent traverser la barrière hémato-encéphalique, la barrière hémato-placentaire ainsi que passer dans le lait maternel. La prescription de cette classe thérapeutique chez la femme enceinte n'est cependant pas contre-indiquée, mais une BZD à courte demi-vie est préférentielle et à la posologie minimale efficace avec une surveillance accrue du bébé au moment de l'accouchement pour évaluer le risque de dépression respiratoire du nouveau-né (9).

Leur métabolisme est principalement hépatique via une oxydation par le cytochrome P450 puis glucurono-conjugaison, permettant de le rendre plus hydrosoluble avec la création de métabolites. Le produit de cette transformation est aussi actif que la molécule mère et peut majorer considérablement la demi-vie d'action du médicament. C'est notamment le cas du DIAZEPAM qui se dégrade en d'autres molécules actives avec une demi-vie ($T_{1/2}$) totale variant de 16 à 60 h. Cette biotransformation en métabolites plus ou moins actifs va induire une classification des BZD par leur $T_{1/2}$, c'est-à-dire le temps qu'il faut à l'organisme pour diminuer de moitié la concentration plasmatique du médicament.

On classe ainsi les BZD en fonction de leur temps de circulation dans l'organisme (10) en T $\frac{1}{2}$ courte si celle-ci est inférieure à 20 h ou T $\frac{1}{2}$ longue si elle est supérieure à 20 h (Annexe 1).

Enfin, l'élimination du traitement est quasiment exclusivement rénale.

3. Cas des apparentés aux benzodiazépines

Les apparentés aux BZD sont aussi appelés BZD de type Z (donnant acronyme BZRA) regroupent principalement 2 molécules : le ZOLPIDEM de la famille des imidazopyridines et le ZOPICLONE de la famille des cyclopyrrolones. Elles présentent une similarité de structure moléculaire leur donnant ainsi des propriétés similaires aux BZD.

Deux enquêtes d'addicto-vigilance, menées sur les périodes de 1993 à 2003 et de 2003 à 2010, ont montré un mésusage du ZOLPIDEM.

On différenciait 2 types de mésusage :

- Une utilisation par des patients chroniques à visée thérapeutique avec des doses et des durées de traitement supérieures aux recommandations.
- Une utilisation dans un objectif récréatif à visée hypnotique.

En 2014 et 2015, deux investigations nommées OSIAP (pour Ordonnances Suspectes Indicateurs d'Abus Possibles) menées par l'ANSM mettent en évidence que le ZOLPIDEM est la molécule la plus prescrite en ordonnance falsifiée, représentant 36,2 % des fraudes en France (11).

En conséquence, depuis avril 2017, les médicaments à base de ZOLPIDEM sont prescrits sur ordonnance sécurisée et pour une durée de prescription de vingt-huit jours maximum afin de limiter les abus.

Dans sa thèse, le Dr Combes a démontré que le passage sur ordonnance sécurisée du ZOLPIDEM a entraîné une diminution de prescription de 39 %, principalement avec une substitution par le ZOPICLONE et le LORMETAZEPAM (12).

4. Effets indésirables

Les BZD sont des molécules utilisées depuis les années 1950, principalement avec le DIAZEPAM.

Ses principaux EI sont bien connus et définis, même s'il persiste encore des doutes sur certains étant apparus plus récemment.

Les centres régionaux de pharmacovigilances sont chargés de remonter les principaux effets secondaires remarqués au décours de la prise d'un médicament.

a) Effets neurocognitifs

Les EI neurocognitifs sont les plus fréquents (23 % des EI).

Ils sont composés principalement par des syndromes confusionnels (5 %), une somnolence inhabituelle (4,5 %) voir un coma pour 4 % des EI signalés, plus minoritairement une amnésie antérograde (2 %) (1).

Une altération des fonctions cognitives a été mise en avant chez des patients avec une prise de BZD au long cours dans des méta-analyses et revues de la littérature (13, 14). On retrouve surtout un ralentissement des processus sensoriels et psychomoteurs, une diminution de la perception visuospatiale, un déclin des réflexes et de la concentration. L'étude PAQUID, analyse observationnelle multivariée a suivi pendant 20 ans un échantillon de population française de plus de 65 ans. Elle avait pour objectif d'évaluer le vieillissement cérébral et la perte d'autonomie, mais également d'objectiver des facteurs déclencheurs de démence et a montré un risque majoré de 50 % de survenue de démence chez les personnes ayant consommé des BZD et ce, qu'elle que soit l'antériorité d'exposition à ce traitement (15).

Néanmoins, les protocoles de recherche très hétérogènes et le nombre modeste de données à ce sujet ne nous permettent pas objectivement d'établir de liens de causalité entre la médication par des BZD au long court et l'apparition de démence (16). L'ANSM avait cependant préféré prévenir les médecins généralistes de cette donnée par courrier pour réaffirmer que « s'il est important de rappeler que les études épidémiologiques observationnelles ne peuvent pas mettre en évidence avec une certitude suffisante un rapport de causalité entre la prise des BZD et la survenue d'une démence, cette association, de faible intensité, vient s'ajouter aux autres risques déjà identifiés » (17).

b) Risque psychiatrique

On dénombre 17 % d'affection psychiatrique chez les patients sous hypnotique.

Un traitement au long cours de BZD entraîne une accoutumance, soit la diminution de leur efficacité pour une posologie identique.

La nécessité de majorer les doses pour avoir le même apaisement et la prise systématique avant le sommeil sont à l'origine d'une dépendance. La dépendance est définie par le DSM 5 comme le « besoin irrésistible et incontrôlable de consommer une substance ou d'effectuer certaines actions ». Cette addiction est encore plus présente si l'exposition est ancienne ou que le dosage est élevé (18). Une évaluation de « l'attachement » au traitement se fera par le questionnaire ECAB (Échelle cognitive d'attachement aux BZD). Ce test est composé de 10 questions (Annexe 2). Une dépendance au médicament est présente si le score est supérieur ou égal à 6/10 (avec une sensibilité de 94 % et une spécificité à 81 %) (19).

Le syndrome de sevrage représente « l'ensemble des manifestations physiques, psychiques ou comportementales étant présentes à la suite de l'arrêt ou à la diminution de la prise d'une substance ». Ces symptômes sont répertoriés par la HAS dans l'annexe 3. Il est le principal obstacle à l'interruption du traitement et est responsable de 80 à 95 % des rechutes avec rétablissement des somnifères (20).

Les signes de désaccoutumance peuvent apparaître pour une réduction de dose à partir de 50 %. Ils sont surtout prévalents pour une baisse à 75 % de la posologie initiale chez des patients ayant une consommation sur plus d'une année (21). Dans son analyse Schweizer et al (21) mettent en évidence plusieurs facteurs de risque de syndrome de sevrage que l'on peut diviser en plusieurs catégories :

- Facteurs liés à la prescription : les posologies importantes et une durée d'exposition longue sont liées à un sevrage plus difficile.
- Facteurs liés au patient : un terrain anxio-dépressif ou la présence d'autres addictions seront corrélés à un fort taux de mauvaise tolérance, un antécédent d'échec de désaccoutumance.

Cet EI sera d'autant plus présent que la déprescription sera brutale (22) avec un potentiel effet rebond, réapparition des manifestations ayant motivé initialement la prise de la substance.

c) Conséquences traumatiques

Les chutes représentent également 3,5 % des EI signalés. La méta-analyse de Leipzig et al (23) démontrait une majoration du risque de chute d'environ 48 %, ce danger serait augmenté si le patient était médiqué par plus d'un traitement psychotrope.

Une analyse cas-témoin (24) a montré que ces accidents sont plus fréquents avec les BZD à ½ vie longue.

Une étude de cohorte a relevé que le risque de chute est d'autant plus important que les BZD ont été initiés récemment avec un RR à 2,5 quand l'introduction datait de moins de 15 j contre un RR à 1,18 en utilisation chronique (25). De même, une augmentation des traumatismes a été observée dans la semaine suivant un changement de posologie ou de molécule dans une analyse espagnole (26).

Les accidents de la voie publique (AVP) sont aussi plus fréquents dans les suites d'une modification thérapeutiques (27). C'est pourquoi depuis 2005, les médicaments classe 3 comme les somnifères possèdent un pictogramme apposé sur leur emballage interdisant la conduite automobile.

5. Indications et recommandations

L'insomnie se caractérise par une perception subjective de sommeil de mauvaise qualité. Dans le DSM-5, la plainte d'insomnie est caractérisée si l'un des symptômes suivants est présent 3 j ou plus par semaine : latence d'endormissement > 30 min, réveils nocturnes totalisant + 30 min sur la nuit (de façon subjective), sommeil total < 6,5 h/jour ou efficacité du sommeil < 80 %, perception d'un sommeil de mauvaise qualité avec impact diurne (28).

Avant d'instaurer tout traitement, il convient de faire une anamnèse complète afin de connaître plus précisément la plainte du patient :

- Datation de cette contrainte : apparition aiguë et transitoire en réaction à un évènement particulier ou chronique présent depuis de plus de 3 mois ;
- Retentissement sur la vie quotidienne : hypersomnie diurne compensatrice, diminution de l'attention et de la concentration, fatigabilité irritabilité ;
- Rappel des règles favorisant un bon endormissement, vérification des rythmes d'éveil/sommeil avec la tenue d'un agenda sommeil/éveil (Annexe 4) (29) par exemple.

Plusieurs facteurs exogènes ou environnementaux participent aussi aux règles favorisant l'endormissement : une activité physique ou une activité sociale régulière, une exposition à la lumière naturelle (de préférence avant midi), un environnement calme et une température entre 18 – 20°, éviter les excitants après 16 h (caféine, théine, repas lourds, certains médicaments), des horaires stables de lever/coucher et éviter les siestes (30).

Selon les recommandations de la Haute Autorité de la Santé (HAS). Ce symptôme constitue un motif de consultation en soi (annexe 5).

Les insomnies chroniques sont le plus souvent l'expression d'un trouble anxio-dépressif pour lequel les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont généralement le traitement principal (30).

Il convient également d'éliminer une étiologie somatique en étant la cause comme un syndrome d'apnée du sommeil, syndrome des jambes sans repos, une hypersomnie d'origine neurologique telle que la narcolepsie, ou psychiatrique comme la bipolarité (30).

En 2014, la HAS a émis un nouvel avis quant au rapport bénéfice/risque des somnifères grâce à leur service médical rendu (SMR), qui résulte d'une analyse combinée de l'impact du médicament sur une pathologie donnée, de la gravité de la maladie traitée et des répercussions en santé publique. Le SMR des hypnotiques a ainsi été diminué de modéré à faible avec une diminution du taux de remboursement de 65 % à 15 %. Cet avis concerne : l'ESTAZOLAM (31), le LOPRAZOLAM (32), le LORMETAZEPAM (33), le NITRAZEPAM (34), le TEMAZEPAM (35), le ZOLPIDEM (36) et le ZOPICLONE (37).

En France, les médicaments à finalité hypnotique ou anxiolytique sont inscrits sur la liste 1 des substances vénéneuses et sont en délivrance sur ordonnance obligatoire. Pour les médications à visée somnifère, la durée de traitement est limitée à 4 semaines, permettant une réévaluation régulière (38).

Lors de l'introduction, la posologie minimale efficace ainsi que le temps de prescription le plus court sont recommandés.

De même, il est important d'informer le patient du risque de dépendance au moment de la prescription initiale de ce traitement ainsi que de la stratégie pour s'en défaire dès que possible (17).

Il est également conseillé de ne pas associer deux molécules à visée hypnotiques ou deux anxiolytiques.

La déprescription devra se faire de façon progressive pour éviter un effet rebond ou encore un syndrome de sevrage.

Une thèse pharmaceutique grenobloise a démontré une insuffisance de renseignement des patients avec seulement 46 % d'information délivrée par le médecin et 20 % par le pharmacien du risque de dépendance au traitement, pourtant une meilleure compréhension permet une plus grande acceptation de la nécessité d'une prise transitoire de cette médication (39).

6. Stratégie de sevrage

Les dernières recommandations de la HAS sur le sevrage des BZD sont apparues en 2015. Cette déprescription des BZD se fera de façon progressive en plusieurs étapes :

a) Intervention brève :

Elle peut avoir lieu au cours d'une consultation de réévaluation de l'ordonnance ou par courrier afin d'avertir le patient de la prescription hors indication de son somnifère et de lui proposer de l'aide pour cesser ce traitement (17).

Elle permet également de donner à la personne les informations sur les modalités de désaccoutumance. Cette étape est courte, à l'image du Conseil minimal pour le sevrage tabagique, et permet d'introduire l'idée que l'on veut arrêter ce traitement.

Une proposition rapide au moment du renouvellement par le médecin traitant est liée à un meilleur taux de diminution voir d'interruption des médicaments par les patients avec un effet visible au long cours, comme dans cette étude avec un suivi des patients à 36 mois (40).

b) Consultation dédiée :

Elle permet d'échanger avec le patient sur les différentes caractéristiques de cette spécialité pharmaceutique, des risques d'EI encourus ainsi que des bénéfices espérés par le sevrage. Réévaluer le motif de la médication avec une poursuite possible de ce dernier si ses indications sont toujours d'actualité, d'évaluer la dépendance du patient par le questionnaire ECAB.

Anticiper les situations nécessitant un suivi pluridisciplinaire, voir un sevrage au cours d'une hospitalisation :

- Présence d'autres addictions ou de polymédications ;
- Antécédents de comorbidités psychiatriques ou d'échec de sevrage des BZD ;
- Insomnie rebelle au traitement, ou nécessité de fortes doses.

En ambulatoire, devant la réticence ou le refus du patient à interrompre ou à entrer dans une démarche de sevrage en BZD, la reprise des explications sur les EI et le phénomène de dépendance sont nécessaires, mais ne sauraient être exclusives. La connaissance du patient, de son histoire, de ses représentations (peur de ne plus trouver le sommeil, appréhension d'une récurrence des symptômes) seront autant d'éléments qui permettront de guider la prise en charge.

Les symptômes de sevrage sont un motif d'anxiété à l'arrêt, ils sont temporaires et disparaissent en moyenne au bout de 1 à 3 semaines sans prise médicamenteuse quand ils sont présents (17).

Échelonner le sevrage en accord avec le patient ou lui proposer de diminuer uniquement la posologie en le faisant acteur de son parcours de soin sont des facteurs permettant une meilleure réussite (17).

Il est également recommandé d'en informer son entourage de cette démarche avec son consentement et de tenir un calendrier de décroissance posologique corrélé aux signes perçus lors du sevrage afin d'adapter la dégradation des traitements (17).

En 2016, une étude espagnole multicentrique (40) a mis en évidence qu'un suivi par des consultations régulières avec le généraliste ou des courriers introduisant la stratégie de sevrage et rappelant les RHD, a permis une meilleure abstinence au long terme avec 1,5 fois plus de patients sans somnifère au bout de 36 mois que dans le groupe contrôle.

c) Modalités de sevrage :

Le sevrage en ambulatoire doit être progressif et peut s'étaler sur plusieurs semaines ou plusieurs mois pour les patients avec une prise depuis plusieurs années (17).

Une alternative non médicamenteuse par TCC peut être proposée. Un encadrement par un traitement antidépresseur est possible si un épisode dépressif majeur accompagne les troubles du sommeil.

La rapidité de réduction du traitement et les fréquences de réévaluation sont dépendantes de l'attachement du patient aux somnifères et de son adhésion au protocole de désaccoutumance (41).

On effectuera une évolution par palier avec une réévaluation toutes les 2 à 4 semaines en fonction de la tolérance, d'où l'utilité d'un calendrier du sevrage.

Pour un traitement introduit récemment, une diminution de 25 % de la dose initiale est recommandée avec une réévaluation à 1 semaine. Puis une diminution de 12,5 à 25 % de la dose est possible tous les 15-30 jours.

L'accompagnement régulier du patient par son médecin grâce à des visites dédiées ou la possibilité de joindre un professionnel de santé engagé dans cette démarche permet une meilleure adhésion du patient dans les soins (42).

La présence de symptômes de désaccoutumance au cours de la décroissance médicamenteuse impose une stabilisation au palier actuel avec une réévaluation ultérieure (17).

À la fin du sevrage, une consultation peut être suggérée à une semaine de la dernière prise (moment où le risque d'effet rebond est important) puis un encadrement continu est proposé pour renforcer l'abstinence.

7. Alternatives aux BZD

a) Thérapies cognitivo-comportementales

Les TCC sont un ensemble de techniques ayant pour but d'améliorer l'assoupissement des patients. Les TCC recommandés par la HAS se concentrent principalement sur 4 aspects : le contrôle du stimulus, la restriction de sommeil, la relaxation musculaire progressive et le biofeedback.

En 2015, la revue *Annals of Internal Medicine* a publié une méta-analyse de la littérature sur les TCC. Elle montre une régression du temps d'endormissement de 19 min, un sommeil prolongé de 30 min et une perception de sommeil plus qualitative par les patients grâce à 3 méthodes, à savoir le contrôle du stimulus, la restriction du sommeil et l'hygiène du sommeil associée à la relaxation (43).

Si les données accessibles sont insuffisantes pour comparer de façon fiable les effets des TCC et des BZD, elles s'accordent sur une meilleure tolérance des TCC par les patients, l'absence d'EI et une qualité de sommeil au long cours de meilleure qualité (44, 45).

Pour autant l'emploi des TCC est limité d'une part par une disponibilité réduite en raison d'un nombre limité de soignants formés à leur utilisation et au faible nombre de centres du sommeil (5 en région PACA repartis entre Marseille, Nice et Toulon) (46) et d'autre part en raison du reste à charge de ces thérapies pour les patients qui constitue un frein certain à leur développement. Contrairement aux BZD, les TCC sont peu remboursées, ce qui implique une partie payante pour le patient.

b) Antihistaminiques

Les antihistaminiques (anti-H1) ont en principale indication le traitement des symptômes secondaire aux allergies. L'HISTAMINE étant également un neuromédiateur, les anti-H1 ont comme EI une augmentation de la somnolence. Cela est particulièrement vrai pour ceux de première génération comme l'HYDROXYZINE.

Cependant, en raison de leur action anticholinergique, ces traitements sont déconseillés aux personnes âgées. Ils élèvent le risque d'EI par rapport à un sujet jeune, tels les rétentions aiguës d'urine, l'augmentation de la confusion, et l'allongement du QT avec une majoration du risque de mortalité (47, 48).

Enfin, ils sont moins efficaces dans la latence avant endormissement que le ZOLPIDEM (47).

c) Mélatonine

La MELATONINE est une hormone naturellement synthétisée par la glande pinéale lors de l'endormissement, avec un pic maximal entre 2 et 4 h du matin, pour le maintien de notre rythme circadien et du rythme éveil/sommeil (49).

Elle a obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour sa forme à libération prolongée à 2 mg dans les cas d'insomnie primaire, en monothérapie et en courte cure, chez le patient de plus de 55 ans. Le comprimé doit être administré 1 à 2 h avant le sommeil pour reproduire la production physiologique de mélatonine avant le coucher.

Bien tolérée par les patients, elle n'entraîne pas de dépendance, sevrage ou effet rebond (28).

Son efficacité est reconnue, mais jugée modeste selon la HAS avec un SMR faible. Elle permet de limiter un éventuel recours à un traitement par BZD (50). Elle n'est cependant pas remboursée sauf pour les troubles du sommeil chez les enfants (51) ou les alternatives sont moindres.

d) Phytothérapie

Nombreuses sont les plantes vendues en tisane ou en PO pour leurs propriétés apaisantes et inductrices du sommeil : VALERIANE, PASSIFLORE, AUBEPINE, CAMOMILLE, etc.

Plusieurs essais pharmacologiques étudient ces principes actifs et ont pu montrer in vitro une interaction avec les récepteurs GABA A par la VALERIANE, la CAMOMILLE et la PASSIFLORE, facilitant ainsi l'assoupissement (52).

Cependant, leur efficacité clinique n'est pas encore démontrée, peu d'étude scientifique se concentrant sur ce sujet. Ainsi, il est actuellement difficile de donner un avis médical sur leur place dans le traitement dans les troubles de l'endormissement.

Pour la VALERIANE, substance qui a été la plus observée, les analyses se contredisent sur son efficacité. Pour autant, à la vue de sa bonne tolérance, elle peut être proposée pour les insomnies légères et transitoires (53).

B. Le patient âgé

1. Épidémiologie

Le dernier rapport de la direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) estime à 9 % la part des plus de 75 ans dans la société française (54). Avec une espérance de vie actuelle de 85 ans pour les femmes et 79 ans pour les hommes, la proportion des plus de 75 ans dans la population devrait continuer à s'agrandir avec une prévision à 16 % de la population générale pour 2052, malgré un ralentissement de cette croissance à cause de l'épidémie de Covid-19 (54).

Ce phénomène s'explique par le vieillissement de la génération du Baby-boom (brusque majoration du taux de natalité ayant lieu après la Seconde Guerre mondiale et s'étendant sur une période de 15 ans).

En 2018, le dernier rapport de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) montrait que 20 % des habitants de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) avaient plus de 65 ans. Ce taux grimperait à 30 % d'ici 2050 selon leur prévision en 2022 (55). Ce qui en fait le 3e territoire plus âgé de France, parmi lequel le Vaucluse compte plus de 58 000 personnes de plus de 75 ans.

Polypathologies et polymédications sont souvent en corrélation et la prévalence des patients polypathologiques augmente avec l'âge (2). Il en résulte une hausse de la consommation de soins avec l'avancée en âge.

En 2017, les patients âgés de plus de 85 ans représentaient plus de 66 % des assurés en affection longue durée (ALD). Leurs soins correspondaient à 80 % des remboursements pour ALD.

En 2016 pour la seule région PACA, les patients de plus de 75 ans avaient une dépense moyenne annuelle en santé de 7 574 € ce qui est non négligeable (56).

2. Physiologie du vieillissement

Le vieillissement est défini comme « l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr » par le collège de gériatrie (57).

Il est le produit de facteurs génétiques qui nous sont propres et de facteurs extérieurs ou environnementaux auxquels on est exposé au cours de son existence, comme la présence de maladie aiguë et chronique (58) ou de la iatrogénie, comme prédit dans le modèle du Pr BOUCHON.

Au niveau biologique, plusieurs des phénomènes composant la sénescence impactent la pharmacocinétique et la pharmacodynamie des BZD chez le patient âgé :

- La majoration de la masse grasse, expliquée par la diminution de la sensation de soif et la modification du métabolisme arginine vasopressine (59), induit une tendance à résister à l'insuline et donc une moins bonne réponse aux repas plus caloriques. Les BZD étant lipophiles, il en résulte une augmentation de volume de distribution et un allongement du temps de circulation des médicaments (58).
- Le vieillissement physiologique du système rénal, avec une perte du volume rénal de 10 à 20 % entre l'âge de 50 et 80 ans et une diminution des glomérules fonctionnels de 20 à 40 % à 70 ans diminue la clairance. La régression de cette dernière est de 0,5 à 1 mL/min/1,73 m² en moyenne et par an à partir de 50 ans. L'élimination des BZD par les patients s'en trouve significativement réduite (60).
- La diminution de la masse maigre secondaire, expliquée en partie par une diminution du taux de protéines plasmatiques. Si elle justifie la recommandation d'apports majorés en protéine chez la personne âgée (1,2 à 1,5 g/kg/j), la diminution de

l'albumine qu'elle entraîne n'implique pas de modification notable des concentrations sériques des BZD chez les patients (58).

3. Polymédication

La polymédication, définie comme « l'administration de plusieurs médicaments de façon simultanée » selon l'OMS, est courante chez le patient âgé (61).

Ainsi, selon la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), plus de 10 % des patients de plus de 75 ans consommaient en moyenne 8 à 10 médicaments quotidiennement en 2012.

Ce phénomène n'est pas exclusivement français, une étude européenne ayant démontré qu'en 2019, 86 % des Européens de cette tranche d'âge avaient consommé plus d'un médicament au cours des 15 derniers jours le principal facteur de la polymédication est la polypathologie (2).

Naturellement, la polymédication résulte principalement de polypathologies. On dénombre en moyenne la présence de 2 maladies chroniques chez les patients âgés de plus de 75 ans, dont 57 % de ces derniers souffrent d'une ALD (54). Cependant, des prescriptions inappropriées semblent également renforcer la polymédication chez les patients âgés (2).

En 2019, une étude réalisée à partir de données de l'assurance maladie française a ainsi observé 40 % de prescriptions inappropriées chez les patients de cette tranche d'âge. 30 % des incohérences remarquées résultaient de la prescription inappropriée de BZD, faisant de cette molécule la principale source de mésusage dans les prescriptions aux personnes âgées. Le caractère inapproprié de ces prescriptions était dû dans deux tiers des cas à des prescriptions au long cours et dans un tiers des cas à des prescriptions à longue demi-vie (62).

Cette polypharmacie entraîne une recrudescence des risques d'EI et des interactions médicamenteuses, facteurs de risque d'hospitalisation (63).

À noter, l'outil STOPP/START a été développé pour aider les médecins dans leurs décisions médicales et constitue un outil intéressant pour réévaluer des prescriptions inadaptées (64).

4. Modification physiologique du sommeil

La nuit, le corps se met en veille lorsqu'il est au repos. Le rythme cardiaque ralentit, la tension artérielle diminue de l'ordre de 20 %, les muscles se relâchent et la respiration diminue (49). On distingue 2 phases dans le sommeil : le sommeil lent, qui correspond aux 3/4 du sommeil, et le sommeil paradoxal ou rapid eye movement sleep. Si la première phase se caractérise par une diminution des activités cérébrales, le sommeil paradoxal correspond lui à un sommeil plus léger, proche du réveil, avec une animation nerveuse intense. C'est notamment le moment où l'on rêve. Durant l'endormissement, ces deux phases se succèdent au cours de cycles de 60 à 90 min qui se répètent 4 à 6 fois par nuit (49). Or, ce sommeil se dégrade avec l'âge.

L'étude de Ohayon, qui a analysé le sommeil de 3 577 personnes âgées de 5 à 102 ans, étudie cette dégradation. Plusieurs évolutions des caractéristiques du sommeil avec l'âge ont alors été observées, à savoir une augmentation du temps de latence avant l'endormissement, une qualité de sommeil moindre, des réveils plus fréquents et une diminution de la durée totale du sommeil (65). Ainsi, la durée moyenne de sommeil est de 350 minutes à 80 ans contre 450 minutes à 20 ans.

Cette dégradation du sommeil chez la personne âgée peut être attribuée à plusieurs facteurs biologiques, on remarque notamment une réduction de la synthèse endogène de MELATONINE, ce qui participe à désorganiser le rythme circadien. Ceci peut contribuer à décaler le sommeil, résultant en des siestes apparemment erratiques dont la réalisation stabilise la durée totale du sommeil au fil des jours. Les pathologies neurodégénératives comme la maladie à corps de Lewy et la maladie d'Alzheimer au stade de démence se caractérisent également par une inversion du rythme circadien et des troubles du comportement du sommeil paradoxal avec une hypertonie musculaire pendant le repos (66).

Une moins bonne observance des RHD du sommeil, avec la diminution de l'activité physique ou des interactions sociales, peut aussi en être la cause. Ainsi une étude américaine (67) a démontré une amélioration de la perception du sommeil chez 14 patients âgés après 15 jours pendant lesquelles les activités physiques et sociales ont été majorées.

Ces troubles du sommeil auront comme principales conséquences une fatigabilité diurne, des troubles de la concentration et de la mémorisation ainsi que des troubles de l'humeur gênant le patient au quotidien. On a également démontré que ces troubles, s'ils persistent dans le temps, augmentent les risques de maladies cardiovasculaires, métaboliques ou encore la mortalité (68). L'insomnie est également l'un des principaux facteurs d'accident de la voie publique, estimée responsable de 30 % des accidents mortels (69).

III. Méthode

A. Type d'étude

Notre étude est quantitative, observationnelle, descriptive et transversale. Elle analyse les modalités de pratiques des omnipraticiens dans leur conduite face à l'utilisation au long cours des BZD.

B. Population étudiée

La population étudiée est composée des médecins généralistes, installés ou collaborateurs, exerçant dans le Vaucluse.

Les critères d'exclusion sont :

- Les médecins remplaçants et les médecins non diplômés ;
- Les médecins exerçants en clinique ou dans un service hospitalier ;
- Les médecins exerçants en dehors du Vaucluse ;
- Les médecins ayant refusé de répondre au questionnaire.

La liste de recrutement a été élaborée à partir de plusieurs sources :

- Le site internet « annuaire santé Ameli » ;
- Le site internet « doctolib » ;
- Le « guide de stage des internes » pour les stages de SN1 et de SASPAS de la Faculté de Médecine de Marseille pour le semestre de Novembre 2022.

Au total, une liste de 482 praticiens généralistes en libéral a été constituée. Par la suite, les secrétariats de ces médecins ont été contactés pour leur faire part de mon projet de thèse. Sur ces 482 médecins, 336 ont accepté de recevoir un questionnaire.

Concernant les 76 médecins n'ayant pas voulu répondre au questionnaire : 21 ont arrêté leur exercice médical, 32 ont changé de pratique et 23 refusent de participer à ce travail, principalement par manque de temps ou ne se reconnaissant pas dans le sujet de cette thèse.

C. Recueil des données

Le questionnaire se compose de questions à choix unique, de questions à choix multiples ainsi que de questions ouvertes et libres. Ce questionnaire est présent en annexe 6 et les réponses libres sont répertoriées en annexe 7.

Il comprend 31 questions, réparties en 3 parties :

- Partie 1 : données sociodémographiques. Composée de 7 questions, cette partie s'intéresse à la population étudiée ;
- Partie 2 : données sur votre pratique quant à la réévaluation des traitements. 14 items s'intéressant à l'introduction et à la réévaluation des hypnotiques ;
- Partie 3 : données sur votre pratique quant à la déprescription des traitements. Partie concentrée sur les pratiques de sevrage des médecins généralistes à travers 10 questions.

Ce questionnaire a été adressé aux médecins généralistes par courriel et par courrier postal pour obtenir un taux de participation maximal.

Les médecins qui ont répondu par voie électronique ont reçu un mail avec le lien GoogleForms® à 3 reprises : le 5 janvier 2023, le 1er février 2023 et le 24 février 2023. D'autres médecins ont pu être joints ultérieurement dans le délai d'inclusion et ont reçu une 2e relance électronique le 15 mars 2023. Ainsi, 318 praticiens ont reçu au moins deux fois le questionnaire par courriel.

Les 18 médecins ayant exprimé le souhait d'être contactés par courrier ont quant à eux reçu le questionnaire avec une enveloppe timbrée de retour libellée à l'adresse de l'étude. L'envoi des 18 courriers a été effectué le 16 janvier 2023, sans relance ultérieure. Certains médecins nous ayant avertis de leur difficulté à répondre au questionnaire par informatique ou n'ayant pas répondu au mail ont également reçu le questionnaire par courrier, résultant en un total de 35 questionnaires papier envoyés.

La diffusion a aussi été réalisée avec l'aide du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) du Vaucluse dans sa Newsletter de janvier 2023 ainsi qu'à travers le mailing liste de certaines Maisons Médicale de Garde du département, lorsque l'accord des régulateurs était obtenu.

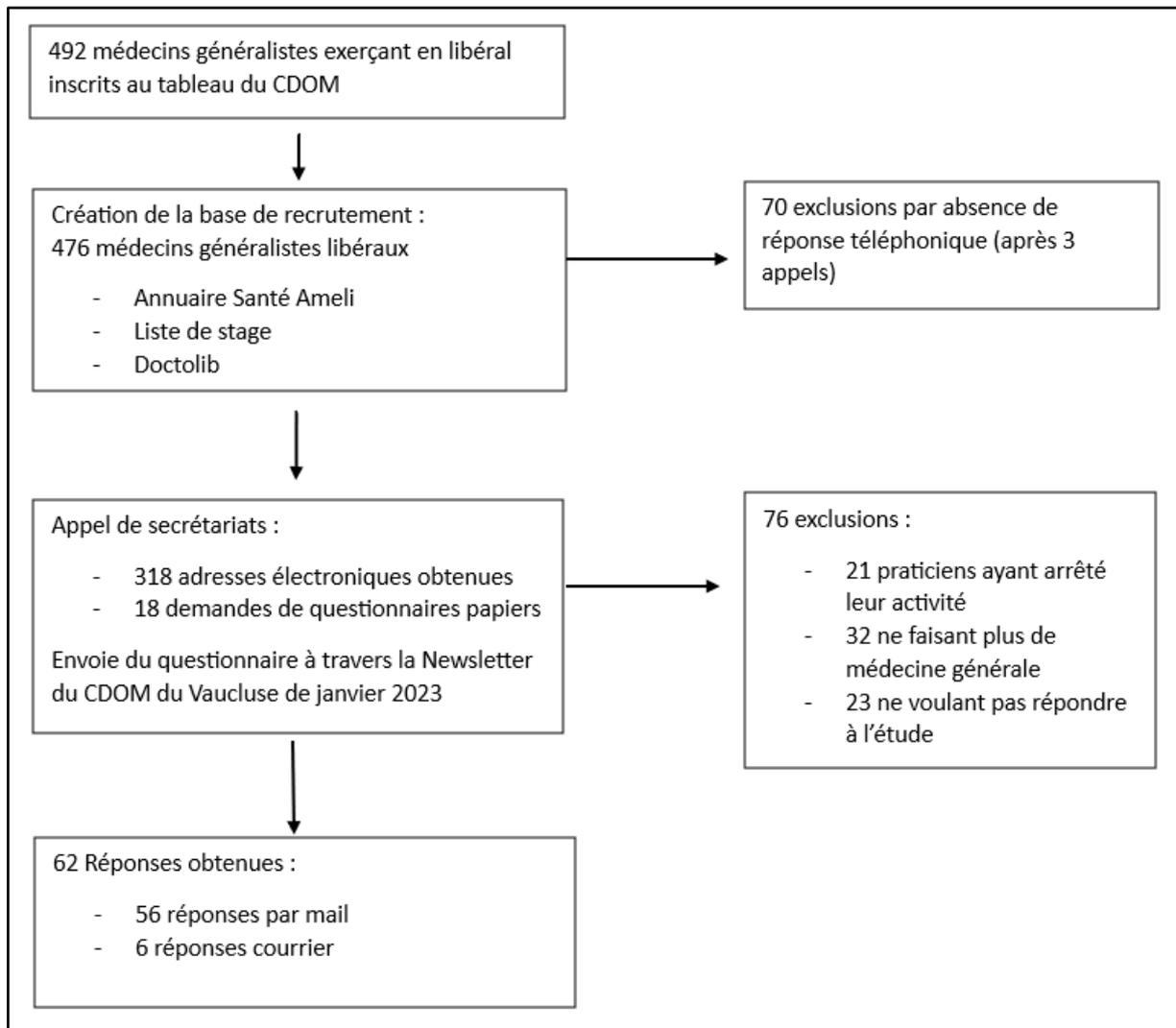


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

Le recueil de données, effectué du 5 janvier 2023 au 23 mars 2023 a abouti à 64 retours sur les 336 questionnaires envoyés. L'ensemble des données recueillies a été intégré à un tableur Excel.

D. Éthique

Ce projet de recherche n'implique pas la personne humaine. Il n'entre pas dans le champ de la Loi Jardé, loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 (70) et ne nécessite donc pas d'avis du Comité de Protection des Patients (CPP), ni de promoteur ou d'assurance.

En outre, les adresses électroniques des omnipraticiens étaient demandées dans le GoogleForms® de l'étude afin d'éviter les doublons et relances inutiles. Cependant, les réponses reçues étaient quant à elles totalement anonymisées.

Cette étude n'a pas bénéficié de financement extérieur. De plus, je n'ai pas de conflit d'intérêt relatif à ma thèse à déclarer.

E. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de décrire les pratiques relatives à la réévaluation et au sevrage des BZD somnifères chez les patients de plus de 80 ans par les médecins généralistes du Vaucluse.

Les objectifs secondaires cette étude sont :

- Analyser l'impact de la formation en gériatrie sur les pratiques des médecins généralistes relatives au sevrage des BZD chez les personnes âgées ;
- Étudier les évolutions des prescriptions et de sevrage des BZD en fonction de l'expérience des soignants.

F. Analyse des données

La taille de l'échantillon nécessaire a été calculée à partir de la formule suivante :

$$\text{Taille de l'échantillon} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Avec :

- N. correspondant au nombre de généralistes vauclusiens soit 482 libéraux selon le CDOM ;
- « e » le risque d'erreur à 5 % ;
- « p » l'écart type de 0,5 ;
- « z », le Z-score fixé à 1,96 pour un niveau de confiance établi à 95 %.

Cela implique la nécessité d'obtenir 215 réponses pour que l'étude soit significative. Ainsi, les 64 réponses obtenues ne permettent pas à cette étude d'être significative au regard des normes habituellement employées pour ce type d'analyse. Cependant, et à défaut de pouvoir accéder à un échantillon plus grand dans un délai compatible avec la réalisation de cette thèse, il a été décidé de poursuivre l'étude sur les données recueillies.

Pour chaque question, une analyse descriptive des variables qualitatives a été réalisée en nombre et en pourcentage à l'aide du site de statistique pvalue.io (71).

Lorsque la comparaison entre les réponses de deux groupes de médecins était étudiée par analyse bivariée, le Test exact de Fischer ainsi que le Test du Chi 2 étaient alors appliqués afin de vérifier le caractère significatif de cette comparaison.

IV. Résultats

A. Caractéristiques de la population étudiée

1. Données sur les praticiens interrogés

Les médecins ayant participé à notre étude sont aussi bien des hommes que des femmes, ces dernières représentant 53 % des participants.

Les praticiens âgés de 56 ans à 65 ans sont les plus représentés dans notre étude (29 % de notre échantillon). Les moins de 36 ans représentent 16 % de notre échantillon. Seule la tranche de 36 ans à 45 ans est peu représentée avec 2 % de notre population uniquement.

Concernant l'ancienneté de leur pratique, la population étudiée est répartie de façon uniforme sur les tranches allant de moins de 10 ans à 39 ans d'exercice de la médecine. Les médecins installés depuis plus de 39 ans sont minoritaires avec seulement 5 % de réponse.

53 % de la population étudiée déclare ne pas avoir reçu de formation à la prise en charge de la gériatrie en médecine générale. Parmi les médecins se déclarant sensibilisés à ce sujet, 62 % attribuaient leur connaissance grâce à la participation d'une formation médicale continue (FMC) à la gériatrie en soins primaires.

Enfin, pour cet item, il était proposé aux médecins d'exprimer des réponses libres. Il en ressort que pour 6 soignants, l'internat et les enseignements à la faculté ont été marquants dans leurs connaissances gériatriques. Le compagnonnage et l'apprentissage sur le terrain grâce aux activités mixtes libérales/EHPAD étaient également évoqués par les praticiens.

Les caractéristiques des participants à cette étude sont résumées dans le tableau 1.

	Catégories	Population (%)
Sexe	Hommes	29 (47 %)
	Femmes	33 (53 %)
Âge	Moins de 36 ans	10 (16 %)
	Entre 36 ans et 45 ans	1 (2 %)
	Entre 46 ans et 55 ans	9 (15 %)
	Entre 56 ans et 65 ans	18 (29 %)
	Plus de 65 ans	8 (13 %)
Ancienneté de pratique	Moins de 10 ans	15 (24 %)
	Entre 10 à 19 ans	18 (29 %)
	Entre 20 ans et 29 ans	9 (15 %)
	Entre 30 ans et 39 ans	17 (27 %)
	Plus de 39 ans	3 (5 %)
Sensibilisation à la gériatrie	Non	33 (53 %)
	Oui : capacité de gériatrie	3 (5 %)
	Oui : DU ou DIU de gériatrie	2 (3 %)
	Oui : FMC traitant de gériatrie	18 (29 %)
	Oui : participation à un congrès de gériatrie	0 (0 %)
	Oui : Formation à la faculté de médecine ou au cours de l'internat	6 (10 %)

Tableau 1 : caractéristiques des médecins ayant répondu à notre étude

2. Données sur les patientèles des médecins étudiés

Dans ce questionnaire, les médecins sont interrogés sur les particularités de leur exercice. Les réponses reçues sont purement déclaratives, car basées sur le ressenti des médecins et à priori impossibles à vérifier par un observateur autre que le médecin concerné. Cependant, pour déclarer leur pourcentage de patients âgés de plus de 80 ans, il était demandé aux médecins de s'appuyer sur les statistiques élaborées par la sécurité sociale disponibles sur le site Amelipro (72).

À noter, si la proportion de patients de plus de 80 ans et le pourcentage de patients avec une prescription d'hypnotique de plus de 4 semaines sont disponibles en ligne, le pourcentage de patients cumulant ces deux traits n'était quant à lui pas disponible.

	Catégories	Population n (%)
Proportion de patients de plus de 80 ans dans votre patientèle	Inférieur ou égal à 20 %	45 (73 %)
	Entre 21 % et 40 %	12 (19 %)
	Entre 41 % et 60 %	3 (5 %)
	Entre 61 % et 80 %	1 (2 %)
	Supérieur à 80 %	1 (2 %)
Proportion de patients de plus de 80 ans estimant avoir un mauvais sommeil	Inférieur ou égal à 20 %	9 (15 %)
	Entre 21 % et 40 %	22 (35 %)
	Entre 41 % et 60 %	11 (18 %)
	Entre 61 % et 80 %	12 (19 %)
	Supérieur à 80 %	0 (0 %)
	Ne sait pas	8 (13 %)
Proportion de patients de plus de 80 ans avec un traitement par hypnotique	Inférieur ou égal à 20 %	40 (65 %)
	Entre 21 % et 40 %	13 (21 %)
	Entre 41 % et 60 %	5 (8 %)
	Entre 61 % et 80 %	1 (2 %)
	Supérieur à 80 %	0 (0 %)
	Ne se prononce pas	3 (5 %)

Tableau 2 : Caractéristiques des patientèles des médecins interrogés

Les médecins de notre étude déclarent en majorité (73 %) avoir moins de 20 % de patients âgés de 80 ans et plus dans leur patientèle.

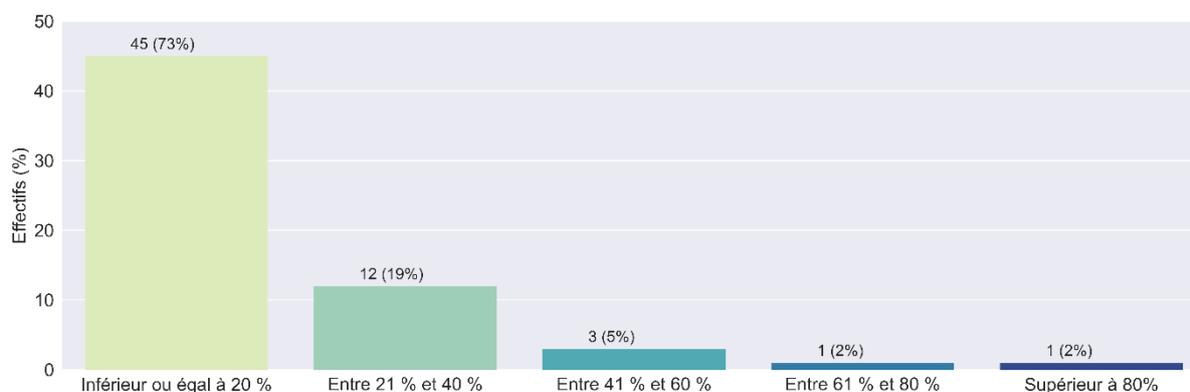


Figure 2 : estimation de la proportion de patients de plus de 80 ans dans la patientèle

Les troubles du sommeil sont majoritairement (35 %) estimés entre 21 et 40 %.

Nous notons que pour la moitié des médecins interrogés, plus de 40 % de leur patientèle présente des troubles du sommeil, signant l'importance de la problématique du sommeil dans la pratique des médecins ayant répondu à notre étude.



Figure 3 : estimation de la proportion de patients de plus de 80 ans déclarant des troubles du sommeil

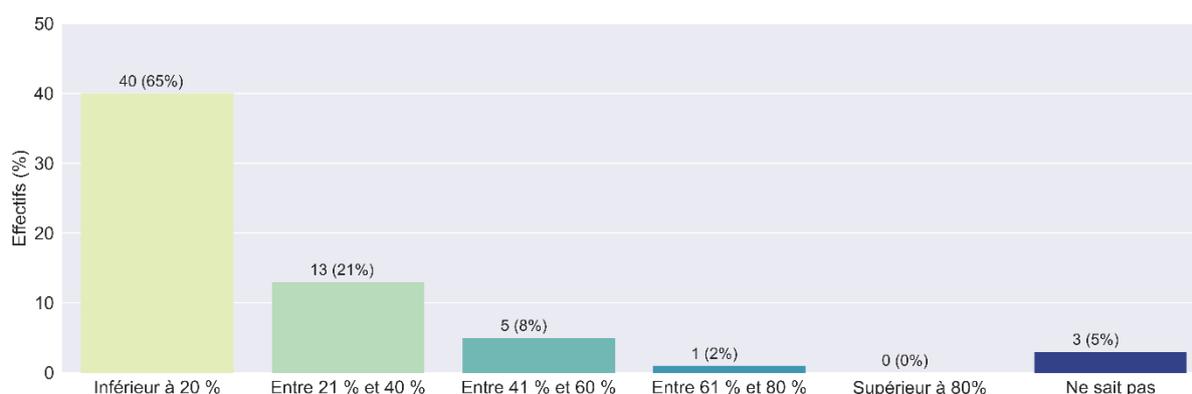


Figure 4 : proportion de patients de plus de 80 ans avec un traitement hypnotique selon les soignants

Enfin la majorité des patients de plus de 80 ans n'était pas traitée par BZD somnifères. En effet, 65 % des médecins déclarent avoir moins de 20 % de leurs patients médiqués avec un traitement hypnotique.

B. Pratiques de réévaluation des BZD

1. Règles hygiéno-diététiques

Cette section s'ouvre sur deux questions théoriques relatives aux RHD du sommeil afin de tester les connaissances des médecins interrogés sur ce sujet.

Les réponses obtenues, synthétisées avec les figures 5 et 6, montrent que l'ensemble des participants (soit plus de 75 %) s'accordent sur les conduites conseillées aux patients pour favoriser leur endormissement.

Ces dernières sont conformes aux recommandations de la HAS (30) et n'appellent pas de commentaire particulier.

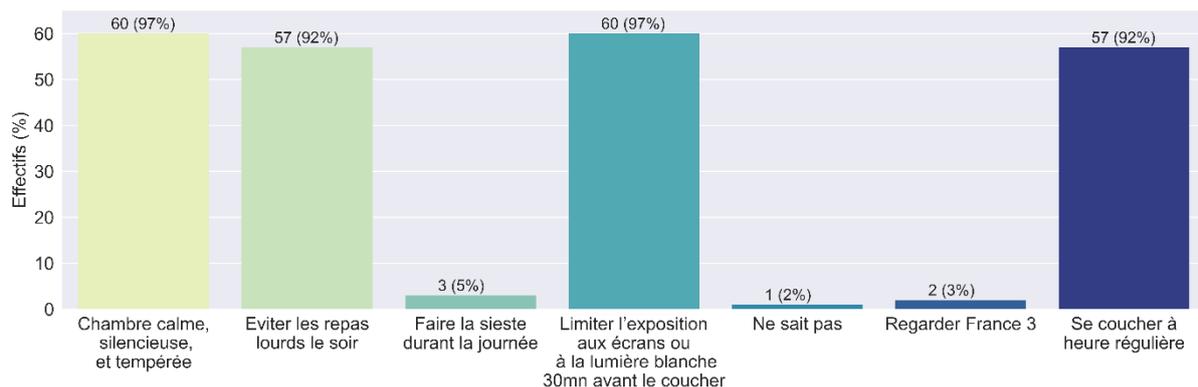


Figure 5 : paramètres environnementaux connus par les praticiens comme favorisant l'endormissement

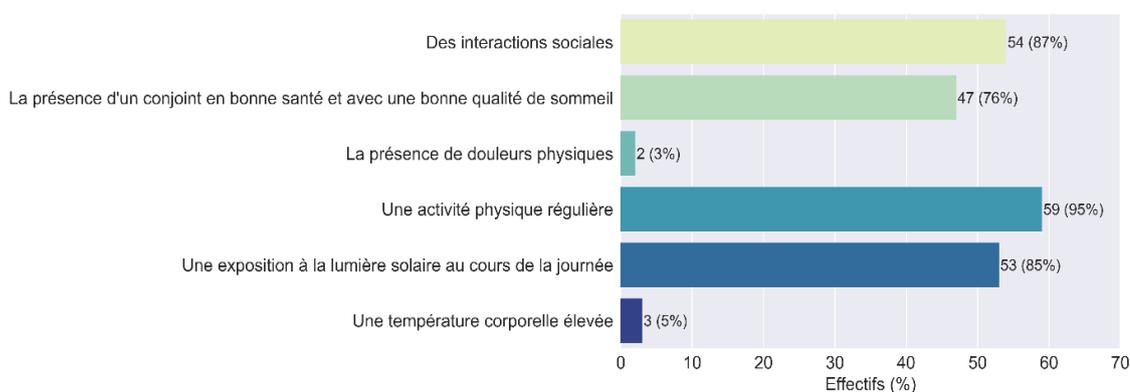


Figure 6 : Habitudes de vie connues par les praticiens comme améliorant le sommeil

Enfin, à la question « rappelez-vous régulièrement les RHD aux patients pour lesquels vous prescrivez une BZD à visée hypnotique », 76 % des praticiens répondaient positivement.

2. Prescription et réévaluation des somnifères

Cette sous-partie s'intéresse aux BZD à visée somnifère les plus prescrites par les praticiens de notre échantillon avant de questionner leur réévaluation.

Pour cela, il a été demandé dans un premier temps aux médecins de citer les 3 BZD à visée somnifère qu'ils estiment prescrire le plus.

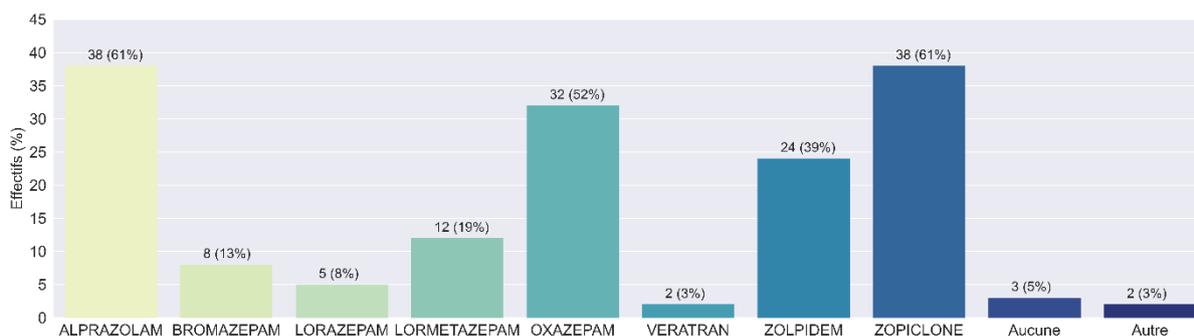


Figure 7 : les BZD hypnotiques habituellement prescrites par les médecins

NB : la figure 7 se lit de la façon suivante « l'ALPRAZOLAM fait partie des 3 BZD à visée hypnotique les plus prescrites par 61 % des médecins interrogés ».

Dans notre étude l'ALPRAZOLAM, le ZOPICLONE et l'OXAZEPAM sont les BZD que les médecins estiment avoir le plus prescrites. Ces dernières sont suivies de près par le ZOLPIDEM malgré sa prescription sur ordonnance sécurisée.

Les LORMETAZEPAM, BROMAZEPAM et LORAZEPAM sont également citées mais de façon plus anecdotique, moins de 20 % de réponses évoquant ces thérapeutiques.

Parmi les réponses libres données à ce sujet, le CLOTIAZEPAM ressort à deux occurrences, soit 3 % des réponses tandis que le PRAZEPAM est cité 1 fois.

Afin de ne pas développer de nouvelles addictions avec des traitements récemment introduits, il a été demandé aux généralistes les trois mesures qu'ils utilisent pour prévenir la dépendance aux BZD des patients dès la primo-prescription.

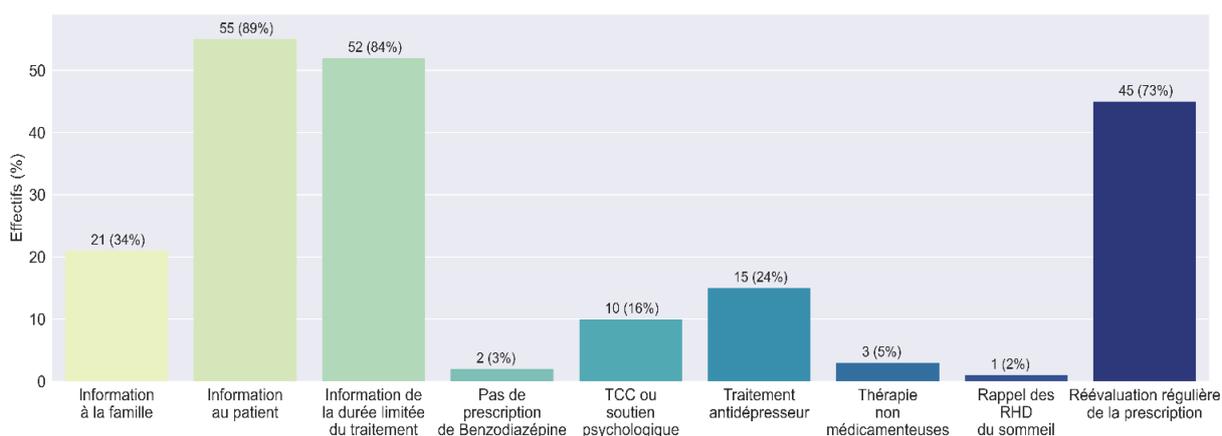


Figure 8 : stratégies habituellement employées par les médecins pour limiter la prescription de BZD au long cours

Les réponses obtenues indiquent que la délivrance de l'information du patient sur les bénéfices et risques d'un traitement au BZD ainsi que de la sensibilisation sur la durée limitée d'une telle thérapie est faite plus de 80 % des praticiens. L'information des familles est également mise en avant par un tiers des médecins questionnés.

Cependant, la prescription simultanée d'anti-dépresseurs et de BZD à visée somnifères n'est mise en avant que par 24 % des soignants.

Une fois le sujet de la primo-prescription des BZD abordé, les médecins ont été questionnés sur la réévaluation de ces traitements. La réévaluation des hypnotiques est une action mensuelle pour 40 % des praticiens.

Pour les autres, la réévaluation est réalisée tous les 3 mois (26 %) ou en fonction du patient (27 %).

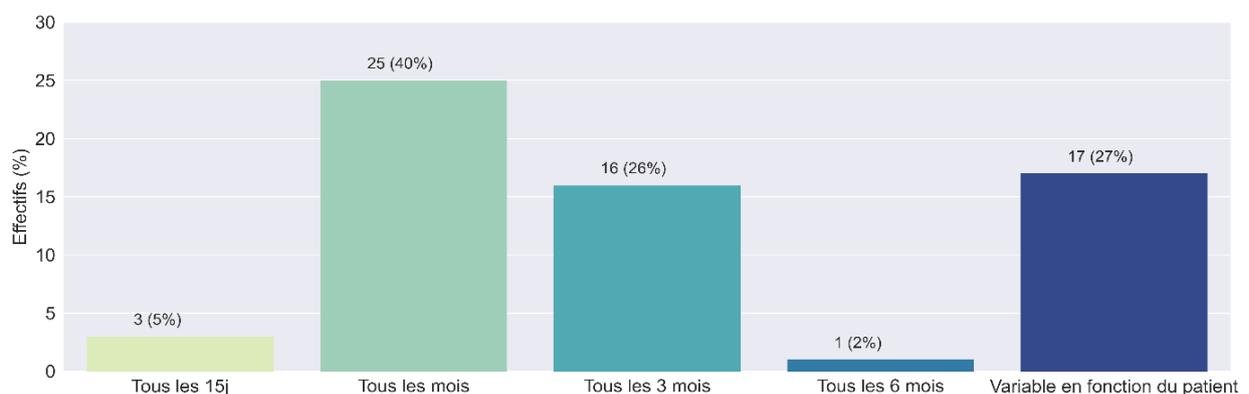


Figure 9 : fréquence de réévaluation des traitements hypnotiques employée par les médecins

Enfin, les médecins ont été interrogés sur le renouvellement des prescriptions de BZD à visée somnifère.

Précisément, il leur a été demandé si ces renouvellements impliquaient systématiquement une réévaluation du traitement.

Dans notre étude, 50 % des praticiens déclarent ne pas réévaluer les traitements par BZD avant leur renouvellement. Les motifs de cette absence de réévaluations ont été récoltés sur un mode déclaratif par réponse libre.

Il ressort :

- **Le refus de la part des patients évoqué par 42 % des praticiens concernés :** « Quand il est pris depuis plusieurs années avec refus de réévaluation de la part du patient », « Patient " accro " à la molécule », « Harcèlement du patient pour avoir son comprimé » ;
- **Le manque de temps mit en avant par 39 % des médecins :** « Manque de temps dans une consultation complexe », « charge de travail importante », « Chronophage et souvent pas de résultat » ;
- **Le découragement dut à des échecs antérieurs, pour 19 % de ces généralistes :** « Échecs de tentatives de réévaluation par le passé », « Je le prends depuis 30 ans docteur " », « Traitement chronique chez des personnes très âgées qui ne voudraient l'enlever pour rien au monde !! Je ne me bats pas dans ces cas-là ».

Dans une question fermée, les médecins interrogés déclarent à 90 % que l'insistance du patient à poursuivre son traitement par BZD est la raison du renouvellement sans réévaluation de ce traitement.

3. Mesures de la sécurité sociale pour limiter l'abus de somnifère

a) Prescription du ZOLPIDEM sur ordonnance sécurisée

Comme indiqué dans le paragraphe portant sur les BZRA, la sécurité sociale a mis en place le système de l'ordonnance sécurisée afin réduire les mésusages liés au ZOLPIDEM. Aussi, il semble pertinent d'étudier les effets de ce mode de prescription sur la perception des BZD par les médecins et les patients.

La question sous-jacente étant de savoir si le passage en ordonnance sécurisée du ZOLPIDEM a contribué à sensibiliser les praticiens et patients sur les risques liés à ces prescriptions.

Pour les praticiens, les avis sont mitigés. 52 % des praticiens interrogés déclarent ne pas avoir changé leurs habitudes de prescriptions à la suite du passage du ZOLPIDEM en ordonnance sécurisée tandis que 48 % reconnaissent un impact sur leurs ordonnances.

Le passage du ZOLPIDEM sur ordonnances sécurisées n'a cependant pas eu d'impact sur les patients pour 66 % des soignants.

Ainsi, le passage en ordonnance sécurisée de ce médicament a eu un impact limité sur la perception de ce dernier par les médecins et leurs patients.

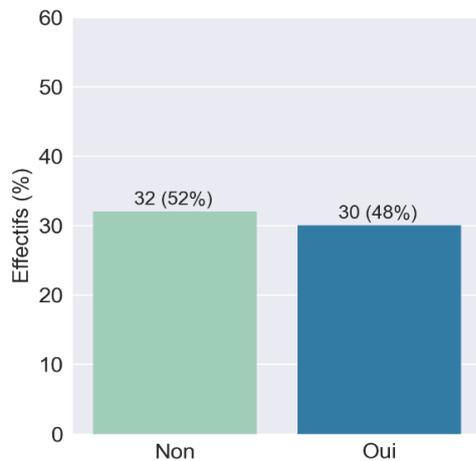


Figure 10 : reconnaissance d'un impact des ordonnances sécurisées sur la façon de prescrire le ZOLPIDEM.

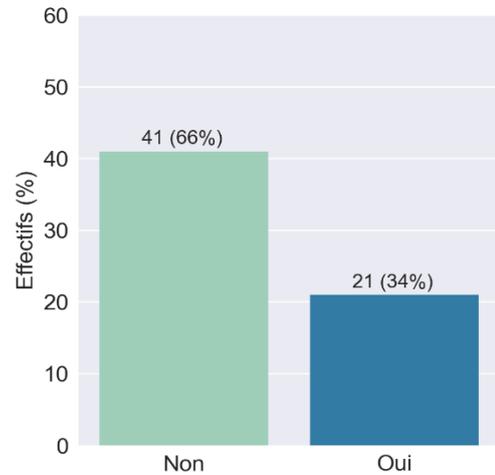


Figure 11 : reconnaissance d'un impact des ordonnances sécurisées sur la perception du ZOLPIDEM par les patients.

b) Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

Un autre mécanisme mis en place par la sécurité sociale pour diminuer cette prescription est la ROSP.

Ainsi, en juillet 2011, une convention entre les médecins et l'assurance maladie a mis au point les ROSP permettant de valoriser « l'engagement des médecins sur des objectifs de santé publique relatifs à la prévention, au suivi des patients chroniques, à l'efficacité et à l'organisation du cabinet » (73).

Cette convention fixe notamment un objectif de moins de 30 % de patients pour lesquels le « MT a initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines ». À court terme, et devant la complexité de cette réduction de prescriptions, un objectif intermédiaire de 47 % a été décidé. Ce dernier existe depuis maintenant plusieurs années.

Seulement 58 % des praticiens interrogés dans notre étude déclarent connaître la ROSP sur les BZD somnifères.

Parmi les médecins sensibilisés aux ROSP, 72 % reconnaissent ne pas avoir changé leurs habitudes de prescriptions.

En l'état, le ROSP n'apparaît pas réduire significativement le mésusage des BZD par les médecins généralistes.

C. Modalités de sevrage des BZD

1. Induction du sevrage

Sevrer les patients concernés par les mésusages est nécessaire pour réduire les prescriptions inappropriées de BZD.

Nous avons questionné les praticiens sur les raisons les incitant à arrêter un traitement par BZD. Les 3 principales causes incitant à l'arrêt du traitement par BZD sont :

- La survenue d'une chute pour 85 % des personnes interrogées ;
- La présence d'une polymédication en seconde place avec 82 % de réponse ;
- Un EI indésirable (autre qu'une chute) en lien avec les BZD pour 79 % des personnes.

Nous notons également que la présence d'un diagnostic différentiel comme le SAOS a été citée par un médecin.

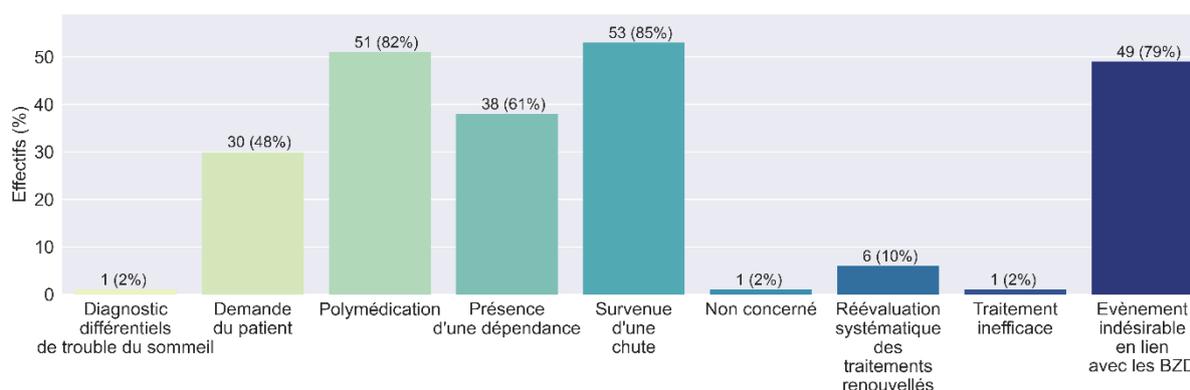


Figure 12 : évènements déclenchant l'arrêt d'un traitement par BZD somnifère.

La présence d'une dépendance est évoquée comme motivation d'un arrêt de prescription de BZD par 61 % des sondés.

Le corollaire est que 39 % des médecins interrogés n'ont pas eu, au moins dans un passé proche, à arrêter un traitement au BZD à la suite de la détection d'une dépendance chez un patient.

Cette dernière statistique étonne à la vue du caractère addictif des BZD.

De même, seulement 13 % des praticiens déclarent connaître l'ECAB, outil validé pour la détection des phénomènes de dépendance chez les patients déjà présent dans les recommandations HAS depuis 2007 (74).

Il a également été demandé aux médecins si ces derniers perçoivent des difficultés lors de l'annonce de la décroissance d'un traitement BZD à visée somnifère aux patients âgés. À cette question, 84 % des participants ont répondu positivement.

Nous avons exploré cette difficulté à travers une question libre pour laisser ces médecins évoquer les obstacles auxquels ils font face en libéral.

Nous relevons que le refus du patient de modifier le traitement est récurrent chez les patients pour 85% des médecins interrogés, la force de l'habitude des patients étant rapportée par 74 % des médecins et la banalisation des BZD par le patient pour 68% des répondants. Plus que la peur de la récurrence des symptômes, c'est donc bien l'attachement des patients à une situation dont ils ne perçoivent pas la sensibilité qui peut inciter ces derniers à s'opposer aux évolutions de leurs traitements.

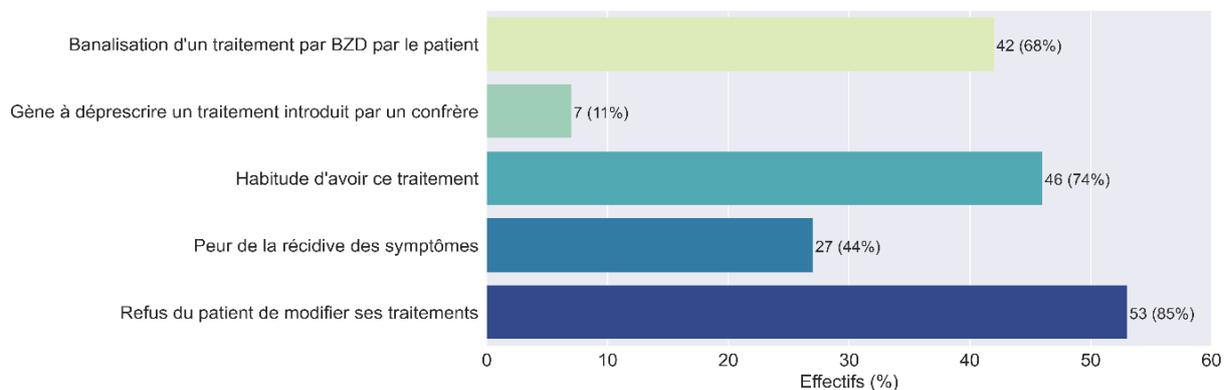


Figure 13 : obstacles rencontrés par les médecins lors de la déprescription des hypnotiques.

Si nous étudions ces obstacles en fonction des médecins se trouvant en difficulté, nous trouvons que le refus de la part du patient est plus accentué encore avec 92 % de réponses.

2. Stratégies de sevrage

Cette annonce d'une décroissance d'un traitement BZD à visée somnifère aux patients âgés est donc un sujet difficile à aborder.

Dans 66 % des cas, ce sujet est évoqué au moment du renouvellement des ordonnances.

À l'opposé, l'annonce au cours d'une consultation dédiée au sevrage n'est pas pratiquée par les médecins, aucun ne l'ayant mentionné.

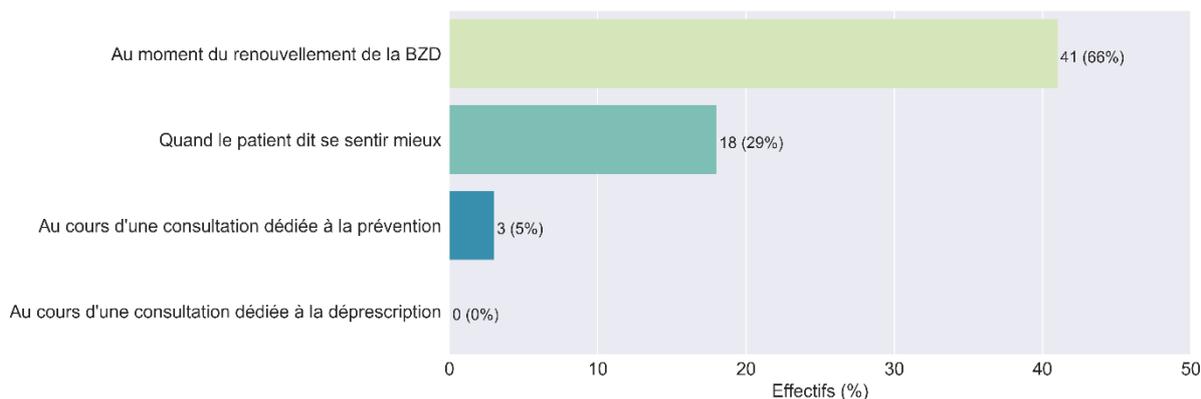


Figure 14 : moment où est abordé le sevrage du somnifère.

Comment les médecins initient-ils la décroissance du traitement aux BZD introduite ?

60 % des praticiens interrogés évoquent une dégression progressive du traitement, en fonction de la tolérance du patient et sans qu'un schéma de décroissance posologique ne soit initialement décidé.

Un quart des interrogés débutent par une diminution de 25 % la posologie initiale. Les réductions plus rapides ne sont pas favorisées par les praticiens, 13 % seulement optant pour une réduction initiale de 50 % et 3 % pour un arrêt net du traitement.

En parallèle de la diminution des posologies prises par les patients, les médecins peuvent prescrire des alternatives aux somnifères afin de prévenir les symptômes de sevrage.

Nous leur avons demandé s'ils ont l'habitude de recourir à une des alternatives recommandées lors d'un sevrage.

35 % des médecins déclarent employer la phytothérapie lors de la déprescription de BZD. Environ 20 % des praticiens emploient des traitements antihistaminiques ou à base de MELATONINE tandis que 10 % prescrivent des anti-dépresseurs.

À noter, 15 % des médecins n'utilisent aucune alternative en parallèle du sevrage des BZD. Également, les traitements antipsychotiques tels la CYAMEMAZINE n'ont été évoqués par aucun praticien.

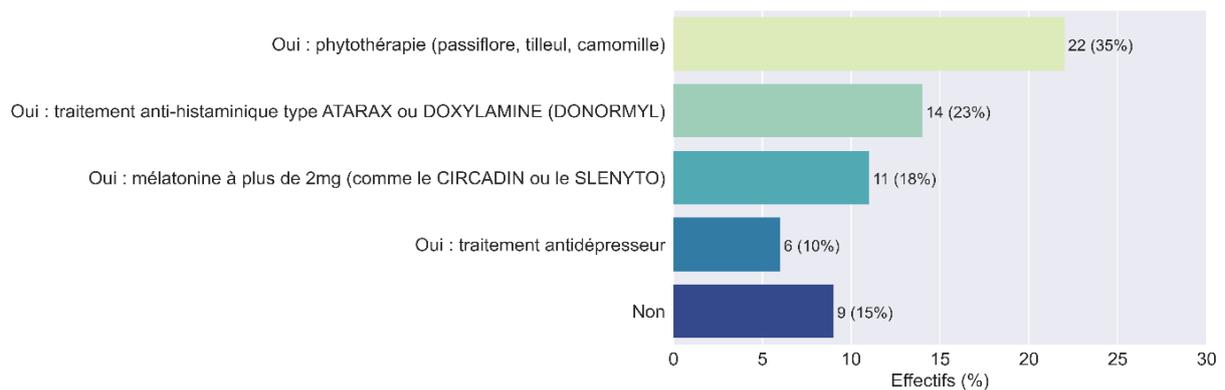


Figure 15 : alternative préférentiellement prescrite en parallèle du sevrage des BZD

Si des symptômes de sevrage apparaissent tout de même, la plupart des soignants (40 %) ont pour habitude de stabiliser la posologie donnée tandis que 20 % majorent le traitement. Dans ces deux cas, l'objectif de sevrage du patient est cependant maintenu.

Pour un quart des médecins, l'apparition des effets du sevrage est l'occasion de mettre en place une alternative non psychotrope afin de poursuivre la déprescription.

Enfin, la détection de symptômes de sevrage peut entraîner l'abandon de ce dernier : 13 % des praticiens reviennent à la posologie initiale et 10 % des cas maintiennent le traitement à une dose moindre.

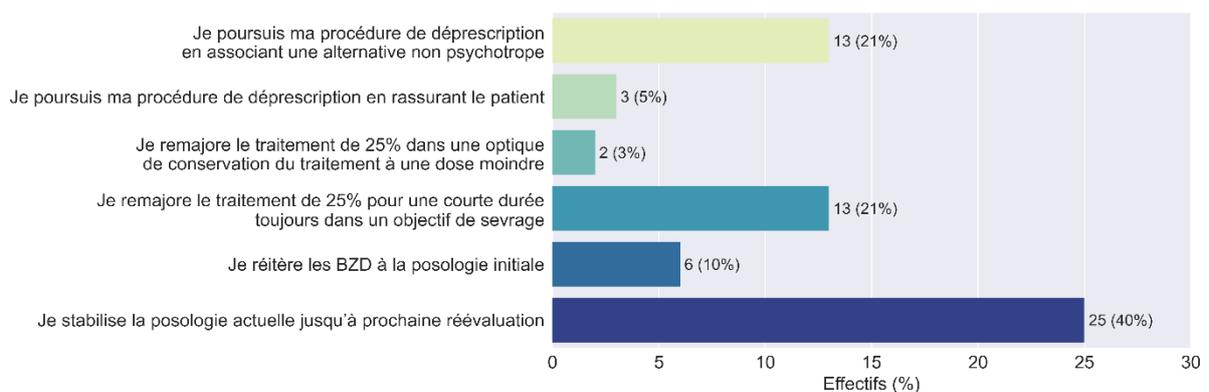


Figure 16 : comportements adoptés lors de l'apparition de syndrome de sevrage

Le questionnaire envoyé aux praticiens se conclut sur une question à réponse libre relative à leurs sentiments face à ce problème de santé publique.

La majorité des médecins interrogés, soit 58%, expriment le sentiment d'être démunis face à la problématique de la déprescription des BZD.

Les commentaires associés mettent en avant plusieurs aspects :

- **La pression de la part du patient** : « Demandes itératives », « Forte pression des patients pour poursuivre le traitement, malgré une information appuyée sur les effets indésirables », « Parce que la plupart n'envisagent pas du tout l'arrêt, cherche plutôt à trouver un autre prescripteur ».
- **Le sevrage difficile et le peu d'alternatives aux BZD** : « Leur addiction au produit rend très difficile le sevrage et c'est parfois décourageant », « difficulté à trouver une alternative efficace aux troubles du sommeil », « Les alternatifs ne sont pas remboursés », « Tentatives multiples vouées à l'échec » ;
- **Poids des idées préconçues** : « Beaucoup d'angoisses de solitude dues à des facteurs environnementaux, beaucoup d'énergie mobilisée pour de prescrire sans avoir beaucoup de convaincus... », « Le patient est persuadé qu'en arrêtant, récive (donc cela se produit) difficile de les faire changer d'avis ! », « Peur du patient de ne pas dormir sans traitement » ;
- **L'absence de perception de l'addiction par le patient et banalisation du traitement** : « Difficultés de la part du patient de changer », « Prescription trop longue antérieurement/difficultés d'acceptation de la dépendance par le patient/difficultés de redirection vers un psychologue si besoin (accès et acceptation du patient) », « Addictions trop importantes ».

D. Analyses comparatives

1. Impact de la formation en gériatrie sur les pratiques

Nous avons étudié l'impact de la sensibilisation en gériatrie sur la manière dont les praticiens gèrent l'utilisation et le sevrage des traitements par BZD.

L'échantillon étudié est réparti de façon homogène, 33 praticiens déclarant ne pas avoir pas reçu de formation gériatrique tandis que 29 relatent s'être intéressés à ce domaine.

Nous ne notons pas de différence significative entre les 2 populations. Les proportions d'hommes et de femmes sont similaires entre les deux échantillons tandis que les âges et anciennetés de pratique sont comparables entre les groupes.

Pour les deux groupes, les patients de plus de 80 ans sont en majorité inférieurs à 20 % et moins d'un cinquième consomment des BZD hypnotiques.

L'ensemble des résultats pour cette analyse statistique est présent dans l'annexe 8.

Les 3 BZD les plus prescrites selon les praticiens sont similaires dans les 2 groupes avec : ZOPICLONE (66 % chez les médecins sensibilisés contre 59 % sinon), l'ALPRAZOLAM (à 62 % des réponses dans les 2 groupes) et l'OXAZEPAM (62 % dans le groupe avec une formation gériatrique contre 44 %).

	Médecins non sensibilisés à la gériatrie	Médecins sensibilisés à la gériatrie	P value
ZOLPIDEM	13 (41 %)	11 (38 %)	P = 0.83
ZOPICLONE	19 (59 %)	19 (66 %)	P = 0.62
ALPRAZOLAM	20 (62 %)	18 (62 %)	P = 0.97
OXAZEPAM	14 (44 %)	18 (62 %)	P = 0.15
LORAZEPAM	2 (6 %)	3 (10 %)	N/A
BROMAZEPAM	6 (19 %)	2 (7 %)	N/A
LORMETAZEPAM	7 (22 %)	5 (17 %)	P = 0.65
CLOTIAZEPAM	1 (3 %)	1 (3 %)	N/A
Aucune	3 (9 %)	0 (0 %)	N/A

Tableau 3 : les 3 BZD que les médecins estiment prescrire le plus en fonction de la sensibilisation à la gériatrie.

Des différences entre les deux populations s'observent dans l'utilisation au long terme des BZD, une proportion significativement plus importante des médecins avertis employant les TCC en parallèle des BZD (28 % contre 6 % pour les non avertis). Également, la réévaluation régulière est plus fréquente chez les soignants sensibilisés (86 % contre 61 % sinon).

	Absence de formation à la gériatrie	Médecins sensibilisés à la gériatrie	P value
Information de la famille	11 (33 %)	10 (34 %)	P = 0.92
Information des bénéfiques et risques	28 (85 %)	27 (93 %)	P = 0.43
Information durée limitée du traitement	25 (76 %)	27 (93 %)	P = 0.088
Traitement anti-dépresseur	8 (24 %)	6 (21 %)	P = 0.74
Prescription TCC	2 (6 %)	8 (28 %)	P = 0.036
Réévaluation régulière prescription	20 (61 %)	25 (86 %)	P = 0.024

Tableau 4 : Stratégies pour limiter l'usage au long cours des BZD en fonction de la sensibilisation à la gériatrie

La perception de difficultés lors de l'évocation du sevrage est majoritairement confirmée par les 2 groupes avec plus de 80 % de réponses dans ce sens. Le refus des patients est évoqué comme principale raison par les deux échantillons, par 93 % des médecins avertis et 85 % des non avertis.

L'ECAB était méconnu par plus de ¾ des praticiens sans différence significative entre les 2 groupes malgré la formation en gériatrie.

Face à la réapparition des symptômes au cours de la diminution de la posologie des BZD, les médecins non sensibilisés ont plus tendance à prescrire une alternative aux BZD (33 % des médecins non sensibilisés vs 7 % avec P = 0.011).

De même nous notons que les médecins sensibilisés vont plus stabiliser le traitement à la posologie actuelle jusqu'à prochaine réévaluation (55 % vs 28 % avec P = 0.025).

	Absence de formation à la gériatrie	Médecins sensibilisés à la gériatrie	P value
Je réitère les BZD à la posologie initiale	4 (12 %)	2 (7 %)	P = 0.68
Je remajore le traitement de 25 % pour une courte durée, toujours dans un objectif de sevrage	5 (15 %)	8 (28 %)	P = 0.23
Je remajore le traitement de 25 % dans une optique de conservation du traitement à une dose moindre	2 (6 %)	0 (0 %)	N/A
Je stabilise la posologie actuelle jusqu'à prochaine réévaluation	9 (28 %)	16 (55 %)	P = 0.025
Je poursuis ma procédure de déprescription en associant une alternative non psychotrope	11 (33 %)	2 (7 %)	P = 0.011
Je poursuis ma procédure de déprescription en rassurant le patient	2 (6 %)	1 (3 %)	N/A

Tableau 5 : attitude adoptée lors de l'apparition de symptôme en fonction de la formation en gériatrie

Parmi les alternatives mises en place en parallèle de la déprescription, 3 groupes se dessinent majoritairement sans disparité significative :

- Traitement par phytothérapie pour plus de 30 % des 2 groupes ;
- Alternative par un anti-histaminique pour 20 % des répondants ;
- L'absence de co-prescription au même niveau que la mise en place de mélatonine pour plus de 1/6 des médecins.

Nous remarquons que seulement 6 médecins ont évoqué un traitement par anti-dépresseur sans modification significative des prescriptions dans le groupe sensibilisé à la gériatrie.

	Absence de formation à la gériatrie	Médecins sensibilisés à la gériatrie	P value
Aucun	4 (12 %)	5 (17 %)	P = 0.72
Traitement anti-dépresseur	5 (15 %)	1 (3 %)	P = 0.2
Phytothérapie type passiflore, tilleul, camomille	11 (33 %)	11 (38 %)	P = 0.71
Traitement anti-psychotique comme le TERCIAN	0 (0 %)	0 (0 %)	N/A
Mélatonine à plus de 2 mg (comme le CIRCADIN ou le SLENYTO)	6 (18 %)	5 (17 %)	P = 0.92
Traitement anti-histaminique type ATARAX ou DOXYLAMINE (DONORMYL)	7 (22 %)	7 (25 %)	P = 0.78

Tableau 6 : Alternatives aux BZD prescrites au cours d'un sevrage en fonction de la sensibilisation en gériatrie

De même nous avons voulu comparer les résultats en fonction de la difficulté ressentie par les médecins à sevrer les BZD. Cette analyse n'a pas permis de trouver de modification significative qui permettrait de nous indiquer une différence au niveau de la BZD prescrite ou de la stratégie de sevrage (Annexe 10).

2. Impact de l'ancienneté de pratique sur le sevrage des BZD

Nous avons étudié si l'ancienneté de pratique induit des modifications de l'emploi des BZD. L'ensemble des données issues de cette analyse est présent en annexe 9.

Contrairement aux idées reçues, nous ne remarquons pas de différences significatives de proportions de patients de plus de 80 ans chez les praticiens plus expérimentés par rapport aux autres praticiens. En revanche, la proportion de femmes est supérieure dans les générations avec une pratique plus récente tandis que les hommes sont plus présents chez les praticiens exerçant depuis plus de 20 ans. Nous n'observons pas de différence significative dans le choix des BZD selon l'expérience du praticien.

	Pratique de médecine générale inférieure à 20 ans	Pratique de médecine générale supérieure à 20 ans	P value
ZOLPIDEM	15 (45 %)	9 (32 %)	P = 0.29
ZOPICLONE	21 (64 %)	17 (61 %)	P = 0.81
ALPRAZOLAM	20 (61 %)	18 (64 %)	P = 0.77
OXAZEPAM	16 (48 %)	16 (57 %)	P = 0.5
LORAZEPAM	3 (9 %)	2 (7 %)	P = 1
BROMAZEPAM	5 (15 %)	3 (11 %)	P = 0.72
LORMETAZEPAM	8 (24 %)	4 (14 %)	P = 0.33
CLOTIAZEPAM	0 (0 %)	2 (7 %)	N/A
Aucune	0 (0 %)	3 (10 %)	N/A

Tableau 7 : les 3 BZD que les médecins estiment prescrire le plus en fonction de l'ancienneté de la pratique

Aucune modification significative dans l'accompagnement du sevrage avec des alternatives prescrites en parallèle du sevrage n'est distinguée.

	Pratique de la médecine générale inférieure à 20 ans	Pratique de la médecine générale supérieure à 20 ans	P value
Discussion avec le patient d'une date d'arrêt des BZD et arrêt net	0 (0 %)	2 (7 %)	N/A
Diminution de la posologie de 25 % avec réévaluation périodique rapprochée	5 (15 %)	10 (34 %)	P = 0.076
Diminution de la posologie de 50 % avec réévaluation périodique rapprochée	4 (12 %)	4 (14 %)	P = 1
Diminution de la posologie progressive en fonction du profil de mon patient sans schéma préalable	24 (73 %)	13 (45 %)	P = 0.025

Tableau 8 : stratégie de déprescription employée en fonction de l'ancienneté de la pratique

Nous observons que les praticiens moins expérimentés s'attachent significativement plus à adapter la déprescription en fonction du ressenti du patient alors que les autres médecins diminuent les posologies par palier de 25 %.

Nous ne notons pas de différence dans les techniques utilisées pour limiter l'usage au long cours des BZD. Le TCC notamment n'apparaît pas plus fréquemment dans l'une des 2 catégories. Similairement, nous n'observons pas de modifications des réactions face à l'apparition des symptômes de sevrage selon l'ancienneté de pratique.

Nous remarquons néanmoins une différence significative dans le ressenti des médecins selon leur ancienneté. Face à l'usage chronique des somnifères, les moins expérimentés se sentent significativement davantage en difficultés pour sevrer un patient (94 % vs 72 % avec $P = 0.036$). Ils ressentent également significativement plus le sentiment d'être démuni que les médecins les plus expérimentés (73 % contre 41 % avec $P = 0.013$).

V. Discussion

Notre étude observe l'attitude des médecins généralistes du Vaucluse face à l'usage et au sevrage des BZD hypnotiques dans les troubles du sommeil chez les patients de plus de 80 ans.

Dans notre étude, les RHD du sommeil étaient connues des praticiens interrogés avec plus de 75 % de réponses correctes.

Les BZD principalement citées par les médecins généralistes sont à T½ courtes (ALPRAZOLAM, OXAZEPAM et ZOPICLONE). Les réponses libres ne relèvent pas d'utilisation de BZD à T½ longues, seul un praticien évoque le PRAZEPAM. Ces BZD sont également les principales citées dans plusieurs travaux sur les prescriptions des somnifères par les médecins généralistes, y compris en institution comme les EHPAD (4, 74). Certaines études ont démontré que les médecins plus âgés ont tendance à prescrire plus de BZD à T½ longues (76) ce que nous ne retrouvons pas dans nos résultats, probablement grâce aux campagnes de sensibilisation de la HAS destinées aux médecins généralistes et d'une évolution des pratiques.

Dans notre étude, 80 % des médecins interrogés déclarent limiter le mésusage par l'information de la balance bénéfice/risque et par l'annonce de la durée limitée de l'utilisation des BZD. La réévaluation est essentiellement mensuelle pour 40 % des répondants. L'information de la famille est également citée par 34 % des soignants. Ces données sont conformes avec les pratiques préconisées par la HAS en 2006 et 2015 (17, 30).

Les médecins interrogés paraissent donc sensibilisés aux recommandations de la HAS pour limiter le recours à cette classe thérapeutique ainsi qu'aux préconisations pour diminuer leurs prescriptions au long cours. Malgré cela, nous avons vu dans l'introduction que les mésusages de cette classe médicamenteuse sont particulièrement répandus avec une durée moyenne de traitement par hypnotique de 7 mois et 50 % des patients sous somnifère depuis plus de 2 ans en 2012 selon l'ANSM (77).

A. Des médecins démunis face à la déprescription des BZD

L'un des résultats marquants de cette étude est l'observation d'un sentiment d'impuissance par les praticiens lorsque le sujet du sevrage des BZD est abordé. 58 % des médecins interrogés déclarent se sentir démunis face à l'utilisation chronique de BZD hypnotiques par les patients. De même, 84 % des praticiens se disent en difficulté face à la mise en place du sevrage.

Ces chiffres importants illustrent bien la difficulté qu'ont les soignants interrogés face à l'usage chronique des BZD.

Plusieurs travaux de thèse relèvent que certains « médecins [sont] peu convaincus de la possibilité en médecine générale [...] du sevrage en BZD et apparentés » (78). Il ressort aussi un sentiment de frustration quand une consultation de réévaluation de BZD aboutit finalement à un renouvellement de ce traitement, malgré un temps consacré à la discussion de sa nécessité (79).

Ce traitement est utilisé depuis de nombreuses années, ses indications, contre-indications (30) et EI (80). Pourtant un mal-être des médecins persiste vis-à-vis de la mise en place du sevrage face à leurs patients.

1. Un sevrage peu risqué sur le plan médical

Les principes actifs évoqués dans le questionnaire sont adaptés à la patientèle âgée avec des T ½ courtes. On citera notamment l'OXAZEPAM qui fait partie des molécules privilégiées (52 %) et qui est connue pour être bien tolérée grâce à son faible métabolisme hépatique (au contraire du DIAZEPAM) (81).

Nous avons vu dans l'introduction qu'un traitement par BZD à T ½ courte peut favoriser les syndromes de sevrage (principalement pour l'ALPRAZOLAM et le LORAZEPAM), la HAS recommande chez l'adulte de convertir l'hypnotique utilisé par une BZD à T ½ longue comme le DIAZEPAM pour permettre un meilleur sevrage avec une dégression plus progressive. Cependant les BZD à T ½ longues étant moins bien tolérées à cause des modifications physiologiques du vieillissement, cette recommandation ne peut s'appliquer aux patients âgés (74).

Si ce sevrage doit être progressif pour être bien toléré, il demeure moins complexe que la déprescription d'autres classes médicamenteuses telles les corticothérapies au long cours, antiépileptiques ou encore le lithium.

Ainsi, la plupart des symptômes de sevrage des BZD sont bénins. Ils sont décrits par l'OMS dans le CIM-10 et la HAS les a détaillés en fonction de leur gravité dans l'annexe 3.

Ces symptômes sont courants. Des études ont évalué à 50 % la proportion de syndromes de sevrage au cours de la dégression médicamenteuse (80, 81). Généralement ces signes sont modérés et temporaires et peuvent durer jusqu'à quelques jours après la dernière consommation de BZD (74).

Dans de rares cas, certains symptômes présents ne sont cependant pas compatibles avec un sevrage ambulatoire et nécessitent une hospitalisation. C'est notamment le cas pour les troubles de la vigilance, l'incoordination motrice et les hallucinations qui peuvent précéder des convulsions voire un coma dans les syndromes de sevrage extrêmes. La prise concomitante d'autres toxiques, comme l'alcool, peuvent aussi majorer le risque épileptogène (74) et nécessite une surveillance clinique rapprochée, difficilement applicable dans le cadre d'un sevrage en ambulatoire.

Enfin certains des symptômes peuvent reproduire la plainte initiale ayant motivé l'introduction d'un traitement par BZD, majorant le risque de rechute. La présence d'un syndrome de sevrage est à l'origine de 80 à 95 % des rechutes.

Plusieurs études nous rappellent qu'une information délivrée de façon variée (écrite, orale par un ou plusieurs professionnels de santé) permet un meilleur sevrage sur le long terme des BZD (40), 78).

L'accompagnement du sevrage par un psychologue ou par TCC a aussi démontré un meilleur taux de réussite par rapport à une diminution progressive des posologies uniquement (84). Il est pourtant peu représenté dans nos résultats avec seulement 16 % de soignants l'ayant évoqué.

2. Sensibilisation des patients

Notre étude a mis en valeur plusieurs facteurs d'opposition au sevrage émis par les patients, causes d'un refus du sevrage de leur part pour 92 % des praticiens.

Deux obstacles aux sevrages ont été évoqués par les médecins interrogés au cours de cette thèse : la peur de la récurrence des symptômes lors du sevrage (44 %) et l'attachement du patient à un traitement auquel il est habitué (74 %). L'insistance de ces derniers fait d'ailleurs partie des facteurs de renouvellement sans réévaluation des traitements pour 90 % des soignants interrogés.

Ces éléments importants ressortent aussi dans la thèse des Drs MAJOU et ROLLAND qui se sont penchées sur les mécanismes qui entraînent une consommation chronique des BZD chez les personnes âgées (4). Elles relèvent un fort attachement des patients à ce traitement symptomatique, comparant cette dépendance à celle pour le tabac ou les morphiniques.

Ce phénomène est également évoqué dans une étude belge qui montre que, comme pour le tabac, la connaissance du risque de dépendance ne constitue pas un frein à la poursuite de la médication (82).

Les techniques d'information des bénéfices et risques au long terme semblent également avoir moins d'impact chez les patients vieillissants. Le confort à court terme étant favorisé. Ce que l'on retrouve aussi dans notre étude avec une information délivrée à plus de 75 % par des médecins nous ayant répondu, n'empêchant pas le sentiment d'échec par ces soignants.

La banalisation du traitement par hypnotique est rapportée par 68 % des soignants que l'on a interrogés. Cette donnée a été retrouvée dans plusieurs études, certains patients allant jusqu'à comparer leur BZD avec du PARACETAMOL avec une minimisation des EI (85).

Cette banalisation est l'un des facteurs des échecs au sevrage, le patient étant peu impliqué dans cette démarche s'il ne comprend pas les bénéfices attendus.

C'est pourquoi une meilleure délivrance de l'information peut être nécessaire. Pour cela plusieurs possibilités sont possibles :

a) Éducation thérapeutique du patient (ETP) à travers des ateliers thérapeutiques

Le but initial des ETP est « d'aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » pour la HAS (86).

Des études se sont penchées sur l'efficacité d'une information délivrée centrée sur le patient comme dans des ateliers types ETP avec une efficacité sur le sevrage au long terme (87). Nous retrouvons également l'idée d'un accompagnement diversifié à travers plusieurs interlocuteurs d'origine différente.

Une délivrance des données à travers plusieurs types d'intervenants a montré un meilleur impact sur les peurs du patient (83, 82).

Le manque de temps apparait comme un frein à la réévaluation du traitement pour 39 % des soignants. Je pense que les ETP, à l'instar des patients-enseignants introduits dans la formation des futurs médecins, pourraient permettre une diversification des points de vue et accorder un temps de parole que le médecin ne peut accorder au patient lors des consultations.

b) Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Les TCC sont des méthodes visant à prendre en charge la souffrance psychique des patients. Elles peuvent avoir de nombreuses indications comme les insomnies pour lesquelles elles permettent d'améliorer l'assoupissement des patients, y compris grâce à des techniques de relaxation.

Elles sont indiquées en première intention par la HAS (74) avant la mise en place d'un traitement par somnifère.

Leurs bienfaits et bénéfices sur les troubles du sommeil ont été démontrés à plusieurs reprises (43, 44, 45).

Nous avons vu dans l'introduction que le nombre de praticiens formés est insuffisant avec seulement 5 centres spécialisés dans les troubles du sommeil en PACA et qu'il persiste également un obstacle financier.

Depuis début 2023, 7 consultations de psychothérapies sont prises en charge à 60 % dans le cadre du dispositif « Monpsy » sur courrier du médecin généraliste (89). Cependant ces séances sont limitées pour le moment à la prise en charge des adultes de 18 ans ou plus dans des indications limitées : les troubles anxieux d'intensité légère à modérée, les troubles dépressifs d'intensité légère à modérée, le mésusage de tabac – alcool ou cannabis, les troubles du comportement alimentaire sans critères de gravité.

Je pense qu'il peut être intéressant de généraliser cette prise en charge aussi pour les troubles du sommeil d'intensité légère à modérée ou de les rembourser dans l'accompagnement lors du sevrage des BZD. En effet les troubles du sommeil sont généralement l'expression de conflits intérieurs et les hypnotiques ne sont qu'un traitement symptomatique. Ils ne permettent pas d'améliorer la problématique de fond induisant ces symptômes.

c) La présence des alternatives douces

On voit qu'une partie du mésusage aux BZD ressemble à celle du tabac y compris avec une part comportementale qui explique la présence de l'habitude dans les obstacles observés par les médecins.

Comme on l'a vu dans notre introduction, certaines alternatives comme la MELATONINE ou la phytothérapie avec la VALERIANE ont montré une certaine efficacité limitée.

La MELATONINE a également une AMM en monothérapie « chez les patients de 55 ans ou plus, pour le traitement à court terme de l'insomnie primaire, caractérisée par un sommeil de mauvaise qualité » (51).

Une étude belge a montré que cette molécule chez les patients âgés pouvait également diminuer l'anxiété et la dépression permettant une facilité dans le sevrage des BZD (90).

Je pense que l'utilisation de ces alternatives peut permettre de compenser l'absence de prise du médicament, qui est au centre de l'attachement du patient au somnifère. La position de la HAS vis-à-vis de ces remèdes est que « bien qu'aucune étude n'apporte d'éléments permettant de les situer clairement en termes d'efficacité ; un simple effet placebo n'est ni à écarter ni à dédaigner, même en l'absence de remboursement » (30).

B. Vers une évolution de la prescription des BZD

Pour les soignants de notre étude, le sevrage est évoqué principalement en réaction à un évènement aigu principalement secondaire aux EI des BZD.

Pourtant la polymédication et la dépendance sont des sujets auxquels les médecins sont sensibilisés avec respectivement 82 % et 61 % des réponses obtenues.

1. Renforcer l'anticipation du sevrage

La HAS rappelle ainsi que « pour tout patient âgé traité quotidiennement depuis plus de 30 jours, il est recommandé de proposer une stratégie d'arrêt de la consommation de BZD et médicaments apparentés ». Ainsi, outre la durée totale du traitement, le praticien doit prévoir et fixer avec le patient un calendrier d'arrêt d'autant plus progressif que le traitement est prescrit pour une longue durée.

Les chutes (85 %) et les EI en rapport avec les BZD (79 %) sont des éléments marquants présents à l'esprit des soignants comme devant faire réévaluer l'indication du traitement par hypnotique. Les médecins paraissent bien sensibilisés aux EI liés à ces médicaments dans de multiples publications (4, 74).

La présence d'une dépendance n'est cependant évoquée comme motivation d'un arrêt de prescription de BZD que par 61 % des sondés. Nous pouvons en déduire que 39 % des médecins interrogés n'ont pas eu, au moins dans un passé proche, à arrêter un traitement au BZD à la suite de la détection d'une dépendance chez un patient, malgré un taux de prescriptions inappropriées important pour cette classe thérapeutique.

En parallèle, seulement 13 % des praticiens déclarent connaître le questionnaire ECAB, outil validé par la HAS (74) pour la détection des phénomènes de dépendance chez les patients. Dans sa thèse, le Dr ELBAZ a voulu évaluer l'impact de ce questionnaire dans les pratiques en soins primaires (78). Aucun des 13 médecins ayant participé n'a connaissance de l'ECAB. L'utilisation de ce dernier n'a pas mis en évidence une modification des pratiques pour ces soignants dans leur conduite face aux BZD. Dans cette étude, l'ECAB est réalisé en 5 à 10 min, ce qui représente plus de la moitié de la durée d'une consultation médicale moyenne qui est de 18 min en France en 2019 (91). Ce n'est pas sans rappeler la problématique du manque de temps soulevée par 39 % des soignants que nous avons interrogés.

Une meilleure sensibilisation des praticiens à la détection des dépendances chez les personnes âgées pourrait permettre une meilleure discrimination des conduites à risque et leur fournir un argumentaire plus important pour convaincre leur patient à mettre en place le sevrage.

a) La Formation médicale continue (FMC)

Dans notre étude, la formation en gériatrie a un impact limité sur les pratiques liées à la réévaluation et au sevrage en gériatrie.

Ces résultats sont compatibles avec les études faites sur l'impact des formations des médecins prescripteurs qui ne mettent pas toujours en évidence leur efficacité. Ainsi, dans les années 90, une étude a comparé les prescriptions des BZD d'un groupe de médecins ayant reçu une FMC contre celles de médecins ayant reçu uniquement une information écrite sommaire. Cette étude n'a pas observé de différences significatives sur les mésusages entre les 2 groupes (92).

Pour autant, d'autres études incitent à renforcer la FMC de praticiens. Par exemple, la thèse du Dr VOLCLER a mis en évidence que le suivi d'une FMC par les MG sur l'insomnie induit une prise en charge plus conforme aux recommandations des autorités de santé avec une utilisation majorée des TCC (93).

Je pense que les FMC peuvent permettre de diversifier les habitudes de pratique des praticiens et, tout comme les ateliers d'éducation thérapeutique pour le patient, lui donner différentes clés et varier les approches pour aborder un sujet qui reste problématique au quotidien.

b) Entretien motivationnel (EM)

Nous connaissons l'impact du conseil minimal pour le tabac, il est aussi démontré pour le sevrage des BZD au travers d'une « intervention brève » recommandée par la HAS (74). Je pense qu'il est important de ne pas banaliser un renouvellement de médicament et que cela passe par interroger systématiquement le patient sur les différentes lignes qui composent l'ordonnance, y compris pour les somnifères qui restent un traitement symptomatique. Cela peut être l'occasion de débiter un entretien motivationnel.

L'entretien motivationnel est une approche qui a pour but « d'explorer et résoudre l'ambivalence des patients face au changement » (94).

Cette approche centrée sur le patient, au travers d'une écoute attentive et empathique, a pour but d'évaluer les freins du patient face à une évolution de son traitement.

Bien qu'encore peu étudiée en du fait de sa récente apparition, l'efficacité de cette approche sur le sevrage des BZD tend à être démontrée par les EM sur le sujet (95). Elle a déjà démontré un intérêt lors de la vaccination covid 19 (96), résultant en un renforcement de la confiance des patients dans leurs soignants.

2. Politique de santé publique

Les autorités sanitaires ont mis en place plusieurs stratégies pour lutter contre le mésusage des somnifères :

a) La rémunération sur objectifs de santé publique

72 % des médecins ayant connaissance de la ROSP estiment ne pas avoir modifié leur pratique sur les somnifères.

En l'état, les ROSP n'apparaissent pas être une solution suffisante pour réduire significativement les mésusages des BZD par les médecins généralistes.

Les études qui se sont attelées à l'analyse de l'impact des ROSP sur les pratiques des médecins montrent des effets présents, mais variables et modestes (91, 92).

De même l'Assurance Maladie a émis en 2020 un communiqué pour faire le point sur les évolutions des indicateurs des ROSP. Nous pouvons voir que le nombre de patients âgés sous psychotrope est en diminution depuis 2016, mais que la proportion de somnifères pour une durée supérieure à 4 semaines est globalement stable aux alentours de 40 % (99). Malgré tout la politique actuelle tend vers une majoration du poids de ces forfaits sur les pratiques pour encourager les médecins dans le respect des recommandations.

b) La prescription du ZOLPIDEM sur ordonnance sécurisée

48 % des médecins ayant répondu à notre questionnaire affirment avoir changé leur pratique après le passage sur ordonnance sécurisée. Le ZOLPIDEM arrive également en 4^e position des BZD que les soignants prescrivent le plus.

En conséquence, la seule généralisation de l'ordonnance sécurisée aux BZD à visée somnifère ne semble pas constituer à elle seule une solution pour réduire les mésusages. Ces résultats sont compatibles avec la thèse du Dr Combes qui retrouve une diminution de la prescription de ce médicament de 39 % avec principalement une substitution par d'autres molécules comme le ZOPICLONE (12).

Du point de vue des patients : 66 % des médecins ne trouvent pas de modifications avec la mise en place des ordonnances sécurisées.

Les études montrent des résultats mitigés avec certains patients qui perçoivent mieux la dangerosité potentielle avec ce médicament et d'autres qui ne voient pas de modifications (85).

Je pense cependant que la limitation de la durée de délivrance du ZOLPIDEM via sa prescription sur ordonnance sécurisée pour une durée de 28 jours peut impacter d'une certaine façon les habitudes du patient en le forçant à revenir de façon mensuelle réévaluer son hypnotique. Les renouvellements d'ordonnances se faisant en général pour une durée de 3 mois, cela permettrait d'avoir 2 consultations dédiées à la réévaluation du traitement somnifère.

Cette réflexion se retrouve cependant confrontée à la réalité de terrain, avec un temps médical par patient restreint et une disponibilité limitée des créneaux de consultation.

C. Forces, limites et biais de l'étude

1. Forces de l'étude

Notre étude est quantitative et a permis d'évaluer les connaissances et pratiques des généralistes.

Elle est ambitieuse, car son domaine est vaste en examinant les habitudes des médecins généralistes de l'introduction des BZD à leurs pratiques pour le sevrage et en évaluant également leurs connaissances sur les recommandations.

Plusieurs analyses statistiques ont également été faites pour évaluer les déterminants que sont l'âge et la formation en gériatrie sur les prescriptions.

Les réponses libres ont également permis aux soignants de s'exprimer et de nous indiquer des réponses non attendues.

Enfin le sujet a déjà été traité à plusieurs reprises, mais le mésusage des BZD hypnotiques reste un sujet d'actualité face auquel les médecins se sentent toujours en difficulté comme le montre la dernière question de notre questionnaire avec 84 % des soignants qui se sentent démunis face à l'usage chronique des somnifères.

2. Limites

Cette étude manque de puissance avec un taux de réponse à notre questionnaire de 18 %, les résultats obtenus ne sont pas extrapolables aux résultats nationaux (validité externe) et peu interprétables.

Ainsi la proportion la plus importante de médecins interrogés est celle des 56-65 ans (29 %) avec une prédominance de médecins de plus de 56 ans quand la moyenne d'âge est de 50.1 ans selon le CNOM en 2020 (100).

La proportion des patients de plus de 80 ans était inférieure à 20 % pour 73 % des médecins de notre étude, ce qui est cohérent avec les données de la DREES qui estimait à 9 % de patients de plus de 75 ans dans la population française (54).

Les différents sujets étudiés (RHD sommeil, introduction des BZD, réévaluation et sevrage) sont nombreux, nous ne pouvons pas entrer en détail autant que nous ne le voulons.

Ce manque de puissance peut être expliqué par le manque d'intérêt des médecins pour ce sujet ou encore, par la sollicitation importante par les internes de médecine générale dans le cadre des exercices de thèse. Une diffusion sur une période plus longue aurait pu permettre d'obtenir plus de réponses pour mon questionnaire.

Cette étude est observationnelle et déclarative, elle a un faible niveau de preuve et de nombreux biais.

3. Biais

a) Biais de sélection

Nous avons recruté notre population d'étude en nous basant sur l'annuaire Amelipro et a moindre mesure via doctolib. Le CDOM nous a également aidés en diffusant notre questionnaire via sa newsletter informatisée.

Toutefois, tous les médecins vauclusiens ne sont pas inscrits sur ces plateformes ni informatisés. Pour pallier ce manque, nous avons essayé de les joindre par appels téléphoniques, mais les soignants ne sont pas toujours joignables du fait de leur activité médicale intense. Nous leur avons également proposé de joindre ce questionnaire par voie postale pour un meilleur taux de réponse.

b) Biais de suggestivité

La plupart des questions étaient sous forme de questions à choix multiples avec 1 réponse obligatoire au minimum. Cette formulation des demandes laissait peu de place à la liberté d'expression et certaines réponses que les praticiens ont voulu nous donner n'ont surement pu nous parvenir. Pour combler ce manque, nous avons introduit quelques questions libres.

VI. Conclusion

Les BZD sont une classe thérapeutique importante dans notre pratique quotidienne, que tout médecin généraliste est amené à prescrire régulièrement.

Efficaces sur les troubles du sommeil, les BZD n'en sont pas moins dénuées d'effets indésirables qui peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé et le quotidien des patients et particulièrement des plus âgés.

Des recommandations existent afin d'en limiter l'introduction et l'utilisation au long cours.

Les médecins généralistes sont les soignants qui introduisent le plus ces médicaments. Ils sont les principaux coordinateurs des soins, interlocuteurs privilégiés des patients et les premiers recours pour gérer les BZD de leur primo-prescription au sevrage. Pourtant le mésusage est encore présent avec 10 % des patients de plus de 80 ans qui ont une prescription inappropriée d'hypnotique.

Au cours de cette étude, nous avons pu constater que les médecins connaissent les règles hygiéno-diététiques du sommeil ainsi que les réglementations sur l'usage des BZD.

La plupart des praticiens se sentent démunis face aux mésusages des traitements BZD et se retrouvent confrontés à la volonté des patients de maintenir un traitement auquel ils sont attachés. Ce sentiment est tellement présent chez les soignants interrogés qu'il peut impacter leur façon de prescrire.

Alors que des alternatives aux BZD sont disponibles et présentent une certaine efficacité pour les troubles du sommeil léger à modérés, les praticiens appréhendent le sevrage de leurs patients. Si le sevrage physique aux BZD peut être conduit sans difficulté, la dépendance psychologique des patients aux BZD les conduit fréquemment à s'opposer à l'évolution de leur traitement.

La confiance mutuelle et l'écoute entre le médecin généraliste et son patient sont les piliers de la prise en charge en soins primaires. Plus que jamais, il apparaît alors nécessaire de renforcer le lien de confiance unissant un médecin et son patient si l'on veut réduire les mésusages des BZD.

L'utilisation de la TCC, l'amélioration de la communication dans la relation médecin-patient au travers des entretiens motivationnels et d'une écoute attentive, sont des éléments qui

pourraient permettre de mieux soutenir et d'accompagner le patient tout au long du sevrage et de réduire à l'avenir le mésusage des BZD.

VII. Bibliographies

1. ANSM. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2017.
2. Drusch S, Zureik M, Herr M. Potentially inappropriate medications and polypharmacy in the older population: a nationwide cross-sectional study in France in 2019. *Thérapie*. 16 janv 2023;774.
3. Iii CEG, Kaye AM, Kaye AD. Benzodiazepine Pharmacology and Central Nervous System–Mediated Effects. 2013;13(2):10.
4. Majou L, Rolland MC. Consommation chronique des Benzodiazépines et apparentés chez les patients âgés en médecine générale. [Marseille]: Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille; 2021.
5. Zeitzer JM. Control of sleep and wakefulness in health and disease. *Prog Mol Biol Transl Sci*. 2013;119:137-54.
6. Association française de Formation médicale continue en Hépatogastro-entérologie. Baclofène dans l'alcoolodépendance [Internet]. FMC-HGE. [cité 24 mars 2023]. Disponible sur: https://www.fmcgastro.org/textes-postus/no-postu_year/baclofene-dans-lalcoolo-dependance/
7. Buxeraud J, Faure S. Les benzodiazépines. :8.
8. Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel psychiatrie et addictologie. 3e édition. 2021. 454 p.
9. CRAT. Hypnotiques et grossesse [Internet]. CRAT. [cité 25 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr/>
10. ANSM. Choix d'une benzodiazépine chez le sujet âgé de plus de 65 ans et polypathologique ou après 75 ans. 2006.
11. LAPEYRE-MESTRE, DUPUI, JOUANJUS. Principaux résultats de l'enquête OSIAP 2015. Toulouse: CEIP (Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance); 2015 p. 2.
12. Combes B. Évaluation de l'impact de la réforme de conditions de prescription et de délivrance du ZOLPIDEM : étude pilote. [FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES]: UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER; 2018.
13. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. Cognitive Effects of Long-Term Benzodiazepine Use. *CNS Drugs*. 1 janv 2004;18(1):37-48.
14. Verdoux H, Lagnaoui R, Begaud B. Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies. *Psychol Med*. avr 2005;35(3):307-15.
15. Masson E. W24 - L'étude Paquid, 1988-2001 [Internet]. EM-Consulte. [cité 5 avr. 2023]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/104077/w24-l-etude-paquid-1988-2001>

16. Nader D, Gowing L. Is Long-Term Benzodiazepine Use a Risk Factor for Cognitive Decline? Results of a Systematic Review. *J Addict*. 23 janv 2020;2020:1569456.
17. HAS. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. 2015.
18. Lader M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol*. Févr. 2014;77(2):295-301.
19. HAS. Échelle ECAB. 2007.
20. O'Connor K, Bélanger L, Marchand A, Dupuis G, Elie R, Boyer R. Psychological distress and adaptational problems associated with discontinuation of benzodiazepines. *Addict Behav*. 1 juill 1999;24(4):537-41.
21. Schweizer E, Rickels K, Case WG, Greenblatt DJ. Long-term therapeutic use of benzodiazepines. II. Effects of gradual taper. *Arch Gen Psychiatry*. Oct. 1990;47(10):908-15.
22. Masson E. Les problèmes posés par l'utilisation des benzodiazépines chez le patient âgé [Internet]. EM-Consulte. [cité 6 avr. 2023]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com>
23. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and Falls in Older People: A Systematic Review and Meta-analysis: I. Psychotropic Drugs. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47(1):30-9.
24. Caramel VMB, Remarque EJ, Knook DL, Lagaay AM, Van den Brande KJ. Benzodiazepine Users Aged 85 and Older Fall More Often. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(9):1178-9.
25. Wagner AK, Zhang F, Soumerai SB, Walker AM, Gurwitz JH, Glynn RJ, et al. Benzodiazepine Use and Hip Fractures in the Elderly: Who Is at Greatest Risk? *Arch Intern Med*. 26 juill 2004;164(14):1567-72.
26. Olazarán J, Valle D, Serra JA, Cano P, Muñiz R. Psychotropic Medications and Falls in Nursing Homes: A Cross-Sectional Study. *J Am Med Dir Assoc*. 1 mars 2013;14(3):213-7.
27. Hemmelgarn B, Suissa S, Huang A, Jean-Francois B, Pinard G. Benzodiazepine Use and the Risk of Motor Vehicle Crash in the Elderly. *JAMA*. 2 juill 1997;278(1):27-31.
28. Dumur J, Csajka C, Pavec O, Messaoudi S, Cretignier T, Gaspar F, et al. Quelle alternative aux benzodiazépines, Z-pills et autres hypnotiques pour les personnes âgées ? : Mélatonine, valériane ou clométhiazole. *Rev Médicale Suisse*. 2018;14(626):2018-23.
29. HAS. Agenda sommeil/éveil. 2015.
30. HAS. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. *Médecine Sommeil*. Déc. 2006;4(14):5-27.
31. HAS. Commission transparence ESTAZOLAM. 2014.

32. HAS. Commission transparence LOPRAZOLAM. 2014.
33. HAS. Commission transparence LORMETAZEPAM. 2014.
34. HAS. Commission transparence NITRAZEPAM. 2014.
35. HAS. Commission transparence TEMAZEPAM.
36. HAS. Commission transparence ZOLPIDEM. 2014.
37. HAS. Commission transparence ZOPICLONE. 2014.
38. Légifrance. Arrêté du 1er février 2001 modifiant l'arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotiques et/ou anxiolytiques dont la durée de prescription est réduite - Légifrance. 2001.
39. Reboul M. Étude transversale observationnelle de la balance bénéfico-risque des traitements par benzodiazépines et/ou antidépresseurs auprès de patients interrogés par auto-questionnaires en officine. [UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER]: UFR DE PHARMACIE DE GRENOBLE; 2013.
40. Vicens C, Sempere E, Bejarano F, Socias I, Mateu C, Fiol F, et al. Efficacy of two interventions on the discontinuation of benzodiazepines in long-term users: 36-month follow-up of a cluster randomised trial in primary care. *Br J Gen Pract.* févr 2016;66(643):e85-91.
41. HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. 2007.
42. Schweizer E, Rickels K. Benzodiazepine dependence and withdrawal: a review of the syndrome and its clinical management. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1998;393:95-101.
43. M. Trauer J, Y. Qian M, S. Doyle J, M.W. Rajaratnam S, Cunnington D. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia. *Ann Intern Med.* 4 août 2015;
44. Brasure M, MacDonald R, Fuchs E, Olson CM, Carlyle M, Diem S, et al. Management of Insomnia Disorder. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015.
45. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *Lancet Lond Engl.* 24 mars 2012;379(9821):1129-41.
46. Société française de Recherche et Médecine du Sommeil (SFRMS). Sommeil et Santé - Annuaire des centres de sommeil en France [Internet]. [cité 7 avr. 2023]. Disponible sur: <https://www.sommeilsante.asso.fr>
47. Fox C, Smith T, Maidment I, Chan WY, Bua N, Myint PK, et al. Effect of medications with anti-cholinergic properties on cognitive function, delirium, physical function and mortality: a systematic review. *Age Ageing.* Sept 2014;43(5):604-15.
48. Church DS, Church MK. Pharmacology of Antihistamines. *World Allergy Organ J.* 15 mars 2011;4(Suppl 3):S22-7.

49. Corman B. Le sommeil des séniors: *Gérontologie Société*. 1er mars 2006;29 / n° 116(1):45-61.
50. HAS. Quelle place pour la mélatonine (Circadin®) dans le traitement de l'insomnie? 2009.
51. Assurance Maladie. Melatonine, les conditions de prises en charge par l'Assurance Maladie [Internet]. Disponible sur: https://www.cpam21.fr/EnDirectPS/Medecins/2019/2019-04-11_MELATONINE.pdf
52. Bruni O, Ferini-Strambi L, Giacomoni E, Pellegrino P. Herbal Remedies and Their Possible Effect on the GABAergic System and Sleep. *Nutrients*. 6 févr 2021;13(2):530.
53. Nunes A, Sousa M. [Use of valerian in anxiety and sleep disorders: what is the best evidence?]. *Acta Med Port*. déc 2011;24 Suppl 4:961-6.
54. Castaing E (DREES/DIRECTION). L'état de santé de la population en France. 2022.
55. Julie Argouarc'h, Anton Monsef (Insee). La population croîtrait lentement pour atteindre un pic vers 2050 - Insee Flash Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2022 [cité 6 avr. 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/>
56. D'Azur PAC. Projections et couts des principales pathologies chez les personnes âgées en PACA. 2028;
57. CNEG. chapitre 1 : Vieillissement normal. In.
58. FERRAND A. Les benzodiazépines indiquées dans le traitement de l'insomnie et de l'anxiété : risques liés à leurs utilisations excessives et alternatives possibles à leur prescription. [Rouen]: Université de Rouen; 2017.
59. Société Française de Gériatrie. Vieillissement normal. *seformeralageriatrie*.
60. CNEG. chapitre 8 : Troubles nutritionnels chez le sujet âgé. In.
61. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;
62. Drusch S, Le Tri T, Ankri J, Zureik M, Herr M. Decreasing trends in potentially inappropriate medications in older people: a nationwide repeated cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2 nov 2021;21(1):621.
63. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing*. nov 2008;37(6):673-9.
64. Dalleur O, Mouton A, Marien S, Boland B. UN OUTIL À JOUR POUR LA QUALITÉ DE LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS.
65. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*. 1 nov 2004;27(7):1255-73.

66. Nguyen-Michel VH, L m XY, Sebban C. Le sommeil et ses troubles chez le sujet âgé. *Inf Psychiatr.* 2010;86(1):57.
67. Benloucif S, Orbeta L, Ortiz R, Janssen I, Finkel SI, Bleiberg J, et al. Morning or evening activity improves neuropsychological performance and subjective sleep quality in older adults. *Sleep.* 15 déc 2004;27(8):1542-51.
68. Masson E. La somnolence diurne excessive et les hypersomnies centrales primaires : données épidémiologiques [Internet]. [cité 8 avr. 2023]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com>
69. securité- routière.gouv. La fatigue et la conduite | Sécurité Routière [Internet]. [cité 8 avr. 2023]. Disponible sur: <https://www.securite-routiere.gouv.fr/dangers-de-la-route/la-fatigue-et-la-conduite>
70. Légifrance. LOI n  2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.
71. pvalue.io. pvalue.io [Internet]. [cité 26 avr. 2023]. Disponible sur: <https://www.pvalue.io/fr/>
72. AmeliPro. Authentification AmeliPro [Internet]. Disponible sur: <https://authps-espacepro.ameli.fr>
73. Légifrance. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes.
74. HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. 2007.
75. Oll  E. La prescription des benzodiazépines et molécules assimilées chez le sujet âgé en EHPAD: enquête de pratique en EHPAD de Haute Normandie. UNIVERSITÉ DE ROUEN; 2015.
76. Egan M, Moride Y, Wolfson C, Monette J. Long-term continuous use of benzodiazepines by older adults in Quebec: prevalence, incidence and risk factors. *J Am Geriatr Soc.* juill 2000;48(7):811-6.
77. ANSM. Plan d'actions de l'ANSM visant à réduire le mésusage des benzodiazépines. 2012.
78. 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? [Paris]: Université Paris Descartes; 2017.
79. D'Audigier S, Filz E. Attitudes des médecins généralistes face aux prescriptions chroniques de benzodiazépines:  tude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes. [Grenoble]: UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER; 2015.
80. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ.* 19 nov 2005;331(7526):1169.

81. P L, M G, KP OC. Mise à jour sur les considérations pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et les interactions médicamenteuses dans le choix d'une benzodiazépine. *Ann MEDICO Psychol.* 2008;(7 vol 166):585-94.
82. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Deveugele M, De Maeseneer J, Christiaens T. First benzodiazepine prescriptions. *Can Fam Physician.* juill 2007;53(7):1200-1.
83. Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry.* févr 2014;204(2):98-107.
84. Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, Young RMcD. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction.* 2009;104(1):13-24.
85. Lmoumene N. Identifier et analyser les représentations des patients vis-à-vis du risque lié à la consommation de benzodiazépines à visée hypnotique. [Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille]; 2018.
86. HAS. Éducation thérapeutique du patient (ETP).
87. Mokhar A, Topp J, Härter M, Schulz H, Kuhn S, Verthein U, et al. Patient-centered care interventions to reduce the inappropriate prescription and use of benzodiazepines and z-drugs: a systematic review. *PeerJ.* 8 oct 2018;6:e5535.
88. Maisonnial C. Élaboration d'une fiche Information Patient pour un meilleur usage des benzodiazépines hypnotiques et évaluation auprès des pharmaciens d'officine.
89. Ministère de la Santé. MonParcoursPsy : Le dispositif de remboursement des séances chez le psychologue [Internet]. [cité 13 avr. 2023]. Disponible sur: <https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/>
90. Garzón C, Guerrero JM, Aramburu O, Guzmán T. Effect of melatonin administration on sleep, behavioral disorders and hypnotic drug discontinuation in the elderly: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Aging Clin Exp Res.* févr 2009;21(1):38-42.
91. DREES. Etudes et résultats, Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. 2019.
92. Hartlaub PP, Barrett PH, Marine WM, Murphy JR. Evaluation of an intervention to change benzodiazepine-prescribing behavior in a prepaid group practice setting. *Am J Prev Med.* 1993;9(6):346-52.
93. VOLCLER N. Étude d'impact d'une action des FMC sur la prise en charge du patient insomniaque en médecine générale. [Faculté de médecine de Grenoble]; 2010.
94. Gache P, Meynard A, Meylan MR, Sommer J, Fortini C. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. *Rev Med Suisse.* 27 sept 2006;080:2154-62.

95. Darker CD, Sweeney BP, Barry JM, Farrell MF, Donnelly-Swift E. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. 2015;(5):CD009652.
96. ORS PACA. Entretiens motivationnels liés à la vaccination par des médiateurs en santé auprès de publics précaires à Marseille | ORS Paca [Internet]. 2022 [cité 30 avr. 2023]. Disponible sur: <http://www.orspaca.org>
97. Michel-Lepage A, Ventelou B. The true impact of the French pay-for-performance program on physicians' benzodiazepines prescription behavior. *Eur J Health Econ.* 1 juill 2016;17(6):723-32.
98. Soussain O. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique: ça marche? Bilan de la ROSP de 2012 à 2016 à partir des données de la Sécurité Sociale concernant les médecins généralistes de Martinique. Faculté de médecine HYACINTHE BASTARAUD des Antilles et de la Guyane; 2018.
99. Assurance maladie. La Rémunération sur objectifs de santé publique en 2020. 2021.
100. CDOM. Atlas de la démographie médicale en France en 2020 [cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf) [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
101. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists. *Can Fam Physician.* mai 2018;64(5):339-51.

VIII. Annexes

1. Annexe 1 : Choix BZD après 65 ans par l'Assurance Maladie



Octobre
2014

BENZODIAZEPINES

Choix d'une benzodiazépine¹

dans les troubles anxieux ou les troubles du sommeil chez le sujet de plus de 65 ans polyopathologique ou de plus de 75 ans

Si un traitement par benzodiazépine est réellement justifié pour un patient donné, il est recommandé :

- d'indiquer au patient, dès l'instauration du traitement, que la durée de prescription est limitée en raison des risques de dépendance physique et psychique²
- d'utiliser préférentiellement les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif (dites à « demi-vie courte » d'élimination plasmatique) car il existe un risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises répétées³.

► A utiliser préférentiellement : benzodiazépines à «demi-vie courte» (< 20 heures)⁴

	Nom commercial	Molécule	Demi-vie (mesurée chez l'adulte)	Métabolite actif cliniquement pertinent	Durée de prescription à ne pas dépasser
hypnotiques	STILNOX® et Génériques	Zolpidem	2 h 30 mn	non	4 semaines
	IMOVAINE® et Génériques	Zopiclone	5 h	non	4 semaines
	NORMISON®	Témazépam	5 à 8 h	non	4 semaines
	HAVLANE®	Loprazolam	8 h	non	4 semaines
	NOCTAMIDE®	Lormétazépam	10 h	non	4 semaines
	NUCTALON®	Estazolam	17 h	non	4 semaines
anxiolytiques	VERATRAN®	Clofazépam	4 h	non	12 semaines
	SERESTA®	Oxazépam	8 h	non	12 semaines
	TEMESTA® et Génériques	Lorazépam	10 à 20 h	non	12 semaines
	XANAX® et Génériques	Alprazolam	10 à 20 h	non	12 semaines

▲ À éviter : benzodiazépines à «demi-vie longue» (≥ 20 heures)⁴

hypnotiques	MOGADON®	Nitrazépam	16 à 48 h	non	4 semaines
anxiolytiques	LEXOMIL® et Génériques	Bromazépam	20 h	non	12 semaines
	URBANYL®	Clobazam	20 h	oui	12 semaines
	VALIUM® et Génériques	Diazépam	32 à 47 h	oui	12 semaines
	VICTAN®	Ethyle loflazépate	77 h	non	12 semaines
	LYSANKIA® et Génériques	Prazépam	30 à 150 h	oui	12 semaines
	NORDAZ®	Nordazépam	30 à 150 h	oui	12 semaines
	TRANXENE®	Clorazépate dipotassique	30 à 150 h	oui	12 semaines ; gél. 5/10 mg ou injectable limitée à 26 j + ordonnance sécurisée : gél. 20 mg

¹ Liste non exhaustive concernant les benzodiazépines et apparentés (agonistes des récepteurs aux benzodiazépines).

² Métabolites d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé, recommandation HAS - octobre 2007.

³ Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, rapport d'expertise ANSM - décembre 2013.

⁴ Définition adoptée dans une étude conduite dans la cohorte des 3 cités (Nathalie Lechevalier-Michel et al - European Journal of Clinical Pharmacology 2004).

Fiche actualisée sur la base de la fiche réalisée avec la contribution des Prs J. Doucet et S. Legrain et en accord avec la HAS (2008).

Octobre 2014 - 43/2014



La santé progresse avec vous

2. Annexe 2 : ECAB (Échelle cognitive d'attachement aux BZD) de la HAS

Échelle ECAB

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 %.

3. Annexe 3 : Symptômes de sevrage aux BZD par HAS

Intensité	Signes
Modérée	Agitation
	Anxiété, nervosité
	Céphalées
	Diaphorèse
	Diarrhée
	Dysphorie
	Étourdissement
	Faiblesses ou raideurs musculaires
	Fatigue
	Goût métallique dans la bouche
	Impatience
	Insomnie
	Irritabilité
	Léthargie
	Manque de motivation
	Perte d'appétit
Sévère	Sensibilité accrue aux bruits et aux odeurs
	Trouble de concentration
	Cauchemars
	Confusion
	Convulsions (rare)
	Délire
	Dépersonnalisation
	Distorsion perceptuelle
	Fasciculations
	Hypotension orthostatique
Mauvaise coordination ou incoordination motrice	
Nausées, vomissements	
Tachycardie, palpitations	
Tremblements	
Vertiges	

4. Annexe 4 : Agenda sommeil-éveil de la HAS

Agenda sommeil – éveil

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

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

Mode d'utilisation

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

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

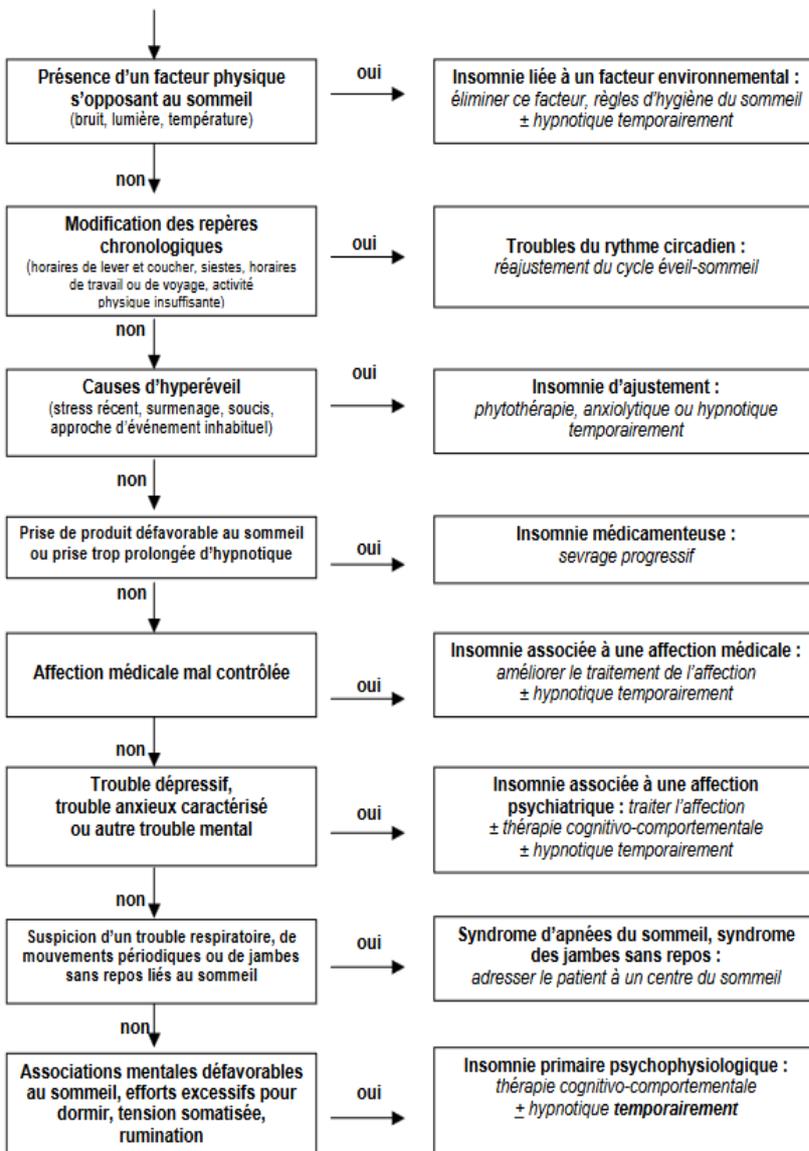
Qualité du sommeil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple : | 8 |
 Qualité de l'éveil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple : | 5 |
 (état dans la journée : en forme ou non)
 Traitement : en cas de prise d'hypnotique, cocher la case : | x |

Consignes au patient :

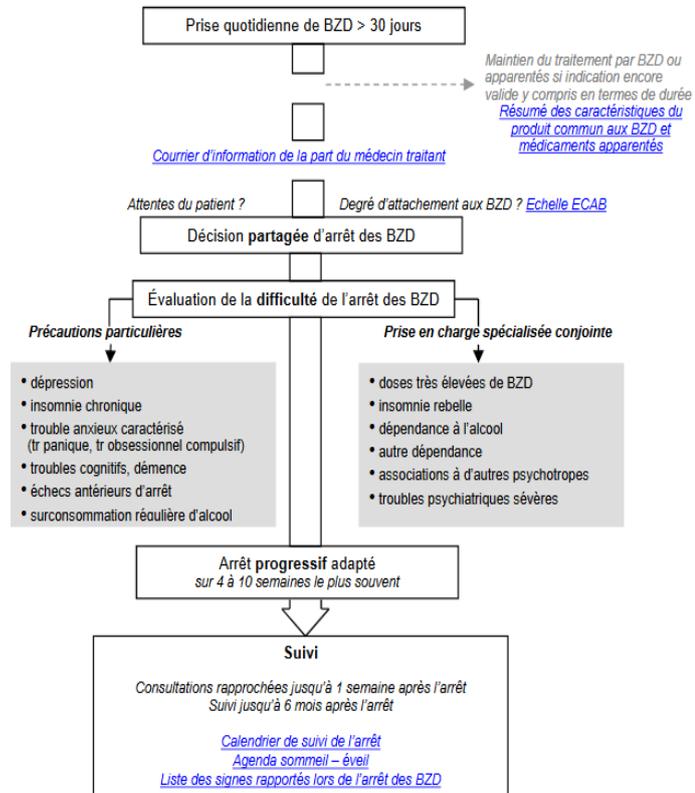
- Remplir l'agenda :
 - chaque matin, en fonction des souvenirs de la nuit (inutile de regarder sa montre pendant la nuit, ce qui perturberait davantage le sommeil ; l'agenda n'est pas un outil de précision) ;
 - chaque soir, pour relater l'état du patient pendant la journée.
- Tenir l'agenda sur l'ensemble de la période d'observation, de façon à obtenir un aperçu des variations de sommeil au fil du temps.

5. Annexe 5 : Prise en charge trouble du sommeil par HAS

PLAINTES D'INSOMNIE (confirmée et caractérisée, cf. annexe 1)



Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient de plus de 65 ans



6. Annexe 6 : Questionnaire de thèse

Thèse : Réévaluation des traitements chroniques par benzodiazépines chez le sujet âgé en médecine générale

Bonjour,
Je suis médecin remplaçante en médecine générale et je réalise ma thèse d'exercice sur les modalités de réévaluation et déprescriptions des benzodiazépines (BZD) à visée somnifère chez les patients de plus de 80 ans dans le Vaucluse. Les BZD font parties des médicaments les plus prescrits en France. Les personnes âgées sont particulièrement concernées par cette prescription.

De nombreuses prescriptions ne respectent pas les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) or il existe de nombreux effets indésirables non négligeables, en particulier pour cette population déjà vulnérable.

Ce questionnaire est court (moins de 10mn) et anonyme.

Il est adressé aux médecins généralistes installés ou collaborateurs dans le Vaucluse pour évaluer les différentes pratiques vis à vis de cette classe médicamenteuse.

Il est composé en trois parties : une première partie qui se focalise sur les données socio-démographiques de votre cabinet, une deuxième partie se concentrant sur vos pratiques concernant la réévaluation des traitements par BZD puis une troisième partie sur la déprescription.

Nous ne traiterons dans ce questionnaire que des benzodiazépines à visée hypnotiques et non anxiolytiques.

Merci d'avance de prendre le temps de répondre à ce questionnaire.

1. Données Socio-démographiques

Quel est votre sexe ?	<input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Homme
Quel âge avez-vous ?	<input type="radio"/> Moins de 36 ans <input type="radio"/> Entre 36 ans et 45 ans <input type="radio"/> Entre 46 ans et 55 ans <input type="radio"/> Entre 56 et 65 ans <input type="radio"/> Plus de 65 ans
Quelle est votre ancienneté de pratique ?	<input type="radio"/> Moins de 10 ans <input type="radio"/> 10 à 19 ans <input type="radio"/> 20 ans à 29 ans <input type="radio"/> 30 ans à 39 ans <input type="radio"/> Plus de 40 ans
Avez-vous été sensibilisé à la prise en charge gériatrique ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui : Capacité de gériatrie <input type="radio"/> Oui : Diplôme universitaire ou inter-universitaire formant à la gériatrie <input type="radio"/> Oui : Formation médicale continue traitant de sujets de gériatrie <input type="radio"/> Oui : Participation à un congrès de gériatrie <input type="radio"/> Autre : <input type="text"/>
1 réponse possible	
Quelle est la proportion de patients de plus de 80 ans dans votre patientèle ?	<input type="radio"/> Inférieur ou égal à 20 % <input type="radio"/> Entre 21 % et 40 % <input type="radio"/> Entre 41 % et 60 % <input type="radio"/> Entre 61 % et 80 % <input type="radio"/> Supérieur à 80 %
Cette information se trouve sur votre compte Ameli Pro.	

A quelle fréquence réévaluez-vous un traitement à visée hypnotique ?	<input type="radio"/> Tous les 15j <input type="radio"/> Tous les mois <input type="radio"/> Tous les 3 mois <input type="radio"/> Tous les 6 mois <input type="radio"/> Variable en fonction du patient
Vous arrive-t-il de reconduire un traitement hypnotique sans le réévaluer ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, pourquoi ?	<input type="text"/>
Quelle(s) stratégie(s) utilisez-vous pour limiter l'usage à long terme des BZD ?	<input type="radio"/> Information de la famille <input type="radio"/> Information du patient des bénéfices et des risques du traitement <input type="radio"/> Informer dès la primo-prescription de la durée limitée du traitement <input type="radio"/> Prescription en parallèle d'un traitement antidépresseur <input type="radio"/> Prescription d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou un accompagnement par un psychologue <input type="radio"/> Réévaluation régulière de la prescription <input type="radio"/> Autre : <input type="text"/>
Pouvez-vous dire que l'habitude du patient et parfois son insistance à poursuivre un traitement par BZD font partie des raisons du renouvellement de vos prescriptions ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Associez-vous une BZD à visée anxiolytique aux patients à qui vous prescrivez les BZD à visée hypnotique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Trouvez-vous que la prescription de BZD de type Z, comme le ZOLPIDEM, sur ordonnance sécurisée a un impact sur vos prescriptions ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Trouvez-vous que la prescription de BZD de type Z, comme le ZOLPIDEM, sur ordonnance sécurisée a modifié la perception de ce traitement par vos patients ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Savez-vous qu'il existait une Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) concernant le taux de votre patientèle à qui vous avez introduit une BZD à visée somnifère pour une durée de plus de 4 semaines ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
La ROSP vous incite-t-elle à réévaluer de façon plus régulière les prescriptions de BZD au long cours ou a-t-elle modifié vos habitudes de prescriptions ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

3. Données sur votre pratique quant à la déprescription des traitements

Qu'est-ce qui vous incite à arrêter un traitement par BZD hypnotique ?	<input type="radio"/> La demande du patient <input type="radio"/> Un événement indésirable en lien avec les BZD (autre qu'une chute) <input type="radio"/> La survenue d'une chute <input type="radio"/> La présence d'une dépendance <input type="radio"/> La polymédication <input type="radio"/> Autre : <input type="text"/>
--	---

Quel est le pourcentage de patients de plus de 80 ans dans votre patientèle estimant avoir un mauvais sommeil ?	<input type="radio"/> Inférieur à 20 % <input type="radio"/> Entre 21 % et 40 % <input type="radio"/> Entre 41 % et 60 % <input type="radio"/> Entre 61 % et 80 % <input type="radio"/> Supérieur à 80 % <input type="radio"/> Ne sait pas
Parmi eux, quelle est la proportion de patients de plus de 80 ans avec un traitement par BZD ?	<input type="radio"/> Inférieur à 20 % <input type="radio"/> Entre 21 % et 40 % <input type="radio"/> Entre 41 % et 60 % <input type="radio"/> Entre 61 % et 80 % <input type="radio"/> Supérieur à 80 % <input type="radio"/> Ne sait pas

2. Données sur votre pratique quant à la réévaluation des traitements

Selon vous, quels sont les paramètres environnementaux favorisant un meilleur sommeil ?	<input type="radio"/> Une exposition à la lumière solaire au cours de la journée <input type="radio"/> La présence de douleurs physiques <input type="radio"/> Des interactions sociales <input type="radio"/> La présence d'un conjoint en bonne santé et avec une bonne qualité de sommeil <input type="radio"/> Une activité physique régulière <input type="radio"/> Une température corporelle élevée <input type="radio"/> Ne sait pas
Selon vous, quelles habitudes de vie peuvent faciliter l'endormissement ?	<input type="radio"/> Faire la sieste durant la journée <input type="radio"/> Se coucher à heure régulière <input type="radio"/> Regarder France 3 <input type="radio"/> Limiter l'exposition aux écrans ou à la lumière blanche 30mn avant le coucher <input type="radio"/> Eviter les repas lourds le soir <input type="radio"/> Avoir une chambre calme, silencieuse et tempérée <input type="radio"/> Ne sait pas
Rappelez-vous régulièrement les règles hygiéno-diététiques du sommeil aux patients pour lesquels vous prescrivez des BZD à visée hypnotique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Pour information des fiches d'information du sommeil sont disponibles sur des sites internet tels que : ordotype.com , institut-sommeil-veilleance.ora , ficheinpatient.com/insomnie/	
Quelles sont les 3 benzodiazépines que vous prescrivez le plus ?	<input type="radio"/> ZOLPIDEM ou STILNOX <input type="radio"/> OXAZEPAM ou SERESTA <input type="radio"/> ALPRAZOLAM ou XANAX <input type="radio"/> LORAZEPAM ou TEMESTA <input type="radio"/> ZOPICLONE ou IMOVANE <input type="radio"/> BROMAZEPAM ou LEXOMIL <input type="radio"/> LORMETAZEPAM ou NOCTAMIDE <input type="radio"/> Aucune <input type="radio"/> Autre : <input type="text"/>

Connaissez-vous le questionnaire ECAB (échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines) qui permet une évaluation de la dépendance aux BZD ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Trouvez-vous difficile d'arrêter un traitement par BZD chez un sujet âgé ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, à quel(s) obstacle(s) êtes-vous confronté lorsque vous arrêtez une BZD à un sujet âgé ?	<input type="radio"/> Peur de la récurrence des symptômes <input type="radio"/> Habitude d'avoir ce traitement <input type="radio"/> Refus du patient de modifier ses traitements <input type="radio"/> Banalisation d'un traitement par BZD par le patient <input type="radio"/> Gène à déprescrire un traitement introduit par un confrère
Quand abordez-vous le sujet du sevrage du traitement en BZD ?	<input type="radio"/> Au moment du renouvellement de la BZD <input type="radio"/> Au cours d'une consultation dédiée à l'arrêt des BZD <input type="radio"/> Au cours d'une consultation dédiée à la prévention <input type="radio"/> Quand le patient dit se sentir mieux
1 réponse possible	
Comment procédez-vous pour la déprescription de la BZD ?	<input type="radio"/> Discussion avec le patient d'une date d'arrêt des BZD et arrêt net <input type="radio"/> Diminution de la posologie de 25% avec réévaluation périodique rapprochée <input type="radio"/> Diminution de la posologie de 50% avec réévaluation périodique rapprochée <input type="radio"/> Diminution de la posologie progressive en fonction du profil de mon patient sans schéma préalable
En parallèle à la déprescription de BZD, avez-vous recours à des alternatives à cette classe thérapeutique ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui : traitement anti-dépresseur <input type="radio"/> Oui : phytothérapie type passiflore, tilleul, camomille <input type="radio"/> Oui : traitement anti-psychothèque comme le TERCIAN <input type="radio"/> Oui : mélatonine à plus de 2mg (comme le CIRCADIN ou le SLENYTO) <input type="radio"/> Oui : traitement anti-histaminique type ATARAX ou DOXYLAMINE (DONORMYL)
1 ou plusieurs réponses possibles	
Si le patient ressent à nouveau, au cours du sevrage, les symptômes pour lesquelles les BZD étaient prescrites, que faites-vous ?	<input type="radio"/> Je réitère les BZD à la posologie initiale <input type="radio"/> Je remajore le traitement de 25% pour une courte durée, toujours dans un objectif de sevrage <input type="radio"/> Je remajore le traitement de 25% dans une optique de conservation du traitement à une dose moindre <input type="radio"/> Je stabilise la posologie actuelle jusqu'à prochaine réévaluation <input type="radio"/> Je poursuis ma procédure de déprescription en associant une alternative non psychotrope <input type="radio"/> Je poursuis ma procédure de déprescription en rassurant le patient
Avez-vous le sentiment d'être démuné face à l'utilisation chronique de BZD chez certains patients ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, pourquoi vous sentez-vous démuné face à l'usage chronique des BZD chez les patients âgés ?	<input type="text"/>

Merci pour vos réponses.

Pour connaître les résultats de ma thèse, vous pouvez m'envoyer un mail à l'adresse suivante : cmilletmadranges@gmail.com

7. Annexe 7 : Commentaires libres

<p>Question 4 : Avez-vous été sensibilisé à la prise en charge gériatrique ?</p>	<p>« Patientèle de plus de 80 ans » « 6 mois d'internat en gériatrie » « Apprentissage sur le tas, intervenant sur 2 EHPADs » « Semestre gériatrie » » « Participation à la prise en charge de nombreux patients en EHPAD et rendu libéral. Suivi de colloques et des recommandations de bonne pratique » « Congrès + formation + médecin coordonnateur, mais on ne peut pas en cocher plusieurs » « Cours d'internat » « Stage internat » « Un peu par un collègue gériatre en service de médecine » « Cours universitaire (fac de médecine) » « Stage durant internat »</p>
<p>Question 11 : Quelles sont les 3 benzodiazépines que vous prescrivez le plus ?</p>	<p>« PRAZEPAM » « TCC » « VERATRAN » à 2 reprises</p>
<p>Question 14 : Vous arrive-t-il de reconduire un traitement hypnotique sans le réévaluer ?</p>	<p>« Demande du patient » « Connaissance du patient, rien de nouveau dans la situation du patient manque de temps dans une consultation complexe charge de travail » « Traitement non introduit par moi que le patient souhaite conserver » « Demande régulière ou inopinée » « Quand il est pris depuis plusieurs années avec refus de réévaluation de la part du patient » « Pas le motif de la consultation » « Patient dépendant » « pas de possibilité de consultation à ce moment-là » « Manque de temps » à 5 reprises « Traitement pris depuis de nombreuses années » « patient " accro " à la molécule » « Harcèlement du patient pour avoir son comprimé » « Échecs de tentatives de réévaluation par le passé. "je le prends depuis 30 ans docteur" » « Plusieurs années de prescription avec échecs réguliers des tentatives de sevrages » « Insistance des patients sous somnifères depuis des décennies » « Chronophage et souvent pas de résultat » « Parce que la réponse est la même » « Prescrit depuis 10 ans... » « Temps + instauration tellement ancienne par ancien praticien que découragement aux tentatives de sevrage + refus du patient malgré exposition effet indésirable » « Traitement chronique chez des personnes très âgées qui ne voudraient l'enlever pour rien au monde !! je ne me bats pas dans ces cas-là » « Refus antérieur de discussion » « Ancienneté de la prescription, impossible à retirer... » « Refus de réévaluation par le patient » « Pleins d'autres motifs de consultation »</p>
<p>Question 15 : Quelle(s) stratégie(s) utilisez-vous pour limiter l'usage à long terme des BZD ?</p>	<p>« Je ne prescris pas de BZD et mes réponses sont fausses, car obligatoires » « Homéopathie et Acuponcture » « Information sur les techniques de relaxation » « RHD » « Personnellement je n'ai jamais initié un traitement par BZD chez une personne âgée »</p>

	<p>« (pour la famille) tout dépend des capacités cognitives et de l'autonomie du patient : attention secret médical » « Complément alimentaire, phytothérapie, homéopathie »</p>
<p>Question 22 : Qu'est-ce qui vous incite à arrêter un traitement par BZD hypnotique ?</p>	<p>« Je ne fais pas cela » « BZD introduit pendant un temps d'hospitalisation » « Systématiquement » « L'inefficacité à mon sens » « Je dois en prescrire deux fois par an, et c'est toujours pour moins de 10 jours » « Présences d'un SAOS » « Nouveau patient avec BZD » « Sa seule présence sur l'ordonnance ! » « Sa santé mentale globalement bonne, travail sur le sommeil possible »</p>
<p>Question 31 : Si oui, pourquoi vous sentez-vous démunie face à l'usage chronique des BZD chez les patients âgés ?</p>	<p>« Les alternatifs ne sont pas remboursés » « Patient trop insistant » « Difficultés au sevrage » « Ils n'en font qu'à leur tête » « Insistance des patients » « Forte pression des patients pour poursuivre le traitement, malgré une information appuyée sur les effets indésirables. » « Prescription ancienne le plus souvent. » « Devant les échecs multiples et la reprise du traitement » « Dépendance du patient » « Parce que la plupart n'envisagent pas du tout l'arrêt, cherche plutôt à trouver un autre prescripteur » « Impossibilité de sevrer du fait de l'ancienneté de la prise » « Difficultés de la part du patient de changer » « Prescription trop longue antérieurement/difficultés d'acceptation de la dépendance par le patient/difficultés de redirection vers un psychologue si besoin (accès +acceptation du patient) » « Sentiment de déprescription impossible » « Tentative multiple vouée à l'échec » « Le patient est persuadé qu'en arrêtant, récidive (donc cela se produit) » « Difficile de les faire changer d'avis ! » « Réticence des patients » « Difficile de faire changer des habitudes anciennes, peur du patient de ne pas dormir sans traitement » « Addiction trop importante » « Personne âgée, sclérose cognitive » « Pas de solution pour la dépendance aux BZD » « Leur addiction au produit rend très difficile le sevrage et c'est parfois décourageant » « Rigidité de la position du patient sur cette question » « Demande itérative » « Beaucoup d'angoisses, de solitude, dues à des facteurs environnementaux » « Banalisation du traitement » « Dépendance des patients » « Difficulté à trouver une alternative efficace aux troubles du sommeil » « Beaucoup d'énergie mobilisée pour de prescrire sans avoir beaucoup de convaincus. » « Difficulté à les sevrer, refus du patient » « Refus du patient »</p>

8. Annexe 8 : Tableau comparatif de l'échantillon en fonction de la formation en gériatrie

		Absence de formation à la gériatrie	Médecins sensibilisés à la gériatrie	P value
Sexe	Hommes	14 (42 %)	15 (52 %)	P = 0,46
	Femmes	19 (58 %)	14 (48 %)	
Âge	Moins de 36 ans	5 (15%)	5 (17 %)	P = 1
	Entre 36 ans et 45 ans	10 (30%)	7 (24 %)	P = 0,59
	Entre 46 ans et 55 ans	5 (15%)	4 (14 %)	P = 1
	Entre 56 ans et 65 ans	9 (28 %)	9 (31 %)	P = 0,74
	Plus de 66 ans	4 (12 %)	4 (14 %)	P = 1
Ancienneté de pratique	Moins de 10 ans	6 (18 %)	9 (31 %)	P = 0,24
	Entre 10 à 19 ans	10 (30 %)	8 (28 %)	P = 0,81
	Entre 20 ans et 29 ans	7 (22 %)	2 (7 %)	P = 0,16
	Entre 30 ans et 39 ans	8 (24 %)	9 (31 %)	P = 0,55
	Plus de 39 ans	2 (6 %)	1 (3 %)	N/A
Proportion de patients de plus de 80 ans dans votre patientèle	Inférieur ou égal à 20%	25 (76 %)	20 (69 %)	P = 0,55
	Entre 21 % et 40 %	4 (12%)	8 (28 %)	P = 0,12
	Entre 41 % et 60 %	2 (6 %)	1 (3 %)	N/A
	Entre 61 % et 80 %	1 (3 %)	0 (0 %)	N/A
	Supérieur à 80 %	1 (3 %)	0 (0 %)	N/A
Proportion de patients de plus de 80 ans estimant avoir un mauvais sommeil	Inférieur ou égal à 20%	5 (15 %)	4 (14 %)	P = 1
	Entre 21 % et 40 %	10 (30 %)	12 (42 %)	P = 0,36
	Entre 41 % et 60 %	6 (18 %)	5 (17 %)	P = 0,92
	Entre 61 % et 80 %	9 (28 %)	3 (10%)	P = 0,092
	Supérieur à 80 %	0 (0 %)	0 (0 %)	N/A
	Ne se prononce pas	3 (9 %)	5 (17 %)	P = 0,46
Proportion de patients de plus de 80 ans avec un traitement par hypnotique	Inférieur ou égal à 20%	21 (64 %)	19 (66 %)	P = 0,88
	Entre 21 % et 40 %	8 (24 %)	5 (17 %)	P = 0,5
	Entre 41 % et 60 %	3 (9 %)	2 (7 %)	P = 1
	Entre 61 % et 80 %	0 (0 %)	1 (3 %)	N/A
	Supérieur à 80 %	0 (0 %)	0 (0 %)	N/A
	Ne se prononce pas	1 (3 %)	2 (7 %)	N/A
Total		33 (100 %)	29 (100 %)	

		Absence de formation à la gériatrie	Médecins sensibilisés à la gériatrie	P value
Rappelez-vous les RHD	Oui	25 (76 %)	22 (76 %)	P = 0,99
	Non	8 (24 %)	7 (24 %)	
BZD + prescrite	ZOLPIDEM	13 (41 %)	11 (38 %)	P = 0,83
	ZOPICLONE	19 (59 %)	19 (66 %)	P = 0,62
	ALPRAZOLAM	20 (62 %)	18 (62 %)	P = 0,97
	OXAZEPAM	14 (44 %)	18 (62 %)	P = 0,15
	LORAZEPAM	2 (6 %)	3 (10 %)	P = 0,66
	BROMAZEPAM	6 (19 %)	2 (7 %)	P = 0,26
	LORMETAZEPAM	7 (22 %)	5 (17 %)	P = 0,65
	CLOTIAZEPAM	1 (3 %)	1 (3 %)	N/A
	Aucune	3 (9 %)	0 (0 %)	N/A

		Absence de formation à la gériatrie	Médecins sensibilisés à la gériatrie	P value
Fréquence de réévaluation des BZD	Tous les 15 j	1 (3 %)	2 (7 %)	N/A
	Tous les mois	13 (39 %)	12 (41 %)	P = 0,87
	Tous les 3 mois	10 (31 %)	6 (21 %)	P = 0,39
	Tous les 6 mois	0 (0 %)	1 (3 %)	N/A
	Variable en fonction du patient	9 (27 %)	8 (28 %)	P = 0,98
Renouveaulement du traitement sans réévaluation	Oui	16 (48 %)	15 (52 %)	P = 0,8
	Non	17 (52 %)	14 (48 %)	
Raisons du renouvellement sans réévaluation	Manque de temps	5 (15 %)	7 (24 %)	P = 0,37
	Refus de la part du patient	6 (18 %)	7 (24 %)	P = 0,57
	Découragement face aux échecs antérieurs	4 (12 %)	1 (3 %)	P = 0,36
	Ancienneté du traitement	1 (3 %)	0 (0 %)	N/A
Stratégies de limitation de l'usage au long terme	Information de la famille	11 (33 %)	10 (34 %)	P = 0,92
	Information des bénéfiques et risques	28 (85 %)	27 (93 %)	P = 0,43
	Information durée limitée du traitement	25 (76 %)	27 (93 %)	P = 0,088
	Traitement anti-dépresseur	8 (24 %)	6 (21 %)	P = 0,74
	Prescription TCC	2 (6 %)	8 (28 %)	P = 0,036
	Réévaluation régulière prescription	20 (61 %)	25 (86 %)	P = 0,024
Poids des habitudes et de l'insistance dans le renouvellement	Oui	30 (91 %)	27 (93 %)	P = 1
	Non	3 (9 %)	2 (7 %)	
Association anxiolytique et hypnotique	Oui	9 (27 %)	7 (24 %)	P = 0,78
	Non	24 (73 %)	22 (76 %)	
Impact des ordonnances sécurisées sur prescription de ZOLPIDEM	Oui	16 (48 %)	14 (48 %)	P = 0,99
	Non	17 (52 %)	15 (52 %)	
Impact des ordonnances sécurisées sur perception du traitement par les patients	Oui	11 (33 %)	10 (35 %)	P = 0,92
	Non	22 (66 %)	19 (65 %)	
Connaissance d'une ROSP pour hypnotiques	Oui	19 (58 %)	17 (59 %)	P = 0,93
	Non	14 (42 %)	12 (41 %)	
Impact de la ROSP sur prescription	Oui	7 (21 %)	7 (24 %)	P = 0,78
	Non	26 (79 %)	22 (76 %)	
Total		33 (100 %)	29 (100 %)	

		Absence de formation à la gériatrie	Médecins sensibilisés à la gériatrie	P value
Évènement incitant à arrêter un traitement hypnotique	Demande du patient	15 (45 %)	15 (52 %)	P = 0,62
	Évènement indésirable en lien avec BZD	28 (85 %)	22 (76 %)	P = 0,37
	Survenue d'une chute	29 (88 %)	24 (83 %)	P = 0,72
	Présence d'une dépendance	17 (52 %)	21 (72 %)	P = 0,092
	Polymédication	28 (55 %)	23 (79 %)	P = 0,57
Connaissez-vous le questionnaire ECAB ?	Oui	2 (6 %)	6 (21 %)	P = 0,13
	Non	31 (94 %)	23 (79 %)	
Trouvez-vous difficile d'arrêter un traitement par BZD chez un sujet âgé ?	Oui	27 (82 %)	25 (86 %)	P = 0,74
	Non	6 (18 %)	4 (14 %)	
Difficultés au sevrage selon les praticiens	Peur de la récurrence des symptômes	17 (52 %)	10 (34 %)	P = 0,18
	Gêne à déprescrire un traitement introduit par un confrère	4 (12 %)	3 (10 %)	P = 1
	Banalisation d'un traitement par BZD par le patient	20 (61 %)	23 (79 %)	0,11
	Habitude d'avoir ce traitement	24 (73 %)	22 (76 %)	P = 0,78
	Refus du patient de modifier ses traitements	28 (85 %)	27 (93 %)	P = 1
Quand abordez-vous le sujet du sevrage du traitement en BZD ?	Lors du renouvellement	24 (73 %)	17 (59 %)	P = 0,24
	Au cours d'une consultation dédiée	0 (0 %)	0 (0 %)	N/A
	Au cours d'une consultation prévention	2 (6 %)	1 (3 %)	N/A
	Quand le patient se sent mieux	7 (21 %)	11 (38 %)	P = 0,15
Comment procédez-vous pour la déprescription de la BZD ?	Discussion avec le patient d'une date d'arrêt des BZD et arrêt net	2 (6 %)	0 (0 %)	N/A
	Diminution de la posologie de 25% avec réévaluation périodique rapprochée	8 (24 %)	7 (24 %)	P = 0,99
	Diminution de la posologie de 50% avec réévaluation périodique rapprochée	2 (6 %)	6 (21 %)	P = 0,13
	Diminution de la posologie progressive en fonction du profil de mon patient sans schéma préalable	21 (64 %)	16 (55 %)	P = 0,5
En parallèle à la déprescription de BZD, avez-vous recours à des alternatives à cette classe thérapeutique ?	Non	4 (12 %)	5 (17 %)	P = 0,72
	Oui : traitement anti-dépresseur	5 (15 %)	1 (3 %)	P = 0,2
	Oui : phytothérapie type passiflore, tilleul, camomille	11 (33 %)	11 (38 %)	P = 0,71
	Oui : traitement anti-psychotique comme le TERCIAN	0 (0 %)	0 (0 %)	N/A
	Oui : mélatonine à plus de 2 mg (comme le CIRCADIN ou le SLENYTO)	6 (18 %)	5 (17 %)	P = 0,92
	Oui : traitement anti-histaminique type ATARAX ou DOXYLAMINE (DONORMYL)	7 (22 %)	7 (25 %)	P = 0,78

		Absence de formation à la gériatrie	Médecins sensibilisés à la gériatrie	P value
Si le patient ressent à nouveau, au cours du sevrage, les symptômes pour lesquelles les BZD étaient prescrites, que faites-vous ?	Je réitère les BZD à la posologie initiale	4 (12 %)	2 (7%)	P = 0,68
	Je remajore le traitement de 25% pour une courte durée, toujours dans un objectif de sevrage	5 (15 %)	8 (28 %)	P = 0,23
	Je remajore le traitement de 25% dans une optique de conservation du traitement à une dose moindre	2 (6 %)	0 (0 %)	N/A
	Je stabilise la posologie actuelle jusqu'à prochaine réévaluation	9 (28 %)	16 (55 %)	P = 0,025
	Je poursuis ma procédure de déprescription en associant une alternative non psychotrope	11 (33 %)	2 (7 %)	P = 0,011
Je poursuis ma procédure de déprescription en rassurant le patient	2 (6 %)	1 (3 %)	N/A	
Avez-vous le sentiment d'être démuni face à l'utilisation chronique de BZD chez certains patients ?	Oui	19 (58 %)	17 (59 %)	P = 0,93
	Non	14 (42 %)	12 (41 %)	
Total		33 (100 %)	29 (100 %)	

9. Annexe 9 : Tableau comparatif de l'échantillon en fonction de l'ancienneté de la pratique de la médecine générale

		Pratique de la médecine générale inférieure à 20 ans	Pratique de la médecine générale supérieure à 20 ans	P value
Sexe	Hommes	11 (33 %)	18 (62 %)	P = 0,024
	Femmes	22 (67 %)	11 (38 %)	
Proportion de patients de plus de 80 ans dans votre patientèle	Inférieur ou égal à 20%	23 (70 %)	22 (76 %)	P = 0,59
	Entre 21 % et 40 %	8 (24 %)	4 (14 %)	P = 0,3
	Entre 41 % et 60 %	1 (3 %)	2 (7 %)	N/A
	Entre 61 % et 80 %	1 (3 %)	0 (0 %)	N/A
	Supérieur à 80 %	0 (0 %)	1 (3 %)	P = 0,47
BZD + prescrite	ZOLPIDEM	15 (45 %)	9 (32 %)	P = 0,29
	ZOPICLONE	21 (64 %)	17 (61 %)	P = 0,81
	ALPRAZOLAM	20 (61 %)	18 (64 %)	P = 0,77
	OXAZEPAM	16 (48 %)	16 (57 %)	P = 0,5
	LORAZEPAM	3 (9 %)	2 (7 %)	P = 1
	BROMAZEPAM	5 (15 %)	3 (11 %)	P = 0,72
	LORMETAZEPAM	8 (24 %)	4 (14 %)	P = 0,33
	CLOTIAZEPAM	0 (0 %)	2 (7 %)	N/A
	Aucune	0 (0 %)	3 (10 %)	N/A

		Pratique de la médecine générale inférieure à 20 ans	Pratique de la médecine générale supérieure à 20 ans	P value
Stratégies de limitation de l'usage au long terme	Information de la famille	12 (36 %)	9 (31 %)	P = 0,66
	Information des bénéfices et risques	29 (88 %)	26 (90 %)	P = 1
	Information durée limitée du traitement	29 (88 %)	23 (79 %)	P = 0,49
	Traitement anti-dépresseur	9 (27 %)	5 (17 %)	P = 0,35
	Prescription TCC	7 (21 %)	3 (10 %)	P = 0,31
	Réévaluation régulière prescription	22 (67 %)	23 (79 %)	P = 0,27
En parallèle à la déprescription de BZD, avez-vous recours à des alternatives à cette classe thérapeutique ?	Non	5 (15 %)	4 (14 %)	P = 1
	Oui : traitement anti-dépresseur	4 (12 %)	2 (7 %)	P = 0,68
	Oui : phytothérapie type passiflore, tilleul, camomille	12 (36 %)	10 (34 %)	P = 0,88
	Oui : traitement anti-psychotique comme le TERCIAN	0 (0 %)	0 (0 %)	N/A
	Oui : mélatonine à plus de 2 mg (comme le CIRCADIN ou le SLENYTO)	6 (18 %)	5 (17 %)	P = 0,92
Oui : traitement anti-histaminique type ATARAX ou DOXYLAMINE (DONORMYL)	6 (18 %)	8 (28 %)	P = 0,38	
Comment procédez-vous pour la déprescription de la BZD ? Comment procédez-vous pour la déprescription de la BZD ?	Discussion avec le patient d'une date d'arrêt des BZD et arrêt net	0 (0 %)	2 (7 %)	N/A
	Diminution de la posologie de 25% avec réévaluation périodique rapprochée	5 (15 %)	10 (34 %)	P = 0,076
	Diminution de la posologie de 50% avec réévaluation périodique rapprochée	4 (12 %)	4 (14 %)	P = 1
	Diminution de la posologie progressive en fonction du profil de mon patient sans schéma préalable	24 (73 %)	13 (45 %)	P = 0,025

		Pratique de la médecine générale inférieure à 20 ans	Pratique de la médecine générale supérieure à 20 ans	P value
Si le patient ressent à nouveau, au cours du sevrage, les symptômes pour lesquelles les BZD étaient prescrites, que faites-vous ?	Je réitère les BZD à la posologie initiale	3 (9 %)	3 (10 %)	P = 1
	Je remajore le traitement de 25% pour une courte durée, toujours dans un objectif de sevrage	7 (21 %)	6 (21 %)	P = 0,96
	Je remajore le traitement de 25% dans une optique de conservation du traitement à une dose moindre	2 (6 %)	0 (0 %)	N/A
	Je stabilise la posologie actuelle jusqu'à prochaine réévaluation	12 (36 %)	13 (45 %)	P = 0,5
	Je poursuis ma procédure de déprescription en associant une alternative non psychotrope	7 (21 %)	6 (21 %)	P = 0,96
Je poursuis ma procédure de déprescription en rassurant le patient	2 (6 %)	1 (3 %)	N/A	
Trouvez-vous difficile d'arrêter un traitement par BZD chez un sujet âgé ?	Oui	31 (94 %)	21 (72 %)	P = 0,036
	Non	2 (6 %)	8 (28 %)	
Avez-vous le sentiment d'être démuni face à l'utilisation chronique de BZD	Oui	24 (73 %)	12 (41 %)	P = 0,013
	Non	9 (27 %)	17 (59 %)	

10. Annexe 10 : Tableau comparatif de l'échantillon en fonction de la difficulté ressentie par les praticiens à sevrer en BZD

		Absence de difficulté au sevrage de BZD	Difficultés au sevrage des BZD	P value
Participation à une formation en gériatrie	Oui	4 (40 %)	25 (48 %)	P = 0,74
	Non	6 (60 %)	27 (52 %)	
BZD + prescrite	ZOLPIDEM	2 (22 %)	22 (42 %)	P = 0,46
	ZOPICLONE	4 (44 %)	34 (65 %)	P = 0,28
	ALPRAZOLAM	5 (56 %)	33 (63 %)	P = 0,72
	OXAZEPAM	3 (33 %)	29 (56 %)	P = 0,29
	LORAZEPAM	0 (0 %)	5 (10 %)	P = 1
	BROMAZEPAM	2 (22 %)	6 (12 %)	P = 0,34
	LORMETAZEPAM	1 (11 %)	11 (21 %)	P = 0,67

	CLOTIAZEPAM	0 (0 %)	2 (4 %)	N/A
	Aucune	2 (20 %)	1 (2 %)	N/A
<p>Comment procédez-vous pour la déprescription de la BZD ?</p> <p>Comment procédez-vous pour la déprescription de la BZD ?</p>	Discussion avec le patient d'une date d'arrêt des BZD et arrêt net	2 (20 %)	0 (0 %)	N/A
	Diminution de la posologie de 25% avec réévaluation périodique rapprochée	3 (30 %)	12 (23 %)	P = 0,69
	Diminution de la posologie de 50% avec réévaluation périodique rapprochée	2 (20 %)	6 (12 %)	P = 0,6
	Diminution de la posologie progressive en fonction du profil de mon patient sans schéma préalable	3 (30 %)	34 (65 %)	P = 0,074
<p>Si le patient ressent à nouveau, au cours du sevrage, les symptômes pour lesquelles les BZD étaient prescrites, que faites-vous ?</p>	Je réitère les BZD à la posologie initiale	3 (30 %)	3 (6 %)	P = 0,048
	Je remajore le traitement de 25% pour une courte durée, toujours dans un objectif de sevrage	3 (30 %)	10 (19 %)	P = 0,42
	Je remajore le traitement de 25% dans une optique de conservation du traitement à une dose moindre	0 (0 %)	2 (4 %)	N/A
	Je stabilise la posologie actuelle jusqu'à prochaine réévaluation	2 (20 %)	23 (44 %)	P = 0,18
	Je poursuis ma procédure de déprescription en associant une alternative non psychotrope	1 (10 %)	12 (23 %)	P = 0,67
	Je poursuis ma procédure de déprescription en rassurant le patient	1 (10 %)	2 (4 %)	N/A
Total		10 (100 %)	52 (100 %)	

IX. Abréviations

ALD	Affection Longue Durée
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM	Agence Nationale de la Surveillance du Médicament
Anti-H1	Anti-Histaminique
ARS	Agence Régionale de Santé Risque Relatif
AVP	Accident de la Voie Publique
BZD	Benzodiazépine
BZRA	Benzodiazepines Receptors Agonist Type Z
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPP	Comité de Protection des Personnes
DREES	Direction de la Recherche des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
DSM 5	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux
ECAB	Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines
EI	Effet Indésirable
EM	Entretien motivationnel
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
FMC	Formation médicale continue
GABA	Acide Gamma-Amino-Butyrique
HAS	Haute autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IV	Intra-veineuse
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSIAP	Ordonnances Suspectes Indicatrices d'Abus Possible
PACA	Provence Alpe Côte d'Azur
PO	Per Os
RHD	Règles Hygiéno-Diététiques
ROSP	Rémunération sur Objectif de Santé Publique
RR	Risque Relatif
SMR	Service Médical Rendu
SNC	Système Nerveux Central
T ½	Demi-vie
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.