



HAL
open science

Les freins et motivations du sevrage de benzodiazépines en ambulatoire chez les médecins généralistes de la Somme

Kristin Dys

► **To cite this version:**

Kristin Dys. Les freins et motivations du sevrage de benzodiazépines en ambulatoire chez les médecins généralistes de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04783276

HAL Id: dumas-04783276

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04783276v1>

Submitted on 14 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

Faculté de médecine d'Amiens

Année 2024

n° de thèse : 2024 - 170

Les freins et motivations du sevrage de benzodiazépines en ambulatoire chez les médecins généralistes de la Somme

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLÔME D'ÉTAT)
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 16/10/2024

Par Madame DYS Kristin

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

MEMBRES DU JURY : Madame le Professeur Christine AMMIRATI
Monsieur le Docteur Jean-Michel DUCROCQ

DIRECTEUR DE THÈSE : Madame le Docteur Mathilde COURTOIS

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Chef du Service de Gériatrie

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.
Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

Madame le Professeur Christine AMMIRATI
Professeur Hospitalier - Professeur associé des Universités
(Anesthésie – Réanimation, option Médecine d’Urgence)
Chef de Pôle Médecine d’Urgence, Médecine légale et sociale.
Responsable de service SAMU - SMUR - CESU, service d’accueil des urgences.

Officier dans l’Ordre National du Mérite
Officier dans l’Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l’honneur de juger mon travail.
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

Monsieur le Docteur Jean-Michel DUCROCQ
Médecin généraliste et médecin urgentiste

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.
Je tiens à vous exprimer ma gratitude.

À ma directrice de thèse,

Madame le Docteur COURTOIS Mathilde
Médecin généraliste

Merci d'avoir accepté, sans hésitation, de diriger ma thèse. Je te remercie pour ton aide précieuse, tes conseils, ta disponibilité et ton encadrement durant l'élaboration de ce travail.

REMERCIEMENTS

Merci à mes parents, à tous les sacrifices qu'ils ont faits pour que je puisse jouir de toutes les opportunités d'une éducation européenne. Merci de m'avoir soutenue, d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir accompagnée tout au long de mes études.

Thank you, mum and dad, for everything you have done for me, I am so proud to be your daughter and to have achieved this goal thanks to you and all your sacrifices.

Merci à mon frère qui a toujours répondu présent et pour le soutien que tu as pu m'apporter.

Thank you for being you, challenging me in my perception of the world and teaching me so much about myself.

Merci à mon amoureux, Renan, merci pour ton soutien infailible durant ces longues années d'internat. Merci pour ta patience et ton attitude sereine qui a permis (parfois) d'apaiser mes angoisses.

J'ai tellement hâte de commencer un nouveau chapitre avec toi.

Je t'aime.

Thank you to the Vlahovic's and the Da Ribeira's, my family. I won't ever have as much sass as you lot but I aspire to it. Thank you for always making me laugh, I am so fortunate to be able to have call you family.

Merci à ma belle-famille, pour votre encouragement, votre bienveillance et votre aide.

Merci à Thévie et Fabien, merci de m'avoir nourrie et désaltérée régulièrement au long de mes études. Merci d'être ma bouffée d'air frais.

Merci à mes amis de plus ou moins longue date ;

À la team St Q / les copains : Florine, Mathilde, Yaël et Alexis merci de ne pas m'avoir jugée quand je vous demandais votre avis sur mes prises en charge... je n'aurais pas survécu à tous ces semestres sans vous.

Aimée, Kevin, Violaine, Pauline, Justine merci à vous d'avoir été là depuis le début, merci pour nos soirées, pour nos moments de partage et pour notre complicité.

Et merci à tous les co-internes qui m'ont accompagnée lors des stages.

Merci à tous les séniors et les médecins généralistes que j'ai eu la chance de côtoyer durant mes stages, merci pour vos enseignements. Merci aux équipes paramédicales des divers services de m'avoir beaucoup appris sur mon futur métier.

Merci aux médecins ayant participé à cette thèse.

Merci Mathilde encore une fois d'avoir encadré ce travail, merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale lors d'un de mes tout premiers stages via ta bienveillance et ton expertise.

Résumé

Titre : Les freins et motivations du sevrage de benzodiazépines en ambulatoire chez les médecins généralistes de la Somme.

Introduction : La France est un grand consommateur de benzodiazépines (BZD). Ces traitements sont majoritairement initiés par les médecins généralistes. Le manque de connaissances sur leurs risques, non seulement par les professionnels de santé, mais aussi par la population générale, est à l'origine de mésusage.

Méthode : Étude qualitative par entretien semi-dirigé. Recrutement de médecins généralistes en exercice libéral dans la Somme.

Résultat : Les principales motivations au sevrage recueillies auprès des médecins interrogés sont les effets indésirables induits par les benzodiazépines. Malgré de bonnes connaissances sur ces risques, la motivation seule du médecin généraliste au sevrage est insuffisante puisque les principaux freins sont liés au patient lui-même. D'après les médecins interrogés, les personnes âgées représentent une population particulièrement complexe, complexité due à la chronicisation de la prescription et la mésinformation sur les benzodiazépines lors de leur instauration. L'importance de l'éducation thérapeutique et d'un discours coopératif avec le patient a bien été mis en avant comme étant indispensable au sevrage. Malgré les divers outils de sevrage accessibles aux médecins généralistes, un faible nombre a été cité lors des entretiens.

Conclusion : Il paraît légitime de mettre en place des campagnes d'informations à destination des patients ainsi qu'une rediffusion des outils existants auprès des médecins généralistes.

La consolidation de la relation médecin-patient sur un modèle coopératif, l'élaboration d'un protocole individuel de sevrage et une plus grande facilité d'accès aux acteurs de la santé mentale sont essentielles pour nos prises en charge futures.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| RESUME..... | 8 |
| LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS | 11 |
| INTRODUCTION | 12 |
| I. MATIERE ET METHODE | 14 |
| II. RAPPEL | 16 |
| 1. LES BZD | 16 |
| 2. MECANISMES D’ACTIONS DES BZD..... | 17 |
| 3. LE SOMMEIL..... | 19 |
| 4. L’ANXIETE..... | 21 |
| III. RESULTATS..... | 22 |
| 1. LE PATIENT SOUS BENZODIAZEPINES..... | 22 |
| 2. LES BZD : QUOI ET COMMENT ?..... | 23 |
| 3. LES MOTIVATIONS AU SEVRAGE | 26 |
| <i>Le contexte.....</i> | <i>26</i> |
| <i>Les effets indésirables.....</i> | <i>26</i> |
| <i>Les recommandations.....</i> | <i>27</i> |
| 4. LE SEVRAGE | 28 |
| <i>La relation médecin - patient.....</i> | <i>28</i> |
| <i>Stratégie</i> | <i>30</i> |
| <i>Les alternatives thérapeutiques.....</i> | <i>31</i> |
| 5. LES FREINS AU SEVRAGE..... | 33 |
| <i>Le patient.....</i> | <i>33</i> |
| <i>La santé mentale</i> | <i>35</i> |
| <i>La dépendance.....</i> | <i>36</i> |
| <i>Le médecin.....</i> | <i>36</i> |
| IV. DISCUSSION..... | 39 |
| 1. FORCES ET LIMITES | 39 |
| 2. UN MESUSAGE DES BZD | 40 |
| 3. NOUVELLES PERSPECTIVES | 40 |
| 4. LA ROSP | 42 |
| 5. LE PATIENT | 43 |
| 6. RELATION MEDECIN-PATIENT..... | 45 |
| 7. L’INOBSERVANCE THERAPEUTIQUE..... | 46 |
| 8. LES EFFETS INDESIRABLES..... | 47 |
| 9. LES ALTERNATIVES THERAPEUTIQUES..... | 49 |
| <i>Alternative médicamenteuse.....</i> | <i>49</i> |
| <i>Alternative non médicamenteuse.....</i> | <i>54</i> |
| V. CONCLUSION | 57 |
| BIBLIOGRAPHIE :..... | 58 |
| ANNEXE | 64 |
| GUIDE D’ENTRETIEN | 64 |
| FICHE MEMO A DESTINATION DES PHARMACIENS..... | 66 |
| ARBRE DECISIONNEL – PRISE EN CHARGE DE L’INSOMNIE..... | 68 |
| AGENDA DU SOMMEIL | 69 |
| QUESTIONNAIRE ECAB : | 70 |
| ARBRE DECISIONNEL HAS – SEVRAGE BZD..... | 71 |
| COURRIER D’INFORMATION HAS - SEVRAGE BZD | 72 |
| CALENDRIER DE SUIVI HAS – SEVRAGE BZD..... | 73 |

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS

ALD Affection longue durée

ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament

BZD Benzodiazépines

ECAB Échelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines

EMA Agence Européenne du Médicament

EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing

ESCOPE Coordination Scientifique Européenne en Phytothérapie

GABA Acide γ -aminobutyrique

HAS Haute Autorité de Santé

IRS Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine

IRSN Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine et de la Noradrénaline

OMS Organisation Mondiale de Santé

RPIB Repérage Précoce et Intervention Brève

ROSP Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SAHS Syndrome d'Apnées Hypopnées du Sommeil

TCC Thérapie Cognitive et Comportementale

Introduction

La France est le 2^{ème} consommateur de benzodiazépines en Europe. En 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) a lancé une campagne d'information auprès des professionnels de santé afin d'encourager une utilisation raisonnée de ces molécules chez les personnes âgées.(1) Les données les plus récentes indiquent une diminution de 5,7% de la proportion d'utilisateurs de benzodiazépines en 2015 par rapport à 2012. Malgré cela, elle reste élevée avec près de 13,4% de la population française ayant consommé au moins une fois une benzodiazépine en 2015, en particulier chez les plus de 65 ans.(2)

Ces traitements sont initiés par un médecin généraliste dans près de 82% des cas, avec en moyenne 15% des nouveaux utilisateurs poursuivant le traitement pour une durée supérieure aux recommandations.

La durée de prescription est limitée à 4 ou 12 semaines selon la molécule, durée incluant la période de sevrage. Or, pour la population générale, la durée moyenne de traitement est de 7 mois et atteint parfois plusieurs années chez les plus de 65 ans.

Les benzodiazépines comportent des risques importants et peuvent produire des effets secondaires graves sur le système nerveux, tels que la somnolence, les comas, les convulsions, les amnésies, pouvant conduire à des états confusionnels. Les benzodiazépines sont souvent une cause de chute chez les personnes âgées, et celles de durée d'action longue sont un facteur de risque de démence.

Le manque de connaissance des risques et du pouvoir addictogène des benzodiazépines non seulement par les professionnels de santé, mais aussi par la population, est à l'origine de mésusage.

Quel que soit l'âge, l'usage des benzodiazépines expose à un risque d'abus et de dépendance physique et psychique accompagné d'un syndrome de sevrage à l'arrêt.

Cette problématique m'a été exposée en cours lors de mon internat. Le sevrage de médicaments addictogènes me semble complexe, d'autant plus chez les personnes âgées attachées à leurs traitements et à leurs habitudes.

En anticipant mon exercice futur, je me suis demandée si cette appréhension était partagée par mes pairs et de quelle manière ils abordaient le sujet avec leurs patients, leurs motivations et leurs freins dans la gestion du sevrage.

L'objectif de cette étude sera d'analyser les freins et les motivations lors de la prise en charge du sevrage des benzodiazépines en ambulatoire par les médecins généralistes.

I. Matière et méthode

Type d'étude :

Étude qualitative par entretien semi-dirigé, au moyen d'un guide d'entretien, auprès de médecins généralistes de la Somme.

Population étudiée :

Ont été inclus les médecins généralistes en exercice libéral, installés et remplaçants, dans le département de la Somme.

Le recrutement des médecins s'est déroulé au moyen de sollicitations par envoi de courriels relayés par les antennes départementales du Conseil de l'Ordre des médecins, puis par prise de contact aléatoire via l'annuaire Ameli et par propositions à mes connaissances.

L'inclusion des médecins a eu lieu de août 2023 à janvier 2024, jusqu'à obtention d'une saturation des données, définie par deux entretiens successifs n'apportant plus de nouvelle information répondant à la question de recherche.

Le rendez-vous pour l'entretien s'établissait en fonction des convenances du médecin, en présentiel ou via la plateforme Zoom® en distanciel.

L'avis de la CNIL a été sollicité mais n'a pas été suivi d'une demande d'autorisation dans la mesure où les données recueillies auprès des médecins ont été anonymisées.

Guide d'entretien : *cf Annexe*

Le guide d'entretien, établi en amont, comportait un ensemble de dix questions ouvertes, avec des questions de relance afin de favoriser un échange et une expression libre des médecins tout en rassemblant les données pertinentes pouvant répondre à la question de recherche.

Les entretiens ont tous été enregistrés à l'aide d'un dictaphone pour permettre une retranscription intégrale des échanges.

Analyse des données :

Au fil des entretiens, les retranscriptions ont été réalisées à l'aide d'un système de reconnaissance automatique de la parole (Whisper ®). Une relecture avec anonymisation des données a été effectuée en parallèle de ce travail.

Au fur et à mesure des entretiens, les grands thèmes ont été dégagés selon la méthode de théorisation ancrée, puis organisés en codes. Ce travail a permis de subdiviser divers passages

répondant à la question de recherche en groupes de même sens. Cette tâche a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative Nvivo14 ®.

Aucune modification aux codes n'a été apportée après le dixième entretien. La saturation des données a alors été considérée comme atteinte. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de consolider l'ensemble des données.

II. Rappel

1. Les BZD

En 2018, la HAS publie une fiche « bon usage du médicament » sur les benzodiazépines.

Voici les 11 benzodiazépines par voie orale ayant une AMM pour la prise en charge des manifestations anxieuses sévères et / ou invalidantes. **Prescription limitée à 12 semaines, non renouvelable.** (3)

| Dénomination commune internationale (DCI) | Spécialité | Demi-vie | Équivalence approximative (mg) |
|---|------------|------------|--------------------------------|
| Clotiazépam | VERATRAN® | 4 h | Information non retrouvée |
| Oxazépam | SERESTA® | 8 h | 20 |
| Alprazolam | XANAX® | 10 - 20 h | 0,5 |
| Lorazépam | TEMESTA® | 10 - 20 h | 1 |
| Bromazépam | LEXOMIL® | 20 h | 5-6 |
| Clobazam | URBANYL® | 20 h | 20 |
| Clorazépate dipotassique | TRANXENE® | 30 - 150 h | 15 |
| Nordazépam | NORDAZ® | 30 - 150 h | 10 |
| Prazépam | LYSANXIA® | 30 - 150 h | 10-20 |
| Diazépam | VALIUM® | 32 - 47h | 10 |
| Loflazépate d'éthyle | VICTAN® | 77 h | Information non retrouvée |

Voici, les 5 benzodiazépines et 3 molécules apparentées ayant l'AMM pour la prise en charge des troubles sévères du sommeil à court terme. **Prescription limitée à 4 semaines, non renouvelable. (4)**

| DCI | Spécialité | Demi-vie | Équivalence approximative (mg) |
|------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| Benzodiazépines | | | |
| Estazolam | NUCTALON® | 8 - 24 h | 1-2 |
| Loprazolam | HAVLANE® | 8h | 1-2 |
| Lormétazépam | NOCTAMIDE® | 10 h | 1-2 |
| Nirtazépam | MOGADON® | 18 - 57 h | Information non retrouvée |
| Témazépam | NORMISON® | 5 - 13 h | 20 |

| DCI | Spécialité | Demi-vie | Équivalence approximative (mg) |
|------------------------------|------------|----------|--------------------------------|
| Molécules apparentées | | | |
| Zolpidem | STILNOX® | 2 - 4 h | 20 |
| Zopiclone | IMOVANE® | 3 - 6 h | 15 |
| Eszopiclone | NOXIBEN® | 6 h | Information non retrouvée |

La durée limite de prescription pour les BZD à visée anxiolytique ou hypnotique comprend la période de sevrage.

Le Clorazépate (Tranxene®) et le Zolpidem (Stilnox®, Edluar® et génériques) sont classés comme stupéfiants et ne peuvent être prescrits que sur ordonnance sécurisée.

2. Mécanismes d'actions des BZD

Les récepteurs GABA A sont activés par la fixation de l'acide γ -aminobutyrique (GABA), principal neurotransmetteur inhibiteur du cerveau.

Les BZD sont des modulateurs allostériques positifs de la transmission inhibitrice du GABA sur son récepteur GABA A : ils augmentent la perméabilité et renforcent ainsi l'inhibition des neurones qui expriment le récepteur GABA A (5).

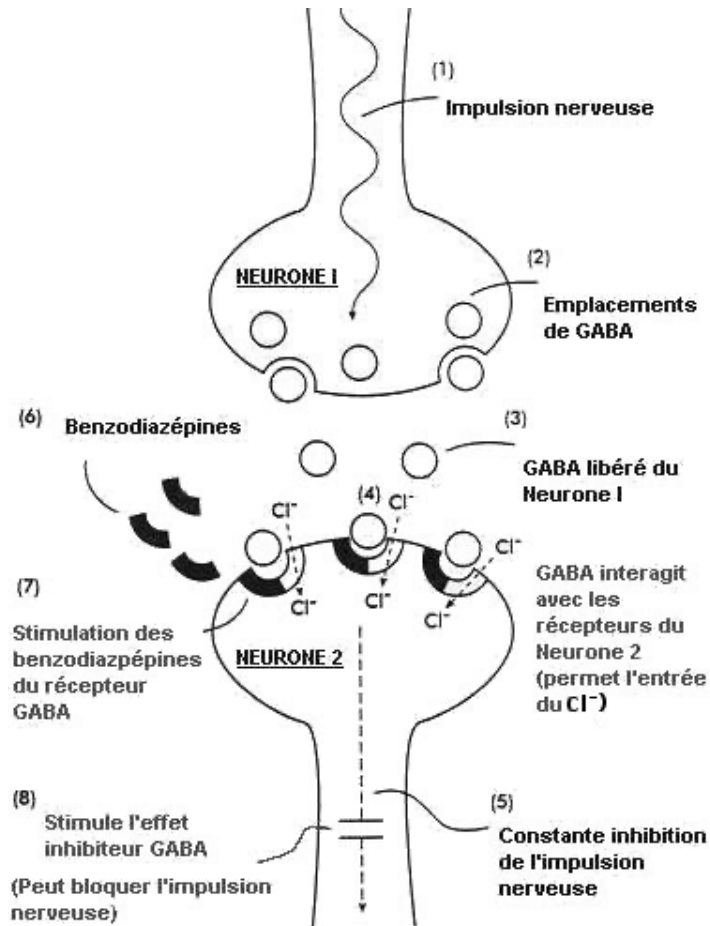


Diagramme du mécanisme de l'action des BZD

Par cet effet inhibiteur, les BZD ont un effet hypnotique, anxiolytique, amnésiant, myorelaxant et anticonvulsivant.

L'effet inhibiteur peut être amplifié selon la tolérance individuelle, la vitesse de métabolisme, l'accumulation des doses due au chevauchement de molécules à demi-vie longue ou aux antécédents propres aux patients. Cette accumulation entraîne alors des effets indésirables tels que de la somnolence, des comas, des convulsions, des amnésies.

3. Le sommeil

Le sommeil est organisé en cycles de sommeil lents, profonds et paradoxaux, la durée moyenne du sommeil est variable d'un individu à un autre mais elle est définie comme efficace quand une sensation de bien-être s'exprime dès le réveil.

L'être Humain fonctionne sur un rythme circadien, rythme biologique d'environ 24h. La sécrétion rythmique de mélatonine par la glande pinéale joue un rôle clé dans la synchronisation des fonctions circadiennes et saisonnières avec les variations cycliques de l'environnement. (6)

Le sommeil est indispensable. Il permet à l'homme de réguler sa production d'hormones, et de consolider l'apprentissage de nouvelles informations cumulées au cours de sa journée. Son manque peut nuire à notre santé et peut provoquer des endormissements diurnes, de la nervosité, des difficultés de concentration et de mémorisation.

L'insomnie est décrite par nos patients comme un trouble de l'endormissement, la présence de réveils nocturnes ou encore un réveil précoce ne permettant pas un sommeil récupérateur.

On parle d'insomnie chronique lorsque les troubles sont présents au moins trois fois par semaine, sur une période d'au moins trois mois.

La majeure partie des insomnies chroniques est liée à une pathologie dépressive ou anxieuse. Une insomnie isolée se révèle souvent être un symptôme avant-coureur d'un état dépressif. (7)

Une bonne façon d'évaluer le sommeil de nos patients est de leur faire remplir un agenda du sommeil. Celui-ci permet un recueil de la qualité et la durée de ce dernier, ainsi que la fréquence des réveils nocturnes et la qualité de l'éveil. Il peut être utilisé dans le suivi et réévalué à la suite de l'instauration d'une thérapie.

cf Annexe : Agenda du sommeil

La prise en charge de l'insomnie aiguë passe initialement par un ensemble de règles élémentaires d'hygiène du sommeil.

La HAS a publié des recommandations sur la prise en charge de l'insomnie en médecine générale et a mis à disposition un arbre décisionnel pour accompagner les médecins généralistes. *cf Annexe : Arbre décisionnel dans l'insomnie*

Règles d'hygiène du sommeil (4) :

- Dormir selon les besoins, mais pas plus ; éviter les siestes trop longues (> 1 h) ou trop tardives (après 16 h).
- Adopter un horaire régulier de lever et de coucher. Pour les personnes âgées, retarder le coucher.
- Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher.
- Éviter la caféine, l'alcool et la nicotine.
- Pratiquer un exercice physique dans la journée, mais en général pas après 17 h.
- Éviter les repas trop copieux trop gras le soir.

Les traitements préférentiels de l'insomnie chronique est une thérapie comportementale ou une psychothérapie, aucun médicament n'est indiqué dans le traitement de l'insomnie chronique.

L'utilisation d'hypnotique doit être ponctuelle, pour une durée limitée et uniquement en cas d'événements aigus perturbant le sommeil.

Le sommeil évolue avec l'âge, chez les personnes âgées l'endormissement et le réveil sont précoces. Le sommeil peut devenir plus léger et fragmenté avec des sensations d'éveil pendant la nuit.

Comme le sommeil est altéré, la personne âgée peut avoir l'impression d'être insomniaque, bien que son sommeil soit finalement normal pour son âge. (8)

Il sera alors essentiel de lui expliquer ce changement physiologique et de promouvoir l'éveil diurne via la pratique d'activités physiques et intellectuelles.

Il sera également nécessaire de ne pas méconnaître un syndrome d'apnée du sommeil.

4. L'anxiété

Les BZD sont réservés aux troubles anxieux sévères et invalidants, ayant un retentissement important sur le fonctionnement quotidien et la qualité de vie, toujours en accompagnement d'un traitement de l'étiologie du trouble. (9)

L'anxiété est une réaction normale face à une situation ponctuelle source de stress.

On parle de trouble anxieux quand elle survient en dehors d'un contexte évident, qu'elle prend une importance injustifiée et qu'elle handicape l'individu dans ses activités. Selon les critères DSM-5, les troubles doivent évoluer depuis au moins 6 mois.

Dans ce cas, elle peut prendre différentes formes tels que : l'anxiété généralisée, les troubles de paniques, les TOC (troubles obsessionnels compulsifs) ...

Des symptômes physiques peuvent s'ajouter aux symptômes psychiques comme des palpitations, des bouffées de chaleur, des nausées, des insomnies, etc.

Les questionnaires GAD-2 et PHQ-4 peuvent aider au dépistage de l'anxiété chez nos patients.

La prise en charge de troubles anxieux repose sur la prescription d'un antidépresseur (comme les IRS et IRSNA) et la TCC (thérapie cognitive et comportementale).

III. Résultats

Tableau de la population interrogée :

| Sexe | Femme | | Homme | |
|-------------------------------------|--------|-------|---------------------|-----|
| | 5 | | 7 | |
| Age | 25-30 | 30-40 | 40-50 | >50 |
| | 1 | 4 | 4 | 3 |
| Milieu d'exercice | Urbain | | Rural ou semi-rural | |
| | 4 | | 8 | |
| Activité quotidienne | ≤ 20 | 20-30 | 30-40 | >40 |
| | 1 | 6 | 3 | 2 |
| MSU (maître de stage universitaire) | Oui | | Non | |
| | 9 | | 3 | |

1. Le patient sous benzodiazépines

Tous les médecins interrogés avaient un certain nombre de patients sous BZD de façon chronique, défini comme une consommation de BZD au-delà des recommandations.

« Alors oui, pas beaucoup, mais oui. » - M1

« Bien sûr, on en a tous. On en a, on va dire à peu près à n'importe quel âge, mais c'est vrai que chez les gens âgés c'est quand même quelque chose d'assez récurrent. » - M2

« Oui, malheureusement » - M4

« Effectivement, j'en ai pas mal. » - M6

« Oui, bien sûr. Évidemment. » - M9

« Oui, surtout des sujets âgés. » - M10

Bien que certains médecins reconnaissaient être à l'origine de prescriptions s'étant chronicisées, la majorité évoquait une reprise de patientèle émanant d'un médecin retraité.

« des traitements qui ont été mis de façon ponctuelle et puis et puis on n'arrive plus à les enlever. Ou alors des patients qu'on a récupérés d'autres médecins, des gens qui sont partis à la retraite » - **M2**

« j'ai repris une patientèle, d'un médecin âgé, avec une patientèle assez âgée et mon prédécesseur avait été extrêmement généreux quant au somnifère. » - **M4**

« Pour la plupart, c'est des prescriptions qui étaient faites avant. » - **M5**

« je pense que mon prédécesseur en mettait pas mal et sans forcément faire attention. »
- **M6**

« C'est des BZD que j'ai récupéré en m'installant » - **M9**

« j'ai récupéré la patientèle de deux médecins, un petit peu à l'ancienne. Donc, je me suis installé, ça fait plus de cinq ans. Et il y avait clairement un mésusage sur les BZD, assez important. » - **M12**

2. Les BZD : quoi et comment ?

Comme exprimé par les médecins, l'indication des BZD repose sur une évaluation du patient dans sa globalité.

« il faut vraiment peser le pour et le contre. Je pense que voilà, pas en mettre si vraiment on n'est pas certain que ça va les aider, il y a peut-être d'autres choses à faire en attendant. » - **M2**

« C'est vraiment une globalité, on ne se contente pas juste de dire : vous êtes stressé, je vous mets du Seresta on n'en parle plus, ou, vous n'arrivez pas à dormir, je vous mets un somnifère, on n'en parle plus. » - **M5**

« Enfin, voilà, je fais quand même un interrogatoire assez complet sur la question avant de me jeter sur les BZD pour les faire dormir. » - **M5**

« leur expliquer comment fonctionne le sommeil, comment ça a évolué avec le temps et puis de leur montrer, les interroger sur la façon dont ils comptent le sommeil et de leur montrer qu'au final ils dorment. » - **M4**

« Il y a quelque chose que les gens ne comprennent pas, c'est qu'en vieillissant, la qualité du sommeil est moins bonne. Et ça, les gens ont vraiment du mal à l'entendre » - **M5**

Avant l'instauration de BZD, certains praticiens cherchent à utiliser des alternatives thérapeutiques.

« j'ai facilement la consultation avec la psy, [...] je ne mets pas forcément de traitement. En tout cas, je peux le mettre de façon transitoire avec le suivi psy derrière pour essayer de résoudre un truc. » - M2

« j'envisage toujours les autres recours avant, donc si possible la psychologue, la phytothérapie, toutes les choses qu'on peut trouver pour tout ce qui est anxiolyse ou après pour ce qui est trop du sommeil je vais assez facilement à la mélatonine ou à genre de choses. » - M8

Mais certains se plaignent d'une inobservance thérapeutique des patients.

« je propose de faire un calendrier du sommeil, je donne l'imprimer, j'explique comment ça fonctionne et je n'ai jamais de retour mais vraiment jamais. » - M4

« j'ai essayé de faire des calendriers du sommeil, ils ne font pas, en fait. [...] c'est simple de prendre le comprimé et de dormir » - M7

« c'est vraiment difficile de changer l'habitude des patients » - M12

Un médecin a fait référence à la recherche de SAHS.

« quand j'ai un patient qui vient pour insomnie spécifiquement, ou nycturie, forcément, je lui propose un dépistage du SAHS. » - M10

Quand l'indication des BZD se pose, les médecins interrogés privilégient des anxiolytiques de demi-vies courtes.

« j'essaye de privilégier les demi-vies courtes quand même. » - M2

« Moi, j'utilise les BZD, mais je les utilise de manière prudente en mettant le plus court possible et en privilégiant, du coup, le VERATRAN qui marche bien. » - M9

Et réalisent une éducation thérapeutique sur la molécule.

« Je parle d'entrée de jeu du fait que c'est temporaire et qu'il faudra envisager l'arrêt de ce type de traitement » - M1

« Et quand on l'instaure, je leur dis dès le début que ce ne sera pas le traitement qu'on laissera, on leur explique. Mais quand c'est comme ça en général, des fois même il arrête d'eux même, ou il diminue d'eux même. » - M2

« Je leur explique aussi souvent que c'est du temporaire, [...] je leur explique qu'il y a un risque de dépendance. » - M5

« Mais quand on les prévient d'emblée à l'instauration que ce ne sera pas tout le temps, que c'est des médicaments auxquels on peut s'habituer, que l'on va réévaluer régulièrement à la posologie, etc., on arrive quand même beaucoup plus facilement à les arrêter, que quand on leur a donné ça pendant des années, sans jamais poser la question, c'est quand même plus simple quand on agit en amont, en fait. » - M6

« J'explique bien que c'est des médicaments souvent qui apportent un confort et que tout ce qui apporte un confort voire parfois un plaisir, ça va induire une addiction derrière et que par là il faut pas le prendre en systématique mais plutôt le réserver à une impasse » - M8

Une partie des médecins prescrivent en si besoin, avec un praticien précisant la prescription en boîte.

« je suis très adepte du si besoin » - M5

« j'essaie de rester sur le si besoin et pour le coup avec des prescriptions plutôt en type de boîte pour vraiment montrer qu'on ne s'inscrit pas dans la durée mais vraiment pour traiter le symptôme après si ça dure on va plutôt essayer de trouver le problème de fond quoi. » - M8

« Les BZD, c'est si anxiété, ou tristesse, ou malaise, ou tout ça. [...] Et si il n'y a pas de symptômes, vous n'en prenez pas. » - M9

« Je leur dis c'est 1 à 3 par jour et il y a des jours où ils n'en ont pas besoin et qu'on prend 0 et il y a des jours où ils en ont besoin de 3. » - M11

Plusieurs médecins posent l'indication d'une BZD lors d'un événement aiguë traumatissant.

« lors de certains événements de vie, ça permet de passer un cap. » - M6

« Quand sa mère vient de mourir à la patiente, si elle ne peut pas avoir la psychologue tout de suite, on va avoir recours aux BZD. » - M9

3. Les motivations au sevrage

Le contexte

Un médecin déclare indiquer le sevrage en fonction de l'état psychologique du patient.

« quand je trouve qu'il y a quand même un certain équilibre chez la personne, que ça fait plusieurs fois que je la vois, qu'elle a l'air d'aller mieux, toujours on réévalue le traitement » - M2

Les effets indésirables

Les effets indésirables sont un des facteurs principaux de motivation rapportés par les médecins interrogés.

« Alors, le risque d'interaction médicamenteuse, le risque de vertiges, de chutes, de troubles cognitifs, le côté addictif, la polymédication. » - M6

« Et même rien qu'arrêter, c'est un bénéfice pour eux. Je pense qu'il y a plein d'effets indésirables qui passent inaperçus et ils se rendent compte en arrivant à les arrêter. » - M3

1. Risque lié à la conduite automobile

« les somnifères c'est un danger par rapport aux gens qui conduisent encore. » - M7

« Il y a eu, je me souviens, l'accident d'une conductrice de bus et il y a eu des enfants morts » - M8

2. Somnolence

Un médecin a précisé la nécessité d'être réactif en cas d'enfants en bas âge à surveiller ainsi que l'existence du risque de somnolence sur le lieu de travail.

« par exemple une femme jeune qui aurait des enfants faut être capable de se lever la nuit, d'entendre le bébé pleurer. Ou alors vous partez tôt le matin, vous êtes posté ou machin donc on va toujours évaluer un petit peu le risque de somnolence voilà. » - M2

3. Benzodiazépines et risque de chutes chez la personne âgée

Le risque de chute est un des effets indésirables mentionné le plus souvent par les médecins interrogés.

« Voilà, les chutes chez les personnages, c'est un gros, gros problème et les somnifères, ça participe à ce problème. » - M4

« Par contre chez les personnes âgées, c'est plutôt en vrai, c'est vraiment le risque de chute que je prends en compte. » - M11

« une chute ou autre. « C'est très probablement votre médicament également. Si vous n'aviez pas telle ou telle molécule, peut-être que ça ne se serait pas produite aussi facilement. » » - M6

4. Benzodiazépines et risque de déclin cognitif ou de démence

Évoqué par certains des praticiens lors des entretiens.

« Au long cours, à priori, ça favorise les maladies neurodégénératives. » - M9

« Parce qu'on a des personnes âgées qui ont des BZDs depuis des années, qui n'en ont strictement pas besoin et qui en fait leur entraînent juste des chutes ou des troubles de la conscience. » - M11

« ça créer des troubles de la mémoire. » - M12

Les recommandations

Deux médecins expriment un certain malaise à l'idée de ne pas suivre les recommandations.

« par rapport à la AMM aussi j'étais pas dans les clous » - M7

« on essaie de respecter les AMM » - M8

Au-delà des motivations au sevrage il existe une réelle critique des BZD par certains praticiens.

« c'est un médicament inutile » - M4

« Et puis ce n'est pas une solution, en fait. C'est un cache-misère. » - M7

« Moi, je n'aime pas du tout les BZD, c'est de la merde » - M9

« Moi je pense que ces médicaments-là, ils devraient être interdit. » - M10

Les médecins interrogés étaient d'accord pour dire que les nouvelles générations sont plus sensibilisées aux risques des BZD.

« Et d'ailleurs, je trouve qu'on en met peut-être moins maintenant des BZD chez les gens âgés ... Les jeunes médecins ou les internes me disent « pourquoi ils prennent toujours ça ? ». » -M2

« On est plus sensibilisés que les anciens médecins. » - M9

« je pense qu'on est plus sensibilisé que les anciennes générations » - M12

4. Le sevrage

La relation médecin - patient

D'après les médecins interrogés, le sevrage ne peut se dérouler qu'avec l'adhésion du patient. Pour cela, une relation de confiance est nécessaire et cela passe par la construction d'une relation médecin patient.

« On peut aussi se considérer comme conseiller en santé et faire équipe avec son patient. » - M1

« Je pense qu'il faut vraiment négocier toujours avec la personne c'est une espèce de deal » - M2

« sur des nouveaux patients et tout ça, on fixe les règles dès le départ. S'ils ne jouent pas le jeu, à la limite ils vont voir ailleurs. » - M2

« je suis jeune, que je suis une femme. Voilà, les gens, il faut qu'ils apprennent à me faire confiance déjà et du coup, ce n'est pas toujours évident dans un premier temps de changer tout sur leur ordonnance. » - M5

« Sur la durée les gens ont aussi appris à me connaître et me font plus confiance. » - M6

« Je pense qu'il faut déjà gagner la confiance du patient. » - M8

Comme stipulé par certains des médecins interrogés, un remplaçant peut parfois permettre de renforcer le discours du médecin traitant.

« un nouvel œil pour eux aussi, un deuxième avis. » - M3

« Alors parfois, on plante des petites graines, ils sont complètement initialement fermés, et puis des mois plus tard, ou des années plus tard, lors de remplacement par exemple, le remplaçant arrive à faire quelque chose. » - M6

Deux médecins ont précisé l'importance d'appuyer leurs prescriptions avec des éléments scientifiques pour renforcer l'adhésion du patient.

« J'ai aussi montré le Vidal avec les durées de prescription maximum [...] Ça m'a permis de légitimer mes propos. » - M8

« J'encadre de plus en plus mes prescriptions, mes non-prescriptions, sur un étayage scientifique, pour leur montrer que ce qu'on fait, c'est une discipline scientifique qui repose sur les bases solides, et que ce n'est pas parce que moi je ne veux pas... C'est pas si simple. » - M10

Différentes formes de discours ont été rapportées lors des entretiens, certains d'avantage dans une démarche coopérative.

« Est-ce que vous pensez qu'ensemble on pourrait réévaluer l'intérêt et le bénéfice risque ? » - M1

« je leur demande quand même un petit peu comment ça va, qu'est-ce qui s'est passé, voilà s'il y a eu d'autres choses, d'autres changements, voilà comment il est, comment il dort etc. Et puis on en reparle : « on n'en avait parlé la dernière fois, mais ça serait peut-être bien de diminuer ». » - M2

Certains dans la provocation.

« j'utilise des mots comme "drogue" ou des mots qui sont assez forts pour les faire réagir. » - M4

« je diabolise un peu le médicament en disant, voilà, c'est une addiction, ça crée des troubles de la mémoire. » - M7

« Comme épouvantail, je leur mets la démence » - M10

Stratégie

La majorité des médecins pratiquent une décroissance progressive de la molécule.

« Donc je leur dis : aujourd'hui je vais vous renouveler le traitement à 3/4 de comprimé pendant 3 mois. Et puis au bout de 3 mois, on fait le point, on réévalue si ça a été, si c'était difficile, comment ça s'est passé. Après voilà, si c'est pas à 3 mois, c'est à 6 mois. » - M1

« En fait j'essaye de diminuer un petit peu les doses mais je vais pas diminuer de façon drastique, je ne l'arrête pas tout le jour. Mais voilà, toujours un peu dans la négociation aussi, pas hésiter à leur dire de revenir » - M2

En laissant une place au patient dans son sevrage.

« Je disais au début, je ne l'impose jamais sur leur ordonnance, je n'écris pas, un demi-comprimé, alors qu'ils avaient un, tu leur dis à l'oral, et c'est eux qui peuvent redire la fois d'après s'ils ont décidé de diminuer ou pas. » - M3

« On essaie d'enlever des moitiés de comprimés, de diminuer. En les félicitant du fait qu'ils réussissent à le faire. » - M6

Un médecin a mentionné l'utilisation de préparations magistrales.

« Et éventuellement, je fais préparer par le pharmacien 1/4 de gélule, ou à un huitième de comprimé ou même des gélules vides. » - M1

Alors qu'un autre se plaignait de la limitation que présentent les formes galéniques que nous avons en France.

« Mais quand ils sont arrivés à une demi-dose et qu'ils disent déjà "je dors pas bien" et que je leur dis que ça serait bien de réduire encore, en fait, techniquement, le médicament ne le permet pas de le réduire davantage. Et donc là, souvent je suis coincé. » - M4

Un autre médecin a fait référence à la possibilité d'une coopération avec les addictologues.

« C'est peut-être pas forcément ces patients-là qu'on envoie le plus à l'addicto, et peut-être que c'est dommage, mais pourquoi pas, les gens qui prennent des anxiolytiques à forte dose depuis longtemps, peut-être que l'addicto peut nous aider aussi. » - M2

M12 a mis en avant l'opportunité qu'a présenté les ordonnances sécurisées.

« J'ai même perdu des patients parce qu'au moment où le ZOLPIDEM est passée sur ordonnance sécurisée, j'ai arrêté de le prescrire en fait, j'ai profité de l'occasion. [...] Ça passait en stupéfiant, et ça voulait dire quand même, c'est pas n'importe quoi. » - M12

Les alternatives thérapeutiques

Différentes alternatives thérapeutiques ont été mentionnées par les praticiens interrogés.

« Ça peut être la mélatonine, ça peut être un anxiolytique plus facile à utiliser, ça peut être de l'Atarax et puis ça peut être aussi de donner des conseils sur l'instauration d'un bon sommeil. » - M4

i. La relaxation

Un médecin conseillait aux patients l'utilisation de techniques de relaxation.

« des méthodes un peu de relaxation, des tutos, des vidéos de méditations. » - M2

ii. Antihistaminique

« antihistaminique plus rarement mais ça peut m'arriver » - **M1**

« Et j'utilise aussi beaucoup l'ATARAX pour essayer de sevrer mes patients des BZD. C'est très pratique grâce à son effet sédatif. » - **M9**

« ATARAX, justement, pour essayer de changer et les aider à arrêter et de faire un peu différemment. » - **M12**

iii. La mélatonine

L'utilisation et l'efficacité de la mélatonine étaient plutôt controversées, mais assez régulièrement proposée.

« Oui, mélatonine très très fréquemment » - **M1**

« De la mélatonine, oui, j'en propose » - **M2**

« j'ai fait pas mal de gériatrie avant et on prescrivait beaucoup de mélatonine justement pour éviter les BZD, mais peut-être en première intention. » - **M3**

« à plus forte dose que ce qu'il recommandait en France. En général, je mets 5 ou 6 mg d'emblée [...] ça fonctionne un petit peu mieux. » - **M12**

Alors, que d'autres ne l'utilisent pas.

« Non, j'avoue que c'est pas quelque chose que je propose » - **M5**

« Franchement, je n'y crois pas trop à l'efficacité de la mélatonine, parce que c'est très variable d'un patient à l'autre. » - **M10**

« Non, je ne l'utilise pas. » - **M11**

iv. Antidépresseur

D'après les propos recueillis, les antidépresseurs étaient assez rapidement proposés dans les problématiques anxieuses.

« Oui, j'en ai instauré. » - **M11**

« Et assez rapidement, sur des problématiques un peu anxieuses, je bascule sur les antidépresseurs à viser anxiolytiques. » - **M5**

« j'ai pas trop peur de mettre les antidépresseurs d'emblée » - **M12**

5. Les freins au sevrage

Le patient

1. L'adhésion au sevrage

Un consensus sur l'importance de la motivation du patient a émané au cours des entretiens, sans l'observance thérapeutique des patients aucun sevrage ne peut être envisagé.

« Mais donc, il y a une stratégie de sevrage, là où effectivement, des fois, ça coince, c'est qu'il y en a qui disent oui, oui, oui, et puis le 3/4, ils le font pas, le demi encore moins. » - M1

« le problème, c'est la motivation des gens » - M3

« il faut qu'ils soient motivés sinon j'essaye pas. Sinon c'est systématiquement un échec. » - M12

2. La chronicité

D'après les médecins interrogés, il semblerait qu'à partir d'une certaine durée de traitement le sevrage n'est même plus envisageable.

« Je dirais que plus c'est ancien, plus c'est difficile. » - M2

« Ça dépend depuis quand ils l'ont. » - M3

« Ceux qui le prennent depuis des années, c'est mort surtout quand ils sont âgés et qu'ils sont habitués à leurs trucs, c'est vraiment très très difficile. » - M4

« mais le petit vieux qui est sous BZD depuis plus de 20 ans, franchement, je ne cherche même pas. » - M5

« En fait, ceux qui l'ont depuis longtemps, c'est compliqué. » - M7

« La dame qui a 80 ans, qui a pris du BROMAZEPAM depuis 50 ans, c'est mort. Je n'arriverai pas à la sevrer, c'est impossible. » - M9

« Le sevrage des hypnotiques chez les sujets qui en prennent depuis 20 ans, les somnifères, c'est impossible. » - M10

Chez les jeunes, ce qui pose problème d'après un des médecins c'est l'existence d'un antécédent d'addiction.

« Dans les patients plus jeunes, c'est plutôt les problèmes, ceux qui ont déjà des antécédents d'addiction, etc. » - M4

3. Une différence de priorité.

Il a été relevé par certains des médecins qu'il existe une différence de perspective et de priorité entre patients et médecins.

« Ils sont prêts à ne pas prendre leur antihypertenseur mais leur METEOSPASYL, BZD ou TANGANIL ils ne savent pas s'en passer. Au niveau de preuve, on a fait mieux que ça. » - M6

« Il faut aussi comprendre qu'ils pensent ou savent qu'il ne leur reste plus longtemps à vivre, et donc on ne pense pas comme eux. » - M12

D'après M10, cela pourrait être dû à une mésinformation de la population.

« Clairement, ça a été vendu comme quelque chose de magique. » - M10

Une solution proposée par M10 et M12 serait une sensibilisation de la population via des campagnes d'informations.

« Non, je pense qu'il faudrait une grosse campagne de communication auprès des patients. » - M10

« ça serait bien qu'il y ait une petite campagne sur les BZD, parce que quand je vois ma population, alors je suis au-dessus de la moyenne départementale, en niveau des prises de BZD, mais il faudrait que les gens soient sensibilisés. » - M12

4. Contexte

Le maintien de la prescription dépend parfois du contexte social et mental du patient.

« Il y a un moment pour pouvoir diminuer et pouvoir arrêter les BZD » - M1

« On va pas faire un sevrage quand vraiment on voit qu'il ne va pas bien. » - M2

« Quand c'est l'anniversaire du décès, ce n'est absolument pas le moment d'essayer de l'arrêter. » - M6

« il faut pas non plus vouloir sevrer pour sevrer » - M8

« Enfin tout dépend de la situation aiguë en fait, le but c'est toujours primum non nocere, mais à côté s'il y a des risques suicidaires, s'il y a une qualité de vie très altérée... faut le prendre en compte. » - M8

La santé mentale

La difficulté d'accès aux acteurs de la santé mentale est un frein majeur pour les praticiens aux sevrages des BZD.

« Après je trouve que c'est extrêmement difficile, moi je pratique dans un milieu où les gens sont pauvres, il n'y a pas d'autre mot, et où ils n'ont pas 50 euros à mettre pour des consultations de psy, je suis aussi dans un lieu où il y a très peu de psy au kilomètre à la ronde. » - M5

« J'exerce à la campagne et le recours psychothérapie... c'est compliqué. On a des patients qui n'ont pas forcément énormément de moyens. » - M6

« Le traitement de la santé mentale, ce n'est pas les BZD, c'est la psychothérapie. La problématique, c'est qu'une boîte de BZD, c'est 1 €, une consultation chez le psychologue, c'est 60 €. » - M9

« Donc, ce qui me permettrait d'en prescrire moins, c'est d'avoir des moyens de soigner bien les gens et donc que les psychologues, ils soient bien payés pour qu'ils acceptent de faire le programme « Mon Psy ». » - M9

L'instauration de BZD par des spécialistes constitue un obstacle au sevrage pour les médecins interrogés.

« suivis par des psychiatres qui franchement ont l'habitude de charger une ordonnance » - M1

« Là où c'est compliqué aussi, c'est quand ils ont été suivis par un psychiatre, parce que je trouve qu'ils ont quand même la main très très lourde » - M2

« Les antécédents psychiatriques lourds. Dans le sens où là, moi aussi, je me dirais, est-ce que c'est pas indispensable, est-ce que je fais pas une bêtise en essayant de toucher à ça ? »

- M3

« Et puis après il y a les affections psychiatriques pur et chez eux je suis moins à l'aise peut-être à cause d'un manque de connaissance. » - M8

« Ça peut être d'autant plus difficile de les sevrer, quand le médicament a été instauré par un spécialiste. » - M10

La dépendance

La difficulté de pallier à l'addiction des patients semble être un frein.

« C'est l'addiction et de les convaincre qu'il faut diminuer. » - M6

« ils arrivent pas à s'en passer. » - M7

Le médecin

Les médecins interrogés s'accordent sur le fait qu'ils peuvent eux-mêmes être un frein au sevrage des patients.

« j'avoue qu'il y en a pour certains, j'ai un peu renoncé » - M4

« qu'on n'a peut-être pas forcément aussi le temps de batailler avec les gens » - M5

« C'est juste que c'est chiant, parce que les gens ne sont pas contents, et le discours n'est pas agréable. » - M12

La durée d'une consultation peut ne pas permettre d'aborder le sujet.

« Je redemande un petit peu toujours, enfin quand je peux, parce que des fois je n'ai pas forcément le temps » - M2

« c'est le sujet qu'on aborde au moment de renouveler quand on est encore un peu de salive. » - M4

« qu'on n'a peut-être pas forcément aussi le temps de batailler avec les gens » - M5

« le problème, c'est que ça prend du temps ces consultations » - M10

Certains se plaignent d'un manque de moyens.

« La seule chose qu'on puisse faire c'est réduire progressivement les doses en les motivant, éventuellement en essayant d'utiliser un autre médicament mais ça marche tellement pas bien que c'est compliqué et franchement on se sent complètement démunie et sans aucune aide. » - M4

« Sur le sevrage en BZD, c'est moi et moi, en fait. » - M6

Les praticiens interrogés admettent pour la plupart ne pas être à l'aise avec le sevrage des BZD, en raison d'un manque de formation ou de connaissances.

« On n'est pas vraiment à l'aise, on n'est pas toujours à l'aise. Il y a des fois où on fait notre petite cuisine quand même. » - M2

« Je le serais parfaitement si j'avais des outils pour le faire. » - M4

« j'aimerais bien avoir des solutions de déprescription, peut-être qu'une formation sur le sujet, ça pourrait être pas mal en fait. » - M5

« Après peut-être que je ne suis pas bien formée sur le sujet et que je n'ai pas forcément d'alternatives à proposer. » - M6

« J'avoue que mes connaissances sur la différence entre l'hypnotique et l'anxiolytique au niveau des effets secondaires et de ce que ça entraîne au niveau du mésusage et de l'addiction sont limitées. » - M12

D'après certains des praticiens, le sevrage des BZD n'est pas considéré comme une urgence.

« de toute façon honnêtement je pense qu'on a quand même le temps. C'est pas une urgence. » - M2

*« Si, si mais on va dire que l'arrêt du tabac pour leur santé me paraît plus important »
- M4*

« Je retire en priorité le plus, ce qui me paraît le plus grave, typiquement. Mais bon, après, voilà, chaque chose en son temps. Mais peut-être que ce serait bien que je m'y intéresse de plus près, effectivement. » - M5

« Après, on hiérarchise aussi. » - M6

IV. Discussion

1. Forces et limites

Pour cette étude portant sur les freins et motivations au sevrage des benzodiazépines, une méthodologie qualitative semblait la plus appropriée afin d'étudier le ressenti et les attitudes des médecins généralistes face à cette problématique.

Les entretiens ont été réalisés en distanciel ou en présentiel selon la préférence du praticien. Le recueil des informations s'est fait via des entretiens semi-dirigés permettant un échange libre ressemblant davantage à une conversation et non à un interrogatoire. Le guide d'entretien a permis de recentrer les échanges quand cela était nécessaire.

On note une représentation quasi équitable d'hommes et de femmes dans le recrutement.

Il existe un biais méthodologique dans ce travail : ayant dû mener seule des entretiens semi-dirigés sans formation. J'ai dû m'approprier ce travail et ses méthodes notamment pour mettre à l'aise mes interlocuteurs, perfectionner mon discours et mes relances de manière pertinente.

On retrouve un biais de recrutement : les médecins interrogés étaient tous volontaires, peut-être étaient-ils plus ouverts sur leur pratique et sensibilisés à la problématique abordée.

Je n'ai pas réussi à recruter de médecins en fin de carrière, peut-être moins formés à la problématique des benzodiazépines. J'ai recueilli douze entretiens, bien que la saturation des données ait été obtenue, ce nombre paraît faible.

S'ajoute à cela un biais déclaratif : les informations partagées par les praticiens peuvent ne pas être un réel reflet de leur pratique.

Il existe également un biais d'investigation : bien que les médecins eut été informés de l'anonymisation des entretiens, la majorité de ceux-ci ont été réalisés en présentiel selon la volonté des praticiens avec un enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone, ce qui a pu induire une auto-censure de peur d'être jugé.

2. Un mésusage des BZD

Les anxiolytiques et hypnotiques sont des classes thérapeutiques ayant une efficacité indiscutable mais dont le mésusage est encore trop prédominant dans nos pratiques.

Les BZD étaient mentionnés lors des entretiens comme un outil pouvant être utilisé lors d'événements tragiques et dramatiques survenue dans la vie du patient, or, cela s'avèrerait être une idée reçue.

L'utilisation des BZD en cas de crises aiguës peut être critiquée. En effet, lors d'événements traumatiques, on peut avoir tendance à prescrire une BZD pour apporter un soulagement immédiat, mais elles peuvent empêcher l'ajustement psychologique normal et pourraient même allonger le temps nécessaire pour se remettre de ce genre d'événements. Dans d'autres cas tels que l'agoraphobie ou les troubles de panique les benzodiazépines peuvent entraver l'apprentissage de stratégies alternatives. (10,11)

Au cours du premier mois suivant un événement potentiellement traumatisant, l'OMS recommande de ne pas prescrire de benzodiazépines à l'adulte pour réduire les symptômes aigus de stress post-traumatique associés à une forte perturbation des activités quotidiennes du sujet et de privilégier une aide psychologique avec des traitements spécialisés tels que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou une nouvelle technique dite de désensibilisation et de reprogrammation par le mouvement des yeux, en anglais Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). (10)

3. Nouvelles perspectives

Lors des entretiens, les médecins ont relevé le changement de perception sur les BZD par rapport aux précédentes générations et notent une sensibilisation plus importante des professionnels de santé sur les risques liés aux BZD. On retrouvait même parfois dans le discours des praticiens une diabolisation de ces classes thérapeutiques.

Bien qu'il existe cette nouvelle perspective sur les BZD, la plupart des médecins ne se sentaient pas à l'aise avec le sevrage. Une amélioration de notre formation initiale à ce sujet semble

nécessaire mais doit également être explorée dans un deuxième temps lors de notre formation continue.

Les médecins interrogés ont rapporté une volonté de respecter les recommandations, sans pour autant pouvoir échapper à la chronicisation de certaines de leurs prescriptions. Ils ont principalement critiqué le manque d'outils pouvant les accompagner dans le sevrage spécifique des benzodiazépines.

En 2015, la HAS a publié une fiche mémo adressée principalement aux médecins généralistes sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines.

Parmi les outils proposés, on retrouve des arbres décisionnels, des calendriers de réduction de doses et l'échelle cognitive d'attachement aux BZD (ECAB) permettant de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %. (12)

Cf Annexe : Questionnaire ECAB

Cf Annexe : Arbre décisionnel HAS – sevrage BZD

Cf Annexe : Courrier d'information HAS – sevrage BZD

Cf Annexe : Calendrier de suivi HAS – sevrage BZD

Lors des entretiens, aucun de ces outils n'a été cité. Il existe possiblement un manque de diffusion de ces recommandations.

Dans cette fiche, il est mentionné d'intervention brève via une information orale ou écrite. Le RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) est une méthode de repérage de comportement à risque. L'objectif des interventions brèves est d'encourager un changement de comportement en provoquant une prise de conscience.

Un outil pédagogique a été élaboré et mis en ligne dans le cadre du travail de thèse du Dr Elodie Coispeau (13) l'objectif étant d'apporter des outils concrets et pratiques aux médecins traitants, applicables pendant leurs consultations quotidiennes, afin d'optimiser leur prescription de BZD.

Ces tutoriels RPIB sont disponibles gratuitement en ligne via le site de Addictutos.

L'impact de cet outil a été étudié dans la thèse du Dr Guillaume Bosseboeuf (14) mais le manque de puissance de son étude ne permettait pas de conclure à une efficacité significative. Malgré cela, il note une diminution de la prescription des BZD dans le groupe de médecin ayant suivi la formation ainsi qu'une amélioration du ressenti à l'abord de sujets tels que le sevrage, la présentation du calendrier du sommeil, les séances de relaxation, etc.

D'autres outils existent, comme les calculateurs d'équivalence de BZD en ligne, apportant une aide à la transition vers des demi-vies plus courtes et l'adaptation posologique au cours du sevrage.

4. La ROSP

En 2011, l'assurance maladie a introduit la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Ce système accorde une rémunération supplémentaire aux médecins libéraux atteignant des objectifs de santé publique.

En ce qui concerne les BZD, il existe trois objectifs ;

« Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) inférieur ou égale à 3% »

« Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines inférieur ou égale à 30% »

« Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines inférieur ou égale à 9% »

L'objectif étant de promouvoir un respect des recommandations de durée de prescription et de limiter l'accumulation de molécules.

La ROSP a été citée à plusieurs reprises lors des entretiens mais d'après les médecins interrogés, celle-ci n'influence pas leur pratique.

« C'est un objectif de la ROSP, de respecter les durées de prescriptions... Bon, c'est une bonne chose pour nous éveiller à ... mais je ne suis pas sûre qu'on ait besoin de cette carotte pour bien faire notre boulot. » - M6

« Après, on nous pousse aussi à bien utiliser les BZD, notamment maintenant dans la ROSP, la rémunération sur l'objectif de santé publique. Mais c'est pas ça qui va me pousser à changer mes habitudes de prescription parce que je sais que je le fais déjà bien. » - M9

On note tout de même une reconnaissance du problème que les BZD posent pour la santé publique par les autorités de santé.

5. Le patient

J'ai identifié certains messages clés relayés par les médecins interrogés à l'instauration des BZD lors des entretiens :

- la coopération avec le patient
- l'éducation thérapeutiques du patient
- l'évaluation du bénéfice / risque et du patient dans sa globalité

Placer le patient au cœur de sa prise en charge lors de l'instauration de BZD, en coopérant avec lui et en établissant un contrat, permettait d'après les médecins interrogés de réduire significativement les difficultés aux sevrages.

La problématique du sevrage a semblé principalement concerner les patients âgés ayant une dépendance forte pour leurs traitements et n'ayant pas reçu d'éducation thérapeutique à leurs instauration. Leur attachement aux BZD, perçu comme insurmontable par certains médecins constitue un obstacle à toutes tentatives de modifications, conduisant à des renouvellements par défaut.

Dans ce cas de figure, les médecins réclament un soutien via des campagnes d'information, qui permettraient d'après eux une sensibilisation de la population et une adhésion à l'idée d'un sevrage.

Malgré les campagnes sur le risque lié à la prise médicamenteuse au volant, les fiches d'informations à destination des médecins et les recommandations liées à l'usage des BZD, on notera qu'aucune campagne de sensibilisation du grand public n'a encore été réalisée.

Cela constitue une piste intéressante pour faciliter le sevrage de la population générale.

Des mesures plus radicales ont été demandées par certains médecins telles que l'arrêt de la commercialisation des BZD, leur déremboursement, ainsi que des prescriptions réservées aux spécialistes et au milieu hospitalier.

D'après la littérature, le déremboursement n'aurait pas d'impact significatif sur la consommation chronique de BZD. En effet, la Belgique reste un consommateur majeur de BZD malgré son non remboursement. (15,16)

En 2009, les Pays-Bas avaient mis en place un remboursement conditionnel conduisant à un déremboursement de 70% des prescriptions d'hypnotiques et d'anxiolytiques. Malgré cette démarche, le niveau de consommation n'a diminué que modérément, avec un impact moindre sur les prescriptions chroniques. (17,18)

En 2013, le Rohypnol® (flunitrazépam) s'est vu retiré du marché suite à un détournement d'usage par les toxicomanes, associé à un trafic et un usage important dans la soumission chimique.

D'autres mesures telles que le passage du Clorazépate et du Zolpidem sur ordonnance sécurisée respectivement en 2002 et 2017 par l'ANSM, visent à limiter l'abus et favoriser le bon usage.

Les BZD gardent une utilité à court terme avec un usage sensé : un arrêt de commercialisation de toutes les BZD ne semble pas une piste appropriée pour pallier à son mésusage.

Afin de corriger la problématique des BZD, la Belgique a créé un programme de sevrage progressif, depuis le 1^{er} février 2023, basé sur des préparations magistrales remboursées. Un plan de sevrage est établi avec l'accord du patient selon un schéma prédéfini et est encadré par le médecin comme le pharmacien.

L'idée étant de sevrer le patient en 50 à 360 jours.

Un an après son lancement, plus de 2.000 pharmacies belges assurent déjà le suivi de plus de 5.500 patients. (19,20)

Après m'être entretenue avec des pharmaciens à ce sujet, des préparations magistrales de BZD sont possibles dans nos pharmacies et remboursées, à condition de mentionner sur l'ordonnance « préparation à but thérapeutique en l'absence de spécialité équivalente disponible ».

L'utilisation de préparation magistrale n'a été mentionnée que par un des médecins interviewés. Il se pourrait que les conditions de prescription et de remboursement des préparations

magistrales soient mal connues. Par ailleurs, cette option n'est pas mentionnée dans les recommandations de la HAS.

Une démocratisation de ces pratiques pourrait être une piste intéressante à explorer.

6. Relation médecin-patient

Les médecins interrogés n'étaient pas d'accord sur le fait que le sevrage puisse être source de conflit et ont indiqué que cela n'impactait pas leur décision à sevrer ou non leurs patients.

Ils étaient cependant tous d'accord pour dire que la construction d'une relation avec son patient était primordiale pour obtenir son adhésion au soin et ainsi faciliter les prises en charges au long cours.

Le modèle « idéal » de la relation médecin-patient a évolué avec le temps. Le modèle paternaliste tenu auparavant avec des discours moralisateurs n'est plus d'actualité.

Le patient a maintenant accès à des informations sur ses pathologies et ses traitements, alimentant parfois une certaine méfiance pouvant engendrer une remise en question de nos décisions.

C'est pourquoi aujourd'hui, le modèle partenarial/coopératif est privilégié, c'est un modèle centré sur le patient, où il devient acteur de sa santé. Dans ce type de modèle, on négocie avec le patient en lui donnant toutes les informations pertinentes à sa situation pour lui permettre de prendre une décision réfléchie.

Le terme de discours motivationnel n'a pas été exprimé en tant que tel mais on a retrouvé chez certains des médecins l'utilisation de discours bienveillant et coopératif.

7. L'inobservance thérapeutique

Certains médecins ont exprimé une frustration en lien avec l'inobservance de leurs patients, qui ne réalisaient par leur calendrier du sommeil ou qui n'appliquaient pas les règles hygiéno-diététiques données.

L'inobservance désigne un comportement qui ne respecte pas les recommandations convenues avec les professionnels de santé.

La problématique de l'inobservance thérapeutique est un phénomène qui concerne l'ensemble des prescriptions, non seulement la prise médicamenteuse, mais aussi la pratique des « mesures hygiéno-diététiques », les conseils, le respect de la non-prescription ou la réalisation des examens complémentaires prescrits.

Non-observance et addictions sont souvent associées parce qu'elles relèvent d'un mécanisme commun qui se situerait au niveau du rapport qu'entretiennent les individus au temps, et qui se présenterait sous forme d'une impatience qui les empêcherait de résister aux tentations présentes.

Plus la préférence pour le présent est grande, plus la consommation d'un bien addictif dommageable est importante. (21) Cela peut être extrapolé à la population âgée : s'ils estiment qu'il ne leur reste plus longtemps à vivre, quel est l'intérêt de changer de mode de vie ?

Il faut s'efforcer de renforcer la communication et l'éducation thérapeutique pour pallier à l'inobservance et responsabiliser nos patients.

Le succès d'un sevrage repose sur l'instauration d'un suivi soutenu avec une prise en charge psychosociale et motivationnelle pour lever toutes ses incertitudes du patient, l'impliquer dans une démarche de prise en charge proactive et assurer l'adhésion au traitement et au nouveau style de vie. (22)

Bien que l'importance des échanges avec le patient soit bien connue, les contraintes de temps lors des consultations ont été notifiées par plusieurs des médecins. La durée de consultation est en moyenne de 15 minutes afin de pouvoir répondre au besoin économique du médecin et au besoin toujours croissant de la population, mais ce délai ne permet pas un déroulement idéal pour ce type de consultation. (23)

8. Les effets indésirables

Comme mentionné précédemment, par leurs effets inhibiteurs sur le système nerveux, les BZD comportent de multiples effets indésirables. Leur mésusage et prescription chronique exposent nos patients à des risques importants. **Ces effets indésirables sont les principales motivations au sevrage exprimées par les médecins interviewés.**

Risque lié à la conduite automobile

Les benzodiazépines sont susceptibles d'entraîner une **baisse de la vigilance et une somnolence**, état incompatible avec une conduite automobile.

En France, 3,4 % des accidents mortels de la route sont attribuables aux médicaments : parmi eux, la moitié est liée aux benzodiazépines. (24)

En mars 2017, un journal officiel publiait une liste des médicaments nécessitant un pictogramme d'alerte en cas de conduite automobile. (25) Ce pictogramme initialement créé en 1999, a été modifié par la suite en 3 niveaux de risques :

- Le niveau 1 correspond à un risque faible. Il ne remet généralement pas en cause les performances lors de la conduite, le risque dépendant largement de la susceptibilité individuelle. Une information auprès des patients est néanmoins préconisée en cas de manifestation d'effets indésirables.
- Le niveau 2 remet en cause la capacité à la conduite. Ces médicaments présentent des effets délétères pour la conduite automobile quelle que soit la susceptibilité individuelle.
- Le niveau 3 déconseille formellement la conduite automobile en raison de leurs effets rendant la conduite automobile dangereuse.

Toutes les benzodiazépines sont classées niveau 3.

En 2017, des campagnes d'informations sur la sécurité routière ont été lancées par l'Ordre des pharmaciens par le biais d'affiches, de flyers et d'une vidéo. Une fiche mémo à destination des pharmaciens a également été réalisée (*cf Annexe*). Le but étant de transmettre des informations pertinentes aux patients et de les sensibiliser aux risques de leur traitement.

Benzodiazépines et risque de chutes chez la personne âgée

L'usage des benzodiazépines est lié de façon significative à la survenue de chutes, principalement dans la population âgée. (26)

L'augmentation de ce risque peut être liée aux **troubles de la vigilance, de l'équilibre ou à une hypotension orthostatique** induits par ces médicaments. (23) (27)

Les conséquences de chute chez la personne âgée peuvent être dramatique même avec des lésions minimales, une hospitalisation peut entraîner une perte définitive d'autonomie et des complications iatrogènes. (23)

Benzodiazépines et risque de déclin cognitif ou de démence

Les études suggèrent que l'utilisation chronique des benzodiazépines pourrait être liée à des **déficits cognitifs, notamment dans des domaines de la mémoire, de l'attention et de la psychomotricité.** (28) Cependant, il existe une grande variabilité dans ces résultats en lien avec la posologie, la durée d'utilisation, la sensibilité individuelle et les antécédents médicaux associés.

D'après plusieurs méta-analyses publiées en 2004 (29,30), en comparaison avec des témoins n'ayant jamais fait usage de benzodiazépines, les anciens usagers avaient des performances cognitives inférieures dans quasiment tous les domaines explorés, les déficits les plus importants concernant la mémoire verbale. À la suite d'un sevrage de benzodiazépines pris au long court, les patients ont montré une amélioration de leurs fonctions cognitives. Cependant, il perdure une altération significative dans la plupart des domaines cognitifs chez les cas par rapport aux témoins.

BZD et grossesse

Non mentionné lors des entretiens, il m'a semblé pertinent de préciser l'impact des BZD lors d'une grossesse.

D'après le CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes), aucun effet malformatif et aucune répercussion sur le neurodéveloppement n'a été retenue suite à l'usage de BZD.

Par contre, une **diminution des mouvements actifs fœtaux et des variabilités du rythme cardiaque** ont été observées. Si les BZD sont utilisés jusqu'au terme, le nouveau-né peut présenter des **signes d'imprégnation tels qu'une hypotonie axiale et des troubles de succion, ou encore un syndrome de sevrage.** Ces signes sont réversibles mais leur durée est variable. (31)

9. Les alternatives thérapeutiques

Il existe diverses alternatives thérapeutiques, que nous allons détailler. Cependant, lors des entretiens, seule une partie restreinte a finalement été abordée :

- la méditation**
- la mélatonine**
- les antidépresseurs**
- les antihistaminiques**

Existe-t-il un manque de connaissances sur les autres alternatives, sur leur efficacité et leur place dans la prise en charge de l'anxiété et l'insomnie ?

Certains médecins précisent qu'ils cherchent à épuiser d'autres outils avant d'envisager les benzodiazépines, mais ils restent une minorité.

Des options de traitement alternatives, telles que la thérapie cognitivo-comportementale, les techniques de relaxation, ou d'autres médicaments avec des effets secondaires cognitifs moindres, peuvent être envisagées, notamment pour les personnes présentant un risque accru d'effets indésirables. Un suivi régulier et une réévaluation des schémas thérapeutiques sont essentiels pour minimiser les risques potentiels et optimiser les résultats pour les patients.

Alternatives médicamenteuses

Antihistaminiques

Certains antihistaminiques possèdent une action centrale, avec un effet sédatif reposant sur leur action antagoniste au niveau des récepteurs cérébraux à l'histamine H1.

Leurs principaux effets indésirables sont les troubles anticholinergiques : délire, confusion, bouche sèche, constipation, rétention urinaire.

Ils sont à utiliser avec précautions chez les personnes âgées.

L'hydroxyzine (Atarax®) a été mentionnée par trois médecins interrogés en première intention mais également comme aide au sevrage.

Ce traitement est indiqué dans les manifestations anxieuses mineures de l'adulte. (32)

L'hydroxyzine a été le seul antihistaminique mentionné lors des entretiens.

Il existe cependant aussi la doxylamine (Donormyl®) qui elle, a un effet sédatif et est d'ailleurs indiquée dans les insomnies occasionnelles.

La durée du traitement ne devrait pas dépasser 5 jours, néanmoins, ce médicament est à risque d'abus et de surdosage fréquent dû en partie au fait qu'il soit disponible sans ordonnance. (33)

Un bon usage de ces molécules limite les risques d'effets indésirables. Ils restent une alternative thérapeutique intéressante au BZD en première intention. (34,35)

La buspirone

La buspirone est un anxiolytique non benzodiazépinique dénué d'effet sédatif et n'entraînant pas de dépendance.

Son mécanisme d'action n'est pas parfaitement élucidé mais elle induit une anxiolyse progressive apparaissant en deux à trois semaines et présente une efficacité comparable aux BZD dans l'anxiété généralisée.

Son effet anxiolytique semble plus efficace sur les signes psychiques de l'anxiété que sur les symptômes physiques.

Son utilisation est indiquée dans les troubles anxieux généralisés, réactionnels et au cours de névroses. Elle trouve également sa place comme traitement relais aux BZD et doit être, dans ce cas, instaurée 15 jours avant l'arrêt progressif de ces derniers.

La buspirone présente une alternative médicamenteuse intéressante aux BZD.

L'étifoxine

On notera qu'il existe également une molécule apparentée : l'étifoxine (STRESAM®), qui n'est pas une benzodiazépine et se fixe sur les sous-unités bêta du récepteur GABA A. Elle présente moins de manifestations indésirables comme la sédation, les troubles mnésiques et la tolérance fonctionnelle. Ainsi, lors de l'arrêt des traitements, aucune pharmacodépendance n'est observée.(5)

La prescription est tout de même limitée à 12 semaines.

Elle trouve son indication dans les manifestations psycho-somatiques de l'anxiété.

Complément alimentaire

Mélatonine

Parmi les alternatives existantes, la mélatonine est l'une des plus citées. Cependant, l'opinion des médecins sur celle-ci est plutôt controversée, adoptée par certains tandis que d'autres ne l'utilisent pas du tout.

Elle reste principalement utilisée en première intention, mais n'était pas été envisagée en substitution des BZD au cours d'un sevrage.

La mélatonine est une neurohormone synthétisée à partir de la sérotonine, elle-même dérivée du tryptophane. Sécrétée en l'absence de lumière par la glande pinéale, la mélatonine joue un rôle dans la régulation du sommeil.

Une diminution de son taux peut être retrouvée chez les personnes âgées, et principalement chez celles présentant des troubles du sommeil.

En France, la posologie recommandée de mélatonine est de 2mg par jour.

Une alimentation riche en tryptophane peut permettre une majoration de la production de sérotonine et donc de mélatonine.

Quelques exemples d'aliments riches en tryptophane : les noix, les bananes, les tomates, les prunes, les aubergines, l'avocat, ou l'ananas.

Selon une revue de la littérature sur les stratégies de sevrage en ambulatoire (36), la mélatonine est efficace comme intervention pharmacologique chez les patients présentant des insomnies isolées.

D'après la littérature, la mélatonine peut faciliter efficacement le sevrage de BZD hypnotiques tout en maintenant une bonne qualité de sommeil sans souffrir d'un état de manque. (37,38)

L'utilisation de mélatonine en complément exogène devrait néanmoins être limitée sur du court terme pour ne pas induire un phénomène de « mise au repos » de l'épiphyse et une altération de l'endormissement naturel à l'arrêt de la supplémentation. (39)

Magnésium

Non mentionné lors des entretiens.

En cas de carence, le patient peut décrire des crampes, des tremblements, des engourdissements, de la fatigue, des nausées, etc.

D'après la littérature, le magnésium semble jouer un rôle dans la réduction du stress et dans l'amélioration de la qualité du sommeil. De plus, ses effets secondaires en cas de surconsommation chronique sont faibles. (40,41)

Phytothérapie

La phytothérapie désigne l'utilisation médicinale de préparations à base d'extraits de plantes et de leurs principes actifs naturels.

Ce sont des alternatives médicamenteuses possibles aux pratiques plus conventionnelles. (42)

Valériane indiquée dans les troubles du sommeil, principalement dans les insomnies liées à l'anxiété. Reconnue par l'OMS, l'EMA (Agence Européenne du Médicament) et l'ESCOP (Coordination Scientifique Européenne en Phytothérapie) pour ces propriétés.

Passiflore indiquée dans les troubles mineurs du sommeil, la nervosité, l'anxiété et l'agitation. Reconnue également par l'OMS, l'EMA et l'ESCOP.

Une étude longitudinale a été réalisée sur 3 mois au CHU UCL Namur en 2019, retrouvant l'efficacité d'une médication à base d'extrait sec de *Passiflora incarnata* L. dans le sevrage de BZD, avec 78.4% des patients ayant réussi à se sevrer ou réduire une benzodiazépine qu'ils prenaient de longue date. (43)

Une revue systématique de la littérature regroupant neuf essais cliniques issu de PubMed / MEDLINE / EMBASE a retrouvé que dans la majorité des cas il existait une réduction des symptomatologies anxieuses à l'administration de passiflore, et qu'aucun effet indésirable n'avait été observé. (44)

Il est possible de citer également le Houblon, le Tilleul, l'Aubépine, le Pavot de Californie, et bien d'autres.

Rapporté par M8 comme pouvant être utile auprès d'une population qui y adhère. Non mentionné par les autres médecins.

La phytothérapie ne nous est pas enseignée au cours de notre formation initiale, et exige donc une volonté de se former ultérieurement, expliquant peut-être pourquoi elle était si peu mentionnée.

Antidépresseur

M5 précise que les patients « ont beaucoup plus peur des antidépresseurs que des anxiolytiques », peur potentiellement liée au tabou qui persiste autour de la santé mentale dans notre société.

L'éducation thérapeutique joue ici encore un rôle principal dans l'adhésion du patient et l'abolition des idées préconçues.

Les antidépresseurs IRS (Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine) et IRSN (Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine et de la Noradrénaline) étaient instaurés assez rapidement par les praticiens chez les patients présentant des troubles anxieux persistants.

Les antidépresseurs sont indiqués en première intention dans le traitement médicamenteux des troubles anxieux généralisés (TAG), et doivent être poursuivis pour une durée suffisante d'au moins 6 mois. (45,46)

Les antidépresseurs sont indiqués comme traitement au long cours à la différence des BZD. Ce n'est pas pour autant qu'ils sont dénués de risques. Les effets secondaires des IRS sont les nausées, les troubles gastro-intestinaux, les céphalées, les troubles du sommeil, la perte d'appétit et les troubles sexuels, qui se manifestent en particulier au début du traitement.

Pour les IRSN, il existe un risque d'une élévation de la tension artérielle, d'apparition de troubles sexuels, de nausées, de vertiges, de sueurs, de vomissements, de manque d'appétit, de la constipation, de la nervosité et d'insomnie. (47)

Un syndrome de sevrage peut être mis en évidence, l'arrêt doit donc être encadré et se fera progressivement sur quelques semaines.

L'effet des antidépresseurs s'installe lentement (entre deux à six semaines) dans ce cas, si nécessaire, une couverture peut être assurée par les BZD sur les deux premières semaines. (48)

L'efficacité des antidépresseurs sera réévaluée régulièrement, avec, si nécessaire, une majoration du dosage progressive.

Alternative non médicamenteuse

La thérapie cognitivo-comportementale

Il est nécessaire de proposer un suivi psychologique adapté à nos patients, d'autant plus dans une situation nécessitant une prise en charge médicamenteuse.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est indiquée en première intention dans les TAG, dans les insomnies liées à des troubles psychiatriques ou encore dans les événements aigus traumatiques. La psychothérapie par TCC permet une réduction de la consommation de BZD et une amélioration du sommeil avec un impact sur le long terme. (49,50)

Les médecins interrogés reconnaissent bien la limite des prises en charge médicamenteuses et la nécessité de la prise en charge de la cause. Ils ont cependant relevé l'obstacle que représente la difficulté d'accès aux acteurs de la santé mentale.

Difficulté multifactorielle, due en partie au manque de praticiens et également à la situation socio-économique du patient.

Il a bien été notifié par M9 la différence de prix entre une séance de psychothérapie et une boîte de BZD.

La santé mentale et son accès ont été renforcés en 2022 avec la création du dispositif « Mon soutien psy », initiative réévaluée en juin 2024.

À sa création, le dispositif était majoritairement rejeté par les psychologues, jugeant les mesures non-pertinentes pour les professionnels et n'allant pas dans l'intérêt du public. (51)

L'accessibilité a été revue avec un passage de 8 à 12 séances remboursées annuellement, à 50€ au lieu de 30, et un accès sans prescription d'un médecin généraliste. L'objectif étant que plus de psychologues adhèrent au dispositif.

À l'exception des patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, de l'aide médicale d'État (AME), si les soins sont en lien avec une affection de longue durée (ALD), en

lien avec une maternité (à partir du 6e mois de grossesse), ou en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle (AT-MP), une avance des frais est nécessaire. (52)

L'impact de ces mesures reste encore à évaluer dans la durée.

Si au terme des séances, il existe une persistance des troubles, une orientation vers un psychiatre ou un centre médico-psychologique (CMP) peut être préconisée.

Les CMP sont des établissements pluridisciplinaires proposant des soins mentaux pris en charge par la sécurité sociale (à l'exception des dépassements d'honoraires de certains professionnels). Là encore les places sont prisées et les listes d'attente interminables.

On ne peut qu'espérer que des progrès soient faits à l'avenir sur les soins mentaux et leurs accès.

Autres alternatives non médicamenteuses

Les alternatives thérapeutiques citées dans cette catégorie « Autres alternatives non médicamenteuses » n'ont pas été mentionnées lors des entretiens.

Cette omission pourrait être due à un biais sur la formulation de mon questionnaire.

Cependant, pour certains points comme l'acupuncture ou l'hypnose je pense que cela pourrait provenir d'un certain tabou concernant les médecines alternatives.

Activité physique

L'effet de l'activité physique sur la santé mentale est incontestable. D'après la littérature, le sport permet d'augmenter l'estime de soi, d'améliorer sa gestion du stress et de diminuer l'anxiété et la dépression. (53–56)

Il permettrait également d'améliorer les performances cognitives.

Certains sports ont des effets comparables aux anxiolytiques ou à des techniques de relaxation. Ces effets sont possiblement dus à la sécrétion d'endorphine, de la dopamine ou de l'adrénaline lors des différentes phases de l'effort.

Une activité physique trop rapprochée du coucher peut au contraire avoir un effet délétère sur le sommeil. Il est conseillé de pratiquer son sport au moins 2h avant l'heure du coucher.

Hypnose

Les données de la science sont insuffisantes pour recommander l'usage de l'hypnose dans la prise en charge de l'anxiété et la dépression.

D'avantage d'études sont nécessaires pour identifier le profil de patient répondant à ces méthodes. (57,58)

Acupuncture

L'acupuncture est une forme de médecine alternative venant de la médecine traditionnelle chinoise, le principe étant de stimuler des points de pression ou points d'acupuncture afin de stimuler un équilibre de l'énergie vitale et promouvoir santé et confort.

Dans la littérature, on retrouve de multiples articles détaillant les bienfaits de l'acupuncture sur l'insomnie et l'anxiété. (59,60)

Divers articles critiquent néanmoins une grande variabilité des méthodes de recherches, et soulignent l'intérêt de nouveaux essais plus rigoureusement conçus. (61–63)

L'acupuncture peut être une alternative thérapeutique intéressante à proposer aux patients. Il faut néanmoins la recommander avec prudence et se tourner vers des professionnels de santé ayant suivi des formations reconnues.

Certains actes d'acupuncture sont pris en charge par l'Assurance Maladie s'ils sont réalisés par un médecin conventionné (exemple : médecin généraliste acupuncteur).

Si la consultation est effectuée en plus de la séance d'acupuncture, le médecin cotera l'acte le plus cher ou la consultation.

L'assurance maladie remboursera 70 % de la consultation sur la base d'une consultation d'un médecin généraliste (dans le cadre de respect du parcours de soins).

Aucun article n'a été retrouvé sur la place de l'acupuncture dans le sevrage des BZD. Des recherches plus approfondies à ce sujet pourraient être intéressantes.

V. Conclusion

Malgré les connaissances des médecins généralistes sur les recommandations et les risques des benzodiazépines, l'usage des benzodiazépines reste trop important et sa chronicisation pose un problème de santé publique.

La réalité du sevrage reste complexe. En effet, le patient est l'acteur principal de sa prise en charge et lui seul peut décider de son sevrage. Cependant, d'après les médecins interrogés, les patients ne sont majoritairement pas demandeurs de sevrage et doivent être convaincus de la nécessité d'un changement.

Une relation médecin-malade de confiance et coopérative semble d'autant plus pertinente dans la prise en charge d'un sevrage nécessitant l'adhésion complète du patient. Il est nécessaire d'élaborer un projet propre au patient en prenant en compte sa personnalité et sa vulnérabilité individuelle.

De multiples freins ont été mis en avant tels que le modèle de consultation actuel avec un temps de consultation restreint qui reste critiqué et qui ne permet pas une prise en charge optimale du patient. La dépendance et l'attachement du patient à son traitement, principalement chez les personnes âgées ou encore, le manque d'outils et d'aide à la déprescription principalement exprimés par un manque de sensibilisation de la population générale et un manque d'accès aux soins de la santé mentale.

Durant la pandémie de COVID, on a pu assister à la création du dispositif « Mon soutien psy » récemment réévalué et renforcé. Nous pouvons espérer la poursuite de ce type de démarche et une démocratisation de l'accès aux acteurs de la santé mentale qui reste actuellement insuffisante.

La formation initiale que nous recevons sur les benzodiazépines permet une diminution de leurs prescriptions initiales. À long terme, nous pouvons espérer voir de moins en moins de prescriptions abusives et une optimisation des alternatives existantes.

Comme abordé dans ce travail, de multiples outils existent déjà mais sont mal connus par les praticiens. Il reste donc essentiel de poursuivre notre formation sur les divers outils à notre disposition, permettant de renforcer la prise en charge non seulement dans le sevrage des BZD mais également celle de l'anxiété et l'insomnie.

Des campagnes d'informations à destination des patients et la diffusion d'un rappel des outils déjà existants auprès des médecins paraît pertinent.

Bibliographie :

1. des_mesures_contre_le_mesusage_des_benzodiazepines_has_-_dgs_-_ansm.pdf [Internet]. [cité 24 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-09/des_mesures_contre_le_mesusage_des_benzodiazepines_has_-_dgs_-_ansm.pdf
2. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 24 mai 2023]. Disponible sur: <https://archiveansm.integra.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
3. fiche_bum_benzodiazepines_anxiete_cd_27062018.pdf [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/fiche_bum_benzodiazepines_anxiete_cd_27062018.pdf
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie
5. Poisbeau P. Pharmacologie des anxiolytiques. Eur Psychiatry. 1 nov 2015;30(8, Supplement):S8.
6. Schuster C. Sites et mécanismes d'action de la mélatonine chez les Mammifères : les récepteurs MT1 et MT2. J Société Biol. 2007;201(1):85-96.
7. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 11 mai 2024]. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_522637/fr/prise-en-charge-du-patient-adulte-se-plaignant-d-insomnie-en-medecine-generale
8. Insomnie de l'adulte : quelles sont les causes ? [Internet]. [cité 11 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/insomnie-adulte/definition-facteurs-favorisants>
9. VIDAL [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Place pour les benzodiazépines dans la prise en charge de l'anxiété : fiche. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/22809-place-pour-les-benzodiazepines-dans-la-prise-en-charge-de-l-anxiete-fiche-bon-usage-de-la-has.html>
10. L'OMS publie des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>

11. benzo.org.uk : Les Benzodiazépines: Comment agissent-elles et comment s'en sevrer? Ashton, 2002 [Internet]. [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.benzo.org.uk/freman/bzcha01.htm>
12. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 7 juin 2024]. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire
13. Coispeau É. Élaboration d'un outil de formation en ligne de type RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) pour l'optimisation des prescriptions des benzodiazépines en médecine générale. 17 févr 2016;87.
14. Bosseboeuf G. RPIB « Benzos » : impact de la proposition de formation en ligne des médecins généralistes sur leurs prescriptions et leurs perceptions de la prise en charge du trouble de l'usage des benzodiazépines. 26 févr 2019;83.
15. Somnifères : une enquête de l'AFMPS montre que plus d'un tiers des patients présentent une dépendance et que la majorité d'entre eux utilisent des somnifères pendant trop longtemps | AFMPS [Internet]. [cité 6 juin 2024]. Disponible sur: https://www.afmps.be/fr/news/somniferes_une_enquete_de_lafmps_montre_que_plus_dun_tiers_des_patients_presentent_une
16. L'impact des psychotropes sur la santé, avec une attention particulière pour les personnes âgées (juillet 2011) (CSS 8571).pdf [Internet]. [cité 6 juin 2024]. Disponible sur: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19071075/L%E2%80%99impact%20des%20psychotropes%20sur%20la%20sant%C3%A9%2C%20avec%20une%20attention%20particuli%C3%A8re%20pour%20les%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20%28juillet%202011%29%20%28CSS%208571%29.pdf
17. Kollen BJ, van der Veen WJ, Groenhof F, Donker GA, van der Meer K. Discontinuation of reimbursement of benzodiazepines in the Netherlands: does it make a difference? BMC Fam Pract. 21 nov 2012;13(1):111.
18. Hoebert JM, Souverein PC, Mantel-Teeuwisse AK, Leufkens HGM, van Dijk L. Reimbursement Restriction and Moderate Decrease in Benzodiazepine Use in General Practice. Ann Fam Med. janv 2012;10(1):42-9.
19. dummy csv. CBIP. 2023 [cité 22 mai 2024]. Lancement d'un programme de sevrage progressif des benzodiazépines et apparentés. Disponible sur: <https://www.cbip.be/fr/lancement-dun-programme-de-sevrage-progressif-des-benzodiazepines-et-apparentes/>

20. Cirriez JP. SEVRAGE BENZO: un service qui remporte du succès ! [Internet]. UPHOC | Union Pharmaceutique du Hainaut Occidental et Central. 2024 [cité 18 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.uphoc.com/2024/02/sevrage-benzo-un-service-qui-remporte-du-succes/>
21. Reach G. Non-observance thérapeutique et addiction, deux manifestations de l’impatience. *Psychotropes*. 2009;15(4):71-94.
22. Benyamina A, Reynaud M. Stratégie de prise en charge de l’alcoolodépendance en ambulatoire : quel suivi et quelle durée de traitement ? *L’Encéphale*. 1 févr 2016;42(1):67-73.
23. i3187.pdf [Internet]. [cité 10 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-off/i3187.pdf>
24. VIDAL [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Conduite automobile : actualisation de la liste des médicaments à risque de somnolence. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/21096-conduite-automobile-actualisation-de-la-liste-des-medicaments-a-risque-de-somnolence.html>
25. Arrêté du 13 mars 2017 modifiant l’arrêté du 8 août 2008 pris pour l’application de l’article R. 5121-139 du code de la santé publique et relatif à l’apposition d’un pictogramme sur le conditionnement extérieur de certains médicaments et produits - Légifrance [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034208195>
26. Pariente A, Dartigues JF, Benichou J, Letenneur L, Moore N, Fourrier-Réglat A. Benzodiazepines and injurious falls in community dwelling elders. *Drugs Aging*. 2008;25(1):61-70.
27. Ruddock B. Medications and falls in the elderly.
28. Billioti De Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer’s disease: case-control study. *BMJ*. 9 sept 2014;349(sep09 2):g5205-g5205.
29. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS Drugs*. 2004;18(1):37-48.
30. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Arch Clin Neuropsychol*. 1 avr 2004;19(3):437-54.
31. CRAT L. Diazépam – Grossesse – Le CRAT [Internet]. 2024 [cité 2 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.lecrat.fr/3869/>
32. VIDAL [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Hydroxyzine : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/hydroxyzine-6796.html>

33. VIDAL [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Doxylamine : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/doxylamine-9646.html>
34. Dupuis G. Les médicaments antihistaminiques H1 ont-ils encore une place en 2018 dans le traitement des insomnies?
35. Les hypnotiques antihistaminiques [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/les-hypnotiques-antihistaminiques>
36. Naccache F, Vorspan F. Stratégies de sevrage de benzodiazépines en ambulatoire. Revue de la littérature. Presse Médicale. 1 oct 2018;47(10):899-912.
37. Garfinkel D, Zisapel N, Wainstein J, Laudon M. Facilitation of Benzodiazepine Discontinuation by Melatonin: A New Clinical Approach. Arch Intern Med. 8 nov 1999;159(20):2456-60.
38. VIDAL [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Mélatonine - Complément alimentaire. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/complements-alimentaires/melatonine.html>
39. Scudeller G. Le sommeil est dans l'assiette. Les interventions nutritionnelles métaboliques et naturopathie. Hegel. 2019;3(3):203-12.
40. VIDAL [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Magnésium - Complément alimentaire. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/complements-alimentaires/magnesium.html>
41. Magnesium Status and Stress: The Vicious Circle Concept Revisited - PMC [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7761127/>
42. Perrel L. Des alternatives à la consommation importante de benzodiazépines à visée hypnotique ou anxiolytique. 2020;
43. Dubois T, Reynaert C, Zdanowicz N, Denis J, Janssens I, Dierckxsens Y, et al. Utilisation d'une médication à base d'extrait sec de Passiflora incarnata L. dans la prise en charge du sevrage des benzodiazépines.
44. Janda K, Wojtkowska K, Jakubczyk K, Antoniewicz J, Skonieczna-Żydecka K. Passiflora incarnata in Neuropsychiatric Disorders—A Systematic Review. Nutrients. 19 déc 2020;12(12):3894.
45. VIDAL [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Recommandations Trouble anxieux généralisé. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/trouble-anxieux-generalise-2546.html>

46. VIDAL [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Les médicaments de l'anxiété. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/anxiete/medicaments.html>
47. Delini-Stula A, Bondolfi G, Holsboer-Trachsler E. Possibilités thérapeutiques actuelles des troubles anxieux généralisés. *Rev Med Suisse*. 30 juin 2010;255(25):1370-4.
48. Bon usage des antidépresseurs chez le sujet âgé [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/bon-usage-antidepresseurs-patients-ages>
49. Gosselin P, Ladouceur R, Morin C, Dugas M, Baillargeon L. Sevrage des benzodiazépines chez des patients souffrant du Trouble d'anxiété généralisée : efficacité d'une intervention comportementale et cognitive. *Santé Ment Au Qué*. 2003;28(2):59-86.
50. Psychological treatment for insomnia in the management of long-term hypnotic drug use: a pragmatic randomised controlled trial - PubMed [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14960215/>
51. Un an après son lancement, l'échec du programme de psychologie remboursée [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.rue89strasbourg.com/echec-programme-monparcourspsy-261534>
52. Séances avec un psychologue [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/remboursement-seance-psychologue-mon-soutien-psy>
53. Physical activity and mental health. Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis; 1997. xv, 286 p. (Morgan WP. Physical activity and mental health).
54. Bienfaits psychologiques de l'activité physique p... – Santé mentale au Québec – Érudit [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2017-v42-n1-smq03101/1040248ar/>
55. 2008_04_01_CP_ExpCol_ActivPhysSante.pdf [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Disponible sur: https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2017/01/2008_04_01_CP_ExpCol_ActivPhysSante.pdf
56. Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies - PubMed [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24139780/>
57. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose.
58. Pelissolo A. L'hypnose dans les troubles anxieux et phobiques : revue des études cliniques. *Presse Médicale*. 1 mars 2016;45(3):284-90.

59. Spence DW, Kayumov L, Chen A, Lowe A, Jain U, Katzman MA, et al. Acupuncture increases nocturnal melatonin secretion and reduces insomnia and anxiety: a preliminary report. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2004;16(1):19-28.
60. Pearson NJ, Johnson LL, Nahin RL. Insomnia, trouble sleeping, and complementary and alternative medicine: Analysis of the 2002 national health interview survey data. *Arch Intern Med*. 18 sept 2006;166(16):1775-82.
61. Yang X yun, Yang N bo, Huang F fang, Ren S, Li Z jiang. Effectiveness of acupuncture on anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Gen Psychiatry*. 30 janv 2021;20:9.
62. Acupuncture for Treatment of Insomnia: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials - PMC [Internet]. [cité 19 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156618/>
63. Errington-Evans N. Acupuncture for Anxiety. *CNS Neurosci Ther*. 7 juin 2011;18(4):277-84.

Annexe

Guide d'entretien

L'AMM de la durée maximale de prescription de BZD est limité à 12 semaines, d'après vous est-ce quelque chose de respecter dans votre patientèle ?

- Si oui : Êtes-vous à l'origine de son initiation ? Aviez-vous évoqué le sevrage dès la première consultation ?
- Si non : Êtes-vous à l'origine de son initiation ? Est-ce des patients dont le sevrage a déjà été tenté ?

Lors d'une consultation de renouvellement d'ordonnance, quelle est votre attitude face au renouvellement chronique (supérieur à 12 semaines) de BZD ?

- Qui aborde le sujet du renouvellement ?
- Comment réévaluez-vous la nécessité du renouvellement ?
- Abordez-vous la question différemment en fonction de l'âge du patient ?

D'après vous, vos patients sont-ils réceptifs à l'idée d'un sevrage ?

- Les patients sont-ils demandeurs de sevrage ?
- Êtes-vous déjà rentré en conflit avec un patient à ce sujet ?
- La prise de BZD vous semble-t-elle banalisée par vos patients ?
- Changent-ils de discours à la suite d'une éducation thérapeutique sur la molécule, son intérêt, ses limites et ses risques ?
- Quels profils de patient est le plus réticent à un sevrage ?
- Existe-t-il des profils de patient, pour vous, où l'idée du sevrage ne se pose pas (*patient âgé / contact difficile / absence de relation de confiance*) ?

Quel est votre vécu face à ce genre de consultation ?

- Comment vous sentez-vous ?
- Comment cela affecte-t-il votre relation médecin / patient ?
- Comment faites-vous face aux patients conflictuels ?

Êtes-vous à l'aise avec le sevrage en BZD ? Est-ce quelque chose que vous faites facilement ?

- Si oui, pourquoi ? Expérience particulière ? Intérêt ou formation particulière en addictologie ?
- Sinon pourquoi ?

Quelle est votre motivation pour proposer un sevrage en BZD à vos patients ?

Êtes-vous motivé à sevrer vos patients ?

-Si oui, pourquoi ?

-Sinon pourquoi ? (Chonophage // expérience peu gratifiante, car souvent voué à l'échec ? ...)

Quelle est votre expérience professionnelle ? Avez-vous vécu des échecs de sevrage ? Ou des sevrages bien mené et réussi ?

Quel a été votre ressenti face à ses différentes expériences ?

Qu'avez-vous appris ?

À la suite de votre expérience personnelle, auriez-vous des conseils à partager avec vos confrères/consœurs ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose à ce qui a été dit ?

Avez-vous déjà tenté un sevrage chez des patients sous BZD de façon chronique ?

-Avez-vous des protocoles ? Avez-vous des méthodes auxquels vous faites appel ?

-Généralement comment se déroule le sevrage ?

-Comment est-il vécu par le patient, par vous ?

-Finalement comment se sont conclus ces sevrages ?

-Trouvez-vous une similarité avec le sevrage d'autres molécules ?

Avez-vous déjà vécu des sevrages échoués ?

À la suite d'un sevrage échoué, comment abordez-vous ce sujet avec vos patients ?

-Envisagez-vous une nouvelle tentative d'emblée ?

-Si oui, comment vous y prenez-vous ?

-Sinon, pourquoi ?

-Comment vous ressentez-vous face à ce genre de situation ? Est-ce une expérience démoralisatrice pour vous ?

Proposez-vous des alternatives thérapeutiques au BZD dans l'anxiété ou l'insomnie ?

-Lesquels ? Comment est-ce perçu par les patients ?

-Existe-t-il des limites aux alternatives ?

Fiche mémo à destination des pharmaciens



UNE NOUVELLE LISTE DES MÉDICAMENTS PRÉSENTANT DES RISQUES POUR LA CONDUITE

En 2017, un arrêté du ministère de la Santé a modifié et étendu la liste des médicaments présentant des risques pour la conduite. Pour rappel, ces médicaments sont classés en trois niveaux de dangerosité pour la conduite, identifiables par trois pictogrammes : **jaune, niveau 1** ; **orange, niveau 2** et **rouge, niveau 3**.

UNE PRISE EN COMPTE INSUFFISANTE DES PICTOGRAMMES

La consommation de **médicaments à risque** (niveaux 2 et 3) serait responsable de **3 % à 4 % de l'ensemble des accidents corporels de la circulation en France**¹. La prise, notamment de benzodiazépines ou apparentés (anxiolytiques ou hypnotiques) et d'antidépresseurs, augmente significativement le risque d'être responsable d'un accident de la route, en particulier aux étapes clés d'initiation ou de modification du traitement. Or **11,5 millions de Français consomment des benzodiazépines au moins une fois dans l'année**².

Aujourd'hui, la connaissance des pictogrammes de sensibilisation des usagers aux risques de la prise de médicaments sur la conduite est insuffisante. Dans ce contexte, il est primordial de leur rappeler les bons réflexes à adopter pour allier médicaments et conduite sans risque. À cet égard, le rôle des pharmaciens est essentiel.

¹ Oriols L. et coll. "Prescription medicines and the risk of road traffic crashes: a french registry-based study." *PLoS Medicine*, 2010, 7(11): e1000366.
² ANSM, « État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France », ANSM, décembre 2013.



Le risque pour la conduite est faible et dépend largement de la susceptibilité individuelle. La prise du médicament ne remet généralement pas en cause la conduite, mais elle nécessite que les patients soient sensibilisés à ce risque avant de prendre le volant (incitez le patient à consulter la notice).



Les effets pharmacodynamiques dangereux pour la conduite sont prédominants par rapport à la susceptibilité individuelle (évaluez au cas par cas la compatibilité de la prise du médicament avec la conduite). La prise du médicament peut, dans certains cas, remettre en cause les capacités de conduite et nécessite l'avis d'un professionnel de santé.



Les effets pharmacodynamiques du médicament rendent la conduite dangereuse. Elle est formellement déconseillée. Compte tenu d'un éventuel effet résiduel, il est conseillé au professionnel de santé d'indiquer à son patient dans quel délai il pourra à nouveau conduire (par exemple, après une période de sommeil induite par un hypnotique).

INFORMER ET CONSEILLER

Il est important de rappeler aux patients que la prise d'un médicament n'est pas un geste anodin et qu'elle peut interférer avec les capacités nécessaires à la conduite. Il conviendra d'être particulièrement vigilant lors de la dispensation de médicaments non soumis à prescription médicale.

CHIFFRE CLÉ :
3,4% des accidents mortels de la route sont attribuables à une prise de médicaments. La moitié de ces accidents est liée aux benzodiazépines¹.

¹ Étude Césir, 2010.



1

INFORMEZ-VOUS SUR LE MODE DE DÉPLACEMENT DE VOTRE PATIENT

En cas de prise de médicaments pouvant altérer la conduite, il est important de connaître les modes de déplacement du patient. Conduit-il ? À quelle fréquence prend-il sa voiture ? Ces informations vous permettront de le conseiller utilement et, en cas de demande d'un médicament non soumis à prescription, de lui proposer celui qui altérera le moins possible ses facultés de conduite.

2

SENSIBILISEZ À LA PRÉSENCE ET À LA SIGNIFICATION DES PICTOGRAMMES

Lors de la dispensation d'un médicament porteur du pictogramme, il est important d'expliquer au patient la signification de ce pictogramme et de lui signaler que la prise du médicament concerné peut altérer ses capacités de conduite pour tous moyens de locomotion (auto, moto, vélo, etc.). Un dépliant destiné au public est mis à votre disposition pour illustrer vos propos.

3

INCITEZ VOTRE PATIENT À CONSULTER LA NOTICE DU MÉDICAMENT

Soulignez l'importance de lire la notice et notamment les rubriques « **Conducteurs et utilisateurs de machines** », « **Mise en garde et précautions d'emploi** » et « **Effets indésirables** ».

4

RAPPELÉZ À VOTRE PATIENT L'IMPORTANCE DE NE PAS MODIFIER OU ARRÊTER SON TRAITEMENT DE LUI-MÊME

En cas de traitement médicamenteux au long cours, il est important de rappeler au patient qu'il ne doit en aucun cas arrêter ou modifier les doses prescrites sans le conseil d'un professionnel de santé. Certaines pathologies présentent par elles-mêmes un risque pour la conduite (épilepsie, arythmie, dépression...).

5

ALERTEZ SUR LES AUTRES FACTEURS DE RISQUE

Rappelez au patient que la prise simultanée de médicaments avec de l'alcool, des stupéfiants, en particulier du cannabis, et/ou l'accumulation de fatigue et de médicaments, multiplient les risques d'accident.

Anatomie - © DGCS 2017 - Photos : © Adam Senguldu / Bayraktar - Liane.fr - Gorsk

Les différents supports de communication de cette campagne (affiche, dépliant, vidéo) sont disponibles à la commande sur le site du Cespharm : www.cespharm.fr



Affiche



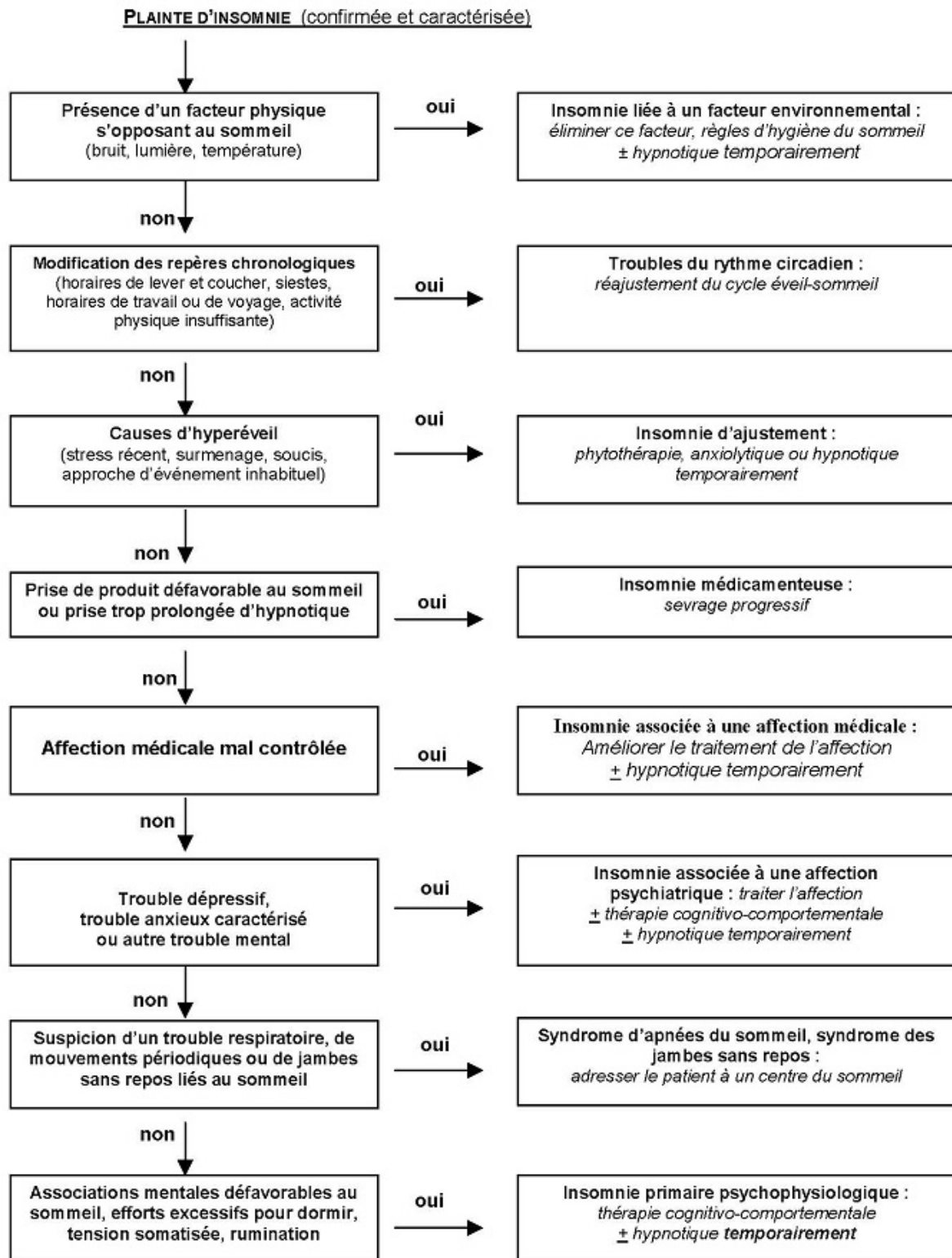
Dépliant



Vidéo



Arbre décisionnel – prise en charge de l’insomnie



Agenda du sommeil

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**

| Jours | 19 h | 21 h | 23 h | 1 h | 3 h | 5 h | 7 h | 9 h | 11 h | 13 h | 15 h | 17 h | 19 h | Qualité du sommeil | Qualité de l'éveil | Remarques |
|-------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|--------------------|--------------------|-----------|
| 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)
 - ↑ Heures 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.

Questionnaire ECAB :



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé

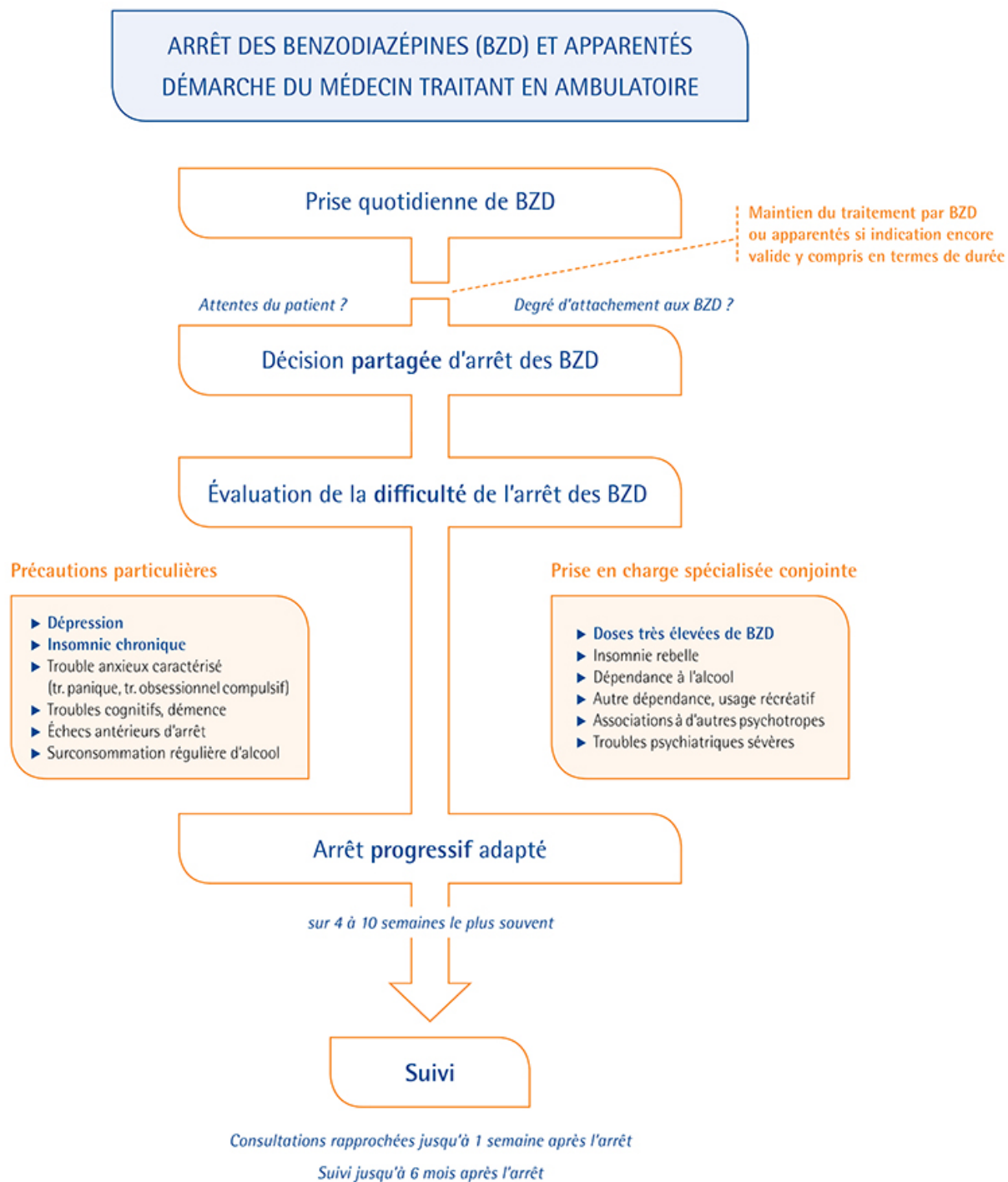
Octobre 2007

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 %.

Arbre décisionnel HAS – Sevrage BZD



Courrier d'information HAS - sevrage BZD



Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire

Juin 2015

Courrier d'information de la part du médecin traitant

Ville, date

Madame, Monsieur,

Parmi vos médicaments, vous recevez (*nom de la BZD*) à la dose de (*cp/j*). Ce médicament fait partie du groupe des benzodiazépines et médicaments apparentés.

L'analyse de votre dossier médical montre que désormais ce médicament pourrait vous être arrêté sans altérer votre santé ni votre bien-être. En effet, il est connu aujourd'hui que l'efficacité des benzodiazépines prescrites dans votre cas diminue fortement au fur et à mesure de leur utilisation.

De plus, ces médicaments peuvent produire des effets néfastes : ils peuvent provoquer des chutes et des troubles de la mémoire, et ils favoriseraient la survenue d'accidents de la route chez les conducteurs prenant ce traitement.

Aussi, je vous propose qu'ensemble nous diminuions petit à petit ce médicament pour l'arrêter si tout se passe bien dans quelques semaines. Pour éviter tout problème, il est très important que cet arrêt se fasse progressivement dans le cadre d'un suivi médical. Pour vous aider, je vous remettrai un calendrier d'arrêt que nous remplirons ensemble lors d'une prochaine consultation si vous le voulez bien.

Bien entendu je me tiens à votre disposition pour répondre à toutes vos questions, et vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes salutations dévouées.

Dr

Calendrier de suivi HAS – sevrage BZD



Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire

Juin 2015

Calendrier de suivi de l'arrêt

Données indispensables au suivi de votre diminution de dose de benzodiazépine

Renseignement sur le traitement (à remplir par le médecin)

Nom de la benzodiazépine :

Posologie initiale :

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

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

Durée prévisible de la période d'arrêt du médicament :

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

CALENDRIER D ARRÊT

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

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

Ce calendrier d'arrêt est destiné à :

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

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

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Tél. :

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

.....
.....

Médecin traitant :

Adresse :

Tél. :

Cachet :

Pharmacien :

Adresse :

Tél. :

Cachet :