



HAL
open science

La déprescription des benzodiazépines en médecine générale : revue de la littérature et création d'un outil d'aide à la déprescription

Judie Verdier

► To cite this version:

Judie Verdier. La déprescription des benzodiazépines en médecine générale : revue de la littérature et création d'un outil d'aide à la déprescription. Médecine humaine et pathologie. 2025. <dumas-05073831>

HAL Id: dumas-05073831

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05073831v1>

Submitted on 19 May 2025

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.



HAL Authorization

Année 2025

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

VERDIER Judie

Présentée et soutenue publiquement le 27 mars 2025

LA DEPRESCRIPTION DES BENZODIAZEPINES EN MEDECINE GENERALE : REVUE
DE LA LITTERATURE ET CREATION D'UN OUTIL D'AIDE A LA DEPRESCRIPTION

Directeur de thèse : Mme Amélie Richard, Professeur associé, CHU de Clermont-Ferrand, Département de Médecine Générale

Président du jury : M. Pierre-Michel Llorca, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membre du jury : Mme Mathilde Gerbault, Docteur, CH Thiers, Court Séjour Gériatrique

Année 2025

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

VERDIER Judie

Présentée et soutenue publiquement le 27 mars 2025

LA DEPRESCRIPTION DES BENZODIAZEPINES EN MEDECINE GENERALE : REVUE
DE LA LITTERATURE ET CREATION D'UN OUTIL D'AIDE A LA DEPRESCRIPTION

Directeur de thèse : Mme Amélie Richard, Professeur associé, CHU de Clermont-Ferrand, Département de Médecine Générale

Président du jury : M. Pierre-Michel Llorca, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membre du jury : Mme Mathilde Gerbault, Docteur, CH Thiers, Court Séjour Gériatrique



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE
PREMIERE VICE-PRESIDENTE
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS
VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias

: **FOGLI** Anne
: **PEYRARD** Françoise
: **PREVOT** Vanessa
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **HAZAL** Jean

DOYEN-DIRECTEUR

: **CLAVELOU** Pierre

DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHAMOUX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - GILAIN Laurent - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - LAURICHESSE Henri - LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - LUSSON Jean-René - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - PHILIPPE Pierre - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VAGO Philippe - VIALLET Jean-François - VERRELLE Pierre - Mme VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - BIGNON Yves Jean - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - DURIF Franck - ESCHALIER Alain - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - POULY Jean-Luc - VORILHON Philippe

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence

M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecin Interne
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie-Vénéréologie
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie clinique
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie

1ère CLASSE

M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M.	THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
Mme	BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement

M.	BUC Emmanuel	et de la Reproduction
M.	TCHIRKOV Andréï	Chirurgie Digestive
Mme	CREVEAUX Isabelle	Cytologie et Histologie
M.	DURANDO Xavier	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	DUTHEIL Frédéric	Cancérologie
M.	EVRARD Bertrand	Médecine et Santé au Travail
M.	LAUTRETTE Alexandre	Immunologie
M.	SOUTEYRAND Géraud	Néphrologie Réanimation Médicale
		Cardiologie

2ème CLASSE

M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M.	ESCHALIER Romain	Cardiologie
M.	MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme	TOURNADRE Anne	Rhumatologie
Mme	FANTINI Maria Livia	Neurologie
M.	SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M.	BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUIEZE Romain	Hématologie
M.	POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M.	POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme	PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme	SARRET Catherine	Pédiatrie
M.	BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme	CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M.	JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M.	LEBRETON Aurélien	Hématologie
M.	MOISSET Xavier	Neurologie
M.	SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M.	BIAU Julian	Radiothérapie
M.	LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M.	ERIVAN Roger Chirurgie	Orthopédique et Traumatologique
M.	MATHIEU Sylvain	Rhumatologie
M.	MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

Mme LAPORTE Catherine

Médecine Générale

2ème CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène

Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1ère CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne

Physiologie

2ème CLASSE

M. BIDET Yannick

Biologie Cellulaire

Mme GUILLET Christelle

Physiologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. CAMBON Benoît

Médecine Générale

M. BERNARD Pierre

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS
HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
Mme COSTE Karen	Pédiatrie
Mme AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire

2ème CLASSE

M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique
M. ANIORT Julien	Néphrologie
M. CLERFOND Guillaume	Cardiologie
Mme DUPUY Claire	Médecine Intensive – Réanimation
Mme JULIAN Valérie	Physiologie
M. LAHAY Clément	Gériatrie et Biologie du Vieillessement
Mme ROLLAND-DEBORD Camille	Pneumologie
M. ROUANET Jacques	Dermato-Vénérologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M.	BLANCHON Loïc	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	MARCHAND Fabien	Sciences du Médicament
Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	PIZON Frank	Sciences de l'Education

CLASSE NORMALE

M.	BAILLY Jean-Luc	Biologie Cellulaire
Mme	AUBEL Corinne	Biologie Cellulaire
M.	DALMASSO Guillaume	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	SOLER Cédric	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences
Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie Cellulaire
M.	PINEL Alexandre	Physiologie
Mme	MONIER Florie	Psychologie
Mme	POLICARD Florence	Sciences infirmières

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme	RICHARD Amélie	Médecine Générale
M.	TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme	ROUGE Laure	Médecine Générale
Mme	BERTRAND-JARROUSSE Véronique	Médecine Générale
Mme	VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine Générale
M.	MENINI Thibault	Médecine Générale
Mme	BŒUF-GIBOT Sylvaine	Médecine Générale
M.	HIDALGO BACHS Louis	Médecine Générale

Remerciements et dédicaces

A Monsieur le Professeur Llorca,

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury, veuillez accepter ma sincère reconnaissance et tout mon respect.

A Madame le Docteur Richard,

Tous mes remerciements pour avoir accepté de superviser et de m'accompagner dans ce travail de thèse, merci à vous pour avoir également accepté de le juger.

A Madame le Docteur Gerbault,

Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury, soyez assurée de ma plus profonde reconnaissance.

A ma famille,

Qui m'a soutenue tout au long de cette thèse, et qui m'a aidée à surmonter les moments de doutes et de difficultés.

Table des matières

Liste des tableaux et figures	p.14
Liste des abréviations	p.14
1. Introduction	p.15
2. Méthode	p.16
2.1 Définition du sujet	p.16
2.2 Comité d'éthique.....	p.16
2.3 Sélection des articles.....	p.17
2.4 Recueil des résultats.....	p.17
2.5 Outil d'aide à la déprescription.....	p.17
3. Résultats	p.18
3.1 Articles sélectionnés.....	p.18
3.2 Résultats principaux.....	p.19
3.3 Etudes qualitatives.....	p.20
3.3.1 Adaptation d'une grille de déprescription chez les plus de 65 ans..	p.20
3.3.2 Identification des obstacles et facilitateurs.....	p.20
3.3.3 Conclusion.....	p.21
3.4 Outils à destination des patients.....	p.23
3.4.1 Empower et comparaison Sleepwell (trois études chez les plus de 65 ans).....	p.23
3.4.2 Augmentation de la perception du risque (chez les plus de 65 ans).....	p.24
3.4.3 Efficacité et faisabilité d'une intervention multifactorielle (chez les plus de 65 ans).....	p.24
3.4.4 Impact de la vidéo.....	p.24
3.4.5 Outil d'aide à la décision.....	p.25
3.4.6 Conclusion.....	p.25
3.5 Intervention active du médecin.....	p.29
3.5.1 Intervention via un suivi régulier et une intervention écrite (3 études).....	p.29
3.5.2 Sevrage et diazepam (2 études).....	p.30
3.5.3 Efficacité d'une intervention multiple.....	p.30
3.5.4 Place de la TCC et de la relaxation.....	p.31
3.5.5 Consultations directes et e-tool.....	p.31
3.5.6 Phytothérapie.....	p.31
3.5.7 Conclusion.....	p.32

3.6 Création d'un outil d'aide à la déprescription.....	p.36
4. Discussion.....	p.39
4.1 Forces et faiblesses.....	p.39
4.2 Fiche outil.....	p.39
4.3 Littérature internationale.....	p.40
4.4 Perspectives.....	p.41
5. Conclusion.....	p.43
6. Références bibliographiques.....	p.44
7. Annexes.....	p.47
8. Serment d'Hippocrate.....	p.59

Liste des tableaux et figures

Figure 1	Flow Chart	p.19
Tableau I	Etudes qualitatives	p.22
Tableau IIa	Outils à destination des patients (partie 1)	p.26
Tableau IIb	Outils à destination des patients (partie 2)	p.27
Tableau IIc	Outils à destination des patients (partie 3)	p.28
Tableau IIIa	Intervention active du médecin (partie 1)	p.33
Tableau IIIb	Intervention active du médecin (partie 2)	p.34
Tableau IIIc	Intervention active du médecin (partie 3)	p.35

Les tableaux sont disponibles en grand format en annexes III, IV et V (pages 50 à 56)

La fiche outil d'aide à la déprescription est disponible en annexe VI (page 57)

Liste des abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments

BZD : benzodiazépine

DDD : Defined Daily Dose

HAS : Haute Autorité de Santé

MCI : mild cognitive impairment

MG : médecin généraliste

MOCA : Montreal Cognitive Assessment

PIM : médicaments potentiellement inappropriés

RCT : randomized control trial (essai contrôlé randomisé)

TCC (ou CBT) : thérapie cognitivo-comportementale

1. Introduction

Les benzodiazépines sont des molécules aux propriétés multiples : anxiolytiques, sédatives, myorelaxantes, antiépileptiques, amnésiantes. Ces molécules présentent cependant de nombreux effets indésirables tels qu'une faiblesse musculaire, des chutes, troubles de l'équilibre, vertiges, somnolence, amnésie antérograde, troubles cognitifs, dépendance, tolérance... (1). Ces effets secondaires persistent même lorsque l'on a dépassé la durée d'efficacité estimée. Par ailleurs, il existe également des syndromes de sevrage à l'arrêt. En effet, dans le cadre de l'insomnie et de l'anxiété, ces molécules ne sont efficaces que quelques semaines, mais les effets indésirables, eux, persistent (2). Les recommandations de la Haute Autorité de Santé sont d'ailleurs assez précises quant à la durée recommandée de prescription. Dans le cadre de l'insomnie et de l'anxiété, la durée de prescription devrait être inférieure à 12 semaines sevrage compris (3). Les benzodiazépines permettent une amélioration de la latence d'endormissement et de la durée de sommeil mais une prise prolongée régulière présente le risque d'une dépendance physique et psychique (4). La France fait partie des pays qui consomment le plus de benzodiazépines ; en 2015, 13,4% des français ont pris au moins une fois des benzodiazépines, 6,5 millions à visée anxiolytique et 3,5 millions à visée hypnotique selon un rapport de l'ANSM de 2017.

La déprescription est le processus qui consiste à systématiquement réévaluer les traitements de nos patients et à réduire voire arrêter ceux qui pourraient être néfastes ou du moins qui ne sont plus bénéfiques (5). Une définition de la déprescription pourrait être : un processus organisé de suppression des médicaments ou de réduction des doses, sa supervision par un membre approprié de l'équipe soignante avec l'idée d'améliorer un ou plusieurs

objectifs spécifiques tout en prenant en compte l'état physiologique général de l'individu, son stade de vie et ses objectifs de soins. (6)

Peu d'outils français existent afin de guider les médecins généralistes vers la déprescription. La HAS propose cinq outils d'aide mais qui semblent peu utilisés en pratique. D'autres pays se sont penchés sur la déprescription, que ce soit au sujet des benzodiazépines ou d'autres molécules. Cependant ces outils sont souvent très denses et peu faciles à utiliser. Il s'agit le plus souvent d'algorithmes mais aussi plus simplement de critères devant déclencher le processus de déprescription ainsi que de conseils pour déprescrire sereinement.

L'objectif de ce travail est de créer une fiche simple d'utilisation pour aider à la déprescription des benzodiazépines. Par la suite cette fiche pourrait faire l'objet de tests en cabinet de médecine générale.

2. Méthode

2.1. Définition du sujet

Tout d'abord, il a fallu commencer par définir précisément le sujet de cette thèse. Je souhaitais travailler sur la problématique des benzodiazépines en médecine générale, suite à une expérience personnelle. Le Docteur Amélie Richard m'a aidée à définir mon sujet. Deux phases ont été mises en œuvre : une revue de la littérature puis la création d'un outil d'aide à la déprescription.

2.2. Comité d'éthique

Puisqu'il ne s'agissait pas seulement d'une revue de la littérature mais également de la création d'un outil, nous avons décidé de demander l'accord du comité d'éthique de la

recherche IRB-UCA et un avis favorable a été rendu (N°IRB00011540-2024-18). Le document retourné pas le comité d'éthique est fourni en annexe I.

2.3. Sélection des articles

Avec l'aide de Mme Nathalie PINOL-DOMENECH, les équations de recherche pour les recueils des données regroupant trois bases de données ont été créées (cf. annexe II). Les bases de données sélectionnées sont : PubMed, Embase et Web of Science.

Les critères d'inclusion sont : articles sur la déprescription des benzodiazépines, en médecine générale, en français et en anglais, articles de qualité, depuis 2010.

Les critères d'exclusion sont : les revues de la littérature, les méta-analyses, les résumés de congrès, les éditoriaux et les lettres.

2.4. Recueil des résultats

Des tableaux Excel ont été réalisés afin de classer ces articles et de pouvoir les analyser, en fonction de l'âge des populations étudiées, du type d'étude, de l'objet de l'étude et du type d'intervention étudiés (cf. annexes III à V). Toutes les études ont été lues en intégralité et analysées afin de remplir ce tableau puis agencées entre elles pour permettre de faire des recoupements.

2.5. Outil d'aide à la déprescription

Pour créer un outil d'aide à la déprescription plus accessible, il est en amont nécessaire de s'appuyer sur l'existant et de mettre en exergue les grandes idées de la revue de la littérature.

J'ai d'abord créé un livret, car cela me semblait adapté au grand nombre d'informations que je souhaitais faire passer. Le Dr Amélie Richard m'a conseillée d'y associer un mémo. Cependant, pour simplifier l'outil et le rendre plus accessible nous sommes revenues sur un format fiche recto verso, toujours avec un mémo mais plus concis. Ainsi la fiche sera plus accessible et pourra être adressée aussi bien au médecin qu'au patient.

Pour réaliser cette fiche, il a fallu tout d'abord condenser l'inventaire des idées que je souhaitais inclure. Puis une première version sur Word a été réalisée mais restait peu ludique. Sur les conseils du Dr Amélie Richard, j'ai utilisé la version gratuite du logiciel Canva afin de rendre cette fiche plus facile à lire et plus attractive.

3. Résultats

3.1. Articles sélectionnés

412 articles sont issus de PubMed, 1107 de Embase et 325 de Web of Science, ce qui nous amène à 1844 articles. J'ai utilisé le logiciel Zotero pour m'aider dans cette revue de littérature. Après avoir supprimé les doublons, il reste 1305 articles. Un premier screening sur le titre a ramené 358 articles, puis un screening sur l'abstract a permis de garder 75 articles. Deux articles ont été rajoutés via des recherches personnelles.

Soixante-dix-sept articles ont donc été lus en intégralité ; finalement dix-huit sont inclus dans ma revue de la littérature.

Le flow-chart suivant synthétise la démarche.

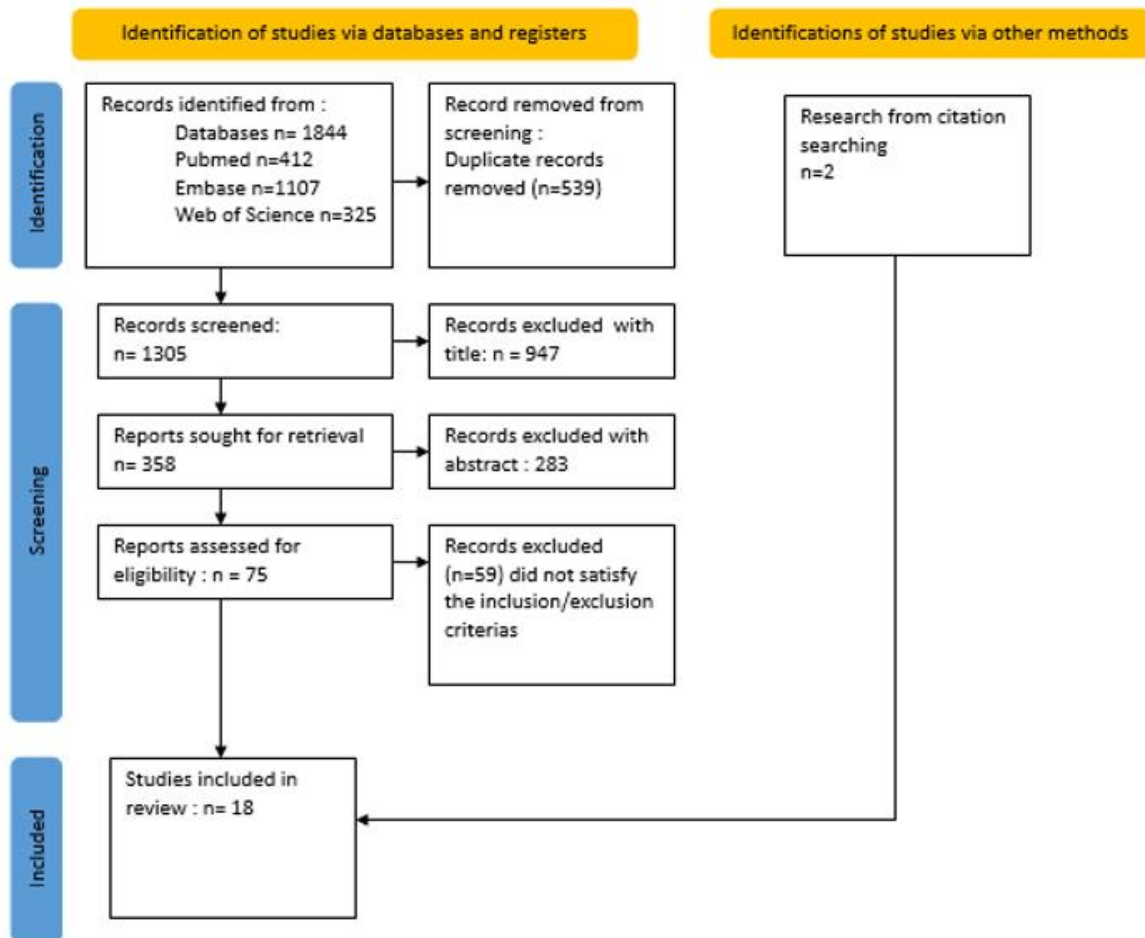


Figure 1 : Flow Chart

3.2. Résultats principaux

Cette revue de la littérature met en avant certains leviers utiles pour débiter un sevrage, tels que :

- S'appuyer sur les préoccupations autour des BZD, leur bonne indication et les symptômes d'addiction (cf. 3.3 Etudes qualitatives : deux études).
- Utiliser un système de correspondance (via des lettres, des livrets...) en ciblant les effets indésirables. La TCC est également un facilitateur notable. (cf. 3.4 Outils à destination des patients : sept études).

- Mettre en œuvre un système de suivi rapproché et personnalisé par le médecin.
(cf. Intervention active du médecin : neuf études).

L'ensemble améliore le sevrage et favorise un changement de perception et de comportement.

3.3. Etudes qualitatives

Deux études qualitatives sont regroupées : l'une s'intéresse à une population de plus de 65 ans, tandis que l'autre n'a pas de critère d'âge.

3.3.1 Adaptation d'une grille de déprescription chez les plus de 65 ans

L'étude consiste à adapter les items d'une grille de déprescription globale pour l'adapter spécifiquement aux benzodiazépines et évaluer les propriétés psychométriques de ce nouvel outil. Trois facteurs importants pour la déprescription sont mis en avant : les préoccupations concernant l'arrêt des benzodiazépines, la dépendance aux benzodiazépines, l'inadéquation des benzodiazépines. Finalement, il s'avère que les préoccupations concernant l'arrêt des benzodiazépines évoluent dans le temps. Après les différents tests, il ressort que ce nouvel outil est une bonne aide à la décision partagée pour déprescrire les benzodiazépines (7).

3.3.2 Identification des obstacles et facilitateurs

Cette étude s'intéresse aux obstacles et facilitateurs. Son but est d'améliorer la compréhension de la déprescription et de la consommation de benzodiazépines. Parmi ces obstacles et facilitateurs on retrouve : la part sociale de la prescription, la part organisationnelle telle que la gestion du système de santé, la relation médecin patient.

La surcharge de travail est un facteur favorisant la surprescription.

L'étude conclut que la déprescription est encouragée par le système de santé et est facilitée par le développement d'une relation médecin patient de qualité (8).

3.3.3 Conclusion

Ainsi, d'après ces deux études, on peut déduire que les préoccupations concernant les benzodiazépines, la bonne indication des benzodiazépines et les symptômes d'addiction à ces molécules sont des leviers sur lesquels agir et constituent des informations utiles pour notre outil d'aide à la déprescription. Par ailleurs, il ressort qu'une bonne relation médecin patient est indispensable pour un sevrage efficace et durable.

Articles (titres, auteurs, dates)	Pays	Type d'étude	Population	Objectifs	Financement, conflits d'intérêts	Evaluation	Principaux résultats
<p>Etudes qualitatives</p> <p>Adaptation and validation of the revised Patients' Attitudes towards Deprescribing (rPATD) questionnaire for benzodiazepine receptor agonists. C. Pétein, A. Spinevine, M.L. Laroche 2023</p>	Belgique, France, Suisse	Adaptation d'un questionnaire pour créer un nouvel outil	<p>En phase de prétest : 12 anciens consommateurs de BZD</p> <p>En phase de validation : 240 participants venant des trois pays et venant de « primary care » et « nursing home »</p> <p>>65 ans</p> <p>Quelle que soit l'indication</p>	L'objectif est d'adapter le « revised Patient's attitudes towards deprescribing (rPATD) » de 22 items français pour créer un outil ciblé sur les BZD et évaluer les propriétés psychométriques de ce nouvel outil	Pas de conflit d'intérêt, pas de financement		<p>A la phase de pré test : 24 items dont 19 de l'ancien questionnaire, 3 retirés, 5 ajoutés. 11 items ont semblé peu utiles et ont donc été retirés ensuite.</p> <p>2 questions globales : sur la volonté de réduire les BZD ou la volonté d'arrêter la consommation de BZD.</p> <p>3 facteurs sont ressortis : « préoccupations concernant l'arrêt des BZD », « inadéquation des BZD », « dépendance aux BZD »</p> <p>Bonne validité interne des critères</p> <p>Bonne fiabilité lors des tests et contre tests.</p> <p>Les préoccupations concernant l'arrêt des BZD varient dans le temps.</p> <p>Ce questionnaire est une bonne aide à la décision partagée pour déprescrire les BZD</p>
<p>Identifying barriers and enablers for BZD (de)prescription : a qualitative study with patients and healthcare professionals A. Marquina-Marquez, A. Orlay-de-Labry Lima, C. Bermudez Tamayo 2022</p>	Espagne	Etude qualitative descriptive	<p>17 professionnels de santé</p> <p>27 patients</p> <p>+ un groupe nominal de professionnels de santé de 19 personnes.</p> <p>Sans limite d'âge</p> <p>Pas d'indication spécifique des BZD</p>	Améliorer la compréhension de la déprescription et de la consommation de BZD sous forme d'interviews semi structurées avec les patients et les professionnels de santé	Financement par CIBER of epidemiology and public health Pas de conflit d'intérêt	COREQ	<p>3 dimensions parmi les obstacles/facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la part sociale de la prescription -la part organisationnelle/gestion du système de santé -la relation médecin patient -La surcharge de travail des médecins est un facteur favorisant la surprescription -la déprescription est encouragée par le système de santé et est facilitée par le développement d'une relation médecin patient de qualité

Tableau I : tableau revue de la littérature : études qualitatives (annexe III)

3.4. Outils à destination des patients

Sept études rentrent dans cette catégorie dont cinq chez les plus de 65 ans

3.4.1 EMPOWER et comparaison Sleepwell (trois études chez les plus de 65 ans)

Deux études portent sur l'étude EMPOWER qui traite de l'utilisation d'un livret d'information contenant une autoévaluation sur les risques des BZD, des connaissances pour créer une dissonance cognitive, des informations pour sensibiliser aux interactions médicamenteuses, des témoignages pour augmenter l'auto efficacité, des suggestions d'alternatives pour les insomnies et l'anxiété, et des recommandations de réductions de posologie.

L'étude EMPOWER est intéressante puisqu'elle utilise une intervention éducative.

Dans le groupe intervention, 62% ont initié une conversation à propos des BZD avec un médecin ou un pharmacien à 6 mois, 27% du groupe intervention ont arrêté les BZD contre 5% dans le groupe contrôle. 11% supplémentaires ont réduit leur dosage (9).

Par ailleurs la post hoc analysis d'EMPOWER, s'interroge sur l'impact des troubles cognitifs modérés sur la compréhension du livret. Les résultats montrent que les troubles cognitifs modérés n'ont pas d'impact sur l'apprentissage, le changement de croyances ni sur la dissonance cognitive. En effet, on retrouve un sevrage complet chez 32% des participants avec des troubles cognitifs modérés (10).

La troisième étude chez les plus de 65 ans s'intéresse à un système de lettres et de livret adressés directement au patient. Cette étude est l'étude Sleepwell, elle est comparée à l'étude EMPOWER et au traitement « as usual ». Parmi les répondants, on retrouve un haut

degré d'acceptabilité, leurs réponses positives pour chaque composant conceptuel constituent une moyenne de 80,7%.

Sleepwell a favorisé les engagements de déprescription de BZD entre médecins et patients (58%) (11).

3.4.2 Augmentation de la perception du risque (chez les plus de 65 ans)

Cette étude s'intéresse à un outil éducatif qui cherche à augmenter la perception du risque des BZD à travers l'acquisition de connaissances et changements de croyances. En effet, on retrouve un changement de la perception du risque chez 45% des utilisateurs chroniques de BZD dans cette étude (12).

3.4.3 Efficacité et faisabilité d'une intervention multifactorielle (chez les plus de 65 ans)

La cinquième étude évalue l'efficacité et la faisabilité d'une intervention multifactorielle pour réduire les médicaments inappropriés chez le sujet âgé. Cette intervention consiste à utiliser un matériel éducatif ainsi qu'un algorithme de déprescription, le rôle de praticiens coordinateurs, des outils de rappel à propos des traitements inappropriés. Ce qui est intéressant ici, est que cet outil éducatif est associé à un suivi du patient. A un an, la prévalence de l'utilisation des BZD a été réduite de plus de 30% (13).

3.4.4 Impact de la vidéo

Par ailleurs, une étude s'intéresse à une vidéo diffusée sur internet visant le sevrage des hypnotiques dans le cadre de l'insomnie. Parmi le groupe des sujets ne souhaitant pas particulièrement réduire leur traitement, 85,2% ont davantage l'intention de le réduire après

le visionnage. Il semble que la partie de la vidéo ayant le plus d'impact soit celle traitant des effets indésirables (14).

3.4.5 Outil d'aide à la décision

Une autre étude analyse le développement et l'acceptabilité d'un outil d'aide à la prise de décision dans le cadre de l'insomnie chronique pour l'arrêt des BZD et en cas d'arrêt, avec ou sans thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Grâce à cet outil, on obtient 48% de sevrage à 3 mois avec la TCC et 49% à 1 an, par comparaison avec un sevrage simple qui n'obtient que 27% de sevrage à 3 mois et 30% à 1 an (15).

3.4.6 Conclusion

Ces études nous montrent que le système de livret d'informations, qu'il y ait des troubles cognitifs modérés ou pas, est efficace pour induire et favoriser un changement de comportement et de perception des benzodiazépines. Un suivi associé à ces livrets est un véritable avantage pour en augmenter l'efficacité. De plus, cibler les effets indésirables semble très efficace pour sensibiliser les patients.

En complément, l'usage de la TCC est également reconnue comme une méthode qui facilite le sevrage.

Articles (titres, auteurs, dates)	Pays	Type d'étude	Population	Objectifs	Financement, conflits d'intérêts	Evaluation	Principaux résultats	Type d'outils
<p>Outils à destination patients</p> <p>Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education :the EMPOWER cluster randomized trial</p> <p>C. Tannenbaum, P. Martin, R. Tamblin 2014</p>	Canada	RCT	<p>303 utilisateurs au long cours de BZD, âgés de 65 à 95 ans recrutés dans 30 pharmacies. 148 participants dans le groupe intervention et 155 dans le groupe contrôle</p> <p>Peu importe l'indication des BZD</p>	<p>L'objectif de cette étude est de comparer l'effet sur l'usage courant des BZD chez les plus de 65 ans. Le critère de jugement principal est l'arrêt des BZD à 6 mois après la randomisation.</p> <p>L'objectif secondaire est d'évaluer le taux de réduction en plus des sevrages complets et de conduire une évaluation des événements ultérieurs à l'intervention.</p> <p>L'intervention consiste en un livret de 8 pages éducatif. Il contient une autoévaluation sur les risques des BZD, des connaissances pour créer une dissonance cognitive, éducation sur les interactions médicamenteuses, témoignages pour augmenter l'auto efficacité, des suggestions d'alternatives pour les insomnies et l'anxiété et des recommandations de réductions de posologie.</p>	<p>Soutien financier du Canadian Institutes of Health Research</p> <p>Conflit d'intérêt : Mr Martin a reçu une bourse du Michel Saucier Endowed Chair in Pharmacology, Health and Aging de la faculté de pharmacie de Montréal. Drs Tannenbaum et Ahmed sont financés par le Fond de Recherche en Santé de Québec.</p>	<p>CONSORT 27/37</p>	<p>86% ont rempli les 6 mois de suivi</p> <p>Dans le groupe intervention, 62% ont initié une conversation à propos des BZD avec un médecin ou un pharmacien</p> <p>A 6 mois, 27% du groupe intervention ont arrêté les BZD contre 5% dans le groupe contrôle</p> <p>11% supplémentaires ont réduit leur dosage</p> <p>En analyse multivariée, les sous groupes ne montrent pas d'interaction significative avec le sevrage des BZD</p>	livret
<p>Use of the EMPOWER brochure to deprescribe sedative-hypnotic drugs in older adults with mild cognitive impairment.</p> <p>P. Martin, C. Tannenbaum 2017</p>	Canada	Post-hoc analysis du RCT EMPOWER	<p>303 utilisateurs chroniques de BZD de 65 à 95ans sont recrutés</p> <p>261 ont fait l'étude en entier</p> <p>Un MOCA est réalisé pour déterminer si les patients ont des troubles cognitifs modérés (12) ou pas (139)</p> <p>BZD dans le cadre de l'insomnie et anxiété</p>	<p>Il s'agit de savoir si les troubles cognitifs modérés affectent la compréhension et le succès de la brochure EMPOWER pour déprescrire les BZD. On mesure les connaissances acquises, les changements de croyance, l'amélioration du sentiment d'auto efficacité et la fréquence des sensibilisations auprès d'un professionnel de santé.</p> <p>L'intervention consiste en un livret de 8 pages éducatif. Il contient une autoévaluation sur les risques des BZD, des connaissances pour créer une dissonance cognitive, éducatifs sur les interactions médicamenteuses, témoignages pour augmenter l'autoefficacité, des suggestions d'alternatives pour les insomnies et l'anxiété et des recommandations de réductions de posologie.</p>	<p>Soutenu par le Canadian Health Research Institutes</p> <p>Dr Martin a reçu une bourse du Michel Saucier Endowed Chair in Pharmacology, Health and aging of the faculty of pharmacy de l'université de Montréal.</p> <p>Fonds de recherche en Santé de Québec</p>		<p>Sevrage complet chez 32% des participants avec troubles cognitifs modérés (MCJ) et 53% sans trouble cognitif (NC) ; OR 0,79.</p> <p>Les MCJ n'ont pas d'impact sur l'apprentissage de nouvelles connaissances, sur le changement de croyance à propos des BZD, ni sur la dissonance cognitive par comparaison aux sujets sans trouble cognitif.</p>	<p>va avec l'article au-dessus</p>
<p>Prescriber Acceptability of a Direct-to-Patient Intervention for Benzodiazepine Receptor Agonist Deprescribing and Behavioural Management of Insomnia in Older Adults</p> <p>A.L. Murphy, J. P. Turner, M. Rajda 2024</p>	Canada	RCT	<p>250 prescripteurs ont été contactés, 20,6% ont commencé l'étude et 12,6% l'ont achevée. Les prescripteurs ont été contactés via des lettres et une enquête anonyme en ligne</p> <p>Dans le cadre de l'insomnie chez les plus de 65ans</p>	<p>Évaluer l'acceptabilité pour les prescripteurs de l'intervention sleepwell, une intervention directe au patient pour la déprescription des BZD et la gestion des insomnies : sleepwell a récemment été évalué dans le cadre de l'étude YAWNS RCT. Les trois bras de l'étude sont : Sleepwell, EMPOWER et traitement classique.</p>	<p>Non renseigné</p>	<p>CONSORT 17/37</p> <p>Items peu adaptés à cette étude</p>	<p>Un haut degré d'acceptabilité a été relevé parmi les répondants (17,2%), leurs réponses positives pour chaque composant conceptuel constituent une moyenne de 80,7%</p> <p>Sleepwell a favorisé les engagements de déprescription de BZD entre médecins et patients (58%)</p>	lettres

Tableau IIa : tableau revue de la littérature : outils à destination des patients (partie 1) (annexe IV a)

Articles (titres, auteurs, dates)	Pays	Type d'étude	Population	Objectifs	Financement, conflits d'intérêts	Evaluation	Principaux résultats	Type d'outils
A drug education tool developed for older adults: changes in knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine use in the elderly P. Martin, R. Tambyl, S. Ahmed, C. Tannenbaum 2013	Canada	Etude de cohorte avec randomisation	144 participants de plus de 65 ans consommant au moins 5 médicaments dont des BZD pendant au moins 3 mois. Recrutement à partir de 12 pharmacies à Montréal	Développer et tester un outil éducatif pour le sujet âgé qui augmente la perception du risque des BZD à travers l'acquisition de connaissances et changement de croyances. Le critère de jugement primaire est la perception du risque associé aux BZD une semaine après l'intervention rapporté par le patient lui-même. Les critères de jugement secondaire sont le sentiment d'auto efficacité pour le sevrage des BZD et la volonté de discuter d'un sevrage avec un médecin	Pas de conflit d'intérêt. Soutenu par le Canadian Institutes of Health Research et le Michel Saucier Endowed Chair in Geriatric Pharmacology Health and Aging	CONSORT 23/57 <i>Items peu adaptés</i>	65 participants ont perçu une augmentation du risque. Cette perception est expliquée par l'acquisition de meilleures connaissances et un changement de croyance, suggérant l'apparition d'une dissonance cognitive. Le sentiment d'autoefficacité pour diminuer les posologies et la volonté de discuter de l'arrêt des BZD avec un médecin étaient plus élevés pour les participants qui percevaient un risque plus élevé. Changement de la perception du risque chez 45 % des utilisateurs chroniques de plus de 65 ans.	Outils éducatifs
A multifactorial intervention to lower potentially inappropriate use in older Adults in Argentina. M. Schapira, P. Calabro, M. Montero-Odasso 2021	Argentine	Etude de faisabilité, étude avant/après en libre ouvert	879 patients de plus de 65 ans qui ont vu leur médecin traitant au moins une fois ces dernières années Dans le cadre de l'anxiété et de l'insomnie	Évaluer la faisabilité et l'efficacité d'une intervention multifactorielle pour réduire les médicaments potentiellement inappropriés (PIM) chez le sujet âgé. 1-matériau éducatif et algorithme de déprescription 2-praticiens coordinateurs qui servent de référents 3-travaux éducatifs pour les praticiens sur 2 semaines 4-outils de rappel pour rappeler aux praticiens les traitements potentiellement inappropriés Le critère principal est le changement dans la prévalence des PIM. On évalue un an après la fin de l'intervention.	Pas de conflit d'intérêt Pas de de financement		Réduction significative de l'utilisation des PIM dont les BZD (prévalence initiale 10,13%, prévalence finale 6,94%) soit une réduction de 31,46% La réduction relative est de 51,4%, réduction absolue globale est de 8,5 points Cette intervention multifactorielle est faisable et efficace pour réduire l'utilisation des PIM dans les catégories évaluées dont les BZD. Malgré la forte réduction de prévalence, les BZD restent parmi les médicaments les plus utilisés. Développement d'un algorithme de déprescription des BZD	Outils éducatifs + suivi

Tableau IIb : tableau revue de la littérature : outils à destination des patients (partie 2) (annexe IV b)

Articles (titres, auteurs, dates)	Pays	Type d'étude	Population	Objectifs	Financement, conflits d'intérêts	Evaluation	Principaux résultats	Type d'outils
Effect of a short video on patient's motivation for dose reduction or cessation of hypnotics M. Amagai, M. Ozono, T. Utsumi 2023	Japon	Etude rétrospective interventionnelle	4548 personnes ont vu la vidéo 609 ont répondu à l'enquête 369 utilisent des hypnotiques Pas d'âge précisé	Etude de l'efficacité d'une courte vidéo visant le sevrage des traitements contre l'insomnie tels que les hypnotiques. Cette étude examine également les facteurs associés des patients qui ont davantage envie de réduire leur traitement ou pas. Le critère de jugement principal est le changement dans l'intention de réduire les traitements avant/après la vidéo et les facteurs associés à l'augmentation de la volonté de sevrage	Pas de conflit d'intérêt, pas de financement		37,7% des patients utilisant un traitement ont davantage envie d'arrêter après avoir vu la vidéo –dans le groupe de ceux qui ne voulaient pas particulièrement réduire leur traitement, 85,2% ont davantage l'intention de réduire leur traitement. La partie de la vidéo traitant des effets secondaires est un des facteurs qui renforce l'envie d'arrêter le traitement suggérant que la présentation du traitement par les prescripteurs n'est pas suffisamment ciblée sur les effets secondaires.	Vidéo
Development and acceptability of a decision aid for chronic insomnia considering discontinuation of benzodiazepine hypnotics Y. Aoki, Y. Takaesu, M. Suzuki 2022	Japon	Création d'un outil d'aide à la prise de décision	Individus souffrant d'insomnie et qui ont montré une amélioration de l'insomnie au cours d'un traitement par BZD. 24 patients issus de deux services psychiatriques ambulatoires: 20 ans ou plus, sous BZD depuis au moins 3 mois. Sélection de médecins dans le même service (20). Pas d'âge spécifique	Développement et acceptabilité d'un outil d'aide à la prise de décision dans le cadre de l'insomnie chronique pour l'arrêt des BZD et en cas d'arrêt, avec ou sans TCC. Développement d'un prototype de 25 pages.	Certains auteurs ont des conflits d'intérêt : ont reçu des frais de conférence, des fonds pour la recherche.		Le prototype contient la définition de l'insomnie, les options c'est-à-dire soit arrêter, soit poursuivre les BZD, et en cas d'arrêt, avec ou sans TCC ; les pour et les contre de chaque option et un exercice de clarification des valeurs. 79% des patients affirment que le langage utilisé est acceptable, l'information adéquate (71%) et la présentation bien équilibrée (91%). Les médecins ont également eu un retour favorable. 48% de sevrage à 3 mois avec la TCC et 49% à 1 an. Sevrage simple : 27% à 3 mois et 30% à 1 an.	outil d'aide décisionnelle (dont TCC)

Tableau 11c : tableau revue de la littérature : outils à destination des patients (partie 3) (annexe IV c)

3.5. Intervention active du médecin

Neuf études s'intéressent aux interventions actives des médecins.

3.5.1 Intervention via un suivi régulier et une intervention écrite (3 études)

La première (16) compare une intervention avec visites de suivi et une intervention avec des instructions écrites. Ces deux interventions sont trois fois plus efficaces à 12 mois que le sevrage simple isolé. Elles ont toutes deux la même efficacité mais celle sans visite requiert moins d'implication du médecin. La réduction absolue du risque est de 30% pour les deux groupes tests par rapport au groupe contrôle.

Une deuxième étude (17) est la suite de la première et s'intéresse au sevrage un à trois ans après l'intervention. La plupart des patients sevrés à douze mois le sont restés à trois ans et 17% ont arrêté les benzodiazépines entre la première et la troisième année. Il n'y a pas de différence significative entre les deux types d'interventions à trois ans. On voit donc que ce suivi avec visites ou interventions écrites est efficace pour le sevrage des benzodiazépines même à trois ans de l'intervention. Cependant, il est à noter que ces études ne prennent pas en compte les patients avec de nombreuses comorbidités.

La troisième étude (18) compare un groupe contrôle avec un groupe dont les participants reçoivent une lettre et deux groupes qui reçoivent soit un appel d'un pharmacien, soit un appel d'un médecin. On observe dans tous les groupes une forte baisse du nombre total de patients recevant des benzodiazépines d'environ 50% par médecin dans l'année et baisse de la moyenne des doses prescrites d'environ 13%, sans différence significative entre les groupes.

3.5.2 Sevrage et diazepam (2 études)

La première étude (19) évalue l'efficacité d'un protocole de sevrage après switch de tous les patients vers le diazépam. Un sevrage complet est obtenu chez 60% des patients, parmi eux 85% sont restés sans benzodiazépine pendant plus d'un an par la suite. L'étude ne montre pas d'effet négatif de l'intervention sur la qualité de vie ou sur les score de dépression et d'anxiété. Cependant, le faible nombre de patient diminue la puissance de cette étude.

La seconde étude s'intéresse à une cohorte un peu plus grande (20) et évalue l'objectif à un et deux ans. L'intervention consiste à avoir un rendez-vous pour revoir la prescription de diazepam et avoir un protocole de sevrage personnalisé. Le patient reçoit une lettre pour lui rappeler l'importance de ce rendez-vous. 94,6% des patients se sont rendus à leur rendez-vous. A un an, 55,4% ont arrêté le diazépam ou diminué. A deux ans, 81,8% des patients sont sevrés ou en cours de sevrage. On observe une réduction significative du diazépam prescrit mensuellement.

3.5.3 Efficacité d'une intervention multiple

Cette étude concernant le suivi évalue l'efficacité d'une intervention multiple (21). Elle consiste en un travail, autour des prescriptions appropriées de benzodiazépines, sur le sevrage progressif avec un programme de réduction associé à des retours mensuels sur la prescription de benzodiazépines, et donne accès à une page web d'informations et de soutien. On observe une différence significative dans la prescription de benzodiazépines et moins d'utilisateurs au long cours. En effet, après 12 mois, on observe une différence de -3,24 DDD/1000 patients/day (defined daily dose). La différence absolue globale ajustée est de -0,36 et de -0,87 chez les plus de 65 ans. Une des limitations est le caractère déséquilibré des critères au départ.

3.5.4 Place de la TCC et de la relaxation

Une étude s'intéresse à la place de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et de la relaxation en comparant trois groupes (22): décroissance classique de posologie, relaxation et thérapie d'exposition basée sur la TCC. Cette étude montre que la TCC aide les patients à poursuivre le sevrage malgré les symptômes liés à l'arrêt des benzodiazépines. Le taux de sevrage est meilleur avec la TCC qu'avec la relaxation ou le sevrage classique. A 6 mois de suivi, le sevrage est significativement augmenté avec la TCC. 56,3% des patients traités par TCC sont sevrés contre 31,3% avec la relaxation et 40% avec le traitement classique. Ces résultats sont cependant à nuancer car la cohorte étudiée est assez petite.

3.5.5 Consultations directes et e-tool

Une étude réalisée en Belgique (23) s'intéresse à une intervention utilisant des consultations directes et un e-tool qui correspondent ainsi à des soins mixtes. Nous sommes ici dans le cadre de l'insomnie. Les résultats ne montrent pas de supériorité par rapport à des soins classiques. Par ailleurs, ce type d'intervention est perçu par certains médecins comme un surplus de travail. On observe 18% de sevrage dans le groupe interventionnel contre 19,8% dans le groupe contrôle. L'instauration des soins mixtes dépend des préférences et des motivations des patients et des médecins généralistes. La relation médecin patient a un rôle important à jouer dans le cadre du sevrage des benzodiazépines.

3.5.6 Phytothérapie

Une dernière étude est orientée sur la phytothérapie (24) et notamment la Passiflora Incarnata. Deux groupes sont comparés lors du sevrage : un sevrage classique et un sevrage avec ajout d'extrait de P. Incarnata. Cette plante semble être un traitement complémentaire

efficace lors du sevrage des benzodiazépines. A 3 mois, 95% des patients du groupe interventionnel ont réduit de 50% l'usage des benzodiazépines et 69% ont réussi un sevrage complet. Concernant le groupe contrôle, à 3 mois, 72% ont réduit de 50% leur benzodiazépine et 52% sont complètement sevrés. Cependant, c'est une étude rétrospective, ce qui en fait une étude de plus faible puissance.

3.5.7 Conclusion

Ainsi, on remarque qu'un suivi rapproché, personnalisé que ce soit via des consultations régulières, des lettres adressées aux patients, des programmes de sevrage personnalisés sont efficaces pour le sevrage des benzodiazépines, de même que l'usage de la TCC ou d'un e-tool. L'utilisation de la Passiflora Incarnata est plus anecdotique mais semble également être un plus pour faciliter le sevrage.

Articles (titres, auteurs, dates)	Pays	Type d'étude	Population	Objectifs	Financement, conflits d'intérêts	Evaluation	Principaux résultats	Type d'outils
Intervention active du médecin Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term BZD use : cluster-randomized controlled trial in primary care C. Vincens, F. Bejarano, E. Sempere 2014	Espagne	RCT	532 patients consommant des BZD depuis au moins 6 mois recrutés à partir d'un médecin généraliste sélectionné (75) Moyenne d'âge 62-65ans Dans le cadre de l'insomnie, de l'anxiété et de la dépression	Évaluer l'efficacité de deux interventions structurées pour permettre le sevrage des BZD utilisées à long terme. Une intervention avec des visites de suivi et une intervention avec des instructions écrites. L'objectif principal est le sevrage complet à 12 mois.	Pas de conflit d'intérêt déclaré	CONSORT 28/37	Une intervention structurée par un MG de sevrage progressif avec ou sans visite de suivi est 3 fois plus efficace que le sevrage simple isolé Les deux types d'interventions testés ont la même efficacité mais celle sans visite requiert moins d'implication du MG Légère amélioration des symptômes anxiodépressifs dans les 2 groupes à 6 et 12 mois Dans l'analyse du sous groupe avec les visites, on remarque que davantage de patients ont commencé des antidépresseurs pendant la période de sevrage, ainsi dans ce sous groupe, l'implication supplémentaire du médecin a conduit à des taux plus élevés de sevrage La réduction absolue du risque est de 30% pour les deux groupes tests par rapport au groupe contrôle	Suivi + instructions écrites
Efficacy of two interventions on the discontinuation of BZD in long term users : 36 months follow up of a cluster randomized trial in primary care C. Vincens, E. Sempere, F. Bejarano 2016	Espagne	RCT	532 patients consommant des BZD depuis au moins 6 mois recrutés à partir de MG sélectionnés (75) Moyenne d'âge 54 à 72 ans Prescription des BZD pour insomnie anxieuse ou dépression	Évaluer l'efficacité du sevrage à 3 ans de deux interventions structurées. Une intervention avec des visites de suivi et une intervention avec des instructions écrites.	Financé par le Carlos III Health Institute of the Ministry of Economy and Competitiveness and the network for prevention and health promotion in primary care, co-financé avec European Union ERDF funds	CONSORT 28/37	La plupart des patients sevrés à 12 mois le sont restés à 3 ans (soit 2/3) et 17% trois ans après. Pas de différence significative à 3 ans entre le groupe avec lettre (39,2%) et le groupe avec consultation (41,3%). Pas de différence significative lors de l'analyse entre groupe à propos des échelles d'anxiété, dépression et sommeil. Cependant lors de l'analyse "within group" le score d'anxiété est plus bas dans le groupe avec consultation à 3 ans	suivi + instructions écrites
Reducing prescribing of benzodiazepines in older adults: a comparison of four physician-focused interventions by a medical regulatory authority. N. Ashworth, N. Kain, D. Wiebe 2021	Canada	RCT	272 médecins qui prescrivent plus de 4 fois la dose quotidienne définie (DDD) au moins une fois dans le dernier trimestre de 2016 Moyenne d'âge 54 ans Pas d'indication des BZD précisée	Déterminer la stratégie la plus efficace pour déprescrire chez le sujet âgé 4 groupes: 1: groupe contrôle 2: groupe où les participants reçoivent une lettre 3: appel par un pharmacien 4: appel par un médecin Le critère principal : changement de la moyenne de prescription à 1 mois de suivi Critère secondaire : les coûts directs de chaque intervention	Pas de conflit d'intérêt Pas de financement	CONSORT 22/37	On observe dans tous les groupes une forte baisse du nombre total de patients âgés recevant des BZD d'environ 50% par médecin dans l'année et baisse de la moyenne des doses prescrites d'environ 13 %. Pas de différence significative entre les groupes	suivi + lettre

33 **Tableau IIIa** : Tableau revue de la littérature : intervention active du médecin (partie 1) (annexe V a)

Articles (titres, auteurs, dates)	Pays	Type d'étude	Population	Objectifs	Financement, conflits d'intérêts	Evaluation	Principaux résultats	Type d'outils
Discontinuation of chronic BZD use in primary care : a non randomized intervention M. Fernandes, I. Neves, J. Oliveira 2022	Portugal	Etude interventionnelle non randomisée thérapeutique prospective	66 patients inclus, 2 exclus secondairement pour raisons médicales et 3 pour non respect du protocole. Patients dépendants des BZD et usage chronique depuis plus de 3 mois, recrutés par le médecin de famille 18 à 85 ans. Indépendamment de l'indication	-évaluation de l'efficacité d'un protocole de sevrage (réduction des doses, éducation des patients, visites) après switch de tous les patients vers le diazepam. L'objectif principal est le pourcentage de patients ayant réussi à se sevrer. L'objectif secondaire inclut le pourcentage de patient ayant diminué d'au moins 80% leur consommation de BZD, le pourcentage de patient ayant des symptômes de sevrage et la satisfaction des patients et des médecins.	Pas de conflit d'intérêt, un des auteurs a reçu une subvention de Calouste Gulbenkian Foundation		Sevrage complet chez 60% des patients. Parmi eux 85% sont restés sans BZD pendant plus d'un an après. Les médecins et 77% des patients se disent satisfaits à la fin de l'étude. Les femmes ont moins de probabilité de succès. Pas d'effet négatif de l'intervention sur la qualité de vie ou sur les scores de dépression/anxiété	Suivi
A durable minimal intervention strategy to reduce BZD use in a primary care population S. Davidson, C. Thomson, G. Prescott 2020	UK	Minimal intervention strategy Etude expérimentale	Patients avec des prescriptions récurrentes de diazepam ont été identifiés sur la base de données "Vision". 92 patients au total, 57 sont éligibles pour l'intervention standard Quelque soit l'âge	L'objectif est de réduire l'utilisation du diazepam dans un cabinet semi rural via une intervention qui consiste à avoir un rendez-vous pour revoir la prescription et avoir un protocole de sevrage personnalisé. Le patient reçoit aussi une lettre pour lui rappeler l'importance de ce rendez-vous. Objectif évalué à un et deux ans.	Pas de conflit d'intérêt		94,6% des patients se sont rendus à leur consultation .29,3% ont eu un suivi par un psychiatre pour réduire les doses de diazepam .A.1an, 55,4% ont arrêté le diazepam ou diminué .A.2 ans, 81,8% des patients ont arrêté ou sont en cours de sevrage .Réduction significative du diazepam prescrit mensuellement (de 2,2 à 0,7 defined daily dose/1000 patients/day)	Suivi
Evaluation of a multicomponent intervention consisting of education and feedback to reduce benzodiazepine prescriptions by general practitioners: The BENZORED hybrid type 1 cluster randomized controlled trial. C. Vincens, A. Leiva, E. Sempere Verdu 2022	Espagne	RCT	81 centres de soins primaires sont randomisés soit dans le groupe intervention (n=41, 372 MG) ou contrôle (n=40, 377 MG) Tout âge confondu mais résultats selon si > ou < 65 ans Dans le cadre de l'anxiété, de l'insomnie, et de la dépression	Evaluer l'efficacité d'une intervention multiple pour les MG qui cherchent à réduire leurs prescriptions de BZD et la prévalence d'utilisateurs chroniques. Le critère de jugement primaire compare les changements de prescriptions des BZD en "defined daily dose"/1000 habitants/day" après 12 mois. Les critères secondaires sont: la proportion d'utilisateurs chroniques (>6 mois) et la proportion d'utilisateurs chroniques de plus de 65 ans. L'intervention multiple consiste en un travail autour des prescriptions appropriées de BZD et le sevrage progressif avec un programme de réduction associé à des retours mensuels sur la prescription de BZD et l'accès à une page web.	Non renseigné	CONSORT 29/37	Analyse en ITT: 49 médecins perdus de vu .Différence significative après 12 mois entre les 2 groupes: -3,24 DDD/1000 patients/day. La différence absolue ajustée globale est de -0,36 et différence absolue ajustée des utilisateurs chroniques de plus de 65 ans est de -0,87 .Une des limitations est le caractère déséquilibré des critères au départ .Cette intervention multiple incluant une éducation, des retours sur les prescriptions de BZD et une page web de soutien conduit à une différence significative dans la prescription de BZD et moins d'utilisateurs au long cours	Suivi

Tableau IIIb : Tableau revue de la littérature : intervention active du médecin (partie 2) (annexe V b)

Articles (titres, auteurs, dates)	Pays	Type d'étude	Population	Objectifs	Financement, conflits d'intérêts	Evaluation	Principaux résultats	Type d'outils
Efficacy of CBT for BZD discontinuation in patients with panic disorder : further evaluation M.W.Otto, R. Kathryn McHugh, Naomi M.Simon 2021	USA	RCT	47 patients qui ont contacté la clinique, de 18 à 65 ans DSM-IV pour le diagnostic de trouble panique avec ou sans agoraphobie	Comparer l'efficacité de trois stratégies pour arrêter le traitement par BZD Traitement classique de décroissance de posologie Programme de sevrage avec relaxation basée sur la TCC	Pas de conflit d'intérêt	CONSORT 21/37	La TCC aide les patients à poursuivre le sevrage en BZD malgré les symptômes de sevrage Avec la TCC : meilleurs taux de sevrage qu'avec la relaxation et la TCC a un avantage sur le sevrage classique L'ajout de la TCC augmente significativement le sevrage des BZD à 6 mois de suivi 56,3% des patients traités par la thérapie d'exposition sont sevrés contre 31,3% avec relaxation et 40% avec le traitement classique	TCC
Implementing blended care to discontinue benzodiazepine receptor agonist use for insomnia : process evaluation of a pragmatic cluster randomized controlled trial K.Coteur, Marc Van Nuland, B. Schoenmakers 2023	Belgique	RCT	Patients adressés par un MG contacté : 99 MG et 916 patients En moyenne 61 ans	Tester l'efficacité de soins mixtes (e-tool + consultations directes) pour l'arrêt des BZD au long cours chez les patients atteints d'insomnie primaire	Pas de conflit d'intérêt	CONSORT 22/37	Les soins mixtes ne sont pas supérieurs aux soins classiques (simple consultation) pour le sevrage des BZD au long cours dans le cadre de l'insomnie en médecine générale. Perçu par certains généralistes comme un surplus de travail. Dans le groupe interventionnel 18% sont sevrés contre 19,8% dans le groupe contrôle. L'instauration des soins mixtes dépend des préférences et des motivations des patients et des MG. Nous devons aller vers davantage d'auto gestion des patients chroniques	E-tool et consultations directes
Add-On Treatment with Passiflora incarnata L, herba, during Benzodiazepine Tapering in Patients with Depression and Anxiety: A Real-World Study R.Zanardi, M.Carminati, V. Fazio 2023	Italie	Etude rétrospective épidémiologique	186 patients en cours de sevrage des BZD Age moyen 50-55 ans Dans le cadre de l'anxiété et de la dépression	Etude qui compare deux groupes lors du sevrage des BZD : un avec ajout d'extrait de P. incarnata et un sans. L'objectif est d'évaluer l'efficacité d'un complément de P. incarnata pour aider à réduire la dose de BZD	Pas de financement externe, pas de conflit d'intérêt		P. incarnata semble être un traitement complémentaire efficace lors du sevrage des BZD. Plus grande réduction du dosage de BZD à 1 mois et à 3 mois dans le groupe avec P. incarnata P. incarnata .50% de réduction des BZD : groupe P incarnata à 1 mois 76% et 95% à 3 mois VS groupe contrôle à 1 mois 26% et à 3 mois 72% Sevrage complet des BZD : groupe P incarnata à 1 mois 32% et à 3 mois 69% VS groupe contrôle à 1 mois 12% et à 3 mois 52%	phytothérapie

Tableau IIIc : Tableau revue de la littérature : intervention active du médecin (partie 3) (annexe V c)

3.6. Création d'un outil d'aide à la déprescription des benzodiazépines

Voici donc la fiche recto verso créée à partir des données de la revue de littérature. Elle s'adresse aussi bien au médecin qu'au patient et pourra être testée lors d'un SASPAS. Un exemplaire couleur est joint à la thèse (annexe VI).

OUTIL D'AIDE À LA DÉPRESCRIPTION DES BENZODIAZÉPINES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

À DESTINATION DES PATIENTS ET DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Pour qui?

➔ Pour les patients non à risque de sevrage compliqué

Rechercher des addictions / Précautions à prendre pour les patients souffrant de dépression ou d'insomnie chronique

Quelles sont les recommandations officielles de prescription des benzodiazépines ?

(HAS) Pour les insomnies : max 4 semaines sevrage compris
Pour l'anxiété : 8 à 12 semaines sevrage compris

MEMO

Nombreux effets indésirables
Relation médecin – patient de qualité
Suivi personnalisé
Alternatives et conseils contre l'insomnie et l'anxiété

Quelles sont les effets indésirables des benzodiazépines? (Base de données publiques des médicaments)

Très fréquents (>10%)

Maux de tête, fatigue, irritabilité, somnolence, perte de mémoire, ralentissement des idées, troubles de l'élocution, troubles de la coordination des mouvements, sensations vertigineuses et donc risque de chute, constipation, dépression

Fréquents (1 à 10%)

Diminution de l'appétit, troubles sexuels, nervosité, insomnie, troubles de l'équilibre ou de la coordination, vision trouble, nausées, éruption cutanée, perte ou prise de poids

Plus rarement

Réaction paradoxale, aggravation des symptômes, amnésie antérograde, impatiences, troubles du comportement

Quelles sont les symptômes qui peuvent apparaître lors de votre sevrage ? (HAS)

Ces symptômes sont transitoires et disparaissent progressivement

Symptômes modérés

Agitation, anxiété, maux de tête, diarrhées, perturbation de l'humeur, faiblesse musculaire, fatigue, impatience, insomnie, perte d'appétit, trouble de la concentration

Symptômes sévères (rares)

Cauchemars, confusion, convulsion, délire, dépersonnalisation, hypotension orthostatique (c'est-à-dire lors de la station debout), trouble de la coordination, nausée/vomissement, palpitations, tremblements, vertiges

L'importance d'une relation médecin-patient de qualité !

Les études montrent qu'une bonne relation médecin patient permet d'aborder le sujet du sevrage plus facilement et de mettre le patient en confiance .

- Le médecin se doit de donner une **information claire et appropriée** sur les effets indésirables, les symptômes de sevrage, etc...
- Le médecin doit s'appuyer sur une **balance bénéfice risque** pour décider d'un sevrage.
- Les études montrent qu'un **suivi rapproché et personnalisé** donne de meilleurs résultats.

Exemples d'algorithmes de déprescription

"Plusieurs possibilités avec plus ou moins de paliers de 10, 20 ou 30 jours (Debargé MH.

Benzodiazepine

and Z-drug deprescription and tapering program available in Belgium. Rev Med Brux. 2024;45(1):46-50.)

- 5 paliers : 100% - 80% - 60% - 40% - 20%
- 7 paliers : 100% - 80% - 60% - 40% - 30% - 20% - 10%
- 10 paliers : 100% - 90% - 80% - 70% - 60% - 50% - 40% - 30% - 20% - 10%"

A L'ATTENTION DE VOTRE MEDECIN !

Ne pas décider seul d'un protocole de sevrage sans avis médical

Quelques conseils :

En cas d'insomnie l'hygiène de vie est primordiale !

- > Pas de sport dans les 2h avant le coucher
- > Horaires fixes de couché/levé, même le week-end
- > Activités physiques régulières
- > Ne pas manger trop lourd le soir ou trop proche du coucher
- > Réserver le lit pour dormir. Si >30 min sans s'endormir, se lever et réessayer plus tard.
- > Eviter les siestes, surtout les siestes longues
- > Rituel du sommeil
- > Se coucher quand on a sommeil
- > Eviter les excitants tels que le café, le thé, l'alcool, la nicotine en fin de journée
- > Eviter les écrans 1h avant le coucher
- > Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

En cas d'anxiété

- > Méditation, relaxation, cohérence cardiaque
- > Respiration abdominale
- > Activités physiques et manuelles
- > Vie sociale
- > Thérapie cognitivo-comportementale (ou TCC)
- > Hygiène de vie

4. Discussion

Cette revue de la littérature s'intéresse aux benzodiazépines et à leur déprescription. Elle est motivée notamment par le fait que les benzodiazépines sont souvent prescrites sur de trop longues durées et présentent des effets indésirables non négligeables.

4.1. Forces et faiblesses

Une revue de la littérature devrait idéalement être réalisée par deux personnes au minimum pour en augmenter la significativité. Ici elle a été réalisée seule, ce qui en fait une faiblesse.

Certains articles sont moins généralisables que d'autres mais j'ai choisi de les conserver car ils étaient intéressants et pertinents dans le cadre de cette revue. Enfin, la restriction au contexte de médecine générale et à des cas de sevrage non compliqué sont des limites mais qui peuvent également être perçues comme un atout.

En effet, c'est également ce qui rend cette étude adaptée à la pratique courante de la médecine générale, permettant de toucher une vaste partie de la population concernée, et notamment les plus de 65 ans. Ainsi le recours au psychiatre, parfois difficile d'accès, serait moins fréquent.

Une autre force est que la revue s'est basée sur trois grandes bases de données scientifiques, Embase, Web Of Science et PubMed, avec de nombreux articles inclus au départ.

4.2. Fiche outil

Cette fiche d'aide a été réalisée à partir des résultats de la revue de la littérature et après analyse des fiches déjà existantes telles que celles de la HAS ou du site deprescribing.org. Il s'agit d'apporter des informations qui semblent utiles à la déprescription et qui ne sont pas

mises au premier plan dans les fiches existantes. Les effets indésirables et les conseils issus de la TCC ont donc été rajoutés. De plus, les symptômes de sevrage, transitoires, sont mentionnés pour plus de transparence. Faire en sorte que l'outil soit à destination du médecin et du patient était un véritable défi mais c'est également ce qui la démarque des fiches existantes. Elle peut ainsi être distribuée au patient accompagnée des explications du médecin. Son utilisation est alors plus fluide et plus rapide.

Enfin, une des difficultés majeures était de ne pas se laisser trop influencer par l'existant, et d'apporter quelque chose de nouveau et complémentaire pour favoriser la déprescription toujours dans un objectif de santé publique.

4.3. Littérature internationale

La France est un des plus gros consommateurs de BZD, la HAS a proposé des outils pour déprescrire mais qui semblent peu utilisés en pratique. Elle se situe derrière l'Espagne au deuxième rang de la consommation des BZD en Europe (25).

On peut observer que dans le monde occidental, les BZD, leur surprescription et la déprescription deviennent un sujet majeur de santé publique.

Le Canada est assez avancé dans la démarche de déprescription avec un site (deprescribing.org) qui propose des algorithmes de sevrage et des informations au sujet de nombreuses molécules, dont les BZD et apparentés. Des études ont été réalisées au Canada (26) et ont permis de définir des lignes de conduites adaptées à l'âge et à l'état de santé globale des patients. Ces études conseillent de proposer à tous les adultes consommateurs de BZD, et notamment au plus de 65 ans, de déprescrire leur BZD. Pour cela, il est suggéré de discuter de la balance bénéfice risque, des options de réductions des doses, des recommandations en matière de surveillance et des symptômes de sevrage potentiels.

En Belgique, le centre belge d'information pharmacothérapeutique a lancé un programme de sevrage progressif des BZD et apparentés (27). En effet, des enquêtes belges menées en 2013 et 2018 montrent qu'environ 16% de la population belge de 15 ans et plus avait consommé des psychotropes dans les deux semaines précédant l'enquête, et principalement des BZD et apparentés. Le principe de ce programme consiste en un arrêt très progressif des BZD avec des dosages adaptés sous forme de préparation magistrale pour permettre de faire davantage de paliers. Il cible les plus de 18 ans utilisateurs chroniques de BZD. L'accompagnement par le médecin est mis au premier plan.

Aux Etats-Unis, des lignes de conduites ont été éditées pour déprescrire les agonistes des BZD devant leur surconsommation en se rapprochant des études canadiennes. Par ailleurs, ces recommandations de sevrage peuvent également être adaptées à d'autres molécules telles que les opioïdes, qui sont également des molécules surconsommées à risque.

En Suisse, des recommandations sur les benzodiazépines ont été éditées notamment suite à la pénurie de médicaments en 2024 (28) (29). Elles rappellent l'importance d'une bonne coordination entre les différents professionnels de santé concernés, notamment en sortie d'hospitalisation, et l'intérêt d'une relation médecin patient de qualité pour faciliter la déprescription. Réévaluer régulièrement les prescriptions et respecter les durées recommandées sont également des clefs pour éviter la prise chronique des BZD et permettre un arrêt précoce. Enfin, il est fortement recommandé de ne prescrire qu'une BZD à la fois et de limiter au maximum la prescription de ces molécules chez le sujet âgé.

4.4. Perspectives

On voit donc que le sevrage des benzodiazépines est possible en combinant différentes approches (TCC, suivi...). Un article récemment paru (30) montrant l'importance de l'effet

placebo et de la TCC vient conforter cette conclusion. Il montre que le sevrage est maintenu plus longtemps avec un sevrage du patient en aveugle associé à une TCC intensifiée par comparaison avec un sevrage standard et une TCC simple.

Il serait intéressant par la suite de tester la fiche et le « mémo » en cabinet de médecine générale.

5. Conclusion

Dans cette thèse, nous nous sommes intéressés à la déprescription des benzodiazépines en médecine générale, qui est un véritable sujet d'actualité. En effet, les benzodiazépines sont énormément prescrites pour les insomnies et l'anxiété mais le sevrage est souvent long et difficile et il est fréquent que les patients gardent ces molécules au long cours. La question était donc de créer un outil d'aide à la déprescription en se basant sur les données d'une revue de la littérature.

Cette fiche créée inclut un mémo qui résume les éléments clefs pour déprescrire : insister sur les nombreux effets indésirables, avoir une relation médecin patient de qualité, exercer un suivi personnalisé, ce qui est un véritable atout, proposer des alternatives et donner des conseils pour mieux gérer l'insomnie et l'anxiété. Elle aide à déprescrire en population générale.

Cet outil pourrait ensuite être testé dans les cabinets de médecine générale.

Le doyen de l'UFR de médecine,
Professeur Pierre CLAVELOU



Le président du Jury,
Professeur Pierre-Michel Llorca

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, connected strokes, representing the name Pierre-Michel Llorca.

6. Références bibliographiques

1. Chapoutot M, Peter-Derex L, Bastuji H, Leslie W, Schoendorff B, Heinzer R, et al. Cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for the discontinuation of long-term benzodiazepine use in insomnia and anxiety disorders. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(19). Disponible sur: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2013928513&from=export>
2. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician*. 1 mai 2018;64(5):339-51.
3. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 12 oct 2024]. Anxiété – Les benzodiazépines, uniquement pour une courte période. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974193/fr/anxiete-les-benzodiazepines-uniquement-pour-une-courte-periode
4. Dieterle T. La déprescription des agonistes des récepteurs des benzodiazépines. *Primary and hospital care: médecine interne générale*. 7 déc 2022;22(12):380-4.
5. Armistead LT, Sanders KA, Larson CK, Busby-Whitehead J, Ferreri SP. A-TAPER: A Framework for Deprescribing Medications effectively. *Res Social Adm Pharm*. août 2022;18(8):3358-61.
6. Krishnaswami A, Steinman MA, Goyal P, Zullo AR, Anderson TS, Birtcher KK, et al. Deprescribing in Older Adults With Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology*. 28 mai 2019;73(20):2584-95.
7. Péteïn C, Spinewine A, Laroche ML, Niquille A, Henrard S. Adaptation and validation of the revised Patients' Attitudes towards Deprescribing (rPATD) questionnaire for benzodiazepine receptor agonists. *Res Social Adm Pharm*. sept 2023;19(9):1278-85.
8. Marquina-Márquez A, Olry-de-Labry-Lima A, Bermúdez-Tamayo C, Ferrer López I, Marcos-Marcos J. Identifying barriers and enablers for benzodiazepine (de)prescription: a qualitative study with patients and healthcare professionals. *An Sist Sanit Navar*. 17 août 2022;45(2):e1005.
9. Martin, P, Tannenbaum C, Tamblyn R, Benedetti, A, Ahmed S. reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education : the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA internal medicine*. 2014;890-8.
10. Martin P, Tannenbaum C. Use of the EMPOWER brochure to deprescribe sedative-hypnotic drugs in older adults with mild cognitive impairment. *BMC Geriatr*. 31 janv 2017;17(1):37.

11. Murphy AL, Turner JP, Rajda M, Allen KG, Gardner DM. Prescriber Acceptability of a Direct-to-Patient Intervention for Benzodiazepine Receptor Agonist Deprescribing and Behavioural Management of Insomnia in Older Adults. *Can J Aging*. 8 mars 2024;1-9.
12. Martin P, Tamblyn R, Ahmed S, Tannenbaum C. A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly. *Patient Educ Couns*. 2013;92(1):81-7.
13. Schapira M, Calabró P, Montero-Odasso M, Osman A, Guajardo ME, Martínez B, et al. A multifactorial intervention to lower potentially inappropriate medication use in older adults in Argentina. *Aging Clin Exp Res*. déc 2021;33(12):3313-20.
14. Amagai M, Ozone M, Utsumi T, Hotchi A, Iwashita M, Yamadera W, et al. Effect of a short video on patients' motivation for dose reduction or cessation of hypnotics. *SLEEP AND BIOLOGICAL RHYTHMS*. juill 2023;21(3):299-308.
15. Aoki Y, Takaesu Y, Suzuki M, Okajima I, Takeshima M, Shimura A, et al. Development and acceptability of a decision aid for chronic insomnia considering discontinuation of benzodiazepine hypnotics. *Neuropsychopharmacology Reports*. 2022;42(1):10-20.
16. Vicens C, Bejarano F, Sempere E, Mateu C, Fiol F, Socias I, et al. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care. *Br J Psychiatry*. juin 2014;204(6):471-9.
17. Vicens C, Sempere E, Bejarano F, Socias I, Mateu C, Fiol F, et al. Efficacy of two interventions on the discontinuation of benzodiazepines in long-term users: 36-month follow-up of a cluster randomised trial in primary care. *Br J Gen Pract*. févr 2016;66(643):e85-91.
18. Ashworth N, Kain N, Wiebe D, Hernandez-Ceron N, Jess E, Mazurek K. Reducing prescribing of benzodiazepines in older adults: a comparison of four physician-focused interventions by a medical regulatory authority. *BMC Fam Pract*. 8 avr 2021;22(1):68.
19. Fernandes M, Neves I, Oliveira J, Santos O, Aguiar P, Atalaia P, et al. Discontinuation of chronic benzodiazepine use in primary care: a nonrandomized intervention. *Fam Pract*. 24 mars 2022;39(2):241-8.
20. Davidson S, Thomson C, Prescott G. A Durable Minimal Intervention Strategy to Reduce Benzodiazepine Use in a Primary Care Population. *Korean J Fam Med*. mars 2020;41(2):126-32.
21. Vicens C, Leiva A, Bejarano F, Sempere-Verdú E, Rodríguez-Rincón RM, Fiol F, et al. Evaluation of a multicomponent intervention consisting of education and feedback to reduce benzodiazepine prescriptions by general practitioners: The BENZORED hybrid type 1 cluster randomized controlled trial. *PLoS Med*. mai 2022;19(5):e1003983.
22. Otto MW, McHugh RK, Simon NM, Farach FJ, Worthington JJ, Pollack MH. Efficacy of CBT for benzodiazepine discontinuation in patients with panic disorder: Further evaluation. *Behav Res Ther*. 2010;48(8):720-7.

23. Coteur K, Van Nuland M, Schoenmakers B, Anthierens S, Van den Broeck K. Implementing Blended Care to Discontinue Benzodiazepine Receptor Agonist Use for Insomnia: Process Evaluation of a Pragmatic Cluster Randomized Controlled Trial. *JMIR Form Res.* 7 avr 2023;7:e43738.
24. Zanardi R, Carminati M, Fazio V, Maccario M, Verri G, Colombo C. Add-On Treatment with *Passiflora incarnata* L., herba, during Benzodiazepine Tapering in Patients with Depression and Anxiety: A Real-World Study. *Pharmaceuticals* [Internet]. 2023;16(3). Disponible sur: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2022331292&from=export>
25. L'Espagne, leader mondial dans l'utilisation d'anxiolytiques [Internet]. [cité 6 févr 2025]. Disponible sur: <https://lepetitjournal.com/madrid/sante/espagne-leader-mondial-utilisation-anxiolytiques-338124>
26. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Déprescription des agonistes des récepteurs des benzodiazépines. *Can Fam Physician.* mai 2018;64(5):e209-24.
27. Debarge MH. Benzodiazepine and Z-drug deprescription and tapering program available in Belgium. *Rev Med Brux.* 2024;45(1):46-50.
28. benzodiazepine_generalites.pdf [Internet]. [cité 7 févr 2025]. Disponible sur: https://www.phel.ch/upload/docs/application/pdf/2018-04/benzodiazepine_generalites.pdf
29. Arn A, Schmitt-Koopmann C, Anex A, Simon O. Benzodiazépines et âge avancé : défis de la prescription et de la déprescription. *Revue Médicale Suisse.* 2023;19(830):1136-40.
30. Fung CH, Alessi C, Martin JL, Josephson K. Masked taper with behavioral intervention for discontinuation of benzodiazepine receptor agonists. *JAMA internal medicine.* juill 2024;

7. Annexes

Annexe I : Accord du comité d'éthique



Clermont-Ferrand, le 25 septembre 2024

Mme Judie VERDIER
Département de médecine générale
Université Clermont Auvergne

Nos Réf. : IRB00011540-2024-18

Madame,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« La déprescription des benzodiazépines en cabinet de médecine générale : une revue de la littérature et création d'un outils d'aide à la déprescription »

Vous nous avez précisé que cette recherche a pour objectif principal « après avoir fait une revue de la littérature, de créer une fiche concise et simple d'utilisation, à l'attention des médecins généralistes pour les aider dans la déprescription des benzodiazépines ».

Cette étude ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches impliquant la personne humaine, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-1 du code de la santé publique.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner auprès du Délégué à la Protection des Données de l'UCA (dpo@uca.fr) sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

Sophie Monceau
Pour la Directrice du Comité d'Éthique de
la Recherche IRB-UCA
Anne FOGLI

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'P/O' followed by a large, flowing signature.

Comité d'Éthique de la Recherche IRB-UCA
49 Boulevard François Mitterrand - CS 60032 - 63 001 Clermont-Ferrand
Contact : irb@uca.fr

Annexe II : Equations de recherche

PubMed

("Deprescriptions"[MeSH Terms] OR "Deprescriptions"[Text Word] OR "deprescribing"[Text Word] OR "deprescription"[Text Word] OR "deprescribe"[Text Word] OR "de prescrib*" [Text Word] OR "de prescription*" [Text Word])

OR "Drug Tapering"[MeSH Terms] OR "dosage taper"[Text Word] OR "dose reduction"[Text Word] OR "reductions dose"[Text Word] OR "dose reductions"[Text Word] OR "Drug Tapering"[Text Word] OR "tapering dose"[Text Word] OR "reduction dose"[Text Word] OR "medication tapering"[Text Word] OR "dose tapering"[Text Word] OR "medication taper"[Text Word] OR "dose taper"[Text Word] OR "Medication Withdrawal"[Text Word] OR "medication reduce"[Title/Abstract:~1] OR "medication reduces"[Title/Abstract:~1] OR "medication reduced"[Title/Abstract:~1] OR "medication reducing"[Title/Abstract:~1] OR "medication reduction"[Title/Abstract:~1] OR "medications reduce"[Title/Abstract:~1] OR "medications reduces"[Title/Abstract:~1] OR "medications reduced"[Title/Abstract:~1] OR "medications reducing"[Title/Abstract:~1] OR "medications reduction"[Title/Abstract:~1] OR "drugs reduce"[Title/Abstract:~1] OR "drugs reduces"[Title/Abstract:~1] OR "drugs reduced"[Title/Abstract:~1] OR "drugs reducing"[Title/Abstract:~1] OR "drugs reduction"[Title/Abstract:~1] OR "prescribing reduce"[Title/Abstract:~1] OR "prescribing reduces"[Title/Abstract:~1] OR "prescribing reduced"[Title/Abstract:~1] OR "prescribing reducing"[Title/Abstract:~1] OR "prescribing reduction"[Title/Abstract:~1])

AND

("benzodiazepines"[MeSH Terms] OR "benzodiazepines"[Text Word] OR "benzodiazepine"[Text Word])

AND ((english[Filter] OR french[Filter]) AND (2010:2024[pdat]))

NOT (meta-analysis[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter])

Equation Web Of Science

("Deprescriptions" OR "deprescribing" OR "deprescription" OR "deprescribe" OR "de prescrib*" OR "de prescription*" OR "dosage taper" OR "dose reduction" OR "reductions dose" OR "dose reductions" OR "Drug Tapering" OR "tapering dose" OR "reduction dose" OR "medication tapering" OR "dose tapering" OR "medication taper" OR "dose taper" OR "Medication Withdrawal" OR medication NEAR/1 reduce OR medication NEAR/1 reduces OR medication NEAR/1 reduced OR medication NEAR/1 reducing OR medication NEAR/1 reduction OR medications NEAR/1 reduce OR medications NEAR/1 reduces OR medications NEAR/1 reduced OR medications NEAR/1 reducing OR medications NEAR/1 reduction OR drugs NEAR/1 reduce OR drugs NEAR/1 reduces OR drugs NEAR/1 reduced OR drugs NEAR/1 reducing OR drugs NEAR/1 reduction OR prescribing NEAR/1 reduce OR prescribing NEAR/1 reduces OR prescribing NEAR/1 reduced OR prescribing NEAR/1 reducing OR prescribing NEAR/1 reduction)

AND

("benzodiazepines" OR "benzodiazepine")

EMBASE

('deprescription'/exp OR 'deprescriptions':ti,ab,kw OR 'deprescribing':ti,ab,kw OR 'deprescription':ti,ab,kw OR 'deprescribe':ti,ab,kw OR 'de prescrib*':ti,ab,kw OR 'de prescription*':ti,ab,kw OR 'drug dose reduction'/exp OR 'dosage taper':ti,ab,kw OR 'dose reduction':ti,ab,kw OR 'reductions dose':ti,ab,kw OR 'dose reductions':ti,ab,kw OR 'drug tapering':ti,ab,kw OR 'tapering dose':ti,ab,kw OR 'reduction dose':ti,ab,kw OR 'medication tapering':ti,ab,kw OR 'dose tapering':ti,ab,kw OR 'medication taper':ti,ab,kw OR 'dose taper':ti,ab,kw OR 'medication withdrawal':ti,ab,kw OR 'medication near/1 reduce':ti,ab OR 'medication near/1 reduces':ti,ab OR 'medication near/1 reduced':ti,ab OR 'medication near/1 reducing':ti,ab OR 'medication near/1 reduction':ti,ab OR 'medications near/1 reduce':ti,ab OR 'medications near/1 reduces':ti,ab OR 'medications near/1 reduced':ti,ab OR 'medications near/1 reducing':ti,ab OR 'medications near/1 reduction':ti,ab OR 'drugs near/1 reduce':ti,ab OR 'drugs near/1 reduces':ti,ab OR 'drugs near/1 reduced':ti,ab OR 'drugs near/1 reducing':ti,ab OR 'drugs near/1 reduction':ti,ab OR 'prescribing near/1 reduce':ti,ab OR 'prescribing near/1 reduces':ti,ab OR 'prescribing near/1 reduced':ti,ab OR 'prescribing near/1 reducing':ti,ab OR 'prescribing near/1 reduction':ti,ab) AND ('benzodiazepine'/exp OR 'benzodiazepines':ti,ab,kw OR 'benzodiazepine':ti,ab,kw) AND ([english]/lim OR [french]/lim) AND [2010-2024]/py

Articles (titres, auteurs, dates)	Pays	Type d'étude	Population	Objectifs	Financement, conflits d'intérêts	Evaluation	Principaux résultats
<p>Etudes qualitatives</p> <p>Adaptation and validation of the revised Patients' Attitudes towards Deprescribing (RPATD)</p> <p>questionnaire for benzodiazepine receptor agonists.</p> <p>C. Péteit, A. Spinewine, M.L. Laroche 2023</p>	Belgique, France Suisse	Adaptation d'un questionnaire pour créer un nouvel outil	<p>En phase de prétest : 12 anciens consommateurs de BZD</p> <p>En phase de validation : 240 participants venant des trois pays et venant de « primary care » et « nursing home » >65 ans</p> <p>Quelle que soit l'indication</p>	<p>L'objectif est d'adapter le « revised Patient's attitudes towards deprescribing (RPATD) » de 22 items français pour créer un outil ciblé sur les BZD et évaluer les propriétés psychométriques de ce nouvel outil</p>	<p>Financement, conflits d'intérêts</p> <p>Pas de conflit d'intérêt, pas de financement</p>		<p>A la phase de pré test : 24 items dont 19 de l'ancien questionnaire, 3 retirés, 5 ajoutés. 11 items ont semble peu utiles et ont donc été retirés ensuite.</p> <p>2 questions globales : sur la volonté de réduire les BZD ou la volonté d'arrêter la consommation de BZD.</p> <p>3 facteurs sont ressortis :</p> <p>« préoccupations concernant l'arrêt des BZD », « inadéquation des BZD », « dépendance aux BZD »</p> <p>Bonne validité interne des critères</p> <p>Bonne fiabilité lors des tests et contre tests.</p> <p>Les préoccupations concernant l'arrêt des BZD varient dans le temps.</p> <p>Ce questionnaire est une bonne aide à la décision partagée pour déprescrire les BZD</p>
<p>Identifying barriers and enablers for BZD (de)prescription : a qualitative study with patients and healthcare professionals</p> <p>A. Marquina-Marquez, A. Olry-de-Labry Lima, C. Bermudez Tamayo 2022</p>	Espagne	Etude qualitative descriptive	<p>17 professionnels de santé</p> <p>27 patients</p> <p>+ un groupe nominal de professionnels de santé de 19 personnes.</p> <p>Sans limite d'âge</p> <p>Pas d'indication spécifique des BZD</p>	<p>Améliorer la compréhension de la déprescription et de la consommation de BZD sous forme d'interviews semi structurés avec les patients et les professionnels de santé</p>	<p>Financement par CIBER of epidemiology and public health</p> <p>Pas de conflit d'intérêt</p>	<p>COREQ</p>	<p>3 dimensions parmi les obstacles/facilitateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la part sociale de la prescription -la part organisationnelle/gestion du système de santé -la relation médecin patient -La surcharge de travail des médecins est un facteur favorisant la surprescription -la déprescription est encouragée par le système de santé et est facilitée par le développement d'une relation médecin patient de qualité

Annexe III : Tableau revue de la littérature : études qualitatives

Articles (titres, auteurs, dates) Outils à destination patients	Pays	Type d'étude	Population	Objectifs	Financement, conflits d'intérêts	Evaluation	Principaux résultats	Type d'outils
Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education : the EMPOWER cluster randomized trial C. Tannenbaum, P. Martin, R. Tamblyn 2014	Canada	RCT	303 utilisateurs au long cours de BZD, âgés de 65 à 95 ans recrutés dans 30 pharmacies. 148 participants dans le groupe intervention et 155 dans le groupe contrôle Peu importe l'indication des BZD	L'objectif de cette étude est de comparer l'effet d'une intervention éducative "direct to consumer" sur l'usage courant des BZD chez les plus de 65 ans. Le critère de jugement principal est l'arrêt des BZD à 6 mois après la randomisation. L'objectif secondaire est d'évaluer le taux de réduction en plus des sevrages complets et de conduire une évaluation des événements ultérieurs à l'intervention. L'intervention consiste en un livret de 8 pages éducatif. Il contient une autoévaluation sur les risques des BZD, des connaissances pour créer une dissonance cognitive, éducation sur les interactions médicamenteuses, témoignages pour augmenter l'auto-efficacité, des suggestions d'alternatives pour les insomnies et l'anxiété et des recommandations de réductions de posologie.	Soutien financier du Canadian Institutes of Health Research Conflit d'intérêt : Mr Martin a reçu une bourse du Michel Saucier Endowed Chair in Pharmacology, Health and Aging de la faculté de pharmacie de Montréal. Drs Tannenbaum et Ahmed sont financés par le Fonds de Recherche en Santé de Québec.	CONSORT 27/37	86% ont rempli les 6 mois de suivi Dans le groupe intervention, 63% ont initié une conversation à propos des BZD avec un médecin ou un pharmacien A 6 mois, 27% du groupe intervention ont arrêté les BZD contre 5% dans le groupe contrôle 11% supplémentaires ont réduit leur dosage En analyse multivariée, les sous groupes ne montrent pas d'interaction significative avec le sevrage des BZD	livret
Use of the EMPOWER brochure to deprescribe sedative-hypnotic drugs in older adults with mild cognitive impairment. P. Martin, C. Tannenbaum 2017	Canada	Post-hoc analysis du RCT EMPOWER	303 utilisateurs chroniques de BZD de 65 à 95 ans sont recrutés 261 ont fait l'étude en entier Un MOCA est réalisé pour déterminer si les patients ont des troubles cognitifs modérés (122) ou pas (139) BZD dans le cadre de l'insomnie et anxiété	Il s'agit de savoir si les troubles cognitifs modérés affectent la compréhension et le succès de la brochure EMPOWER pour déprescrire les BZD. On mesure les connaissances acquises, les changements de croyance, l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité et la fréquence des sensibilisations auprès d'un professionnel de santé. L'intervention consiste en un livret de 8 pages éducatif. Il contient une autoévaluation sur les risques des BZD, des connaissances pour créer une dissonance cognitive, éducatifs sur les interactions médicamenteuses, témoignages pour augmenter l'auto-efficacité, des suggestions d'alternatives pour les insomnies et l'anxiété et des recommandations de réductions de posologie.	Soutenu par le Canadian Health Research Institutes Dr Martin a reçu une bourse du Michel Saucier Endowed Chair in Pharmacology, Health and Aging of the faculty of pharmacy de l'université de Montréal. Dr Tannenbaum est financée par les Fonds de recherche en Santé de Québec		Sevrage complet chez 32% des participants avec troubles cognitifs modérés (MCI) et 53% sans trouble cognitif (NC) : OR 0,79. Les MCI n'ont pas d'impact sur l'apprentissage de nouvelles connaissances, sur le changement de croyance à propos des BZD, ni sur la dissonance cognitive par comparaison aux sujets sans trouble cognitif.	va avec l'article au-dessus
Prescriber Acceptability of a Direct-to-Patient Intervention for Benzodiazepine Receptor-Agonist Deprescribing and Behavioural Management of Insomnia in Older Adults A.L. Murphy, J. P. Turner, M. Rajda 2024	Canada	RCT	250 prescripteurs ont été contactés, 20,6% ont commencé l'étude et 12,6% l'ont achevée. Les prescripteurs ont été contactés via des lettres et une enquête anonyme en ligne Dans le cadre de l'insomnie chez les plus de 65ans	Evaluer l'acceptabilité pour les prescripteurs de l'intervention sleepwell, une intervention directe au patient pour la déprescription des BZD et la gestion des insomnies : sleepwell a récemment été évalué dans le cadre de l'étude YAWNS RCT. Les trois bras de l'étude sont : Sleepwell, EMPOWER et traitement classique.	Non renseigné	CONSORT 17/37 Items peu adoptés à cette étude	Un haut degré d'acceptabilité a été relevé parmi les répondants (17,2%), leurs réponses positives pour chaque composant conceptuel constituent une moyenne de 80,7% Sleepwell a favorisé les engagements de déprescription de BZD entre médecins et patients (58%)	lettres

Annexe IVa : Tableau revue de la littérature : outils à destination des patients (partie 1)

Articles (titres, auteurs, dates)	Pays	Type d'étude	Population	Objectifs	Financement, conflits d'intérêts	Evaluation	Principaux résultats	Type d'outils
A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine use in the elderly P. Martin, R. Tambi, S. Ahmed, C. Tannenbaum 2013	Canada	Etude de cohorte avec randomisation	144 participants de plus de 65 ans consommant au moins 5 médicaments dont des BZD pendant au moins 3 mois. Recrutement à partir de 12 pharmacies à Montréal	Développer et tester un outil éducatif pour le sujet âgé qui augmente la perception du risque des BZD à travers l'acquisition de connaissances et le changement de croyances. Le critère de jugement primaire est la perception du risque associé aux BZD une semaine après l'intervention rapporté par le patient lui-même. Les critères de jugement secondaire sont le sentiment d'auto-efficacité pour le sevrage des BZD et la volonté de discuter d'un sevrage avec un médecin	Pas de conflit d'intérêt. Soutenu par le Canadian Institutes of Health Research et le Michel Saucier Endowed Chair in Geriatric Pharmacology/Health and Aging	CONSORT 23/37 <i>Items peu adaptés</i>	65 participants ont perçu une augmentation du risque. Cette perception est expliquée par l'acquisition de meilleures connaissances et un changement de croyance, suggérant l'apparition d'une dissonance cognitive. Le sentiment d'auto-efficacité pour diminuer les posologies et la volonté de discuter de l'arrêt des BZD avec un médecin étaient plus élevés pour les participants qui percevaient un risque plus élevé. Changement de la perception du risque chez 45 % des utilisateurs chroniques de plus de 65 ans.	Outils éducatifs
A multifactorial intervention to lower potentially inappropriate use in older Adults in Argentina. M. Schapira, P. Calabro, M. Montero-Odasso 2021	Argentine	Etude de faisabilité, étude avant/après en libre ouvert	879 patients de plus de 65 ans qui ont vu leur médecin traitant au moins une fois ces dernières années Dans le cadre de l'anxiété et de l'insomnie	Évaluer la faisabilité et l'efficacité d'une intervention multifactorielle pour réduire les médicaments potentiellement inappropriés (PIM) chez le sujet âgé. 1-matériau éducatif et algorithme de déprescription 2-praticiens coordinateurs qui servent de référents 3-travaux éducatifs pour les praticiens sur 2 semaines 4-outils de rappel pour rappeler aux praticiens les traitements potentiellement inappropriés Le critère principal est le changement dans la prévalence des PIM. On évalue un an après la fin de l'intervention.	Pas de conflit d'intérêt Pas de dé financement		Réduction significative de l'utilisation des PIM dont les BZD (prévalence initiale 10,13%, prévalence finale 6,94%) soit une réduction de 31,46% La réduction relative est de 51,4%. réduction absolue globale est de 8,5 points Cette intervention multifactorielle est faisable et efficace pour réduire l'utilisation des PIM dans les catégories évaluées dont les BZD. Malgré la forte réduction de prévalence, les BZD restent parmi les médicaments les plus utilisés. Développement d'un algorithme de déprescription des BZD	Outils éducatifs + suivi

Annexe IVb : Tableau revue de la littérature : outils à destination des patients (partie 2)

Articles (titres, auteurs, dates)	Pays	Type d'étude	Population	Objectifs	Financement, conflits d'intérêts	Evaluation	Principaux résultats	Type d'outils
Effet of a short video on patient's motivation for dose reduction or cessation of hypnotics M. Amagai, M. Ozono, T. Utsumi 2023	Japon	Etude rétrospective interventionnelle	4548 personnes ont vu la vidéo 609 ont répondu à l'enquête 369 utilisent des hypnotiques Pas d'âge précisé	Etude de l'efficacité d'une courte vidéo visant le sevrage des traitements contre l'insomnie tels que les hypnotiques. Cette étude examine également les facteurs associés des patients qui ont davantage envie de réduire leur traitement ou pas. Le critère de jugement principal est le changement avant/après la vidéo et les facteurs associés à l'augmentation de la volonté de sevrage	Pas de conflit d'intérêt, pas de financement		37,7% des patients utilisant un traitement ont davantage envie d'arrêter après avoir vu la vidéo -dans le groupe de ceux qui ne voulaient pas particulièrement réduire leur traitement, 85,2% ont davantage l'intention de réduire leur traitement. La partie de la vidéo traitant des effets secondaires est un des facteurs qui renforce l'envie d'arrêter le traitement suggérant que la présentation du traitement par les prescripteurs n'est pas suffisamment ciblée sur les effets secondaires.	Vidéo
Development and acceptability of a decision aid for chronic insomnia considering discontinuation of benzodiazepine hypnotics Y. Aoki, Y. Takaeasu, M. Suzuki 2022	Japon	Création d'un outil d'aide à la prise de décision	Individus souffrant d'insomnie et qui ont montré une amélioration de l'insomnie au cours d'un traitement par BZD. 24 patients issus de deux services psychiatriques ambulatoires: 20 ans ou plus, sous BZD depuis au moins 3 mois. Sélection de médecins dans le même service (20). Pas d'âge spécifique	Développement et acceptabilité d'un outil d'aide à la prise de décision dans le cadre de l'insomnie chronique pour l'arrêt des BZD et en cas d'arrêt, avec ou sans TCC. Développement d'un prototype de 25 pages.	Certains auteurs ont des conflits d'intérêt : ont reçu des frais de conférence, des fonds pour la recherche.		Le prototype contient la définition de l'insomnie, les options c'est-à-dire soit arrêter, soit poursuivre les BZD, et en cas d'arrêt, avec ou sans TCC; les pour et les contre de chaque option et un exercice de clarification des valeurs. 79% des patients affirment que le langage utilisé est acceptable, l'information adéquate (71%) et la présentation bien équilibrée (91%). Les médecins ont également eu un retour favorable. 48% de sevrage à 3 mois avec la TCC et 49% à 1 an. Sevrage simple : 27% à 3 mois et 30% à 1 an.	outil d'aide décisionnelle (dont TCC)

Annexe IVc : Tableau revue de la littérature : outils à destination des patients (partie 3)

Articles (titres, auteurs, dates)	Pays	Type d'étude	Population	Objectifs	Financement, conflits d'intérêts	Evaluation	Principaux résultats	Type d'outils
Intervention active du médecin Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term BZD use : cluster-randomized controlled trial in primary care C. Vicens, F. Bejarano, E. Sempere 2014	Espagne	RCT	532 patients consommant des BZD depuis au moins 6 mois recrutés à partir d'un médecin généraliste sélectionné (75) Moyenne d'âge 62-65ans Dans le cadre de l'insomnie, de l'anxiété et de la dépression	Évaluer l'efficacité de deux interventions structurées pour permettre le sevrage des BZD utilisées à long terme. Une intervention avec des visites de suivi et une intervention avec des instructions écrites. L'objectif principal est le sevrage complet à 12 mois.	Pas de conflit d'intérêt déclaré	CONSORT 28/37	Une intervention structurée par un MG de sevrage progressif avec ou sans visite de suivi est 3 fois plus efficace que le sevrage simple isolé Les deux types d'interventions testés ont la même efficacité mais celle sans visite requiert moins d'implication du MG Légère amélioration des symptômes anxiodépressifs dans les 2 groupes à 6 et 12 mois Dans l'analyse du sous groupe avec les visites, on remarque que davantage de patients ont commencé des antidépresseurs pendant la période de sevrage, ainsi dans ce sous groupe, l'implication supplémentaire du médecin a conduit à des taux plus élevés de sevrage La réduction absolue du risque est de 30% pour les deux groupes tests par rapport au groupe contrôle	Suivi + instructions écrites
Efficacy of two interventions on the discontinuation of BZD in long-term users : 36 months follow up of a cluster randomized trial in primary care C. Vincens, E. Sempere, F. Bejarano 2016	Espagne	RCT	532 patients consommant des BZD depuis au moins 6 mois recrutés à partir de MG sélectionnés (75) Moyenne d'âge 54 à 72 ans Prescription des BZD pour insomnie anxieuse ou dépression	Évaluer l'efficacité du sevrage à 3 ans de deux interventions structurées. Une intervention avec des visites de suivi et une intervention avec des instructions écrites.	Financé par le Carlos III Health Institute of the Ministry of Economy and Competitiveness and the network for prevention and health promotion in primary care, co financé avec European Union ERDF funds	CONSORT 28/37	La plupart des patients sevrés à 12 mois le sont restés à 3 ans (soit 2/3) et 17% ont arrêté les BZD entre la première et la troisième année. Pas de différence significative à 3 ans entre le groupe avec lettre (39,2%) et le groupe avec consultation (41,3%). Pas de différence significative lors de l'analyse entre groupe à propos des échelles d'anxiété, dépression et sommeil. Cependant lors de l'analyse "within group" le score d'anxiété est plus bas dans le groupe avec consultation à 3 ans	suivi + instructions écrites
Reducing prescribing of benzodiazepines in older adults: a comparison of four physician-focused interventions by a medical regulatory authority. N. Ashworth, N. Kain, D. Wiebe 2021	Canada	RCT	272 médecins qui prescrivent plus de 4 fois la dose quotidienne définie (DDD) au moins une fois dans le dernier trimestre de 2016 Moyenne d'âge 54 ans Pas d'indication des BZD précisée	Déterminer la stratégie la plus efficace pour prescrire chez le sujet âgé 4 groupes: 1: groupe contrôle 2: groupe où les participants reçoivent une lettre 3: appel par un pharmacien 4: appel par un médecin Le critère principal : changement de la moyenne de prescription à 1 mois de suivi Critère secondaire : les coûts directs de chaque intervention	Pas de conflit d'intérêt Pas de financement	CONSORT 22/37	On observe dans tous les groupes une forte baisse du nombre total de patients âgés recevant des BZD d'environ 50% par médecin dans l'année et baisse de la moyenne des doses prescrites d'environ 13 % Pas de différence significative entre les groupes	suivi + lettre

Annexe Va : Tableau revue de la littérature : intervention active du médecin (partie 1)

Articles (titres, auteurs, dates)	Pays	Type d'étude	Population	Objectifs	Financement, conflits d'intérêts	Evaluation	Principaux résultats	Type d'outils
Discontinuation of chronic BZD use in primary care : a non randomized intervention M. Fernandes, I. Neves, J. Oliveira 2022	Portugal	Etude interventionnelle non randomisée thérapeutique prospective	66 patients inclus, 2 exclus secondairement pour raisons médicales et 3 pour non respect du protocole. Patients dépendants des BZD et usage chronique depuis plus de 3 mois, recrutés par le médecin de famille 18 à 85 ans. Indépendamment de l'indication	-évaluation de l'efficacité d'un protocole de sevrage (réduction des doses, éducation des patients, visites) après switch de tous les patients vers le diazepam. L'objectif principal est le pourcentage de patients ayant réussi à se sevrer. L'objectif secondaire inclus le pourcentage de patient ayant diminué d'au moins 80% leur consommation de BZD, le pourcentage de patient ayant des symptômes de sevrage et la satisfaction des patients et des médecins.	Pas de conflit d'intérêt, un des auteurs a reçu une subvention de Calouste Gulbenkian Foundation		Sevrage complet chez 60% des patients. Parmi eux, 85% sont restés sans BZD pendant plus d'un an après. Les médecins et 77% des patients se disent satisfaits à la fin de l'étude. Les femmes ont moins de probabilité de succès. Pas d'effet négatif de l'intervention sur la qualité de vie ou sur les scores de dépression/anxiété	Suivi
A durable minimal intervention strategy to reduce BZD use in a primary care population S. Davidson, C. Thomson, G. Prescott 2020	UK	Minimal intervention strategy Etude expérimentale	Patients avec des prescriptions récurrentes de diazepam ont été identifiés sur la base de données "Vision". 92 patients au total, 57 sont éligibles pour l'intervention standard Quelque soit l'âge	L'objectif est de réduire l'utilisation du diazepam dans un cabinet semi rural via une intervention qui consiste à avoir un rendez-vous pour revoir la prescription et avoir un protocole de sevrage personnalisé. Le patient reçoit aussi une lettre pour lui rappeler l'importance de ce rendez-vous. Objectif évalué à un et deux ans.	Pas de conflit d'intérêt		94,6% des patients se sont rendus à leur suivi consultation .29,3% ont eu un suivi par un psychiatre pour réduire les doses de diazepam .A.1an, 55,4% ont arrêté le diazepam ou diminué .A.2 ans, 81,8% des patients ont arrêté ou sont en cours de sevrage .Réduction significative du diazepam prescrit mensuellement (de 2,2 à 0,7 defined daily dose/1000 patients/day)	Suivi
Evaluation of a multicomponent intervention consisting of education and feedback to reduce benzodiazepine prescriptions by general practitioners: The BENZORED hybrid type 1 cluster randomized controlled trial. C. Vincens, A. Leiva, E. Sempere Verdu 2022	Espagne	RCT	81 centres de soins primaires sont randomisés soit dans le groupe intervention (n=41, 372 MG) ou contrôle (n=40, 377 MG) Tout âge confondu mais résultats selon si > ou < 65 ans Dans le cadre de l'anxiété, de l'insomnie, et de la dépression	Evaluer l'efficacité d'une intervention multiple pour les MG qui cherchent à réduire leurs prescriptions de BZD et la prévalence d'utilisateurs chroniques. Le critère de jugement primaire compare les changements de prescriptions des BZD en "defined daily dose /1000 habitants/day" après 12 mois. Les critères secondaires sont: la proportion d'utilisateurs chroniques (>6 mois) et la proportion d'utilisateurs chroniques de plus de 65 ans. L'intervention multiple consiste en un travail autour des prescriptions appropriées de BZD et le sevrage progressif avec un programme de réduction associé à des retours mensuels sur la prescription de BZD et l'accès à une page web.	Non renseigné	CONSORT 29/37	Analyse en ITT: .49 médecins perdus de vue .Différence significative après 12 mois entre les 2 groupes : -3,24 DDD/1000 patients/day. .La différence absolue ajustée globale est de -0,36 et différence absolue ajustée des utilisateurs chroniques de plus de 65 ans est de -0,87 .Une des limitations est le caractère déséquilibré des critères au départ .Cette intervention multiple incluant une éducation, des retours sur les prescriptions de BZD et une page web de soutien conduit à une différence significative dans la prescription de BZD et moins d'utilisateurs au long cours	Suivi

Annexe Vb : Tableau revue de la littérature : intervention active du médecin (partie 2)

Articles (titres, auteurs, dates)	Pays	Type d'étude	Population	Objectifs	Financement, conflits d'intérêts	Evaluation	Principaux résultats	Type d'outils
Efficacy of CBT for BZD discontinuation in patients with panic disorder : further evaluation M.W. Otto, R. Kathryn McHugh, Naomi M. Simon 2021	USA	RCT	47 patients qui ont contacté la clinique, de 18 à 65 ans DSM-IV pour le diagnostic de trouble panique avec ou sans agoraphobie	Comparer l'efficacité de trois stratégies pour arrêter le traitement par BZD Traitement classique de décroissance de posologie Programme de sevrage avec relaxation Programme de sevrage avec thérapie d'exposition basée sur la TCC	Pas de conflit d'intérêt	CONSORT 21/37	La TCC aide les patients à poursuivre le sevrage en BZD malgré les symptômes de sevrage Avec la TCC : meilleurs taux de sevrage qu'avec la relaxation et la TCC a un avantage sur le sevrage classique L'ajout de la TCC augmente significativement le sevrage des BZD à 6 mois de suivi 56,3% des patients traités par la thérapie d'exposition sont sevrés contre 31,3% avec relaxation et 40% avec le traitement classique	TCC
Implementing blended care to discontinue benzodiazepine receptor agonist use for insomnia : process evaluation of a pragmatic cluster randomized controlled trial K. Coteur, Marc Van Nuland, B. Schoenmakers 2023	Belgique	RCT	Patients adressés par un MG contacté : 99 MG et 916 patients En moyenne 61 ans	Tester l'efficacité de soins mixtes (e-tool + consultations directes) pour l'arrêt des BZD au long cours chez les patients atteints d'insomnie primaire	Pas de conflit d'intérêt	CONSORT 22/37	Les soins mixtes ne sont pas supérieurs aux soins classiques [simple consultation] pour le sevrage des BZD au long cours dans le cadre de l'insomnie en médecine générale. Perçu par certains généralistes comme un surplus de travail. Dans le groupe interventionnel 18% sont sevrés contre 19,8% dans le groupe contrôle.	E-tool et consultations directes
Add-On Treatment with Passiflora incarnata L., herba, during Benzodiazepine Tapering in Patients with Depression and Anxiety: A Real-World Study R. Zanardi, M. Garminati, V. Fazio 2023	Italie	Etude rétrospective épidémiologique	186 patients en cours de sevrage des BZD Age moyen 50-55 ans Dans le cadre de l'anxiété et de la dépression	Etude qui compare deux groupes lors du sevrage des BZD : un avec ajout d'extrait de P. incarnata et un sans. L'objectif est d'évaluer l'efficacité d'un complément de P. incarnata pour aider à réduire la dose de BZD	Pas de financement externe, pas de conflit d'intérêt		L'instauration des soins mixtes dépend des préférences et des motivations des patients et des MG. Nous devons aller vers davantage d'auto gestion des patients chroniques P. incarnata semble être un traitement complémentaire efficace lors du sevrage des BZD. Plus grande réduction du dosage de BZD à 1 mois et à 3 mois dans le groupe avec P. incarnata P. incarnata 50% de réduction des BZD : groupe P incarnata à 1 mois 76% et 95% à 3 mois VS groupe contrôle à 1 mois 26% et à 3 mois 72% Sevrage complet des BZD : groupe P incarnata à 1 mois 32% et à 3 mois 69% VS groupe contrôle à 1 mois 12% et à 3 mois 52%	phytothérapie

Annexe Vc : Tableau revue de la littérature : intervention active du médecin (partie 3)

OUTIL D'AIDE À LA DÉPRESCRIPTION DES BENZODIAZÉPINES EN MÉDECINE GÉNÉRALE À DESTINATION DES PATIENTS ET DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Pour qui?



Pour les patients non à risque de sevrage compliqué

Rechercher des addictions / Précautions à prendre pour les patients souffrant de dépression ou d'insomnie chronique

Quelles sont les recommandations officielles de prescription des benzodiazépines ?

(HAS) Pour les insomnies : max 4 semaines sevrage compris
Pour l'anxiété : 8 à 12 semaines sevrage compris

MEMO

Nombreux effets indésirables
Relation médecin – patient de qualité
Suivi personnalisé
Alternatives et conseils contre l'insomnie et l'anxiété

Quelles sont les effets indésirables des benzodiazépines? (Base de données publiques des médicaments)

Très fréquents (>10%)

Maux de tête, fatigue, irritabilité, somnolence, perte de mémoire, ralentissement des idées, troubles de l'élocution, troubles de la coordination des mouvements, sensations vertigineuses et donc risque de chute, constipation, dépression

Fréquents (1 à 10%)

Diminution de l'appétit, troubles sexuels, nervosité, insomnie, troubles de l'équilibre ou de la coordination, vision trouble, nausées, éruption cutanée, perte ou prise de poids

Plus rarement

Réaction paradoxale, aggravation des symptômes, amnésie antérograde, impatiences, troubles du comportement

Quelles sont les symptômes qui peuvent apparaître lors de votre sevrage ? (HAS)



Ces symptômes sont transitoires et disparaissent progressivement

Symptômes modérés

Agitation, anxiété, maux de tête, diarrhées, perturbation de l'humeur, faiblesse musculaire, fatigue, impatience, insomnie, perte d'appétit, trouble de la concentration

Symptômes sévères (rares)

Cauchemars, confusion, convulsion, délire, dépersonnalisation, hypotension orthostatique (c'est-à-dire lors de la station debout), trouble de la coordination, nausée/vomissement, palpitations, tremblements, vertiges

L'importance d'une relation médecin-patient de qualité !

Les études montrent qu'une bonne relation médecin patient permet d'aborder le sujet du sevrage plus facilement et de mettre le patient en confiance .

- ➔ Le médecin se doit de donner une **information claire et appropriée** sur les effets indésirables, les symptômes de sevrage, etc...
- ➔ Le médecin doit s'appuyer sur une **balance bénéfice risque** pour décider d'un sevrage.
- ➔ Les études montrent qu'un **suivi rapproché et personnalisé** donne de meilleurs résultats.

Exemples d'algorithmes de déprescription

*Plusieurs possibilités avec plus ou moins de paliers de 10, 20 ou 30 jours (Debarge MH. Benzodiazepine

and Z-drug de prescription and tapering program available in Belgium. Rev Med Brux. 2024;45(1):46-50.)

- ➔ 5 paliers : 100% - 80% - 60% - 40% - 20%
- ➔ 7 paliers : 100% - 80% - 60% - 40% - 30% - 20% - 10%
- ➔ 10 paliers : 100% - 90% - 80% - 70% - 60% - 50% - 40% - 30% - 20% - 10%*

A L'ATTENTION DE VOTRE MEDECIN !

Ne pas décider seul d'un protocole de sevrage sans avis médical

Quelques conseils :

En cas d'insomnie l'hygiène de vie est primordiale !

- > Pas de sport dans les 2h avant le coucher
- > Horaires fixes de couché/levé, même le week-end
- > Activités physiques régulières
- > Ne pas manger trop lourd le soir ou trop proche du coucher
- > Réserver le lit pour dormir. Si >30 min sans s'endormir, se lever et réessayer plus tard.
- > Eviter les siestes, surtout les siestes longues
- > Rituel du sommeil
- > Se coucher quand on a sommeil
- > Eviter les excitants tels que le café, le thé, l'alcool, la nicotine en fin de journée
- > Eviter les écrans 1h avant le coucher
- > Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

En cas d'anxiété

- > Méditation, relaxation, cohérence cardiaque
- > Respiration abdominale
- > Activités physiques et manuelles
- > Vie sociale
- > Thérapie cognitivo-comportementale (ou TCC)
- > Hygiène de vie

8. Serment d'Hippocrate

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VERDIER Judie

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

VERDIER Judie

La déprescription des benzodiazépines en médecine générale : revue de la littérature et création d'un outil d'aide à la déprescription

Résumé :

CONTEXTE : Les benzodiazépines sont des molécules aux propriétés multiples, très utilisées dans l'insomnie et l'anxiété occasionnelles mais aux nombreux effets secondaires. Elles sont fréquemment prescrites mais, très souvent, la durée de prescription dépasse la durée recommandée. La déprescription et donc le sevrage peuvent alors s'avérer complexes.

OBJECTIF : L'objectif de cette thèse était de réaliser une revue de la littérature sur la déprescription des benzodiazépines en médecine générale pour pouvoir ensuite créer une fiche d'aide à la déprescription.

METHODE : La revue de la littérature a été réalisée à partir des équations définies au préalable. Les articles ont été classés en plusieurs catégories telles que « Etudes qualitatives », « Outils à destination des patients » et « Intervention active du médecin ». La création de la fiche d'aide a été réalisée à l'aide du logiciel Canva à partir des idées principales retenues dans la revue de la littérature.

RESULTATS : La revue montre que les effets indésirables sont un levier efficace pour initier la déprescription, qu'une bonne relation médecin patient est primordiale, et enfin qu'un suivi personnalisé est une clef pour une déprescription et un sevrage réussis.

CONCLUSION : La déprescription est un processus clef de la médecine générale et la déprescription des benzodiazépines est toujours à envisager. La fiche d'aide créée dans cette thèse est un outil qui pourra aider à la fois le médecin et le patient afin d'initier le processus de sevrage et de déprescription. Cet outil doit ensuite être testé en conditions réelles afin de le valider.

MOTS-CLEFS :

- | | |
|------------------|---------------------------|
| -déprescription | -relation médecin patient |
| -benzodiazépines | -effets indésirables |
| -sevrage | -suivi personnalisé |
| -fiche outil | |

