

UNIVERSITE DE NANTES

---

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2006

N° 22

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Qualification en Médecine Générale

par

**Cédric RAT**

Né le 17 novembre 1978, à Vichy (03)

---

Présentée et soutenue publiquement le 6 juin 2006

---

**Observation de 245 prescriptions de benzodiazépines et hypnotiques  
renouvelées au-delà de 12 et 4 semaines en médecine générale.**

---

**Président de Jury : Monsieur le Professeur P. LOMBRAIL**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur J.P. CANEVET**

**Membres du Jury : Monsieur le Professeur J. BARRIER  
Monsieur le Professeur R. SENAND  
Monsieur le Professeur J-M. VANELLE**

# SOMMAIRE

<b>PROLOGUE</b>	<b>p. 7</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>p. 8</b>
<b>PARTIE I : ETAT DES LIEUX BIBLIOGRAPHIQUE</b>	<b>p. 9</b>
<b>A- Benzodiazépines et hypnotiques : quel est le problème ? ( Pourquoi faudrait-il faire moins de renouvellements ? )</b>	<b>p.10</b>
<b>1- Historique</b>	<b>p.10</b>
<b>2- Les recommandations</b>	<b>p.10</b>
2.1- Textes de références	p.10
2.2- Des recommandations peu respectées et peu efficaces	p.11
2.3- Des recommandations critiquées et contournées	p.12
<b>3- Quels enjeux ?</b>	<b>p.13</b>
3.1- Une problématique d'économie de la santé	p.13
3.2- Une problématique éthique de santé publique	p.14
3.3- Une problématique de santé individuelle	p.16
3.3.1- Les effets indésirables selon le Dorosz	p.17
3.3.2- Le risque d'atteinte des fonctions cognitives supérieures	p.18
3.3.3- Le risque de chute	p.19
3.3.4- Les risques pour la conduite automobile	p.20
3.3.5- Une problématique d'épanouissement individuel	p.21
3.4- Prise en compte de ces enjeux en consultation	p.22
<b>B- Benzodiazépines et hypnotiques : qui est concerné ? ( Qui sont les prescripteurs ? qui sont les patients ? Comment se déroule la consultation ? )</b>	<b>p.23</b>
<b>1- Une majorité de prescription par les médecins généralistes</b>	<b>p.23</b>

<b>2-</b>	<b>La place particulière de ces médicaments pour les patients</b>	<b>p.23</b>
<b>3-</b>	<b>Analyser et comprendre la consultation chez le médecin généraliste</b>	<b>p.25</b>
3.1-	L'absence de données	p.25
3.2-	Quelques hypothèses	p.25
	3.2.1- Des renouvellements par facilité	p.25
	3.2.2- Un problème de temps	p.25
	3.2.3- La médicalisation du mal de vivre	p.26
3.3-	Des modèles théoriques de la relation médecin-malade	p.26
3.4-	De nombreuses questions	p.27
	3.4.1- Qui sont les prescripteurs ?	p.27
	3.4.2- Qui sont les patients ? Quel âge ? Quel sexe ?	p.27
	3.4.3- Quels sont les produits prescrits ?	p.28
	3.4.4- Y a-t-il une pression des patients ?	p.28
	3.4.5- Quel est le diagnostic évoqué ?	p.29
	3.4.6- Quelle est l'influence de la co-morbidité ?	p.30
	3.4.7- Quelle est l'influence des liens privilégiés avec des patients réguliers ?	p.30
3.5-	Quels types d'étude pour mieux comprendre ?	p.31

## **PARTIE II : L'ETUDE** **p.32**

<b>1-</b>	<b>Résumé et mots clés</b>	<b>p.33</b>
<b>2-</b>	<b>L'article</b>	<b>p.34</b>
2.1-	Introduction	p.34
2.2-	Objectifs – Hypothèse de l'étude	p.35
2.3-	Méthodologie	p.35
2.4-	Résultats	p.37
	2.3.1- Echantillon étudié	p.37
	2.3.2- Prescriptions	p.37
	2.3.3- Existence d'une « entité diagnostique liée ... »	p.38
	2.3.4- Contexte	p.38
	2.3.5- Complexité de la situation médico-sociale du patient	p.38
	2.3.6- Observation de la discussion autour du renouvellement	p.39
2.5-	Discussion	p.41
	2.4.1- Sur l'objectif	p.41
	2.4.2- Sur la méthode	p.41
	2.4.3- Sur les résultats	p.43
2.6-	Conclusion	p.47
<b>3-</b>	<b>Bibliographie</b>	<b>p.48</b>

## **PARTIE III : DEROULEMENT, SUIVI, ET ANALYSE**

**- A TRAVERS LE ROLE D'ATTACHE DE RECHERCHE CLINIQUE - p.50**

### **A-Déroulement et suivi : p.51**

#### **1- Mise en place de l'étude p.51**

- 1.1- Envoi des courriers d'information p.51
- 1.2- Rôle de l'attaché de recherche clinique p.51
- 1.3- Réunion de présentation de l'étude aux internes p.51

#### **2- Calendrier des relances et du recueil des grilles p.52**

- 2.1- Relance aux différents temps de l'enquête p.52
  - 2.1.1- Retour et relance informelle après réalisation des 1ères grilles
  - 2.1.2- Première relance téléphonique au milieu de l'enquête p.52
  - 2.1.3- Retour et relance sur la fin de l'enquête p.53
- 2.2- Recueil des grilles et questionnaires p.54

#### **3- Déroulement de l'étude, analysé après le retour des grilles p.55**

- 3.1- Répartition dans le temps p.55
- 3.2- Comparaison aux déclarations des internes p.55

### **B- Analyse critique : p.56**

#### **1- Les obstacles au bon déroulement selon les internes p.56**

- 1.1- Les avis émis dans le document transmis à la fin de l'étude p.56
- 1.2- Le retour informel p.57

#### **2- La complexité de la grille d'analyse de consultation p.57**

- 2.1- Analyse des erreurs, incohérences et informations manquantes sur les grilles reçues p.57
  - 2.1.1- Descriptif général p.57
  - 2.1.2- Fréquence des erreurs et informations manquantes, par item
  - 2.1.3- Des pistes d'améliorations p.59
- 2.2- Un travail pour compléter a posteriori certaines informations p.60
  - 2.2.1- Démarche p.60
  - 2.2.2- Graphique p.60
  - 2.2.3- Erreurs et manques persistants après corrections maxi p.61

<b>3- Des éléments qui n'apparaissent pas</b>	<b>p.62</b>
3.1- L'exclusion des consultations «conformes aux recommandations»	
3.2- L'exclusion des stratagèmes pour le renouvellement des hypnotiques	

<b>C-Une expérience de recherche novatrice :</b>	<b>p.64</b>
--	-------------

<b>1- Un travail de groupe</b>	<b>p.64</b>
<b>2- Un travail coordonné par un département de médecine gé.</b>	<b>p.64</b>
<b>3- Un travail pluridisciplinaire</b>	<b>p.65</b>
<b>4- Un travail dans le champ de la médecine générale</b>	<b>p.65</b>
<b>5- Un travail n'augmentant pas la charge de travail des praticiens libéraux</b>	<b>p.65</b>
<b>6- Un travail faisant appel à des internes investigateurs</b>	<b>p.66</b>

<b>CONCLUSION</b>	<b>p.68</b>
-------------------	-------------

<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>p.69</b>
----------------------	-------------

<b>ANNEXES</b>	<b>p.76</b>
----------------	-------------

## **PROLOGUE**

*Michel Dutilleux « Regard critique sur l'usage des benzodiazépines ». La lettre médicale, mars 1984, 84*

*" La première rencontre des prescripteurs français avec les benzodiazépines remonte à un peu plus de 20 ans. Aujourd'hui, plus de trente représentants de cette famille se partagent un énorme marché mondial. Leur banalisation les a fait largement déborder du champ de la décision médicale. De médicament, les benzodiazépines sont devenues « phénomène de société ». Si leur délivrance continue de se faire uniquement sur prescription, celle-ci tend à s'imprégner d'un certain laxisme, la reconduction de traitements en cours et la régularisation d'automédication de fait paraissant l'emporter sur la critique des indications.*

*C'est l'extrême banalisation comme anxiolytique des benzodiazépines qui paraît la plus préoccupante. On peut voir là le reflet d'une perception quelque peu perversie de ce qui constitue la trame de toute personnalité et de toute activité humaine. Le sentiment de tension, occasionnellement d'anxiété, est une composante de notre personnalité. En deçà d'un certain seuil, il contribue à notre activité, et même à nos « performances ». On doit donc s'interroger sur le bien fondé de l'intervention médicale, et plus précisément médicamenteuse, en réponse à des questions formulées le plus souvent en termes d'inconfort. On ne devrait pas perdre de vue le fait que les benzodiazépines sont créditées d'un effet désinhibiteur et qu'à ce titre elles peuvent être considérées comme de véritables psychotropes, modificateurs potentiels de la personnalité et des comportements."*

## **INTRODUCTION**

L'importance de la consommation de psychotropes en France comparativement aux autres pays occidentaux est décrite depuis plusieurs années. Elle a été largement présentée dans de nombreux rapports (5,9,14,16,17,18,19,20,24,25). Revenons dix ans en arrière. Edouard Zarifian, professeur de psychiatrie, remettait au ministère du Travail et des Affaires Sociales un volumineux rapport intitulé "Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France" (25), rapport rendu accessible au grand public sous la forme d'un ouvrage "Le prix du bien-être" (89).

Présenté comme un état des lieux descriptif de la situation et de ses acteurs, ce document de référence peut-être considéré comme un réquisitoire contre notre système de santé, lequel est décrit comme entièrement sous l'influence des intérêts de l'industrie pharmaceutique. Après un tour d'horizons sans équivoque décrivant la surconsommation française en matière d'anxiolytiques et d'hypnotiques, il rappelait l'importance des enjeux en terme de santé publique. Attendant peu de la réglementation de 1991 –qui limite la durée de prescription de ces médicaments (21,22)- il regrettait l'absence de données permettant de comprendre réellement le déroulement des consultations aboutissant à une prescription.

C'est bien à ceci que ce travail a souhaité s'intéresser : comment se joue, dans le secret du cabinet de médecine générale, dans ce tête-à-tête si particulier de la relation médecin-malade, comment se joue le renouvellement de tels médicaments ? Il s'agit donc d'apporter quelques éléments descriptifs permettant de comprendre pourquoi, en dépit de si nombreuses recommandations et réglementations, la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques reste encore si élevée.

La première partie de ce travail est un état des lieux bibliographique. Elle resitue les enjeux de la prescription concernant les benzodiazépines et hypnotiques. Elle rappelle l'acuité de cette problématique en médecine générale. Elle référence quelques travaux réalisés ces dernières années permettant d'éclairer notre problématique.

La deuxième partie décrit, dans un format article, l'étude qui constitue la partie centrale de cette thèse : étude conçue et coordonnée par le Département de Médecine Générale de Nantes, retenue et financée par la Haute Autorité en Santé, étude dont la réalisation a été confiée à l'auteur de cette thèse recruté pour la fonction d' « attaché de recherche clinique ». Elle contient à la fois la méthodologie, les résultats, et la discussion du travail réalisé.

La troisième partie apporte un éclairage sur la réalisation pratique de l'étude, à travers le regard de l'attaché de recherche clinique. Elle fait part de cette expérience de recherche, nouvelle pour l'interne de médecine générale recruté, nouvelle pour le Département de Médecine Générale qui participait pour la première fois à un appel à projet de recherche. Elle

trouve sa place dans une thèse de médecine générale en tant qu'elle vise à l'amélioration des pratiques de recherche dans cette discipline.

## **PARTIE I**

# **ETAT DES LIEUX** **BIBLIOGRAPHIQUE**

## **A – Benzodiazépines et hypnotiques : quel est le problème ?** **( Pourquoi faudrait-il faire moins de renouvellements ? )**

### **1- Historique :**

Eric Klein (56) nous rappelle en quelques lignes comment sont intervenues les recommandations de prescription, telles que nous les retrouvons dans les fiches de transparence de l'AFSSAPS (3).

« Dès les années 1970, une des premières études de pharmaco-épidémiologie plaçait la France en 2<sup>ème</sup> position des pays consommateurs de benzodiazépines après la Belgique. Le rapport Legrain en 1989 (SNIP), chargé d'évaluer la consommation des hypnotiques en France, a conclu à une consommation trop importante et a dénoncé un renouvellement « routinier » des prescriptions. Ce rapport a donné lieu, en 1991, à une première réglementation qui limitait la durée de prescription de ces médicaments. En 1993, dans le cadre de la médicalisation de la maîtrise des dépenses de santé, un système de références médicales a été mis en place dont le double objectif était la maîtrise des dépenses et l'amélioration de la qualité des soins. Le mode de prescription des hypnotiques figurait parmi les premières Références Médicales Opposables (RMO) élaborées en 1993 mais ne fut appliqué qu'à partir de 1995. Ces références médicales ne sont plus opposables depuis l'année 2000. Elles restent cependant d'actualité au même titre que celles issues de l'ANAES. »

### **2- Les recommandations :**

#### **2.1- Textes de références :**

##### **RMO du 14 novembre 1998 (3)**

- Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'anxiété, d'associer deux hypnotiques (benzodiazépine ou autre).
- Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques.
- Il n'y a pas lieu de prescrire des anxiolytiques et/ou des hypnotiques sans tenir compte des durées de prescription maximales réglementaires (incluant la période de sevrage) et sans réévaluation régulière. Les durées de prescription doivent être courtes et ne pas excéder :
  - . 4 à 12 semaines pour les anxiolytiques
  - . 2 à 4 semaines pour les hypnotiques (2 semaines pour le triazolam).

- Il n'y a pas lieu de prescrire un anxiolytique ou un hypnotique sans débiter par la posologie la plus faible, sans rechercher la posologie minimale efficace pour chaque patient, ni de dépasser les posologies maximales recommandées.

#### **Fiche de transparence AFSSAPS (1999) (3)**

Lorsque la décision de prescrire est retenue, réévaluer régulièrement le traitement : son efficacité, la nécessité de le poursuivre, ses effets indésirables pouvant justifier une réduction de posologie, voire un arrêt de l'hypnotique.

#### **Recommandations ANAES : Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du TAG de l'adulte (2001) (6)**

- Les mesures générales incluant les règles hygiéno-diététiques à savoir réduction de la prise de café, arrêt de l'alcool et du tabac, pratique régulière de l'activité physique (grade A) et une psychothérapie non spécialisée sont indispensables.
- Les psychothérapies structurées, en particulier les thérapies cognitivo-comportementales, en fonction de leur accessibilité et du choix du patient, doivent être privilégiées par rapport aux traitements médicamenteux (grade A).
- Chez le sujet âgé, le traitement du TAG est peu documenté. Le risque de toxicité des traitements médicamenteux est majoré (grade B). La prescription à ½ dose des benzodiazépines est recommandée. Leur usage dans ce groupe d'âge doit être limité en raison du risque de chutes (grade B). Les thérapies cognitivo-comportementales ou la thérapie non directive de Rogers sont conseillées seules (grade C) ou associées à un anxiolytique. Une activité physique régulière est recommandée. La prise en charge par l'entourage et le soutien social sont indispensables.
- Chez l'alcoolique, il est recommandé d'éviter les benzodiazépines hors sevrage thérapeutique.[...] Les thérapies cognitivo-comportementales sont recommandées en fonction de leur accessibilité, de leur faisabilité et du choix du patient.

#### **2.2- Des recommandations peu respectées et peu efficaces :**

- Alors que la limitation réglementaire des prescriptions a été instaurée en 1991, Zarifian notait en 1996 (89) que « les consommations régulières de psychotropes représentent les ¾ de la consommation globale des psychotropes ».

Comparant l'évolution de la consommation de tels médicaments en France et dans les autres pays européens, il attirait l'attention sur « la remarquable stabilité de la consommation dans tous ces pays entre 1990 et 1994. [Mais] dans le cas de la France, il est intéressant de se souvenir que, durant cette période, les pouvoirs publics ont limité la durée de prescription, sur une même ordonnance, d'un traitement tranquillisant par benzodiazépines. Même si cette recommandation a été suivie, il semble donc qu'elle ait très peu affecté la consommation globale ; vraisemblablement, au bout de la douzième semaine maximum de traitement ou au cours de la treizième semaine, une nouvelle ordonnance devait être prescrite pour une nouvelle période de douze semaines. »

- Legrain (59) notait en 1998 concernant la prescription d'anxiolytiques et d'hypnotiques « 5 à 7% de la population française adulte en consomme régulièrement. [...] La consommation de cette classe thérapeutique est stable depuis environ une décennie. »
- Une étude de l'URCAM Ile de France en juin 1999 (24) relevait que « ¾ des premières prescriptions d'hypnotiques sont rédigées pour plus de 7 jours et la moitié pour plus de 28 jours ».

Elle notait encore que « près de la moitié des patients étaient traités depuis 5 ans, ¼ au-delà de 10 ans, les traitements de 20 ans n'étant pas exceptionnels ».

- Selon une étude faite en 2000 par les services de la CNAM à l'échelle nationale (16), le pourcentage de la population ayant eu au moins quatre remboursements d'anxiolytiques était de 7,0%, il était de 3,7% pour les hypnotiques.

Selon cette même étude, « en matière d'anxiolytiques et d'hypnotiques, au moins 40% des personnes ont eu 4 remboursements et plus dans l'année 2000, ce qui est en contradiction avec les recommandations médicales et les références médicales opposables établies dans le cadre des conventions entre les médecins et les caisses d'assurance maladie ».

Toujours selon cette étude, « la part des remboursements uniques –c'est-à-dire un seul remboursement identifié dans les douze mois- [n'était que] de 39,4% pour les anxiolytiques, 37,4% pour les hypnotiques »... soit 60% de remboursements multiples laissant envisager une consommation au long cours.

- Selon une étude de la CNAM réalisée en Seine Saint-Denis en 2004 (11), « 11,2% de la population consomme régulièrement des psychotropes (plus de 4 remboursements par an). Parmi les consommateurs réguliers, plus de 40% consomment régulièrement à la fois des anxiolytiques et des hypnotiques ».

### **2.3- Des recommandations critiquées et contournées :**

- En 1996, ZARIFIAN (89) notait que « certaines recommandations concernant les anxiolytiques et les hypnotiques revêtent un caractère irréaliste dans leur application. Un exemple en est donné par la limitation dans le temps de la prescription des benzodiazépines anxiolytiques ou hypnotiques. Cette limitation n'est pas compatible avec les centaines de milliers de malades qui consomment régulièrement, depuis des années, ces médicaments. Les médecins ont donc le sentiment que l'on ne tient pas compte de la réalité de leur pratique professionnelle. Certes, très peu d'entre eux sont capables de réaliser en ambulatoire, dans des conditions de sécurité, un sevrage aux benzodiazépines. Cela ne leur a jamais été enseigné. Mais le fait que les malades soient dépendants leur échappe aussi très souvent. C'est pourquoi, critiquant les références médicales qui sont fondées à la fois sur le bon sens et sur des principes élémentaires de pharmacologie clinique, ils revendiquent que leur seule pratique quotidienne et ses modalités deviennent valeur de référence. »

- Selon Chagnon (42), « la limitation de la prescription des hypnotiques à quatre semaines, en la rendant plus contraignante et en indiquant clairement un seuil de durée qu'il vaut mieux ne pas dépasser, a visé à réduire la consommation exagérée des hypnotiques dans notre pays. La difficulté a été bien souvent contournée par le relais avec des benzodiazépines non répertoriées comme hypnotiques (de prescription limitée à douze semaines), par l'inscription de posologies plus fortes que celles du traitement réellement indiqué au patient, la mensualisation de la consultation de renouvellement ... ».
- Au total, même une campagne de sensibilisation (8)-menée par l'échelon local du Service Médical de l'Assurance Maladie auprès des professionnels- sur la nécessité de se conformer aux recommandations s'avère finalement peu efficace. Les auteurs notent ainsi : « Malgré la campagne de sensibilisation auprès des médecins et des pharmaciens, aucune amélioration des pratiques n'a été observée entre 2001 et 2004. Le constat d'une consommation excessive soulignée par de nombreuses études est toujours d'actualité malgré des recommandations médicales et un encadrement réglementaire plus précis. Sauf à démontrer qu'il existerait une exception française, se pose la question de trouver les axes et les moyens de communication plus efficaces tant auprès des professionnels de santé que de la population pour lutter ensemble contre ce fléau de santé publique. »

### **3- Quels enjeux ?**

#### **3.1. Une problématique d'économie de la santé :**

Si l'on ne peut réduire l'objectif des recommandations à une seule problématique d'économie de la santé, l'impératif de maîtrise des dépenses de la branche maladie de la Sécurité Sociale a clairement participé à la mise en place de l'encadrement des prescriptions (particulièrement concernant la limitation des durées de prescription en 1991, et l'établissement de Références Médicales Opposables en 1993).

L'importance de la classe médicamenteuse constituée par les anxiolytiques et les hypnotiques peut être estimée à partir de diverses études.

- En 1990, Legrain (18) retrouvait que 25 à 30% des Français avaient alors consommé des hypnotiques ou des tranquillisants au moins une fois dans l'année.
- En 1996, Zarifian (89) relate l'enquête nationale menée par le Service Médical de l'Assurance Maladie en 1993, au terme de laquelle il apparaissait que 14,81% des ordonnances analysées comportaient la prescription d'au moins un médicament anxiolytique ou hypnotique.

Il notait encore qu' « après cinquante ans pour les femmes et soixante ans pour les hommes, plus d'une personne sur six y a recours ».

- En 2001, Ortega (64) publie une étude faite auprès de 31 médecins généralistes en Aquitaine : à l'inclusion, 16,7% prenaient un traitement par anxiolytique et/ou hypnotique.
- L'étude nationale publiée en 2003 par la CNAM (16) sur les prescriptions de psychotropes de l'année 2000 s'intéresse au pourcentage de la population ayant bénéficié au moins une fois d'un remboursement de certains médicaments. Ce « taux était de 17,4% pour les anxiolytiques, [...], 8,8% pour les hypnotiques. » Ces chiffres sont les plus récents au plan national et sont référencés sur les documents de communication pour la Convention Médicale 2005 (7).
- Une note d'information de la CNAM sur le site de la CPAM de Seine Saint-Denis (11) fait part enfin de remboursements à hauteur de « 320 millions d'euros pour les anxiolytiques et hypnotiques en 2004. 24,5% de la population a bénéficié au moins une fois d'un remboursement de médicaments psychotropes ». L'objectif comptable est alors clairement rappelé : « en Seine-Saint-Denis, les montants remboursables d'anxiolytiques et d'hypnotiques ont diminué de 0,74% entre janvier et mai 2005 par rapport à la même période l'an dernier [pour un] objectif national de baisse de 10% en 2005... »

Tous ces chiffres sont au total assez concordants : ils permettent de conclure à une relative stabilité des prescriptions d'anxiolytiques et hypnotiques, qui concernent chaque année un quart de la population française ... On peut en particulier noter que les évaluations « basses » correspondent à des enquêtes menées ponctuellement, proposant des chiffres observés sur une durée limitée, les chiffres étant naturellement plus élevés lorsqu'on s'intéresse à une période d'un an (puisqu'on identifie alors plus de consommateurs occasionnels).

### **3.2- Une problématique éthique de santé publique :**

Si l'importance des économies en jeu pourrait justifier à elle seule l'existence de recommandations, on ne peut que s'interroger devant les chiffres avancés. Il s'agit en effet de s'imposer une réflexion dès lors que l'on réalise que un quart de la population française consomme chaque année des anxiolytiques et hypnotiques.

Pour ce qui concerne la consommation régulière, les chiffres fournis en 2000 par l'enquête de Lecadet et al. (16) –à partir des remboursements annuels de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés- permettent de calculer le nombre de patients ayant bénéficié du remboursement d'un anxiolytique ou hypnotique « plus de 1 fois dans l'année ». L'estimation ainsi réalisée détermine que 15% de la population française consomme des anxiolytiques ou hypnotiques de façon non épisodique ... soit tout de même 9 millions de personnes. Les personnes bénéficiaires de remboursements au moins 4 fois par an représentent à elles seules une population de ... 6 millions de patients.

Si l'on rapporte ces chiffres à la population de plus de 20 ans -en se référant à la structuration de la population française selon l'INSEE (94)-, c'est une personne sur 5 (20% des patients de plus de 20 ans) qui se voient prescrits des anxiolytiques ou hypnotiques plus de 1 fois par an. Pour les consommations très régulières (au moins 4 remboursements par an), la même démarche identifie 13,3% des plus de 20 ans ... soit près d'une personne sur 7.

Déjà en 1989, le rapport DUBOIS s'alarmait : « Le développement d'une dépendance médicamenteuse dans une partie aussi importante de la population est un problème de santé publique. La prescription massive de tranquillisants est une solution inadaptée aux problèmes de l'anxiété et des difficultés à vivre dans des sociétés, qui associent de multiples contraintes à un affaiblissement des rapports affectifs et de la solidarité « non financière » entre les individus. [...] Accepter cette dépendance serait admettre que le traitement d'une maladie de société consiste à prendre un produit qui pourrait aider à la supporter. »

En 1994, les pouvoirs publics (MIRE), se préoccupant de la consommation élevée de psychotropes, lançaient des appels à projets de recherche précédés d'une présentation dans laquelle on pouvait lire : « Les psychotropes peuvent apparaître, dans les faits, en première ligne des réponses que la société propose aux situations anxiogènes qui l'affectent globalement, ou qui touchent certains groupes de la population. En ce sens, leur usage serait un baromètre sensible des situations sociales de crise. [...] Ils sont donc utilisés dans des épreuves graves de l'existence –autrefois largement prises en charge par les pratiques rituelles, imaginaires et symboliques-, mais aussi, plus quotidiennement, dans la « gestion » de la conflictualité sociale ou familiale et des tensions adaptatives qui habitent les individus. Comment interroger alors les frontières entre souffrance pathologique et malheur ordinaire dans un contexte où un objet médical peut être amené à répondre aux frustrations du quotidien et aux situations de perte ? »

C'est donc la question de la médicalisation des difficultés de l'existence qui est posée. Le Haut Comité de Santé Publique le soulignait en Belgique dès 1994 : « L'enjeu de la santé est plus que jamais sensible : la santé n'est plus seulement perçue comme l'absence de maladie ou de handicap, elle tend à se rapprocher de la notion de bien-être, de bonheur, voire de mieux-être et de performance. »

Faut-il trouver une réponse dans la définition de la santé donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé ? « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. »

Faut-il dès lors confier au médecin cette tâche immense ? Citons cette thèse réalisée auprès de femmes consommatrices au long cours de benzodiazépines (35) :

« La souffrance des femmes ne dérange ni l'ordre social, ni l'harmonie entre les sexes. Elle se manifeste moins souvent par des comportements tels que violence, cris, ou suicide. Mais les statistiques sont là pour rappeler que grandit chez certaines une anxiété, et un besoin de réponse à cette expression d'un nouveau mal être.

Répondre, mais comment ? Le médecin prend la place du confesseur, du confident et devient par là même possesseur d'un pouvoir imaginaire, auquel l'université ne l'avait pas préparé. Or la médecine évolue de façon spectaculaire, et traite avec succès de nombreuses maladies, de telle sorte que dans la société actuelle de consommation et d'obligation de résultats, une

solution rapide se met en place, par l'élaboration d'une ordonnance, témoin d'un devoir accompli. »

Une étude réalisée en population non institutionnalisée en France -citée par Lecadet (16)- retrouvait en particulier 40% de personnes alléguant des troubles du sommeil chez les sujets de 75 ans et plus ... faudra-t-il donc tout traiter par les médicaments ?

M. Jaëger (86), soulignant le nombre de personnes concernées, analyse ainsi la situation :

« De tels chiffres conduisent à considérer que la psychiatrie n'est pas seulement une science des maladies mentales devant faire l'objet de prises en charge lourdes, mais une « médecine du sujet souffrant », qui englobe ce que Hannah Arendt appelait « la peine à vivre ». Cette expression inclut à la fois des troubles relevant d'entités cliniques et une perception plus diffuse de la souffrance psychique : ce que les uns ou les autres qualifient encore de mal-être, de mal de vivre, d'angoisse existentielle, de malaise dans les esprits et dans la civilisation..., toutes notions qui ont un dénominateur commun : une perte de sens plus ou moins exprimable, d'autant mal supportée qu'elle s'accompagne d'une perte de prise sur sa vie. La souffrance des individus semble devoir être conjurée à tout prix, en raison de son scandale, au sens théologique du terme, et de son coût social. [...] La découverte, puis la banalisation des médicaments psychotropes, seront une autre voie dans cette convergence entre le désir de paix du sujet souffrant et un mode de régulation sociale : pour la première fois dans l'histoire, on dispose d'un traitement pharmacologique pour des troubles ayant largement leur origine dans un dysfonctionnement social : solitude, tensions familiales ou professionnelles, difficultés de relations avec l'autre, problèmes sexuels, etc ... Les médicaments psychotropes ont ainsi ouvert la voie d'une chimiothérapie du social qui est nécessairement préoccupante. »

### **3.3- Une problématique de santé individuelle :**

Les paragraphes précédents montrent les enjeux représentés par la consommation de benzodiazépines et hypnotiques pour les pouvoirs publics. Reste que de tels enjeux interviennent difficilement dans la négociation qui se joue au cours de la consultation au cabinet. La subtilité de la relation médecin-malade, entièrement orchestrée autour du principe de bienfaisance, rend peu lisibles des éléments de décision relevant d'une éthique de santé publique.

Analysée sous le prisme de la médecine générale, telle qu'elle s'exerce en cabinet libéral, la mesure de la balance bénéfice/risque doit être considérée séparément et individuellement pour chaque patient. Dès lors, les logiques économiques et autres logiques de santé publique ne pourront intervenir dans le processus de décision menant à la prescription que si la problématique de santé individuelle du patient –principale déterminant de la décision- s'en accommode.

Quels sont les éléments à prendre en compte au plan individuel ?

#### **3.3.1- Les effets indésirables selon le Dorosz (92) :**

Effets indésirables des benzodiazépines :

- en rapport avec la posologie et/ou la sensibilité individuelle : somnolence, difficultés de concentration, hypotonie, sensations ébrieuses, plus rarement réactions paradoxales (irritabilité, agressivité, excitation, confusion, syndrome d'amnésie-automatisme, amnésie antérograde)
- en utilisation prolongée et/ou à forte dose : développement d'une tolérance, et risque de dépendance physique et psychique pouvant entraîner à l'arrêt un syndrome de sevrage (anxiété, insomnie, irritabilité, céphalées, myalgies, plus rarement agitation, épisodes confusionnels, dépersonnalisation, hallucinations, convulsions)
- très rares : hépatites (chlordiazépoxyde), dysphagie, réactions cutanées allergiques
- surdosage : état ébrieux, somnolence, coma, dépression respiratoire

Effets indésirables de Zopiclone/Imovane :

- en rapport avec posologie et sensibilité individuelles : somnolence diurne, hypotonie musculaire, bouche sèche, céphalées, asthénie, amnésie antérograde, sensations ébrieuses, plus rarement réactions paradoxales d'irritabilité, d'agressivité, d'excitation, syndrome confusionnel ou confuso-onirique
- possibilité de syndrome de sevrage à l'arrêt brutal du traitement : anxiété, insomnie, tremblements, crampes, nausées, plus rarement incidents majeurs (convulsions, état de mal myoclonique, syndrome confusionnel)
- sensation de goût métallique, possibilité de réactions cutanées allergiques
- surdosage : état ébrieux, somnolence, coma, dépression respiratoire

Effets indésirables de Zolpidem/Stilnox :

- en rapport avec posologie et sensibilité individuelles : sensations vertigineuses (5%), somnolence diurne (5%), céphalées (3%), nausées et/ou vomissements (2,5%), asthénie (2,4%)
- très rares : amnésie antérograde, agitation nocturne, cauchemars, syndromes confusionnels transitoires, hallucinations hypnagogiques, syndrome dépressif, diplopie, tremblements, démarche instable, ataxie, chutes, diarrhée
- possibilité de syndrome de sevrage à l'arrêt brutal du traitement : anxiété, insomnie, tremblements, crampes, nausées, plus rarement incidents majeurs (convulsions, état de mal myoclonique, syndrome confusionnel)
- surdosage : troubles de la conscience modérés sans dépression cardio-respiratoire

On peut re-classer ces effets indésirables en 3 catégories, dans la perspective du renouvellement de traitement.

Une première catégorie peut être constituée par les réactions paradoxales et par les effets indésirables somatiques non dose-dépendants. Pour cette catégorie, la question du renouvellement ne se pose pas vraiment en terme de renouvellement systématique. Il y a en effet d'évidence signalement des effets intervenus par le patient et le renouvellement ne se fait pas automatiquement.

Une deuxième catégorie peut être constituée par les effets en rapport avec la posologie, et les effets d'un surdosage modéré. Ces effets sont naturels, attendus, parfois souhaités, et l'on parlera d'effet indésirable selon leur caractère invalidant. Ils amèneront éventuellement à des adaptations de posologie.

Une troisième catégorie peut être constituée par la tolérance et la dépendance au médicament, éventuellement sources de syndrome de sevrage à l'arrêt. Elles sont une motivation pour le médecin à ne pas poursuivre le traitement. Mais par essence, ces effets amènent le plus souvent et inversement le patient à solliciter un renouvellement.

Si l'on considère maintenant la population concernée par le renouvellement hors recommandations, on identifie a priori une population prenant ces médicaments sur le moyen ou long terme. Ceci sélectionne notre population et l'existence de réactions paradoxales ou d'effets indésirables somatiques non dose-dépendants est très rare.

Le renouvellement se joue donc a priori autour de l'adaptation de posologie (2<sup>ème</sup> catégorie d'effets indésirables) et autour du risque de tolérance/dépendance.

### **3.3.2- Le risque d'atteinte des fonctions cognitives supérieures :**

L'existence d'un tel risque est fréquemment évoquée.

L'existence d'une amnésie antérograde après prise ponctuelle de traitement apparaît bien décrite (3) (29) (42) (46) (92).

Pour les effets des prises répétées, les conclusions sont plus controversées.

Il est d'usage de parler de retentissement sur les fonctions cognitives avec les patients. On retrouve ces affirmations dans la presse médicale. Ainsi DELAGE (46) note à propos des anxiolytiques : « les effets sur la mémoire sont bien connus avec les benzodiazépines. En prise ponctuelle, les effets consistent en une amnésie antérograde, particulièrement marquée avec les produits à demi-vie courte. En prise répétée, les troubles portent sur les performances de rappel en mémoire différée, alors que la mémoire à court terme est conservée. Il existe cependant d'importantes variations individuelles. Ces troubles mnésiques sont majorés chez le sujet âgé et peuvent conduire à des états confusionnels. »

Toutefois, les avis sont parfois plus mesurés. Citons CHAGNON (42) : « les benzodiazépines à demi-vie courte, administrées en prise ponctuelle provoquent une amnésie antérograde qui peut s'accompagner de levées d'inhibition.[...] Les effets aigus du zolpidem et de la zopiclone se distinguent peu de ceux des benzodiazépines. [...] L'effet sur la mémoire de la prise à long terme de benzodiazépines ou apparentés est beaucoup plus controversé. L'argument est souvent utilisé pour inciter les personnes âgées à réduire leur dépendance, bien souvent sans succès. »

2 études permettent de mettre en perspective ces affirmations et controverses.

MESA (32) a réalisé en 1988 une étude, chez 108 patients hospitalisés âgés de 50 à 98 ans, sur le retentissement de la prise au coucher d'une benzodiazépine hypnotique sur les fonctions cognitives -en particulier la mémoire- et sur la vigilance. Les benzodiazépines utilisées étaient: le flunitrazépan 2mg (Rohypnol), le témazépan 20mg (Normison), le loprazolam (Havlane) et le triazolam 0,25 (Halcion). Elle a fait appel aux tests de l'EFRC, du Trail Making test A, et à la reconnaissance des mots de Rey. Les tests étaient réalisés le soir avant prise de traitement, le traitement (ou le placebo) était pris au coucher, puis les tests étaient re-proposés au matin.

Les moyennes des scores à l'EFRC sont identiques avant et après prise de benzodiazépines ; par contre sous placebo, les scores sont plus élevés le lendemain. Il est donc probable que la prise de benzodiazépines gomme l'apprentissage du test. Le subtest de l'EFRC, attention et mémoire, n'a été perturbé de façon significative que sous flunitrazépan 2mg.

La vigilance et l'attention des patients n'ont pas été prises en défaut par le Trail Making test A. La reconnaissance des mots de Rey était diminuée sous placebo le lendemain matin, mais elle l'était de manière plus importante après prise de benzodiazépines.

Au total, l'auteur conclut qu'il n'est pas possible de mettre en évidence une baisse des fonctions cognitives significative (en particulier sur l'attention et la vigilance) après prise de benzodiazépines... posant par contre la question d'une altération rétrograde de la qualité des informations stockées avant la prise du traitement.

Cette étude est notamment intéressante parce que la taille de l'échantillon correspond à l'ordre de grandeur des effectifs de patients sous benzodiazépines dans une clientèle de médecine générale, que l'on peut estimer à 300-400 personnes. On peut mieux comprendre la situation du médecin généraliste dont l'expérience empirique ne permet pas d'identifier clairement le retentissement sur les fonctions supérieures des traitements anxiolytiques et hypnotiques, alors même que ceux-là sont parfois bien décrits.

L'étude Benzodem en 2002 (57) (3777 patients inclus sur 8 ans) réalisée dans une population du Sud Ouest de la France montrerait que l'utilisation des benzodiazépines est associée à une légère augmentation du risque de démence chez les sujets âgés de 65 ans et plus. Cet effet semble essentiellement lié à une utilisation ancienne, l'utilisation actuelle ou récente de benzodiazépines ne modifiant pas sensiblement ce risque.[...] L'auteur conclut : « même si [...] nos résultats méritent d'être validés, en terme de force d'association et de causalité, ils plaident fortement en faveur d'une meilleure application de ces recommandations. En effet, une association de l'ordre de celle retrouvée dans notre étude correspondrait, si elle était causale, à plusieurs milliers de cas incidents de démence par an en France, a priori évitables. »

### **3.3.3- Le risque de chutes :**

Il est lui aussi souvent avancé et l'on conçoit assez bien que les propriétés sédatives des traitements par benzodiazépines et/ou hypnotiques puissent augmenter ce risque chez la personne âgée.

Lecadet (16) note ainsi dans le Journal de l'Assurance Maladie : « Un tel niveau de consommation à un âge avancé est préoccupant, ne serait-ce qu'au regard du risque accru de chutes. [...] Aujourd'hui, on estime que les psychotropes sont responsables chez les sujets âgés d'environ 30% des chutes en institution et de 20% des chutes à domicile. Dans une étude

randomisée réalisée en 1999, Campbel et coll. ont mis en évidence l'effet favorable de l'arrêt progressif des psychotropes. Le risque de chute est alors réduit de 66%. »

Pour autant, il est intéressant de noter les résultats de l'étude «Benzodiazépines et fractures du col chez la personne âgée : étude cas-témoin » (1062 patients) parue dans le BMJ en 2001 (68).

Les auteurs concluent que le fait de consommer des benzodiazépines à l'admission à l'hôpital n'est pas associé à un risque plus élevé de fracture du col. Il existait par contre une corrélation entre l'événement fracture du col et la consommation d'un nombre de benzodiazépines supérieur ou égal à deux. Après analyse individualisée pour chaque molécule, seul le lorazépam s'avérait à lui tout seul associé à un risque plus élevé de fracture du col.

### **3.3.4- Les risques pour la conduite automobile :**

Dans le cadre de la politique de lutte contre l'insécurité routière, définie comme objectif prioritaire par le gouvernement, l'A.F.S.S.A.P.S. a nommé un comité d'experts chargé de définir 3 niveaux de risque associés à la consommation de différentes classes de médicaments.

Le document de synthèse établi en septembre 2005 rappelle (4) :

« Tout traitement anxiolytique peut représenter un danger pour la conduite automobile ; on sera particulièrement attentif aux médicaments de la classe des benzodiazépines, les plus fréquemment utilisés et les plus souvent retrouvés chez les responsables d'accidents graves. Leur retentissement sur les capacités de conduite est principalement dû à leurs effets sédatifs et au ralentissement psychomoteur :

- diminution des capacités à répondre à des situations d'urgence,
- augmentation des temps de réaction aux stimuli visuels et auditifs,
- altération de la coordination et du contrôle des mouvements,
- réduction de la capacité à suivre une cible mobile.

La décision de prescrire un anxiolytique à un patient susceptible de conduire doit donc être soigneusement pesée, l'utilisation des formes injectables ou de doses élevées étant incompatible avec la conduite. »

« Hypnotiques : ici encore, les substances les plus couramment utilisées appartiennent à la famille des benzodiazépines ou assimilées. L'objectif de ces médicaments étant d'obtenir l'endormissement, il est évident que la conduite de véhicules est formellement déconseillée après la prise. De plus, la sédation peut persister le lendemain de la prise et retentir sur l'aptitude à conduire ou exécuter des tâches précises au cours de la journée. Cet effet résiduel dépend des propriétés pharmacocinétiques de la substance, mais aussi de la susceptibilité individuelle du patient et de la qualité du sommeil dont il a bénéficié (bien s'assurer qu'il a dormi assez longtemps) ; il n'est donc généralement pas possible d'indiquer un délai à partir duquel l'aptitude n'est pas modifiée par une substance donnée. »

### **3.3.5- Une problématique d'épanouissement individuel :**

Au cours de notre démarche, nous avons été préalablement amenés à réaliser l'importance des enjeux de société, associés au renouvellement de benzodiazépines et hypnotiques. Nous avons encore pu extrapoler la difficulté pour le médecin généraliste d'intégrer de tels éléments dans son processus de décision, quand son mode d'exercice amène à privilégier par-dessus tout le bien-être du patient qui vient le consulter. Interviennent alors les questions des effets indésirables potentiels du traitement -dont la prise en considération peut être rapportée au respect d'un principe éthique de non-malfaisance- mais dont on mesure combien ils ne sont pas tous faciles à établir.

La prise de décision du médecin généraliste se fait finalement autour du principe de bienfaisance, qui amène à répondre à la question suivante : en renouvelant le traitement, est-ce que je réalise une action bonne pour mon patient ? C'est -pour la classe de médicaments ici considérée- la question de l'épanouissement psychologique du patient qui est posée, et la question de la finalité du traitement qu'il faut reprendre.

Il est alors intéressant de se pencher sur l'approche originale proposée dans sa thèse par une interne de médecine générale d'Angers (35). S'intéressant à la prescription de benzodiazépines chez les femmes, l'auteur développe une approche centrée sur la psychologie de ces patientes, rapportée à leur histoire de vie.

Elle introduit son travail par un retour sur quelques rappels et définitions.

« Dans l'encyclopédie Médico-Chirurgicale sont décrits les modèles animaux qui ont permis de déterminer les caractères pharmacologiques des benzodiazépines. Parmi ces modèles, plusieurs expériences mettent en exergue la faculté des benzodiazépines à rendre tolérable, ce qui ne devait pas l'être. Ainsi lors d'un test de punition, les animaux cessent d'appuyer sur le levier qui leur procure une récompense alimentaire, dès que celle-ci est couplée avec une punition. Alors que les anxiolytiques de type benzodiazépine entraînent une atténuation du blocage comportemental pendant les périodes punies, les animaux ainsi traités persistent à actionner le levier malgré la punition. Cet exemple est grossier. Cependant il illustre l'une de nos interrogations : quelle est la finalité de nos prescriptions par benzodiazépines, sommes nous des « extincteurs » d'un feu pourtant utile à la vie de nos patientes ? »

L'angoisse et l'anxiété se trouvent bien souvent à la frontière entre le normal et le pathologique. Si elle est génératrice de malaise, l'angoisse est aussi source de création, de force motrice. Elle est indispensable lorsqu'elle ne déborde pas la personne qui la vit. « Sentiment diffus, sournois et implacable, dépourvu de tout objet contrairement à la peur qui sait identifier ses démons, l'angoisse semble inhérente à la condition humaine » (53).

Judicieusement, on peut se référer à quelques définitions. D'après le Petit Larousse, l'anxiété se définit par « la vive inquiétude née de l'incertitude d'une situation, de l'appréhension d'un événement ». Quant à l'angoisse, elle se définit comme « l'inquiétude profonde, la peur intense, née d'un sentiment de menace imminente et accompagnée de symptômes neurovégétatifs caractéristiques ».

Le sentiment d'angoisse, note l'auteur (35), permet donc d'être vigilant, attentif aux éventuelles menaces qui [nous] entourent. Ainsi les événements stressants permettent parfois aux individus de découvrir ce qui est important dans leur vie, de tester leurs propres limites,

d'utiliser des ressources cachées, de découvrir le soutien disponible autour d'eux. Ils représentent l'occasion de mettre en place de nouveaux comportements plus adaptés.

Zarifian (90) décrit aussi ce processus d'adaptation, qui amène le sujet souffrant, en position inconfortable, à se transcender.

« Face à la souffrance, celle que certains d'entre nous éprouvent de façon spécialement aiguë sous l'effet de circonstances exceptionnelles, mais surtout celle que nous éprouvons tous un jour ou l'autre –la perte d'un amour ou l'échec d'une ambition, la maladie qui envahit, l'âge qui vient, la déception, l'ennui persistant-, quels sont nos recours ? Accuser les autres et faiblir ? Nous en remettre à des recettes miracles ou à des traitements mécaniques ? Gémir, haïr, nous plaindre à l'infini ? »

« La souffrance naît de notre capacité plus ou moins grande à accepter cette déception, à composer avec le réel et à nous adapter à la situation que nous vivons, même si elle ne correspond pas à notre idéal. Ce qui provoque en nous plaisir ou souffrance naît des relations que nous établissons avec des personnes, des situations, des idées, des objets auxquels nous attribuons une valeur affective –donc symbolique- ou qui sont la source d'une attente. »

### **3.4- Prise en compte de ces enjeux en consultation :**

Au total, dans le temps de la consultation, dans le cadre de la relation singulière avec son patient, pourquoi le médecin devrait-il arrêter le traitement par anxiolytique ou hypnotique habituellement prescrit à son patient ?

On peut imaginer la faible portée des enjeux économiques et de santé publique, enjeux "théoriques" désincarnés, alors que se retrouvent en tête-à-tête deux êtres humains, dont l'un –le soignant- a vocation à venir en aide à l'autre -le patient-. Alors que l'ensemble de l'art du médecin s'articule par ailleurs autour d'un principe de bienfaisance centré sur la demande de son patient, quelle motivation aurait-il à arrêter un traitement -souvent modérément dosé- dont le renouvellement depuis des années signe la bonne tolérance, traitement dont l'efficacité est par ailleurs avérée (quand bien d'autres se voient déremboursés du fait d'insuffisance de Service Médical Rendu) ?

Alors ne persiste qu'une seule question : en renouvelant la prescription de benzodiazépine ou hypnotique de son patient, le médecin va-t-il servir son patient ? Va-t-il lui apporter cette aide spécifique et nécessaire qui à elle seule justifie de sacrifier les enjeux de Santé Publique ?

Cette question, chaque renouvellement amène à la repenser, tous les jours, plus ou moins explicitement. Pour aboutir à la décision s'engage un processus dont l'existence est plus ou moins formalisée dans la consultation. Quels en sont les acteurs ? Quels éléments interfèrent ensuite dans ce processus de décision ? C'est l'objet de ce travail.

## **B – Benzodiazépines et hypnotiques : qui est concerné ?**

- > Qui sont les prescripteurs ?
- > Qui sont les patients ?
- > Comment se déroule la consultation ?

### **1- Une majorité de prescription par les médecins généralistes :**

Le médecin généraliste est assez naturellement le premier professionnel de santé sollicité par les patients présentant des problèmes psycho-sociaux. Cette place privilégiée du médecin de famille est retrouvée en France, mais aussi dans les autres pays européens où le généraliste exerce son activité en libéral (37).

Il est donc naturellement le principal prescripteur des traitements par anxiolytiques et hypnotiques.

Toutes les études concordent en ce sens : depuis les chiffres retrouvés en 1993 (source CNAMTS) et 1996 (25) (67) qui faisaient état de 83-84% de prescriptions d'anxiolytiques et hypnotiques par les médecins généralistes, en passant par les chiffres fournis par l'industrie pharmaceutique ou les études locales, URCAM Ile de France en 1999 (24), CNAM Seine Saint-Denis en 2005 (11).

Au total, on peut considérer que 80 à 90% des benzodiazépines et hypnotiques sont prescrits par les médecins généralistes. Inversement, le suivi est assuré par le psychiatre dans 10 à 20% des cas, et ce d'autant plus qu'il y a co-prescription d'anxiolytiques et hypnotiques, ou que le nombre de molécules est élevée (24,25).

On peut noter par ailleurs que parmi les patients consommateurs de psychotropes, ce sont les consommateurs d'anxiolytiques et d'hypnotiques (9,5 et 10,6%) qui ont le recours le plus faible au suivi par un psychiatre libéral (16).

### **2- La place particulière de ces médicaments pour les patients :**

Une étude réalisée dans le bocage normand (49) s'est intéressée aux rapports des patients à leurs médicaments, et à la relation privilégiée entretenue par les patients avec leurs traitements psychotropes. "Lorsqu'il est question de psychotropes (anxiolytiques et hypnotiques essentiellement), nos interlocuteurs se situent dans une occultation du médical ou, du moins, dans une difficile reconnaissance de sa légitimité. Les conduites d'automédication tendent alors vers un usage autonome, intime, de produits qui cependant sont tous prescrits et délivrés selon la réglementation de la liste I, c'est-à-dire sur prescription,

renouvelée sur les indications expresses du médecin. Pour une bonne part, le praticien qui ajoute la boîte de "médicament pour dormir ou pour les nerfs" en fin d'ordonnance, est exclu du diagnostic et, cela va de soi, de la surveillance du traitement. Ces médicaments sont conseillés à des proches, la fille à sa mère lors d'un deuil, voire empruntés ou donnés à des étrangers. [...] Le patient, qui attribue son anxiété ou son insomnie à des causes événementielles, décide tout naturellement d'arrêter brutalement le traitement anxiolytique lorsque ses conditions de vie changent, sans même penser à demander l'avis de son médecin. Il diminue les doses de même. Nous notons des conduites d'abandon ou de minoration ou encore d'ajustement de traitement. [...] Les notions d'automédication et de non-observance se recourent ici, témoignant de la liberté que revendiquent les consommateurs en la matière. Tout comme le sommeil, inscrit dans la succession des rythmes quotidiens intimes, s'accommode mal d'intrusions étrangères, les remèdes de l'endormissement se perçoivent mal comme soumis aux législations contraignantes du code de la santé publique. Leur simple rappel par l'un quelconque des personnels de santé apparaît comme violence incongrue.

[...]

Les traitements anxiolytiques apparaissent, selon les cas et parfois pour deux benzodiazépines différentes chez la même personne, nécessaires ou accessoires. Est nécessaire l'hypnotique du soir rétablissant l'équilibre perturbé du cerveau. Est accessoire l'anxiolytique dont la prise de midi est supprimée.

[...]

La dépendance ordinaire, si l'on peut dire, celle du "petit comprimé" de benzodiazépine ou d'hypnotique du coucher, relève pour les personnes d'un registre tout autre, celui de l'"habitude", qui peut être entendue comme mauvaise. C'est un "mauvais pli" dans lequel on "retombe". [...] Une majorité de nos interlocuteurs souhaiteraient néanmoins se dégager de ce "mauvais pli", parce que l'introduction d'un produit à la place d'habitudes et de rythmes intimes, les trouble."

M.C. Roche Legeay, interne de médecine générale à Angers, a développé dans sa thèse – nous l'avons déjà mentionné – une approche originale (35). Elle rappelle ainsi comment s'établit au fur et à mesure une stigmatisation de la patiente dans un statut de presque malade qui lui permet 2 choses : d'être malade sous le regard des autres et d'elle-même quand cela l'arrange inconsciemment (angoisse quand elle se sent incapable de gérer une tâche extérieure, qu'elle n'arrive pas à compenser au niveau endogène), et de ne pas être malade quand elle arrive à faire face, quand "ça peut aller".

M.C. Roche Legeay renvoie de même la prise de médicament à une problématique de sécurité et de réassurance, chez des femmes dans le déni, ne sachant faire face à leurs difficultés d'émancipation. "La molécule a une fonction symbolique de type catastrophique, elle colmate un manque pour oublier la peur de l'effondrement." (84)

Au total, l'auteur distingue 4 sens attribués à cette consommation prolongée : "extinction et sécurité" (stratégie d'évitement de la souffrance psychique), "maman de substitution" (rôle de réassurance), "réparation et immédiateté", "incapacité à gérer elles-mêmes".

Certes, tous les patients et patientes consommateurs de benzodiazépines et hypnotiques ne rentrent pas dans cette description. En particulier, l'auteur a sélectionné sa population (femmes de 18 à 60 ans sous benzodiazépines au long cours). Mais on perçoit bien à travers cette analyse l'investissement symbolique porté par les patients dans de telles molécules.

### **3- Analyser et comprendre la consultation chez le médecin généraliste ?**

#### **3.1- L'absence de données :**

Cette question était déjà posée il y a 10 ans dans le rapport Zarifian (25), lequel déplorait « l'absence totale de données sur la qualité de la prescription –raisons exactes, motivation et nature des changements, des substitutions, des arrêts- ». « Comme on l'a vu [notait alors Zarifian] seules des informations quantitatives sont disponibles ».

[...]

« Comprendre nécessiterait de savoir, au-delà des chiffres bruts, pourquoi le médecin prescrit ces médicaments, pourquoi il arrête un traitement, substitue un médicament à un autre, etc. Bref, il faudrait connaître les aspects qualitatifs de la prescription et pas seulement les données quantitatives. Or ces données n'existant pas, on est contraint aux hypothèses. »

Il proposait pour répondre à cet écueil la création d'un observatoire national de la prescription médicamenteuse, structure qui devait permettre de fournir un état des lieux permanent de la prescription, en regroupant les informations et en analysant les déterminants médicaux, sociaux, culturels, promotionnels. Cette proposition n'a pas été suivie d'effet.

#### **3.2- Quelques hypothèses ...**

##### **3.2.1- Des renouvellements par facilité :**

En 1996, Zarifian (89) transmet dans son rapport au Ministère : « l'analyse des conditions de formation et d'information, et de celles de la consultation montre que de nombreux facteurs concourent à une certaine facilité de prescription des psychotropes et surtout au renouvellement de cette prescription. »

En 1997, Legrain (17) note dans le bulletin de l'Académie de Médecine : « la prescription initiale, le plus souvent validée, est fréquemment renouvelée de façon routinière. »

##### **3.2.2- Un problème de temps :**

Evoqué dans le rapport du SNIP (18) en 1990, ce point est souligné par Zarifian (89) qui en fait un corollaire au prix très bas de la consultation chez le médecin généraliste. Celui-ci « ne permet matériellement pas une consultation de longue durée. Selon les patients, elle se situerait entre huit et quinze minutes par patient, c'est-à-dire autant, sinon un peu plus, que la durée moyenne d'une consultation en Grande Bretagne ou en Espagne. Cela reste insuffisant

pour établir un véritable diagnostic psychiatrique, une authentique prise en charge psychothérapique, ou une évaluation approfondie des effets des psychotropes au cours du suivi du malade. »

### **3.2.3- La médicalisation du mal de vivre :**

Zarifian (89) en fait un élément de réflexion majeur, que nous avons déjà évoqué comme problématique de santé publique. Il décrit comment cette médicalisation des problèmes de vie personnelle intervient en consultation. « Un trio se trouve réuni dont les images sont clairement définies : un médecin, un médicament, un malade. C'est une situation réelle dans de nombreux cas. Mais certains médicaments psychotropes ont aussi une action psycho-comportementale vécue agréablement par des gens bien portants. La réalité du trio peut changer : le présumé malade est en fait un malheureux, le médicament est une substance procurant du bien-être, et le médecin est le recours le plus facile et le moins onéreux pour un malheureux qui veut demeurer performant ou oublier ses malheurs. [...]

Confronté à cette situation qu'on ne lui a pas appris à aborder, observateur de plaintes consécutives à des difficultés sociales, le médecin, pour conserver son identité et pour ne pas rester passif, n'aura qu'une solution : prescrire. »

Les travaux de Karsenty s'intéressent à la situation inconfortable du médecin (conclusion du rapport (25)). Ils décrivent en particulier « le malade qui vient pour parler de n'importe quoi, c'est-à-dire de lui, face à un médecin qui est obligé de rester dans son cadre et de médicaliser la situation par une ordonnance. Bien entendu, pour vendre le médicament, il faut vendre la maladie, qu'il s'agisse de constipation, de jambes lourdes, ou de dépression. Le médecin ne peut pas dire à son consultant qu'il n'est pas malade mais qu'il a avant tout besoin d'être écouté. L'offre médicale inspire la demande et il n'existe pas de contrainte dans la fidélisation de la clientèle. Tout devient pathologie et les difficultés conjugales, baptisées « conjugopathies », appellent nécessairement un traitement psychotrope. »

### **3.3- Des modèles théoriques de la relation médecin-malade:**

Les sciences sociales se sont intéressées à la nature de la relation médecin-malade.

On retrouve ainsi avec Parsons (73) la description d'un modèle du « rôle du malade ». Le rôle du malade est de rechercher la guérison et de coopérer avec les soignants, ce qui annule le caractère de déviance de la maladie (la maladie est pensée comme une déviance) et légitime son état. La fonction du médecin étant de soigner, son rôle est de légitimer le statut de malade. On note l'intérêt de considérer cette approche quand il s'agit -comme nous l'avons vu si dessus- de traiter des difficultés psychologiques des patients, pour lesquelles limites entre normal et pathologique sont confuses. On peut noter encore que c'est un modèle asymétrique où le médecin est actif dans la résolution du problème alors que le malade est passif (il accepte les soins donnés). C'est enfin un modèle paternaliste, mais consensuel, avec un malade qui reconnaît et accepte le pouvoir du médecin.

L'approche interactionniste, avec E. Friedson (73), a montré que le modèle de la relation -et le type d'autorité du médecin- était orienté par le statut social du malade, par l'existence de barrières sociales ou culturelles, par le cadre institutionnel de la rencontre et par le type de formation du médecin. E. Friedson décrit un modèle conflictuel de la relation médecin-malade. Il met en avant le rôle d'acteur du malade dans sa prise en charge thérapeutique, et fait de la rencontre clinique une dialectique entre, d'une part, « la voix de la médecine » (qui se décompose en « voix institutionnelle » -technicienne et scientifique- et en « voix clinique » -qui intègre le contexte clinique et les contraintes institutionnelles-) et d'autre part, « la voix du monde vécu », que l'on peut décomposer en « voix populaire » -c'est-à-dire le discours populaire sur la maladie- et en « voix du patient » -c'est-à-dire la reconstruction du discours dans le contexte clinique avec évacuation d'une partie du discours populaire-. Cette approche montre des similitudes avec le modèle auquel se réfère l'Evidence Based Medicine, faisant de la prise de décision médicale la résultante d'une négociation où la place du patient ne peut être négligée.

L'approche anthropologique enfin décrit la rencontre clinique comme une interface culturelle entre le malade et le médecin, une rencontre entre 2 savoirs. Le modèle transactionnel de la relation médecin-malade élaboré par l'anthropologie clinique est une approche cognitive qui doit permettre au praticien de découvrir le modèle explicatif du malade, et qui secondairement met l'accent sur la négociation, au sens d'un échange de savoir entre les partenaires de l'interaction pour parvenir à un terrain d'entente sur le sens des symptômes et sur la prescription. L'intérêt de cette approche est mis en perspective par les travaux de M.C. Roche Legeay (35) ou de C. Haxaire (49) qui nous rappellent la place particulière -et notamment symbolique- prise par les traitements psychotropes dans la vie des patients.

### **3.4- De nombreuses questions :**

#### **3.4.1- Qui sont les prescripteurs ?**

La question, déjà soulevée en 1996 (89), est aujourd'hui tout à fait d'actualité : « Qui prescrit des médicaments psychotropes ? » écrivait Zarifian. Par définition c'est un docteur en médecine, qui va rédiger une ordonnance pour un médicament ne pouvant être délivré autrement par le pharmacien d'officine. Mais il est difficile d'en brosser un portrait plus précis, car les données disponibles sont pour l'essentiel quantitatives. Elles distinguent [seulement] le médecin généraliste, le psychiatre ou le neuropsychiatre [...] et les représentants d'autres spécialités. »

#### **3.4.2- Qui sont les patients ? Quel âge ? quel sexe ?**

Selon une étude récente de la DRESS (13), les médecins généralistes prescrivent davantage de médicaments aux femmes et aux personnes âgées.

### **3.4.3- Quels sont les produits prescrits ?**

Selon une enquête réalisée auprès de clientèle de médecine générale en Aquitaine (64), les molécules les plus prescrites étaient le bromazépam, le lorazépam et l'alprazolam pour les benzodiazépines, le zopiclone et le zolpidem pour les hypnotiques.

### **3.4.4- Y a-t-il une pression des patients ?**

Cette hypothèse, régulièrement émise en France comme à l'étranger, a fait l'objet de plusieurs publications anglo-saxonnes depuis 1996.

Britten (39) commente dans le B.M.J. le rapport rendu en 2000 par une commission d'audit sur la prescription en médecine générale.

« Les auteurs du rapport pensent clairement que les demandes de traitement des patients sont pour partie responsables de l'excès de prescription ... avis partagé par de nombreux médecins, note Britten. Pourtant, l'analyse des données publiées montre qu'environ un patient sur cinq quitte le cabinet du médecin généraliste avec des prescriptions qu'il n'attendait pas.

Pour autant, les études s'intéressant à l'influence des patients sur la prescription ont conduit à des résultats contrastés. 2 études ont montré que la demande des patients n'avaient pas d'influence, une que la demande perçue amenait à moins prescrire, et cinq que la demande était associée à des taux de prescription plus élevés. Mais aucune n'a permis d'identifier directement ou réellement l'effet d'une telle demande. [...] Une analyse moins superficielle des raisons complexes de la sur-prescription ne viendra probablement que de la recherche qualitative. [...]

Il nous faut encore mieux connaître le déroulement des consultations : combien de fois et comment les patients font connaître leurs attentes, comment les médecins accueillent les attentes des patients, et comment les 2 parties communiquent à ce sujet. Une façon d'avancer serait de montrer une vidéo de la consultation séparément à chacune des 2 parties une fois la consultation terminée, et de les interviewer sur ce qu'elles pensaient au fur et à mesure. » Mais cette dernière proposition n'a pas été suivie de publication...

Plusieurs autres études remettent en cause l'importance de la demande des patients dans la décision de prescription.

Une étude (43) publiée dans le B.M.J en 1997 s'intéressait aux attentes des patients et à la perception par les médecins de cette demande, ce à travers un questionnaire. Dans l'étude, un traitement a été prescrit à 169 patients (50%). Les patients qui attendaient un traitement médicamenteux avaient presque 3 fois plus de chances de recevoir un tel traitement. Quand le médecin généraliste pensait que le patient attendait un traitement médicamenteux, le patient avait 10 fois plus de chances de le recevoir. Une association significative existait entre les attentes des patients et les perceptions qu'avaient les médecins de cette attente. Cependant, tous types d'attente des patients confondus, les patients avaient plus de chance de recevoir un traitement médicamenteux si le médecin jugeait que le patient le voulait, que si le médecin ne percevait pas d'attente du patient. Ainsi l'auteur conclut-il que les patients arrivent bien en consultation avec des attentes de traitement médicamenteux, mais que l'opinion qu'ont les médecins de cette attente est le plus fort déterminant de la prescription.

Une étude dans Family practice (74) réalisée en 1999 suggère elle que la demande de prescription du patient ne serait pas seulement surévaluée mais qu'elle serait aussi entretenue par le comportement du médecin généraliste dans l'objectif de maintenir une bonne relation de clientèle.

A cet égard, on trouve un élément de commentaire dans une étude scandinave (51) -à corrélér au résultat d'une étude du B.M.J. (70)-, étude qui n'identifie pas de différence de satisfaction entre les patients selon que le médecin avait ou non donné suite à leur attente de prescription. Pour réflexion on peut aussi noter quelques chiffres de cette étude : la moitié des patients de l'étude (86 contre 85) attendaient une prescription médicamenteuse de la part de leur médecin. 68% (125/185) ont reçu une prescription médicamenteuse. 82,6% des patients qui attendaient un médicament ont reçu une telle prescription. Presque tous les patients (45/48) dont le médecin pensait qu'ils attendaient un médicament sont partis avec une telle prescription, alors que 58,4% des patients restants se sont vus prescrire un médicament.

### **3.4.5- Quel est le diagnostic évoqué ?**

Zarifian (89) précisait ainsi cette question auxquelles les études ne permettaient pas de répondre :

« Il est impossible de savoir dans quelles conditions, pour quel diagnostic, voire pour quel symptôme, ces médicaments sont prescrits, car il n'existe aucune donnée fiable à ce sujet. Des panels comme le DOREMA fournissent bien quelques indications, mais les conditions méthodologiques sur lesquelles reposent les données ne peuvent pas garantir la véracité de ces diagnostics et encore moins une généralisation à l'ensemble des prescripteurs. C'est donc de manière très approximative que l'on pense que la prescription s'effectue dans 60% des cas environ pour des troubles anxieux, des troubles de la personnalité, des pathologies organiques, ou d'autres troubles neuropsychiatriques.

On ne dispose d'aucune information pour 15% des cas environ. En fait, comme on le verra, le mot « anxiété » appartenant au vocabulaire de tous les jours, il peut suffire qu'un patient dise : « je suis anxieux » pour que le médecin considère qu'il présente effectivement un trouble anxieux et que, dès lors, un anxiolytique lui soit prescrit. »

L'étude la DRESS sur « Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants », publiée en novembre 2005 (13), confirme l'importance du diagnostic sur la nature et le volume de la prescription. Elle note aussi l'importance du « degré de certitude du diagnostic », notion dont on conçoit la pertinence dans le domaine de la psychiatrie que nous considérons ici où, nous l'avons vu, nous sommes continuellement à la limite du normal et du pathologique.

Reprenons ici notre fil conducteur à travers les réflexions de Zarifian en 1996. Il posait en effet ce problème de l'établissement du diagnostic... et du processus qui doit y conduire :

« L'épidémiologie apporte quelques lueurs sur la prévalence des pathologies grâce à de rares études françaises limitées à des échantillons de population précis, ou en extrapolant des études essentiellement nord américaines réalisées à une grande échelle. Mais elle n'éclaire pas le processus de raisonnement qui aboutit à l'établissement d'un diagnostic précédant la prescription. Il existe, d'une part, des critères diagnostiques officiels, et, d'autre part, la

démarche du médecin. Or personne ne sait si celui-ci utilise réellement dans sa pratique les critères de diagnostic officiels. Le diagnostic des troubles psychiques ne repose pas sur des examens objectifs et quantifiables. La validation rétrospective est d'ailleurs impossible dans ces conditions.

Approcher la réalité de la pathologie observée et valider la pertinence des diagnostics impliquerait des études très lourdes, faisant appel à une méthodologie complexe et soulevant même des problèmes de déontologie : un médecin (qui ? un spécialiste ?) peut-il, à la suite de l'examen par un de ses confrères, évaluer un patient pour vérifier selon ses propres critères que le diagnostic a été correctement posé ?

On touche ici à la spécificité de la pathologie mentale dont certains ont voulu faire à l'évidence une pathologie « comme les autres », identique à la pathologie somatique organique, alors que l'évaluation d'un trouble psychique est toujours, quels que soient les artifices utilisés, la confrontation de deux subjectivités. [...]

Bien entendu, dans cette confrontation de deux subjectivités, le malade a son mot à dire et il ne s'en prive pas. Il n'est peut-être pas toujours écouté, mais il lui arrive d'être entendu. Lorsqu'il dit : « Je suis anxieux » ou « je suis déprimé », il n'est pas exclu que cela ait pour certains médecins valeur de diagnostic. Il suffit alors d'entériner par une prescription de médicaments le diagnostic du consultant.

Quelle est, dans ces conditions, la réalité des pathologies rencontrées ? Sur quelles bases les diagnostics s'établissent-ils ? Dans quelles perspectives les médicaments psychotropes sont-ils prescrits ? De même, existe-t-il une différence de nature ou seulement de gravité entre les patients qui consultent le médecin généraliste et ceux qui consultent le spécialiste ? [...]

De multiples questions se posent qui sont actuellement sans réponse. Le médecin confronté à un patient porteur de symptômes exclusivement saura-t-il aborder cette situation qu'on ne lui a enseignée nulle part ? Face à un patient qui se dit anxieux, qui prétend éprouver des difficultés pour s'endormir et qui se plaint de fatigue, quelle sera l'attitude du médecin ? Quel(s) psychotrope(s) seront prescrits ? Quel diagnostic correspondra à cet acte médical ? »

#### **3.4.6- Quelle est l'influence de la co-morbidité ?**

Selon l'étude de la DRESS (13), l'existence de co-morbidité est un facteur entraînant une multiplication des prescriptions. Ceci semble être un résultat naturel... pour autant, qu'en est-il de la prescription de benzodiazépines et hypnotiques chez les patients supportant d'autres co-morbidités ?

#### **3.4.3- Quelle est l'influence des liens privilégiés avec les patients réguliers ?**

Selon l'étude de la DRESS (13), les médecins généralistes prescrivent davantage de médicaments à leurs patients réguliers. Qu'en est-il lorsqu'il s'agit de psychotropes ?

### **3.5- Quels types d'étude pour mieux comprendre ?**

Zarifian les sollicitait, les auteurs anglo-saxons en proposent... les études qualitatives sont nécessaires pour mieux comprendre le déroulement de la consultation, et pour permettre au total de comprendre comment se joue le renouvellement de benzodiazépines et hypnotiques.

Citons l'étude intitulée : « Prescription de psychotropes : quel processus de décision ? » (69), menée par une interne de médecine générale en 2003 auprès de ses trois maîtres de stage chez le praticien. Rappelant que la prescription ne résulte pas toujours d'un raisonnement structuré, qu'elle ne part pas toujours d'un diagnostic précis, qu'elle ne s'appuie pas sur des données d'essais à haut niveau de preuve en matière de psychotropes, elle a entrepris une étude dont l'objectif était de décrire au plus près des consultations conclues par une ordonnance de psychotropes, à l'occasion de son stage de médecine générale chez 3 praticiens.

En conclusion elle note : « La prescription apparaissait comme centrale dans la relation médecin-malade. L'écoute et le soutien psychologique ne dispensaient pas d'une prescription de médicaments, et toutes les consultations pendant lesquelles le temps d'écoute a été important et la relation manifestement thérapeutique se sont tout de même conclues par une prescription de psychotrope. Selon les cas, il s'agissait de satisfaire la demande du patient pour maintenir une bonne relation, de justifier un arrêt de travail, de confirmer au patient la réalité de ses troubles, de renforcer le travail de soutien psychologique ou au contraire de mettre fin à la consultation en évitant de faire face à des problèmes dont le médecin pressentait qu'ils pourraient le déborder (en temps ou en ressources émotionnelles). »

On peut encore s'intéresser aux approches interactionnistes (85) de la relation médecin-malade à travers les outils développés par les chercheurs en sciences humaines.

La méthodologie de l'ethnologie amène à aborder la relation médecin-malade selon une perspective particulière. On retrouve le terme d'approche « naturaliste », c'est-à-dire une approche basée sur l'observation et la description. Il s'agit de considérer les activités de communication interindividuelle comme observables, enregistrables et analysables, ce qui a des implications du point de vue de la recherche : le travail se fait en lien avec les usagers, sur du matériel issu d'observations directes de type éthologique ou ethnographique. L'étude du matériel est centrée sur la question du « Comment » : comment se décident les interactions dans ce lieu, quelles sont les logiques d'action des acteurs, quels sont les modes de coopération qui les relient, comment s'établit alors la communication. Il s'agit donc de privilégier les études de terrain centrées sur les comportements habituels de la vie quotidienne, particulièrement les comportements d'interaction ; le matériel d'étude est en général constitué d'enregistrements magnétophoniques et/ou magnétoscopiques et non de discours « rapportés » de mémoire par les observateurs-participants. Les matériaux ainsi recueillis sont ensuite exploités en fonction des objectifs de la recherche. Mais ces données étant accessibles et reproductibles, elles peuvent être « restituées » aux participants et discutées avec eux. Les chercheurs obtiennent ainsi d'autres données sur le vécu des interlocuteurs et sur les représentations qu'ils se font de la situation. Ce qui peut aussi fournir aux uns comme aux autres une expérience commune et des bases pour éventuellement améliorer le fonctionnement du système.

## **PARTIE II**

### **L'ETUDE**

NB : La partie 2, en « format article » a sa propre bibliographie en fin de partie.  
La numérotation des références renvoie à cette bibliographie spécifique ( p.48, p.49 ).

# Observation de 245 prescriptions de benzodiazépines et hypnotiques renouvelées au-delà de 12 et 4 semaines en médecine générale.

## Résumé

**Contexte :** La France a une consommation de benzodiazépines et hypnotiques très élevée. Les recommandations visant à diminuer la prescription ont peu d'effet. **Objectifs :** Le premier objectif de l'étude était de décrire la consultation aboutissant au renouvellement de tels traitements au-delà de 12 et 4 semaines. Le second objectif était de rechercher l'existence d'associations entre quelques variables et la mise en place d'une discussion conforme aux recommandations. En particulier, la demande de traitement par benzodiazépine exprimée par le patient limite-t-elle significativement la discussion préalable au renouvellement ? La complexité des situations rencontrées limite-t-elle la discussion spécifique autour de la prescription de benzodiazépines ? **Méthodologie :** Réalisée par 21 internes de médecine générale auprès de 56 médecins maîtres de stage lors de leur passage au cabinet libéral, l'étude empruntait certaines caractéristiques de l'observation participante. Elle demandait aux internes de relever 21 éléments de la consultation permettant de caractériser : patient, médecin, diagnostic, contexte de prescription, et nature de la discussion préalable au renouvellement. **Résultats :** Comme dans les travaux publiés, les patients qui consomment cette classe de médicaments se caractérisent par un âge plus élevé, le sexe féminin, une population inactive (retraités et chômeurs). Les traitements poursuivis depuis plusieurs années apparaissent moins réévalués. La durée depuis laquelle le traitement est poursuivi est ainsi en moyenne plus faible quand il existe une discussion préalable au renouvellement (58,3 mois versus 86,9 mois). S'y associe l'âge des patients, qui apparaît plus faible lorsqu'une discussion a été mise en place (64 ans versus 68,8 ans). La demande des patients, souvent considérée comme une pression sur la prescription, amène en fait à une réévaluation plus fréquente de la prescription avant le renouvellement (63,7% versus 57,7%), et non à une reconduction sans discussion telle qu'elle pourrait être réalisée par facilité. Lorsque cette demande intervient en cours de consultation, elle amène même systématiquement à discussion (100% des cas). Autre hypothèse testée, la complexité des situations rencontrées, identifiée dans 54,7% des consultations, ne fait pas passer au second plan la réévaluation des traitements par benzodiazépines, et la mise en place d'une discussion préalable au renouvellement est aussi fréquente que pour les autres patients (63,4% versus 58,7%). La question d'une association statistique entre lieu d'exercice et fréquence de réévaluation de la prescription est posée. **Conclusion :** L'observation des renouvellements de benzodiazépines et hypnotiques, réalisés par les médecins généralistes maîtres de stage de Loire-Atlantique et de Vendée au-delà des durées de 12 et 4 semaines, retrouve une discussion préalable minimale dans 60% des consultations. Les traitements anciens chez les patients âgés apparaissent moins réévalués.

## Mots clés

Médecine générale ; recherche en médecine générale ; benzodiazépines ; anxiolytiques ; recommandations ; prescription ; relation médecin-malade.

## Introduction

Le fait que la consommation de benzodiazépines et hypnotiques en France est importante -et supérieure à la moyenne européenne- est bien connu (1). Des mesures de sensibilisation du corps médical ont été mises en place avec des réglementations (2) et des recommandations (3) limitant la durée de prescription à 12 semaines pour les benzodiazépines et à 4 semaines pour les hypnotiques. Elles rappellent aussi qu'il n'y a pas lieu d'associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques. Elles rappellent encore qu'il n'y a pas lieu de prescrire de telles molécules sans rechercher la posologie minimale efficace pour le patient. Mais les recommandations ne sont suivies que partiellement et l'utilisation des benzodiazépines ne diminue pas.

Les enjeux sont pourtant multiples.

Ainsi les problématiques d'économie de la santé et les questions éthiques de santé publique sont régulièrement mises en avant du fait qu'on estime aujourd'hui à 6 millions de personnes -soit tout de même 10% de la population (4)- le nombre de consommateurs réguliers d'anxiolytiques ou hypnotiques. Au plan économique, la classe médicamenteuse représentait en 2004 un montant de remboursements annuel estimé à 320 millions d'euros. Au plan éthique, c'est la question de la médicalisation des difficultés de l'existence qui est posée, alors que le médecin doit désormais répondre à la demande d'«un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité» (définition de la santé selon l'OMS).

Mais l'enjeu des renouvellements de traitement par benzodiazépines au long cours est aussi individuel, à travers les risques d'effets secondaires directs des traitements, à travers les risques de démence

ou de chute associés à une consommation régulière, mais encore du fait de la problématique de vie psychologique personnelle souvent non résolue chez les patients sous anxiolytiques et hypnotiques.

Pourquoi les recommandations ne sont-elles dès lors pas mieux respectées ?

Quelques auteurs se sont intéressés aux facteurs associés à l'application des recommandations (5) (6). Quelques hypothèses sont par ailleurs avancées ; et on a pu mettre en cause tantôt une forme de négligence des médecins généralistes, tantôt le manque de temps dans la consultation, tantôt la place particulière de ces traitements dans la vie des patients...

Reste que les études qualitatives jugées indispensables il y a dix ans par le rapport Zarifian (1) n'ont pas vu le jour, et la connaissance du processus de décision aboutissant à la reconduction d'une ordonnance de benzodiazépines est ainsi toujours très imparfaite.

Considérant qu'une recommandation pour la pratique clinique (R.P.C.) de bonne qualité permet d'améliorer l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients, qu'en ce sens elle doit être non seulement scientifiquement valide mais aussi utilisable et fiable (7), il apparaît alors certainement nécessaire de mieux appréhender la complexité des situations rencontrées dans la réalité du cabinet libéral, lorsqu'il s'agit de prescriptions de benzodiazépines.

Dès lors que l'Evidence Based Medicine n'a pas pour ambition de soumettre les médecins au « terrorisme » du savoir scientifique et de la littérature médicale mais de se mettre au service de la pratique clinique quotidienne, en proposant une méthode de travail à la fois « evidence-based », « experience-based » et « patient-centered » (8) (9), alors il nous

a semblé intéressant de réaliser une étude observant, dans le temps de la consultation de médecine générale, comment se déroulent ces renouvellements de traitement par benzodiazépine, réalisés hors recommandations.

### **Objectifs – Hypothèse de l'étude**

Le premier objectif était de réaliser une description de la consultation : s'intéressant à son déroulement, à ses acteurs, et au contexte dans lequel elle intervient. L'objectif était en particulier de permettre une description plus riche que la description « administrative » proposée par les services de l'assurance-maladie (4) (10), tout en évitant aussi la seule description rapportée faite par les professionnels (11).

Un second objectif a été défini. Considérant que l'objet des recommandations est d'assurer de façon systématique une réflexion sur la prescription avant d'en assurer la reconduction, nous avons identifié différents éléments attestant l'existence d'une discussion préalable au renouvellement. Il s'agissait ensuite de rechercher l'influence de quelques variables sur la mise en place de cette discussion.

Concernant ce second objectif, notre hypothèse de travail est celle d'une perte d'autonomie du médecin prescripteur, d'abord du fait de l'importance de la demande des patients, ensuite du fait de la complexité des situations rencontrées.

Cette hypothèse a amené à formuler 2 questions. Peut-on mettre en évidence une association statistique : d'une part entre « la demande exprimée par les patients » et l'absence d'une discussion conforme aux recommandations ? d'autre part entre « la complexité des situations rencontrées » et l'absence d'une discussion conforme aux recommandations ?

### **Méthodologie**

L'étude a consisté à décrire puis analyser des consultations de médecine générale aboutissant à un renouvellement de benzodiazépine ou hypnotique au-delà des durées respectives de 12 ou 4 semaines.

L'étude a été réalisée du 12 mai 2005 au 10 juillet 2005 auprès des 77 médecins généralistes maîtres de stage de Loire-Atlantique et de Vendée. Tous les résidents et internes de médecine générale en stage chez le praticien (27 internes) ont été invités à participer à l'étude en tant qu'investigateurs. Cette participation permettait la validation d'un des objectifs du cursus de 3ème cycle : « Initiation à la recherche dans sa discipline ».

Les internes investigateurs ont été placés en situation d'observation directe, et jouaient ce rôle pendant les 2 premiers mois de leur stage lors de la période spécifiquement dite « d'observation ».

La retranscription de différents éléments de la consultation a été réalisée au travers d'une grille de recueil validée par le Comité de Pilotage de l'étude -composé de 4 médecins généralistes, de 2 médecins de Santé Publique, d'un pharmacologue, d'un psychiatre, et d'une psychologue-.

Les données caractérisant le patient relevaient 3 lettres de son nom, son année de naissance, son sexe, et sa catégorie socio-professionnelle.

Les données caractérisant le médecin relevaient son année de naissance, son sexe, et son lieu d'exercice. Les lieux d'exercice étaient distingués en 3 catégories selon la localisation du cabinet : urbain (communes de plus de 10 000 habitants), semi-rural (communes de 2000 à 10 000 habitants), et rural (communes de moins de 2000 habitants).

Les éléments descriptifs de la consultation étaient ensuite abordés à travers 16 items :

- molécule prescrite (item 1) ;
- entité diagnostique associée à la prescription de benzodiazépines (item 4) :
  - soit énoncée au cours de la consultation,
  - soit retrouvée dans le dossier.

Remarque : la notion « d'entité diagnostique associée à la prescription de benzodiazépines » n'a été définie qu'implicitement avec les internes. Elle renvoie au « résultat de consultation » tel que le définit la SFMG (12). Il s'agissait en fait d'identifier par défaut des situations de prescription auxquelles ne serait associée aucune démarche diagnostique préalable.

- contexte dans lequel survenait le renouvellement :

Item 2 : réalisation sur demande du patient ou après proposition du médecin ;

Item 3 : si la demande venait du patient, intervenait-elle :

- . comme motif de consultation ?
- . en cours de consultation ?
- . au moment de la rédaction de l'ordonnance ?

Item 5 : chez un patient ayant par ailleurs des problèmes avec l'alcool ;

Item 16 : chez un patient par ailleurs consommateur d'autres psychotropes ;

Item 15 : durée depuis laquelle le patient est connu ; identification du patient comme « habituel » (au moins 3 consultations par an) ;

Item 14 : durée depuis laquelle le patient est traité ;

Item 13 : identification d'une situation complexe (sur le versant médical, psychologique, social ou autre) ;

- éléments de la discussion caractérisant la réévaluation du traitement :

- évaluation de l'efficacité de la molécule prescrite (item 6),

- recherche des expériences d'interruption de traitement et de leurs effets (item 7),

- discussion sur la posologie (item 8),

- discussion sur les possibilités d'un sevrage (item 9),

- évaluation de la tolérance (item 10),

- proposition de prise en charge alternative (item 12) ;

- implication du patient dans la discussion : a-t-il posé des questions sur les effets thérapeutiques du traitement ? sur les effets secondaires ? sur les modalités du traitement ? (item 11).

Le recueil quantitatif des données devait permettre d'une part une description des éléments intervenant dans la consultation, mais encore un traitement statistique, ceci afin d'établir des associations entre différentes variables et la mise en place d'une discussion attentive (conforme à la démarche mise en avant par les référentiels). Considérant en effet que l'objet des recommandations est donc d'assurer de façon systématique une réflexion sur la prescription avant d'en réaliser la reconduction, nous avons identifié les items permettant de reconnaître l'existence d'une discussion préalable au renouvellement. Les items 6,7,8,9,10,11,12 ont ainsi été retenus. Une

réponse positive à l'un de ces items a été considérée comme l'élément signifiant l'existence de cet échange préalable, qui permet de considérer que la prescription n'a pas été « automatique ». Le travail a ensuite consisté à créer deux groupes : appartiennent au groupe A les consultations pour lesquelles a eu lieu cette discussion dans l'esprit des recommandations (cf. supra), appartiennent au groupe B les consultations pour lesquelles aucune discussion n'a eu lieu. La différence entre les groupes est ensuite étudiée au regard de certaines de leurs caractéristiques considérées comme possibles « variables explicatives ». Les statistiques permettent finalement de se prononcer sur l'existence d'une telle différence, avec un risque  $\alpha$  de se tromper du fait que cette différence peut être le fait du hasard, avec un risque  $\beta$  de méconnaître une différence par manque de puissance. L'ensemble des résultats décrits ci-dessous résulte de cette démarche.

## Résultats

### 1) Echantillon étudié :

245 consultations ont été analysées. 21 internes investigateurs ont participé à l'étude auprès de 56 maîtres de stage.

#### a) Les médecins :

Les médecins maîtres de stage sont âgés de 38 ans à 63 ans (âge moyen de 51 ans et 4 mois). L'âge moyen calculé du prescripteur de benzodiazépines (établi à partir des consultations) est de 52 ans. Parmi les 56 maîtres de stage inclus, 41 (73,2%) étaient des hommes et 15 (26,8%) étaient des femmes. 72% des consultations analysées ont eu lieu avec un médecin homme (176 consultations), et 28% avec un médecin femme (69 consultations).

Concernant le lieu d'exercice des médecins sollicités, 31 (55,4%) exercent en milieu urbain, 20 (35,7%) exercent en milieu semi rural, et 5 (8,9%) exercent en milieu rural. Sur les 245 consultations, 155 (63%) ont eu lieu en milieu urbain, 67 (27%) en milieu semi rural, et 23 (9%) en milieu rural.

#### b) Les patients :

Les patients inclus sont 77 hommes (31%) et 168 femmes (69%). Les âges varient de 24 ans à 94 ans, pour un âge moyen de 66 ans (+/- 13,4 ans). La lecture des catégories socioprofessionnelles retrouve 74,7% de patients retraités. Suivent ensuite les employés (8,9%), les personnes non retraitées sans activité professionnelle (6,7%), les cadres et professions intellectuelles supérieures (4,9%) puis les ouvriers (3,1%). Artisans, commerçants et chefs d'entreprises apparaissent à 0,9%, comme les professions intermédiaires. Les agriculteurs exploitants ne sont pas représentés.

### 2) Prescriptions :

21 molécules étaient concernées par l'étude. 6 d'entre elles (4 benzodiazépines et 2 hypnotiques) sont fréquemment prescrites, totalisant seules 80,7% des prescriptions. Coté benzodiazépines, le bromazépam (Lexomil\*) est retrouvé dans 18,4% des consultations analysées, suivi du lorazépam (Temesta\*) à 15,2%, puis de l'alprazolam (Xanax\*) à 8,2% et du clorazépate (Noctran\*) à 7,8%. Les deux hypnotiques, zolpidem (Ivadal\* et Stilnox\*) et zopiclone (Imovane\*), molécules apparentées aux benzodiazépines, sont retrouvés respectivement dans 17,2% et 13,9% des cas.

Sept autres molécules sont identifiées : prazépam (Lysanxia\*) à 3,7%, oxazépam (Seresta\*) à 3,7%, lormétazépam (Noctamide\*) à 3,7%, loprazolam (Havlane\*) à

3,3%, clorzépan (Tranxène\*) à 2,5%, nordazépan (Nordaz\*) à 2,1%, et diazépan (Valium\*) à 0,4%.

Huit molécules n'ont jamais été prescrites : clobazam (Urbanyl\*), vlotiazépan (Veratran\*), Loflazépan (Victan\*), estazolam (Nuctalon\*), nitrazépan (Mogadon\*), temazépan (Normison\*), triazolam (Halcion\*), et flunitrazépan (Rohypnol\*).

Fig.1 – Molécules prescrites.

Bromazépan	18,4%
Zolpidem	17,2%
Lorazépan	15,2%
Zopiclone	13,9%
Alprazolam	8,2%
Clorzépan	7,8%
Prazépan	3,7%
Oxazépan	3,7%
Lormetazépan	3,7%
Loprazolam	3,3%
Clorzépan	2,5%
Nordazépan	2,1%
Diazépan	0,4%

### 3) Existence d'une « entité diagnostique liée à la prescription de benzodiazépines » :

Elle a été identifiée 149 fois (soit dans 60,8% des consultations): énoncée 85 fois en cours de consultation, retrouvée 95 fois dans le dossier. Les entités diagnostiques relevées par les internes sont les suivantes : insomnie (35,5%), dépression (21,7%), anxiété (15,2%), syndrome anxio-dépressif (10,9%), angoisse (4,4%), anxiété généralisée (2,2%), stress professionnel (1,5%), problèmes de relation familiale (1,5%), troubles bipolaires (1,5%). Cités ensuite une fois : décalage horaire, attaque de panique, stress, hystérie et anxiété, accident, douleur, sevrage alcoolique, néoplasie.

### 4) Contexte :

L'analyse du contexte dans lequel intervient la prescription a permis de noter une demande venant du patient pour 50,6% des renouvellements. Il s'agit inversement d'une proposition du médecin dans 13,9% des cas, tandis que l'origine du renouvellement a été considérée indéterminable dans 35,5% des consultations.

Lorsque la demande venait du patient, elle était annoncée comme motif de consultation environ une fois sur deux (52,5%), abordée au cours de la consultation dans 14,8% des cas, et prononcée au moment de la rédaction de l'ordonnance une fois sur trois (31,2%).

Les patients vus en consultation étaient en moyenne suivis depuis 10,7 années (médiane à 8 ans), ils étaient quasiment tous des patients « habituels » (97,9%), et le traitement par benzodiazépines avait été institué en moyenne depuis environ 6 ans (70,1 mois), la médiane des traitements étant de 5 ans (60 mois).

### 5) Complexité de la situation médico-sociale du patient :

Elle peut être considérée au regard de quelques items. L'identification dans le dossier d'un problème d'alcool concernait 10,2% des patients. L'existence d'une consommation associée d'autres psychotropes concernait 38% des cas. Les internes ont enfin explicitement retenu la notion de situation complexe dans 54,7% des consultations : du fait de l'intrication de plusieurs pathologies physiques et/ou psychiques (43,2%), et/ou du fait de l'intrication de facteurs médico-sociaux défavorables à un changement de prise en charge (21,8%). Parmi les « autres » éléments mis en avant par les internes comme défavorables à un changement, on peut noter l'existence d'addictions associées (cité 2 fois), les situations de deuil et date anniversaire de deuil (cité 2

fois), et l'influence du conjoint (relation conflictuelle à la maison, pression du conjoint présent en consultation sur la prescription), citée 2 fois.

#### 6) Observation de la discussion autour du renouvellement :

##### a) Description :

On identifie 96 consultations (39,2%) où il n'y a eu aucune question préalable à la prescription de traitement (items 6-7-8-9-10-11-12). L'évaluation de l'efficacité du traitement a été observée 4 fois sur 10 (40,4%). Le médecin a recherché si le patient avait fait des tentatives d'arrêt de traitement 1 fois sur 4 (24,5%). En cas de réponse positive, il l'interrogeait 2 fois sur 3 (64,9%) sur ses motivations et/ou sur les effets de ces expériences. La posologie a été discutée dans 41,4% des cas, aboutissant le plus souvent à un maintien de la posologie (57,6%), parfois à une diminution (38,4%), exceptionnellement à une majoration (4,0%). La possibilité d'un sevrage était évoquée 1 fois sur 4 (23,4%). L'évaluation de la tolérance était observée dans 14,3% des cas. Finalement, la proposition de prises en charge alternative (hygiène de vie, psychothérapie ...) n'est intervenue que pour 16,4% des consultations.

L'implication des patients dans la discussion - à travers le repérage des questions posées sur leur traitement - n'est identifiée qu'une fois sur six (16,3% des consultations).

##### b) Facteurs associés à l'existence d'une discussion :

###### Discussion et âge du patient :

La population pour laquelle existe une discussion est significativement plus jeune que celle du groupe où il n'y a pas eu

discussion (64,0 ans versus 68,8 ans en moyenne).

L'association s'observe particulièrement pour les items : « évaluation de l'efficacité du traitement » (63,0 ans versus 67,8 ans en moyenne), « évocation d'un sevrage » (62,2 ans versus 67,0 ans en moyenne), et « proposition de prise en charge alternative » (60,2 ans versus 67,0 ans en moyenne). Les patients ayant posé des questions sur les effets thérapeutiques et les effets indésirables du traitement sont significativement plus jeunes que ceux qui n'en ont pas posé : 59,5 et 58,8 ans versus 66,4 et 66,3 ans en moyenne.

###### Sexe du patient :

Il n'apparaît pas de lien avec la mise en place d'une discussion sur la prescription, même si la recherche de tentatives d'arrêt de traitement apparaît statistiquement plus fréquente lorsque les patients sont des femmes (questions posées dans 29,2% des consultations avec les femmes, contre 14,3% des consultations avec les hommes).

###### Age du médecin :

Cette variable n'apparaît pas reliée significativement à l'existence d'une discussion préalable au renouvellement.

###### Sexe du médecin :

Cette variable n'apparaît pas reliée significativement à l'existence d'une discussion préalable au renouvellement.

On note cependant que les femmes médecins discutent significativement plus fréquemment de la posologie au cours de la consultation (dans 54 % des cas) que les hommes médecins (37 % des cas).

###### Identité de sexe entre médecin et patient :

On ne met en évidence aucun lien avec la nature de la discussion mise en place, que ce soit de façon générale ou pour des items individualisés.

Lieu d'exercice :

On ne met en évidence aucun lien statistiquement significatif entre la nature de la discussion mise en place d'une part, et le lieu d'exercice d'autre part (ceci que ce soit de façon générale ou pour des items individualisés).

Cependant, des différences apparaissent bien entre les pratiques, la discussion préalable à la prescription étant plus fréquente chez les médecins installés en milieu urbain. Elle existe ainsi respectivement dans 65,8%, 55,2% et 43,5% des consultations selon que le médecin exerce en milieu urbain, semi-rural, ou rural (soit  $p=0,07$ ).

Sollicitation du renouvellement par le patient :

La discussion est significativement plus fréquente lorsque le renouvellement intervient suite à la demande du patient (67,7% contre 53,7%). Les items portant sur les tentatives d'interruption du traitement ou l'évocation d'un sevrage sont spécifiquement associés à la demande du patient : explorés dans 29,8% et 29,3% des consultations lorsque le patient est demandeur du renouvellement, contre 19% et 17,4% dans le cas contraire.

La discussion sur la posologie est l'autre item spécifique plus fréquemment abordé lorsque le patient est à l'initiative du renouvellement (50,4% versus 32,2%).

Le moment auquel intervient la demande apparaît lui aussi associé à la mise en place de la discussion puisque les demandes intervenues en cours de consultation ont systématiquement donné lieu à une discussion avant le renouvellement (100% versus 67,7%).

Complexité de la situation médico-psycho-sociale :

Les éléments spécifiques visant à identifier des situations complexes (existence d'un problème d'alcool, consommation associée d'autres psychotropes) ne sont pas liés statistiquement à l'existence d'une

discussion préalable au renouvellement dans notre étude.

Il n'existe pas non plus d'association statistique entre le relevé de situations identifiées comme complexes par les internes et la mise en place d'une discussion.

Durée depuis laquelle le patient est connu :

La lecture statistique ne met pas en évidence de différence statistiquement significative pour cet item.

Pour autant, on identifie une tendance à la limite du seuil de significativité statistique : les consultations au cours desquelles la discussion n'a pas eu lieu concernaient des patients suivis en moyenne depuis plus longtemps (12 ans versus 9,8 ans,  $p=0,06$ ).

Durée depuis laquelle le traitement est institué :

On note une association franche, validée par les statistiques, avec des traitements institués en moyenne depuis 58,3 mois lorsque la discussion est observée, contre 86,9 mois dans le cas contraire. Cet élément est retrouvé spécifiquement pour l'item « évaluation de l'efficacité de la benzodiazépine » (avec des durées de traitement de 54,6 mois en moyenne lorsqu'il y a eu évaluation, contre 79,9 mois dans le cas contraire).

La durée depuis laquelle le traitement est institué est aussi statistiquement associée au fait que les patients posent ou non des questions : sur les effets thérapeutiques de la molécule (avec des durées moyennes de traitement retrouvées respectivement à 35,6 mois et 73,1 mois), sur les modalités du traitement (durées à 44,5 versus 72,1 mois).

L'implication du patient :

L'association statistique est forte puisque tous les items testés sont très significativement plus abordés lorsque le patient pose des questions. La discussion sur l'un des autres items est associée dans 97,5% des cas lorsque le patient pose une

question sur sa prise en charge par benzodiazépines, alors que la discussion n'est par ailleurs instaurée habituellement que dans 60% des consultations.

(Fig.1) - Force de l'association statistique, pour chaque élément de la discussion, lorsque le patient pose des questions sur son traitement.

Evaluation de l'efficacité du traitement	p<0,0001
Discussion de la posologie	p<0,0001
Proposition de prise en charge alternative	p<0,0001
Evocation d'un sevrage	p=0,0004
Evaluation de la tolérance	p=0,0014
Recherche d'expérience d'arrêt	p=0,014

## Discussion

### Sur l'objectif

Le travail réalisé a souhaité répondre à la nécessité d'études qualitatives en médecine générale (13) qui permettent d'analyser la prescription de psychotropes (1), particulièrement lorsque celle-ci est réalisée hors recommandations.

Il s'agissait par ailleurs de faire participer les internes de médecine générale à un travail de recherche coordonné par le Département de Médecine Générale de Nantes, à l'occasion de leur stage chez le praticien. L'intérêt de la participation à un travail de recherche a été évoquée comme étant un bon élément de formation (14).

### Sur la méthode

#### . Le choix de la technique

La technique retenue emprunte certaines des modalités de « l'observation participante » (15) -concept créé par B. Malinowski (16)- laquelle consiste à observer un groupe humain en s'immergeant durablement en son sein et en participant aux activités quotidiennes du groupe. Elle permet un recueil d'informations sur les pratiques et le fonctionnement des individus, observés dans leur environnement habituel. Elle permet en particulier d'« échapper au travail de reconstruction de la réalité par les enquêtés » (reconstruction aboutissant à un discours en conformité avec ce que les enquêtés pensent être un avis légitime sur leur univers, lorsqu'ils s'adressent à un enquêteur par entretiens) (15). Dans cette perspective d'observation, la situation des internes et résidents de médecine générale en stage chez le praticien apparaît privilégiée. Présents comme tierce personne lors de consultations menées par le médecin, ils sont précisément placés en phase d'observation dans le cadre de leur formation (17). La situation exclusive des internes doit encore être soulignée dès lors que les pratiques observées, couvertes par le secret médical, constituent a priori un « terrain inaccessible » pour les sociologues et anthropologues (15).

Mais deux éléments nécessitent d'être considérés : les internes stagiaires ne sont-ils pas un élément perturbateur du déroulement habituel de la consultation ? les internes sont-ils compétents pour assurer un rôle d'observation ?

Concernant leur place dans la consultation, on peut concevoir qu'elle est assez naturelle pour la clientèle comme pour les

praticiens dès lors que les maîtres de stage exercent cette activité d'enseignement depuis quelques années. Intégrer un stagiaire dans la consultation comme observateur semble présenter relativement peu de difficultés (18). Mais le biais persiste et les consultations ne se déroulent évidemment pas exactement comme si le stagiaire était absent (19).

Au-delà de cette situation privilégiée des internes, dont on voit qu'ils occupent une place idéale d'observation, il s'agit de considérer leur compétence d'observateur. Elle n'est pas nulle et ce d'abord du fait de leur formation théorique. Dans un terrain caractérisé par la complexité du vocabulaire et des notions (qui nécessite un important travail d'appropriation à un observateur n'appartenant pas au monde médical), il faut noter que les étudiants concernés étaient -lors du stage- en passe de valider leur 8<sup>ème</sup> ou 9<sup>ème</sup> année d'études. S'ajoute à cela leur regard critique sur la pratique de leur maître de stage, avec lequel ils ne partagent pas l'expérience de la médecine libérale (c'est précisément le sens de cette phase d'observation de 2 mois, intégrée à leur cursus).

La question de la compétence doit par ailleurs être considérée au regard de la capacité à tenir la fonction d'observateur, ce à quoi les internes en médecine ne sont pas formés dans leur cursus. Leur incapacité à réaliser un authentique travail d'observation -tel que décrit par les sociologues et anthropologues-, ajouté à la multiplicité des d'observateurs dans notre étude, a imposé un recours à des grilles d'observation pré-établies.

#### . L'utilisation de grilles

L'utilisation de grilles pré-établies n'est pas de la part du sociologue un élément réduisant la qualité de l'observation. Arborio note en particulier : « Utilisées après un long temps de découverte et de

familiarisation avec la situation, des grilles d'observation servent à éviter de rester avec de grandes zones d'ombre sur des pans de la réalité » (15). Elles permettent encore de répondre à la nécessité de mesures : « Aussi souvent que possible, les constats doivent prendre la forme de comptages » (15). « L'observation n'exclut pas la mesure qui permet d'appuyer l'argumentation sur des résultats chiffrés » (15).

#### . La familiarité avec le milieu

La grille a été réalisée par le Département de Médecine Générale de Nantes, concepteur de l'étude, et validée par le Comité de Pilotage. Parmi tous les intervenants, seule la psychologue clinicienne n'était pas médecin, et tous étaient soignants. Cette proximité culturelle et professionnelle entre les concepteurs de la grille d'observation et les maîtres de stage observés est à noter. « L'ethnologue n'atteint une rigueur scientifique [...] que s'il se débarrasse auparavant de ses préjugés culturels et se présente sur le terrain avec l'ouverture d'esprit nécessaire. Il lui faut relativiser ses propres valeurs culturelles pour en saisir leur arbitraire, pour être à même de comprendre la culture des autres et de la constituer en objet de recherche. » (16).

Au total, Arborio et Fournier (15) résumant ainsi les avantages et inconvénients de la familiarité entre le chercheur et le milieu observé. « Cette familiarité avec le milieu étudié, antérieure à l'enquête, constitue un avantage évident pour entrer sur le terrain. [...] Lorsque des compétences techniques sont nécessaires pour tenir certains rôles, cette familiarité réduit en outre le temps de l'apprentissage. Cependant, la familiarité avec le terrain ne se paye-t-elle pas parfois d'une perte de la distance présentée comme nécessaire pour donner à de simples prénotions valeur d'analyses ? [...] On ne saurait [pourtant] conclure a priori à

la nécessité de rejeter définitivement toute observation passée liée à la propre biographie du chercheur au nom d'une objectivité qui ne se gagnerait que par une coupure radicale avec la connaissance profane de l'objet.»

#### . La faisabilité

L'acceptabilité de l'étude par les maîtres de stage a été bonne. Ils avaient été informés par courrier, un mois auparavant, de la participation de l'interne à l'étude (mais les éléments exacts qui devaient être analysés n'étaient pas communiqués). Un maître de stage a manifesté toutefois son refus de participer.

La participation des internes a été variable. 21 internes sur les 25 présents lors de la présentation de l'étude ont retourné au moins une grille d'analyse de consultation. 7 internes ont retourné plus de 15 grilles (maximum 21), 10 internes ont retourné entre 7 et 11 grilles, 1 interne a rendu 6 grilles, 3 internes ont retourné 4 grilles ou moins. Le nombre de consultations analysées pour chaque praticien était variable. 5 médecins ont fait l'objet de plus de 9 grilles (maximum 12). 25 médecins ont fait l'objet de 4 à 8 grilles. 26 médecins ont fait l'objet de 3 grilles ou moins. Ces écarts peuvent être imputés pour partie à des différences de participation des internes. Mais par définition, l'étude ne s'intéresse qu'aux pratiques potentiellement non conformes aux recommandations, et les écarts d'inclusion correspondent donc aussi probablement à des écarts de pratique entre les différents médecins (cf. p.62).

Plusieurs difficultés ont finalement pu entraver le bon déroulement de l'étude. La mise en autonomie des internes avant la fin de la période d'observation de 2 mois mettait naturellement fin à la participation à l'étude dans le cabinet concerné. Les départs en vacances sur les mois de mai et juin -qu'ils concernent le médecin ou

l'interne- ont aussi réduit les possibilités d'inclusion. Ont aussi été signalées les difficultés liées à l'utilisation d'une grille riche de 21 renseignements à compléter, parfois peu compatible avec le rythme des consultations en libéral, ou encore la gêne parfois ressentie par les praticiens qui pouvaient avoir l'impression d'être jugés... des éléments que l'on retrouve dans la littérature (20) (21).

#### Sur les résultats

##### . L'échantillon étudié :

L'âge plus élevé, le sexe féminin, des situations sociales telles que la précarité, le chômage ou la solitude sont des facteurs bien connus en faveur de la prescription de psychotropes (4) (11) (21) (22) (23), ce que nous avons nous-mêmes retrouvé dans cette étude. Les valeurs obtenues pour l'âge moyen (65ans), pour le ratio hommes / femmes (32% vs 68%) s'avèrent par ailleurs tout à fait concordantes avec les valeurs établies dans les études nationales (11) (22) (23), ce qui semble être un gage de représentativité de notre échantillon.

##### . Les médecins

Pour les médecins, les caractéristiques que nous avons pu recueillir montrent une bonne représentativité de notre échantillon au regard de la répartition géographique et du sex ratio. Reste que la population de l'échantillon s'avère plus âgée que la population des médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée, ce qui peut être imputé aux fonctions de maîtres de stage exercées par les praticiens. Concernant les prescriptions, l'observation d'une prescription plus importante de psychotropes par les femmes médecins ou par les médecins les plus jeunes (21) (24) n'est pas retrouvée dans notre étude.

## . Les prescriptions

L'identification des molécules les plus utilisées retrouve Lexomil (18,4%), Temesta (15,2%) et Xanax (8,2%), selon une hiérarchie et des valeurs conformes aux données nationales (1) (22) (23).

## . Les entités diagnostiques relevées

Le taux des « entités diagnostiques liées à la prescription de benzodiazépine » relevé, obtenu dans ce travail à 60,7%, apparaît faible. Ceci amène tout d'abord à rappeler qu'il y a une différence entre « entité diagnostique liée à la prescription de benzodiazépine (résultat de consultation) » et diagnostic (12). Un diagnostic précis est loin d'être toujours établi, les prescriptions s'adressant ici le plus souvent à un territoire mal défini, entre normal et pathologique, entre maladie et simple perturbation de la qualité de vie (1) (21) (23). Si l'on s'intéresse à la nature des entités diagnostiques relevées, on constate que insomnie et dépression représentent plus de la moitié de celles-ci (57,2%)... ceci alors que l'ensemble formé par « anxiété, anxiété généralisée, angoisse, attaque de panique, et syndrome anxio-dépressif » ne rassemble que une entité diagnostique sur trois (33,4%). Il n'existe par ailleurs pas d'étude de référence à ce sujet et les données sont plutôt discordantes (1) (10) (11) (22). Le faible taux des « entités diagnostiques liées à la prescription de benzodiazépine » identifiées amène par ailleurs à considérer une limite de la méthode : dès lors que le résultat de consultation suscitant la prescription n'était pas explicitement énoncé lors du renouvellement, l'interne devait consulter le dossier pour rechercher dans le compte-rendu de consultations antérieures. On conçoit que le rythme des consultations comme le caractère plus ou moins exploitable des dossiers limitaient la recherche ...

## . Le contexte

Le contexte de la consultation était considéré tout d'abord à travers la façon dont le renouvellement était abordé. L'influence de la demande du patient sur la prescription d'anxiolytiques a souvent été posée comme hypothèse (1) (21) mais plusieurs travaux anglophones (25) (26) (27) et les travaux réalisés en France sur la prescription d'antibiotiques en médecine générale (28) (29) amènent à penser que cette demande est surestimée par les praticiens.

Dans notre étude, cette demande venant du patient est identifiée dans la moitié des consultations (50,6%). Il faut cependant noter les limites de la grille utilisée pour caractériser la consultation de « renouvellement d'ordonnance » dès lors que ce renouvellement concernait l'ordonnance dans son ensemble : fallait-il considérer en effet qu'il s'agissait d'une « demande du patient », « annoncée comme motif de consultation » (ce alors même que la prescription spécifique de benzodiazépine n'était pas évoquée) ? ou fallait-il plutôt parler alors d'« origine indéterminable » ? Il est probable que la très grande majorité des 66 situations identifiées par cette « demande du patient, annoncée comme motif de consultation » correspondent à des renouvellements d'ordonnance globale. Si l'on considère au total le fait que la demande de renouvellement n'est exprimée par le patient que dans 50,6% des consultations, que parmi celles-ci il faut en écarter 52% où la demande (formulée en début de consultation) correspond en fait à un renouvellement d'ordonnance globale, alors on ne retrouve l'existence d'une demande spécifique du patient que dans la proportion totale d'une consultation sur quatre (24%). La situation où le patient sollicite une ordonnance en fin de consultation (alors que le temps manque pour remettre en cause la prescription) n'est identifiée que dans 15,8% des consultations par notre étude. Inversement, le taux de 35,5% de renouvellements

associés à une « origine indéterminable » amène à soulever l'hypothèse d'ordonnances tacitement renouvelées dans plus d'une consultation sur trois. Ces éléments semblent donc plutôt valider l'hypothèse d'une surestimation de la demande des patients.

Le contexte était encore exploré à travers la complexité des situations rencontrées. Il existe certainement un lien entre l'âge élevé des patients et l'existence de situations complexes liées à l'intrication de plusieurs pathologies physiques et/ou psychiques (43,2% des consultations). Les éléments -retrouvés dans la littérature-faisant état de situations de précarité, de chômage, et de solitude chez les patients consommateurs de benzodiazépines recouvrent-ils strictement les situations rencontrées par les internes qui ont retenu l'item « existence de facteurs médico-sociaux défavorables à un changement » (21,8%) ? L'étude ne permet pas de répondre à cette question. Il s'agissait surtout avec cet item de préciser comment la complexité de la situation médico-sociale interagissait, ou non, dans le processus de décision.

Le contexte dans lequel intervenait la prescription était enfin caractérisé par le fait que la quasi-totalité des consultants sont des patients habituels (97,9%). Il faut noter à cet égard que les durées depuis lesquelles les patients sont connus sont en moyenne sous-estimées (tout comme les durées de traitements lorsque ceux-ci sont anciens). En effet, les internes devaient consulter le dossier pour les connaître. En cas d'informatisation, la durée était alors souvent réduite à la date d'arrivée de l'informatique au cabinet. En cas de dossiers papiers multiples pour les patients anciens, il fallait solliciter la secrétaire pour obtenir les informations... ce qui n'était pas toujours facile du fait de l'enchaînement des consultations.

L'existence d'une discussion préalable

-> Une « photographie » des consultations :

L'analyse de la discussion autour de la prescription de benzodiazépines ne peut être entreprise qu'après avoir rappelé les limites de notre étude : elle ne considère la prise en charge qu'à travers l'instant t de la consultation, et ne s'intéresse pas à la prise en charge dans la durée (pourtant caractéristique de la médecine générale). Dès lors, on peut valablement commenter le respect des référentiels (puisqu'ils fixent une réévaluation *trimestrielle* pour tout traitement par benzodiazépine ou hypnotique) mais on ne pourra pas extrapoler au-delà sur la surveillance et l'adaptation des traitements, réalisées par ailleurs par les praticiens. Par exemple, un praticien qui rechercherait les tentatives de sevrage de son patient systématiquement tous les 9 mois ne serait identifié dans notre étude comme recherchant cet élément que dans 33% des consultations de renouvellement... Il s'agira donc ici de poser la question de la légitimité des recommandations s'agissant de traitements aux longs cours parfois institués depuis plus de 5 ou 10 ans : une réévaluation tous les 3 mois pour les benzodiazépines, toutes les 4 semaines pour les hypnotiques, est-elle nécessaire ? faisable ? acceptable ? Et dès lors quel type de réévaluation ?

-> Age du patient et âge du médecin, durée depuis laquelle le traitement est institué et durée depuis laquelle le patient est connu :

L'association statistique entre l'âge du patient et la discussion préalable au renouvellement apparaît importante, tout comme la durée depuis laquelle le traitement est institué. Il faut toutefois envisager le fait que ces deux items recouvrent pour partie la même réalité. En

effet, on conçoit que, pour des traitements perpétués au long cours, les traitements les plus prolongés concernent les patients les plus âgés. Une analyse multivariée serait nécessaire.

De la même façon, l'association avec l'âge du médecin –globalement non significative mais identifiée comme statistiquement significative pour un item (sur 7)- ne peut être distinguée des questions concernant l'âge des patients et la durée de traitement. Ainsi cette association statistique retrouvée avec l'âge du médecin peut probablement être attribuée au fait que les médecins les plus âgés sont a priori ceux qui ont les patients sous benzodiazépines depuis la plus grande durée (car ils ont vieilli avec leur clientèle...) et donc le facteur prédominant serait la durée depuis laquelle le traitement est institué . Là aussi une analyse multivariée serait nécessaire.

L'interprétation statistique permet toutefois d'approcher cette problématique de la consommation au long cours chez les patients âgés à travers un autre item : la durée depuis laquelle le patient est connu. Il est intéressant de noter que cette durée n'a pas d'incidence sur la discussion. Dès lors l'hypothèse selon laquelle la pratique médicale pourrait être modifiée – et éventuellement plus «laxiste»- du fait des liens privilégiés entretenus avec les patients les plus anciens ne tient pas dans notre étude.

-> Les 2 hypothèses testées

L'implication du patient dans la consultation influence fortement la nature de la discussion qui se met en place autour de la prescription. Contrairement à une hypothèse répandue –selon laquelle le médecin « cèderait » par facilité lorsque le patient demande un renouvellement-, notre étude montre à l'inverse que cette demande augmente la fréquence d'existence d'une

discussion sur la prescription. Le caractère non spécifique de la demande de renouvellement, pour les cas où celle-ci intervient en début de consultation, a déjà été abordé. La demande intervenant en fin de consultation rendant par ailleurs difficile la mise en place d'une discussion, on conçoit donc finalement assez bien que c'est la demande formalisée en cours de consultation qui concentre l'attention des praticiens, et l'on constate ainsi dans ce dernier cas que 100% des consultations comportent alors des questions préalablement au renouvellement.

L'influence du caractère complexe des situations rencontrées en consultation n'est pas retrouvée dans notre étude. C'était pourtant initialement une hypothèse importante que l'existence de problèmes associés (médicaux, psychologiques ou sociaux) pouvait faire passer au second plan la réévaluation des traitements par benzodiazépines ou hypnotiques. Il n'en est rien dans notre étude : l'attitude des médecins lors de la consultation n'apparaît ainsi pas modifiée par la complexité des situations, et la mise en place d'une discussion préalable au renouvellement se fait de la même façon que pour les autres patients.

-> La question du lieu d'exercice

La question d'une association statistique entre exercice urbain, rural ou semi-rural et mise en place d'une discussion conforme aux recommandations est posée et apparaît comme une tendance. S'agirait-il alors d'une réelle différence de pratique ? d'une différence liées aux caractéristiques de la clientèle (en terme d'âge, de pathologie...) ? d'un facteur lié sans être explicatif ? L'association statistique apparaît cependant trop faible dans notre étude pour être significative.

## Conclusion

Cette étude qualitative, réalisée par 21 internes de médecine générale auprès de 56 médecins maîtres de stage lors de leur passage au cabinet libéral, a observé 245 consultations amenant au renouvellement de traitements par benzodiazépines et hypnotiques au-delà de 3 mois.

La méthodologie était originale. Elle reposait sur un travail d'observation directe réalisé par les internes. L'utilisation de grilles et le recueil de données chiffrées ont permis de réaliser secondairement un traitement quantitatif des données et de rechercher des associations statistiques. Malgré quelques difficultés pratiques et logistiques associées à la recherche en médecine générale, le retour a été bon.

Comme dans les travaux publiés, les patients qui consomment cette classe de médicaments se caractérisent par un âge plus élevé, le sexe féminin, une population inactive (retraités et chômeurs).

La durée depuis laquelle le traitement est poursuivi a une incidence significative sur la mise en place et la richesse de discussion préalable à la prescription : plus le traitement est poursuivi depuis longtemps, moins il y a discussion avant le renouvellement. S'y associe l'âge des patients : ainsi les patients (en général âgés) ayant un traitement régulièrement reconduit depuis plusieurs années font l'objet d'une reconduction de ce traitement sans réévaluation systématique tous les 3 mois.

La demande des patients, souvent considérée comme une pression sur la prescription, amène à une réévaluation plus attentive de la prescription avant le renouvellement, et non à une reconduction sans discussion telle qu'elle pourrait être réalisée par facilité. Cette demande du patient est par ailleurs certainement

surévaluée, n'apparaissant spécifiquement dans notre étude que pour une consultation sur quatre.

Autre hypothèse testée, la complexité des situations rencontrées, identifiée dans 54,7% des consultations, ne fait pas passer au second plan la réévaluation des traitements par benzodiazépines et ne conduit pas à un renouvellement sans discernement du traitement anxiolytique.

## Bibliographie

- 1- ZARIFIAN E. Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France. Ministère du travail et des affaires sociales. Paris : Ministère du travail et des affaires sociales, 1996, 366 pages
- 2- République française. Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite. J.O. du 21 novembre 1991, p.15173
- 2- A.F.S.S.A.P.S. Fiche de transparence 99. Disponible sur : <http://afssaps-prd.afssaps.fr/html/has/sgt/htm/fiches99/5173c.htm> (janvier 2006)
- 3- LECADET J., VIDAL P., BARIS B. et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales 2000. Revue médicale de l'assurance maladie, 2003, vol.34, n°2, p.75-84
- 4- SAILLOUR-GLENISSON F., MICHEL P. Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical. Revue de la littérature. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2003, vol.51, p.65-80
- 5- BOUVENOT J., GENTILE S., TARDIEU S. et al. Compliance des médecins vis-à-vis des recommandations médicales. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2002, vol.50, supplément au n°4, p.1S104-1S105
- 6- BATAILLARD A., FERVERS B., DURIEUX P. et al. Elaboration et validation d'un instrument international d'évaluation de la qualité des « recommandations pour la pratique clinique » : la grille AGREE. Quality and safety in health care, 2003, vol.12, p.18-23
- 7- TONGLET R. La « médecine basée sur les preuves » peut-elle servir un projet de santé publique ? Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2003, vol.51, p.543-551
- 3- CHABOT J.M. La pratique médicale façon EBM. In : Comprendre l'E.B.M. Disponible sur : <http://www.ebm-journal.presse.fr> (janvier 2006)
- 4- D.R.E.E.S. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Paris : DRESS – Etudes et résultats, 2005. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/publication>
- 8- LEBLANC B., ZIMMOVITCH B., LOMBRAIL P. Prescriptions des anxiolytiques et des hypnotiques en médecine générale. Evaluation à 2 et 18 mois des premières prescriptions. La Revue du Praticien – Médecine Générale, 1996, tome 10, n°337, p.13-21
- 9- S.F.M.G. Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale. Documents de recherches en médecine générale. Numéro spécial, 1996, n°47-48.
- 10- LEVASSEUR G., SCHWEYER F.X. La recherche en médecine générale en France : enjeux et perspectives. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale, 2001, vol.41, p.47-80
- 5- HUAS D. La participation comme investigateur à un travail de recherche est-elle une FMC efficace ? De la thèse à la publication internationale. In : 2<sup>ème</sup> congrès international de recherche en médecine générale. La revue du praticien – Médecine générale, 2001, tome 15, n°533, p.704
- 11- ARBORIO A.M., FOURNIER P. L'enquête et ses méthodes : l'observation directe. Nathan Université, 1999, 128p.
- 12- SARRADON-ECK A. La rencontre médecin-malade est aussi le lieu d'une médiation du lien social. La revue du praticien – Médecine générale, 2002, tome 16, n°578, p.938-943
- 13- République française. Décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 97-495 du 16 mai 1997 et le décret n°97-1214 du 24 décembre 1977 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. J.O du 27 décembre 1997
- 6- TATON-CADAUREILLE C. Maîtrise de stage en troisième cycle de médecine générale : sinécure ou sacerdoce ? In : 2<sup>ème</sup> congrès international de recherche en médecine générale. La revue du praticien – Médecine générale, 2001, tome 15, n°533, p.707
- 7- ZORZI F. Acceptabilité du stagiaire en cabinet de médecine générale. In : 2<sup>ème</sup> congrès international de recherche en médecine générale. La revue du praticien – Médecine générale, 2001, tome 15, n°533, p.710
- 8- PARTOUCHE H., GRANDMONTAGNE S., GILBERG S. et al. Difficultés d'inclure des patients dans une étude épidémiologique en médecine générale. A propos d'une enquête de

- prévalence de la coqueluche. In : 2<sup>ème</sup> congrès international de recherche en médecine générale. La revue du praticien – Médecine générale, 2001, tome 15, n°533, p.703
- 14- PINONCELY P., CATHEBRAS P. Prescription de psychotropes : quel processus de décision ? La revue du praticien – Médecine générale, 2003, tome 17, n°610, p.561-565
  - 9- A.M.P.I. La prescription des psychotropes en ambulatoire : étude réalisée par six services médicaux régionaux du régime A.M.P.I. en 1996. Disponible sur : <http://www.canam.fr/publications/sante>
  - 10- U.R.C.A.M. Ile de France. Etude des prescriptions d'anxiolytiques et/ou d'hypnotiques en Ile-de-France. 2000. Disponible sur : <http://www.ile-de-france.assurance-maladie.fr/6532.0.html>
  - 15- KISELY S., LINDEN M., BELLANTUONO C. et al. Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners ? Results of an international study. Psychological Medicine, 2000, vol.30, p.1217-1225
  - 16- BRITTEN N. Patients' demands for prescriptions in primary care. Patients cannot take all the blame for overprescribing. British Medical Journal, 1995, vol.310, p.1084-1085
  - 17- COCKBURN J., PIT S. Prescribing behaviour in clinical practice : patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study. British Medical Journal, 1997, vol.315, p.520-523
  - 18- STEVENSON F.A., GREENFIELD S.M., MIREN J. et al. GPs' perceptions of patient influence on prescribing. Family Practice, 1999, vol.16, n°3, p.255-261
  - 19- DORRA A. Antibiotiques : la pression des malades surestimée. Le Panorama du Médecin, 2002, n°4862
  - 11- UNAFORMEC. Le projet Lemantibio. Disponible sur : <http://www.unaformec.org/lemantibio>

# **PARTIE III**

## **DEROULEMENT, SUIVI, ET ANALYSE DE L'ETUDE**

### **A TRAVERS LE ROLE D'ATTACHE DE RECHERCHE CLINIQUE**

## **A – Déroulement et suivi :**

### **1- Mise en place de l'étude :**

#### **1.1- Envoi des courriers d'information :**

Après une phase de conception de plusieurs mois, comportant élaboration et validation du projet par le Comité de Pilotage, l'étude débute fin avril 2005 par l'envoi de 2 courriers.

Le premier (cf. annexe 1) est adressé aux maîtres de stage qui vont accueillir les internes investigateurs. Il les informe que « le secteur recherche du Département de Médecine Générale de Nantes met en œuvre une enquête portant sur les conditions d'application en médecine générale des recommandations concernant la prescription des benzodiazépines ». Les maîtres de stage sont informés que les internes qu'ils accueillent « auront à observer, pendant un mois, quelques caractéristiques de consultations comprenant un renouvellement de benzodiazépines ».

L'autre courrier (cf. annexe 2) est adressé aux internes débutant leur stage chez le praticien le 2 mai 2005. Il les convoque à une réunion le jeudi 12 mai 2005 à la faculté, afin de les informer en détail des objectifs et du protocole de recherche, ainsi que du travail qui leur incombera. La participation à cette réunion est dite obligatoire.

#### **1.2- Rôle de l'attaché de recherche clinique :**

Un interne est recruté pour assurer la fonction d'attaché de recherche clinique : il contacte les observateurs à trois reprises pendant le déroulement de l'enquête, s'assure que la tâche a été bien comprise, répond aux questions éventuelles et stimule au recueil d'observation.

#### **1.3- Réunion de présentation de l'étude aux internes :**

Elle a lieu le jeudi 12 mai 2005. 25 des 27 internes en stage chez le praticien sont présents. Une interne est en vacances. Une interne a oublié la réunion (\*).

Les grilles de recueil sont présentées (cf. annexe 3). Un document associé rappelle les molécules concernées par l'étude (benzodiazépines et hypnotiques apparentés aux benzodiazépines).

(\*): les grilles lui seront transmises par courrier le 23 mai 2005.

Une échelle d'autoévaluation de la dépendance est aussi présentée (cf. annexe 4). Il s'agit d'un objectif secondaire de l'étude : tester cet outil d'autoévaluation pour valider son exploitabilité en médecine générale en France (il s'agit de la traduction d'un outil d'origine nord-américaine).

Les grilles sont relues entièrement.

L'accueil est plutôt positif. De nombreuses questions visent à préciser la compréhension des items, et quelques cas théoriques sont évoqués. L'item 13 s'intéressant à l'existence d'une « situation complexe » suscite de nombreuses demandes d'explication.

Plusieurs internes s'interrogent sur la longueur et la richesse du document principal. La question de la faisabilité est donc abordée. Le fait que la grille soit sortie au cours de la consultation par les internes est alors discuté comme un biais incontournable.

La question de la faisabilité des auto-questionnaires évaluant la dépendance est elle aussi débattue : le fait que l'interne doive sortir de la consultation pour réaliser le questionnaire apparaît contraignant. La possibilité d'une mise à disposition du questionnaire au secrétariat est soulevée.

## **2- Calendrier des relances et du recueil des grilles :**

### **2.1- Relances aux différents temps de l'enquête :**

L'enquête est réalisée sur 8 semaines, du 13 mai au 10 juillet 2005. La durée de l'enquête est divisée en 3 temps : découverte et réalisation des premières grilles (2 semaines), temps fort de l'enquête (3 semaines), fin de l'enquête (3 semaines à compter du 20 juin).

#### **2.1.1- Retour et relance informelle après réalisation des premières grilles :**

Le retour après réalisation des premières grilles est obtenu les jeudi 19 et 26 mai, à l'occasion de 2 séminaires de formation dans les locaux du Département de Médecine Générale. Ce retour signale quelques difficultés dans la réalisation des questionnaires d'auto-évaluation de la dépendance. Aucune évaluation du nombre de grilles obtenues n'est alors réalisée.

#### **2.1.2- Première relance téléphonique au milieu de l'enquête :**

Mercredi 1<sup>er</sup> juin – Samedi et dimanche 4 et 5 juin – Jeudi 9 juin – lundi 13 juin :

La réalisation de l'enquête à travers les grilles de recueil semble se faire sans grande difficulté : au 1<sup>er</sup> juin, les 8 internes contactés font état de 6 à 25 grilles remplies. En

moyenne (et après 15 jours d'enquête) les internes contactés ont réalisé 11 analyses de consultation.

L'attention des internes est attirée sur la nécessité de mettre l'auto-questionnaire de côté avec la mention « n'a pas compris » lorsque les patients restent dubitatifs devant le document d'autoévaluation de la dépendance, ceci afin de ne pas biaiser les résultats ... Une autre précision est apportée : il s'agit de noter les subterfuges éventuellement utilisés par les praticiens à l'égard des renouvellements mensuels d'hypnotiques (prescription à des posologies supérieures afin d'écarter les renouvellements, prescription d'hypnotiques laissées au secrétariat, ...).

#### Jeudi 16 juin :

Le point d'étape, réalisé à 1 mois du lancement avec le coordonnateur de l'étude, est l'occasion d'une évaluation du nombre de grilles obtenues après 16 à 26 jours d'enquête : 200 grilles d'analyse de consultation ont été réalisées selon les déclarations.

Reste qu'entre les déclarations du 1<sup>er</sup> juin et la date du 16 juin, beaucoup d'internes auront poursuivi l'enquête, ce qui laisse penser que le chiffre retenu est probablement sous-évalué.

### **2.1.3- Retour et relance sur la fin de l'enquête :**

#### Lundi 20 juin :

La réunion de l'ensemble des internes à l'occasion d'une formation à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie est l'occasion de recueillir une évaluation instantanée chiffrée du nombre de consultations analysées (cf. annexe 6).

Une relance écrite est par ailleurs réalisée auprès des 26 internes présents. Les lieux où les grilles pourront être déposées sont précisés. Un interne rend ses 6 grilles lors de cette réunion.

#### Mercredi 22 juin :

Le décompte des grilles déclarées fait état de 237 consultations analysées, ce qui semble montrer une démobilisation forte au cours du mois de juin. Après la relance lors de la réunion à la C.R.A.M., un nouvel appel à mobilisation est lancé par téléphone, en rappelant la fin prochaine du travail dans 2 semaines et demi. Tous les internes sont contactés.

#### Lundi 27 juin :

Un courrier postal est adressé à tous les internes. Il rappelle la fin de l'enquête dans 10-15 jours, invite à travers un document joint à faire des commentaires sur les difficultés rencontrées (cf. annexe 7).

## 2.2- Recueil des grilles et questionnaires :

C'est un travail fastidieux. Il est en outre perturbé par la période de vacances d'été. De nombreux internes sont contactés alors qu'ils sont en vacances...

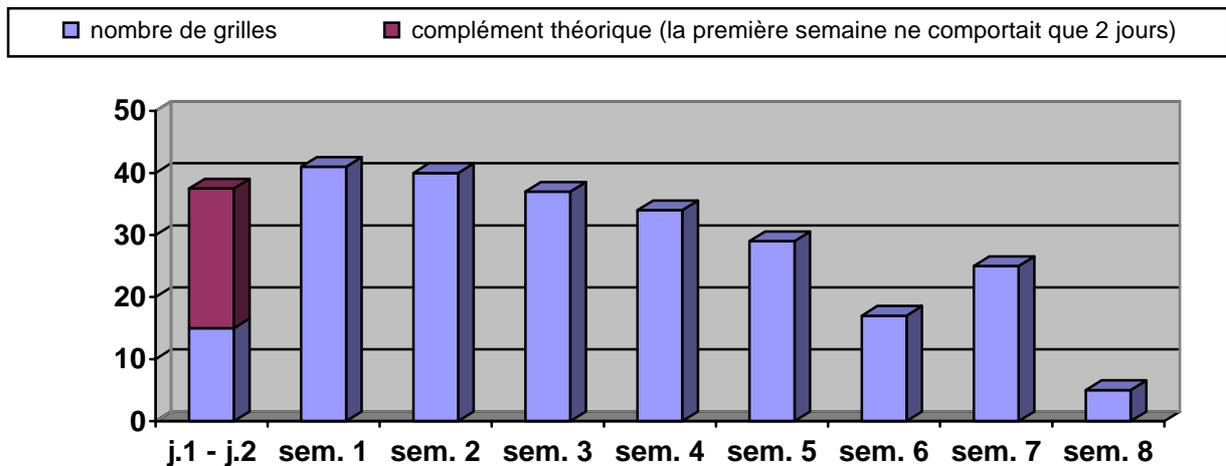
- Attente des retours spontanés jusqu'au 31 juillet  
(soit pendant 3 semaines)
- Relance le 3 août 2005 :  
Elle rappelle où déposer les grilles.  
16 internes sont invités à retourner leurs grilles,  
9 ne sont pas joignables,  
1 interne ne participe pas,  
1 interne a rendu ses grilles.
- Relance le 8 août 2005 :  
Elle rappelle où déposer les grilles.  
Nouvelle tentative auprès des 9 internes n'ayant pas été relancés : 4 ne sont pas joignables : un message est laissé sur leur répondeur.
- Relance le 20 août :  
Elle s'enquiert de savoir où sont les grilles.  
2 internes n'ont pas de répondeur,  
10 messages sont laissés sur répondeur,  
1 interne ne participe pas,  
3 internes ont déjà retourné leurs grilles à l'attaché de recherche clinique,  
6 internes ont laissé leurs grilles au Département de Médecine Générale,  
1 interne a rapporté ses grilles au C.H.D. à La Roche,  
2 internes ont retourné leurs grilles au coordonnateur de l'enquête,  
1 interne envoie ses grilles à l'attaché de recherche clinique.
- Relance le 31 août :  
3 internes ne sont pas joignables,  
1 interne n'a pas participé,  
5 internes ont rapporté leurs grilles à l'investigateur,  
9 internes les ont rapportées au Département de Médecine Générale,  
3 internes doivent retourner leurs grilles au Département de Médecine Générale,  
2 internes ont rapporté leurs grilles au C.H.D. à La Roche,  
2 internes ont retourné leurs grilles au coordonnateur de l'enquête,  
1 interne a déménagé et ne les a pas encore retrouvées,  
1 interne a rapporté ses grilles à un responsable du Département de Médecine Générale.
- Réunion du 5 septembre chez les pompiers :  
Des 3 internes non joignables : 1 n'a pas rempli de grilles.  
La personne ayant déménagé a retrouvé ses grilles et les envoie à l'attaché de recherche clinique.

### **3- Déroulement de l'étude, analysé après le retour des grilles :**

#### **3.1- Répartition dans le temps :**

L'analyse réalisée a posteriori à partir de la date des consultations étudiées permet de connaître l'évolution du travail des investigateurs au cours du temps. On pourra ainsi juger de l'efficacité des relances sur la réalisation du travail.

**Evolution du nombre de grilles réalisées ( Fig. 1)**



Le premier élément qui ressort du graphique est la diminution progressive des inclusions par les internes investigateurs au cours du temps : on note ainsi une érosion progressive du nombre de grilles remplies par les internes, ce malgré les relances.

On pourra y voir une érosion de la motivation, et les relances énergiques réalisées en cours de 6<sup>ème</sup> semaine permettent ainsi un sursaut avec rebond des inclusions lors de la 7<sup>ème</sup> semaine. Ainsi rappelons les relances à quelques jours d'intervalles intervenues le 20 juin à la CRAM (début de 6<sup>ème</sup> semaine), le 22 juin par téléphone (milieu de 6<sup>ème</sup> semaine), et le 27 juin par courrier (début de 7<sup>ème</sup> semaine).

#### **3.2- Comparaison aux déclarations des internes :**

Il est dès lors possible de comparer les estimations -en cours d'enquête- aux grilles retournées effectivement. Au 13 juin, on totalise ainsi réellement 170 grilles, alors que l'estimation réalisée à partir des déclarations était de 200, soit une surestimation de 30 grilles environ.

Au 20 juin, les internes font état par écrit de 237 grilles remplies. Le dépouillement des résultats retrouve en fait 192 grilles de consultation.

## **B – Analyse critique :**

### **1- Les obstacles au bon déroulement selon les internes :**

#### **1.1- Les avis émis dans le document transmis à la fin de l'étude :** (cf. annexe 7)

Lors du courrier faisant état de la fin de la période d'inclusion, les internes étaient invités à faire part de leurs commentaires et critiques sur la réalisation de l'étude, soit librement, soit à l'aide d'un document qui leur était fourni.

14 internes (sur les 21 qui ont participé) ont transmis des commentaires. 12 ont utilisé le document qui leur était fourni.

Ces 14 internes (représentant donc 2/3 des internes ayant participé) signalent les difficultés suivantes comme ayant pu entraver le bon déroulement de l'enquête :

- des congés, personnels ou des médecins maîtres de stage : 4 (28,6%),
- une faible prescription de benzodiazépines par un des médecins : 5 (35,7%),
- une inégalité de prescription entre les médecins : 5 (35,7%),
- une mise en autonomie rapide, avant la fin de la période d'inclusion : 8 (57,1%),
- des consultations parfois biaisées par la réalisation de l'enquête (au début) : 7 (50%).

Les questionnaires d'autoévaluation de la dépendance ont particulièrement posé problème :

- du fait de difficultés concrètes de réalisation : 12 (85,7%)  
( il fallait sortir dans le couloir pour le réaliser, ce qui faisait rater des consultations)
- du fait de l'incompréhension du questionnaire par les patients : 10 (71,4%)

On peut ainsi avancer comme éléments explicatifs de la plus faible participation des internes par rapport aux projections :

- l'existence de plage de congés sur les mois de mai et juin et début juillet,
- la mise en autonomie avant la fin de la période d'inclusion,
- la lourdeur du protocole en ce qu'il associait les grilles d'analyses de consultation et les questionnaires d'autoévaluation de la dépendance, ces questionnaires s'avérant par ailleurs matériellement difficiles à réaliser.

## **1.2- Le retour informel :**

On vient de voir la difficulté pour les internes de réaliser les auto-questionnaires, élément qui a été très fréquemment mis en avant.

Il faut encore noter que de nombreux items de la grille d'analyse de consultation nécessitaient que l'interne intervienne lors de la consultation, pose des questions à son maître de stage, ou consulte le dossier de manière approfondie. Dès lors que l'interne prenait le soin de ne pas trop perturber le déroulement spontané de la consultation, il était alors clairement nécessaire qu'il accède au dossier : pour noter la catégorie socioprofessionnelle du patient, l'existence éventuelle d'un problème avec l'alcool, la durée depuis laquelle le patient était connu, la durée depuis laquelle le traitement était institué, pour identifier si le patient était un habitué du cabinet.

Les internes ont été nombreux à signaler par ailleurs que l'enchaînement des consultations condamnait parfois à ne recueillir ces informations que secondairement ...

Au total, on perçoit la relative lourdeur de la procédure. Celle-ci a probablement joué sur la motivation des internes. Elle explique aussi que certaines grilles n'aient été remplies que de façon incomplète.

## **2- La complexité de la grille d'analyse de consultation :**

### **2.1- Analyse des erreurs, incohérences et informations manquantes sur les grilles recues :**

#### **2.1.1- Descriptif général :**

Le traitement des grilles a mis en évidence de multiples écarts dans leur réalisation. Seules 11,2% des grilles pouvaient être reprises telles qu'elles ont été remises pour la constitution de la base de données.

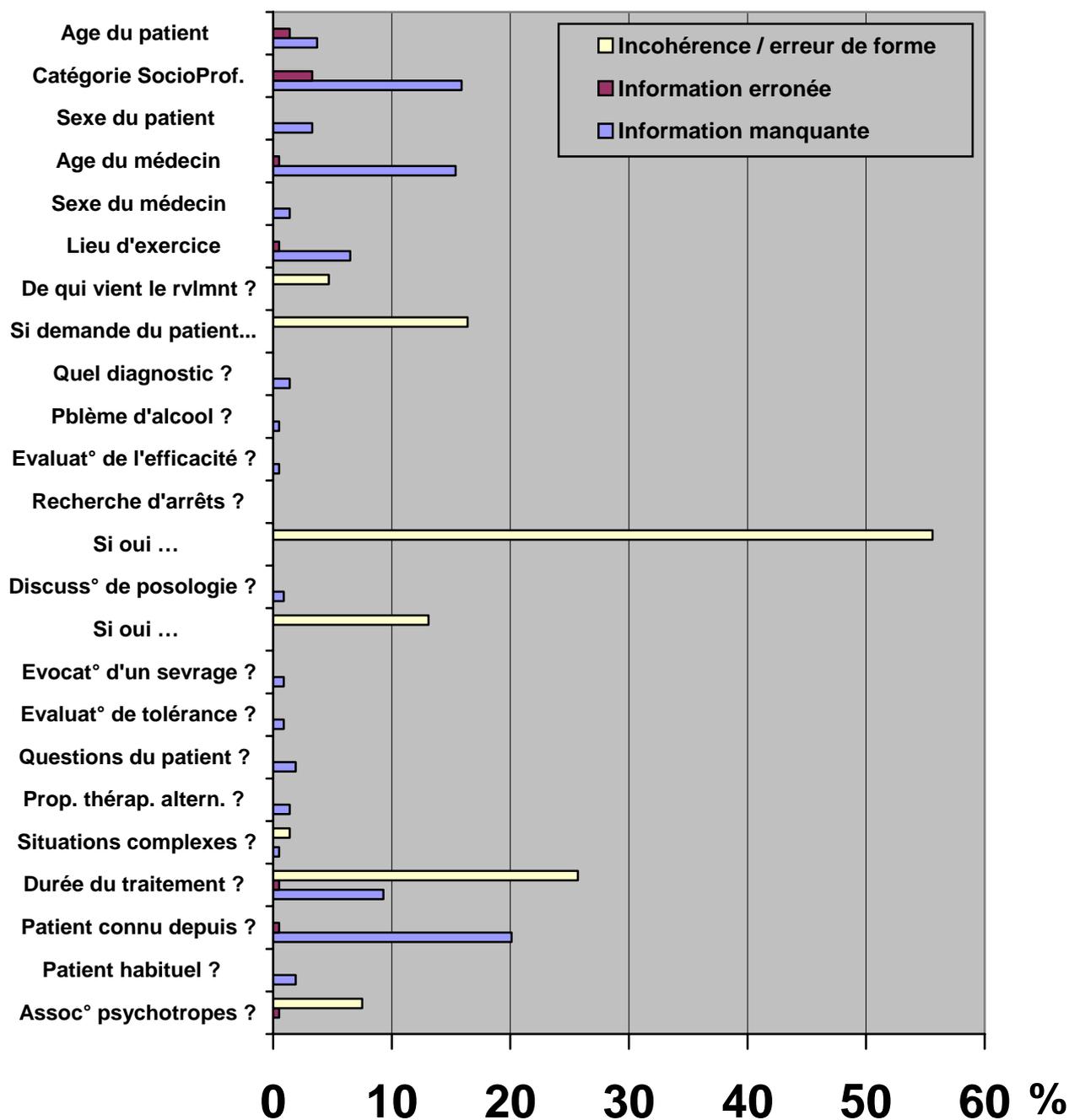
29,9% des grilles comportaient soit une erreur, soit une incohérence, soit une information manquante.

58,9% des grilles d'analyse de consultation comportaient au moins deux erreurs, incohérences, ou informations manquantes.

Il pouvait s'agir d'incohérences de formes, les plus fréquentes (aisément corrigibles) consistant en des erreurs sur le remplissage des items « Si oui... » qui étaient complétés alors même que la réponse « non » avait été précédemment cochée.

Il pouvait s'agir d'informations manquantes concernant le patient (âge ou catégorie socio-professionnelle le plus souvent), concernant le médecin (âge), ou concernant l'analyse du traitement (« depuis combien de temps le traitement est-il institué ? depuis combien de temps le patient est-il connu ? »).

### 2.1.2- Fréquence des erreurs et informations manquantes, par item :



Les erreurs sur la forme du remplissage, sans incidence sur l'interprétation, apparaissent ici en jaune. Ce sont les plus fréquentes. Nous avons retenu dans le graphique toutes les erreurs dont la non correction spontanée amenait à des erreurs lors de la saisie sous Access, puis à une incohérence par le logiciel de traitement statistique. S'assurer de la totale lisibilité de la grille à cet égard est un travail fastidieux dont on ne mesure pas l'ampleur.

Ne sont pas reportés dans le graphique les cas imposant des contrôles simples :

- lorsque les internes notaient l'âge des médecins au lieu de leur année de naissance (7,5%), ce qui pouvait pourtant être source d'erreur lorsque les deux premiers chiffres de l'année n'étaient pas notés. ( Par exemple, « 56 » pouvait ainsi être aussi bien un âge qu'une année de naissance ...),

- lorsque les durées -de traitement ou d'affiliation à la clientèle- apparaissaient sous forme de l'année de référence initiale (donc pas exprimées en mois) soit 22,9% des grilles.

Il faut noter enfin les cas où la durée est précisée sous forme d'une estimation minimale sous la forme « > 5 ans », dans 22,4% des cas.

### **2.1.3- Des pistes d'amélioration :**

On constate à la lecture simple du graphique que les items ayant posé problème sont donc de 2 types :

- les erreurs sur la forme :

Elles amènent à souligner l'importance d'une lisibilité immédiate des grilles utilisées, qui doivent respecter un déroulement logique et spontané. La possibilité de ne proposer qu'une unité unique pour les valeurs chiffrées doit être discutée, alors que le choix de deux unités différentes pour les items 14 et 15 n'apparaît par exemple pas totalement adapté a posteriori.

Si la plupart de ces erreurs ont pu être corrigées, il faut souligner que les valeurs retournées, une fois analysées hors contexte, sont sources d'interrogations sans fin lorsque l'unité reste incertaine. Ainsi de 2 chiffres (exemple : « 48 ») pour l'année de naissance dont on ne sait s'il s'agit d'un âge ou d'une année de naissance. De même pour les chiffres sans unités à la question 14 : l'interne avait-il bien été attentif au fait que l'unité utilisée était le mois ? donc pour noter « 15 ans », a-t-il bien noté « 180 » et non « 15 » ?

- les informations manquantes :

Ce sont principalement : les éléments caractérisant le patient, les éléments caractérisant le médecin, et les durées (celle depuis laquelle le traitement est institué, celle depuis laquelle le patient est connu).

On notera rapidement que ce sont des informations non discutées en consultation. Certains internes ont-ils hésité à demander leur âge à leurs maîtres de stage ? Pour les autres informations, elles nécessitaient que l'interne consulte le dossier, ce qui pouvait apparaître difficile du fait de l'enchaînement des consultations.

## 2.2- Un travail pour compléter a posteriori certaines informations :

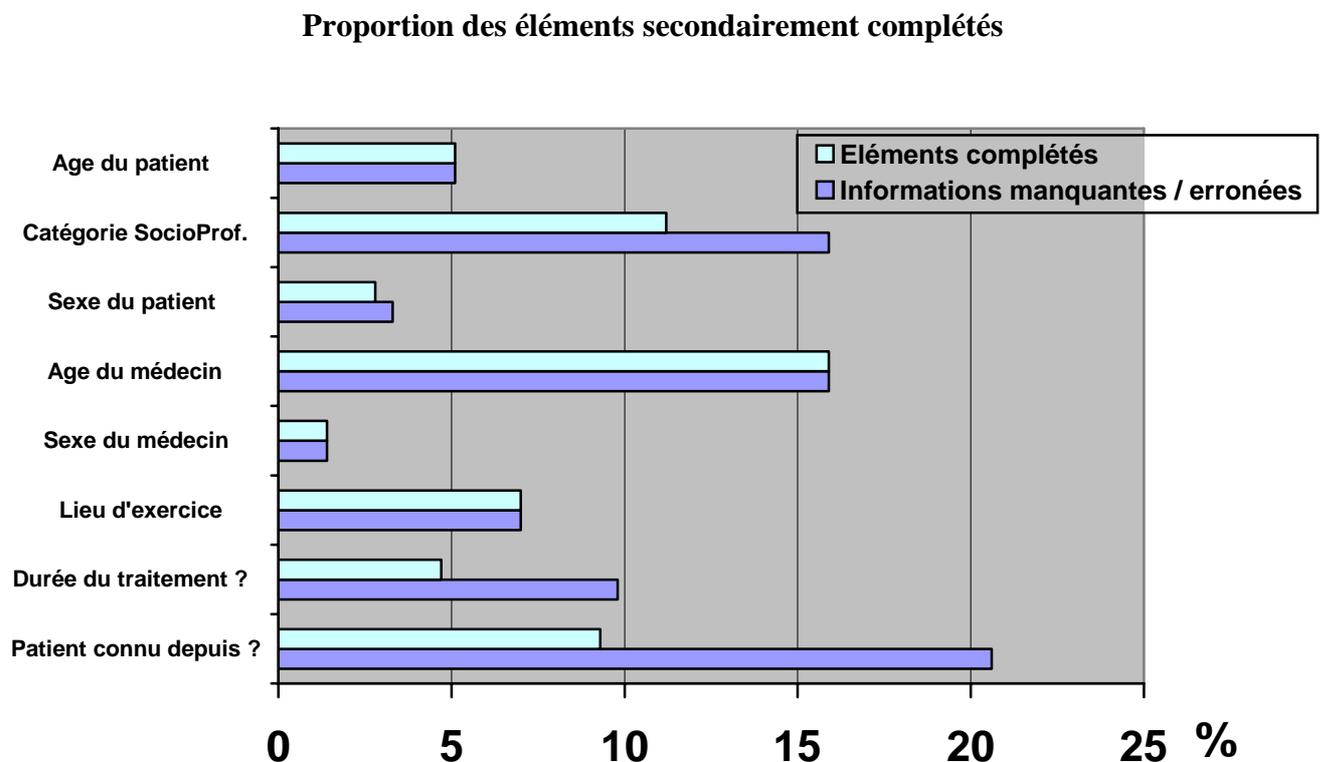
### 2.2.1- Démarche :

Afin d'améliorer la qualité de l'analyse, un travail de recherche de ces informations manquantes contenues dans les dossiers a pu être entrepris. Il a amené à retrouver les consultations analysées auprès des cabinets. Les médecins se sont en effet avérés secondairement identifiables par le lieu d'exercice et leur âge, d'autant que le recueil groupé des résultats pour chaque interne permettait de reconstituer les trinômes.

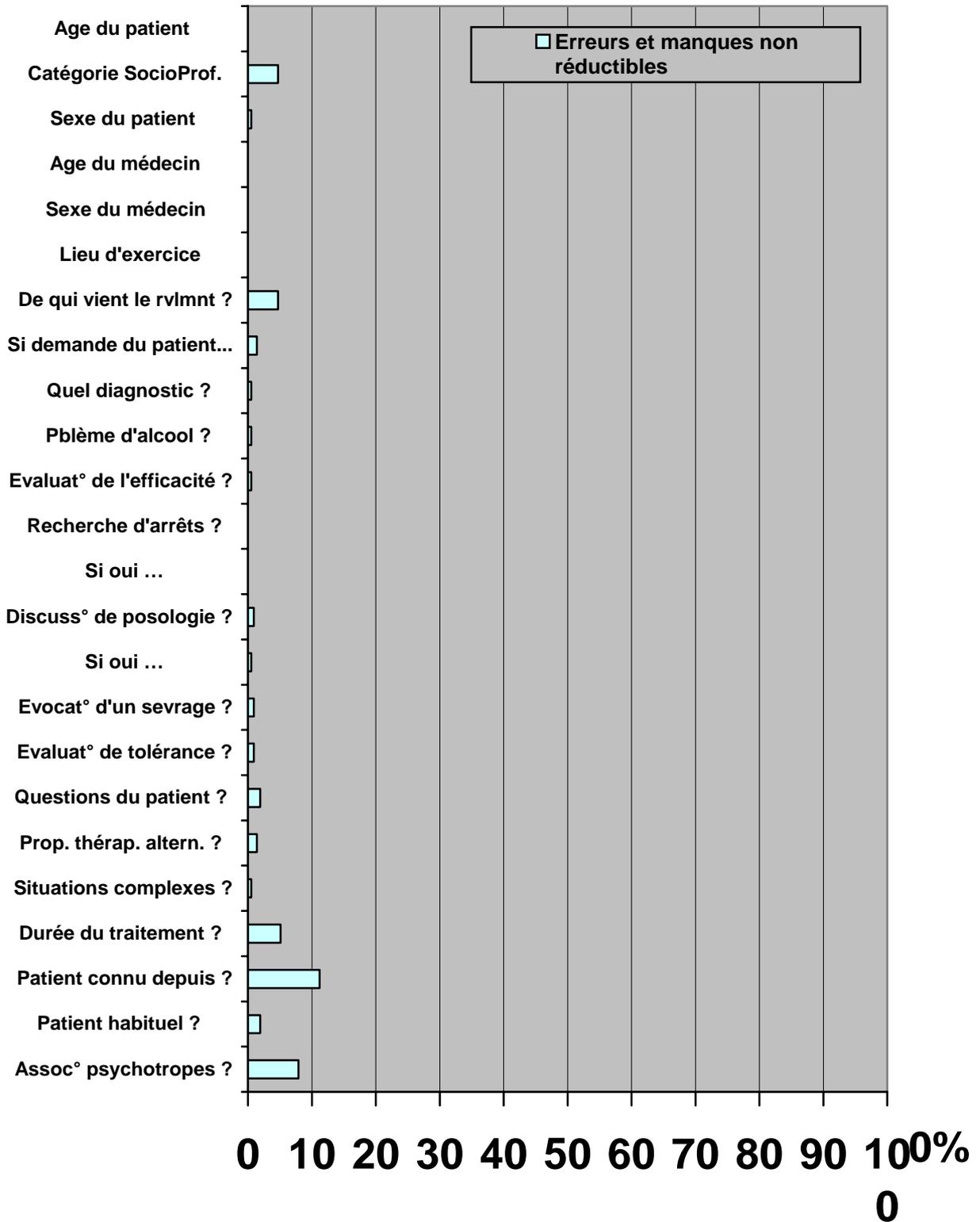
Le cabinet était alors contacté et les 3 lettres retenues du nom des patients associées au jour de consultation permettaient alors à la secrétaire de retrouver spécifiquement les consultations concernées (par informatique ou sur le planning de rendez-vous).

Les éléments suivants « âge des patients », « catégorie socio-professionnelle des patients », « sexe des patients », « âge des médecins », « lieu d'exercice des médecins », « durée depuis laquelle le traitement est institué », et « durée depuis laquelle le patient est suivi » ont ainsi parfois pu être complétés secondairement.

### 2.2.2- Graphique :



**2.3- Erreurs et manques persistants après corrections maximales :**



### **3- Des éléments qui n'apparaissent pas :**

#### **3.1- L'exclusion des consultations « conformes aux recommandations » :**

Par définition, la recherche s'intéressait spécifiquement aux consultations ayant abouti à un renouvellement d'anxiolytique ou hypnotique *au-delà de 12 et 4 semaines*. On ne pourra donc pas extrapoler au-delà le respect des recommandations par les médecins généralistes. En effet, les nombreuses consultations n'ayant pas donné lieu à une prescription de psychotropes, ou celles pour lesquelles la prescription est inférieure aux durées de 12 et 4 semaines, n'apparaissent pas dans notre étude.

Le médecin qui privilégierait une prise en charge non médicamenteuse (psychothérapies seules en particulier) et ne prescrirait au total jamais de benzodiazépine n'apparaîtrait pas dans notre étude.

Il faut donc noter que certains médecins ne sont pas représentés. On rappellera aussi dans la même perspective les inégalités d'inclusion au sein même des trinômes (pourtant associés à un seul et même interne investigateur).

- Au sein des trinômes 8 et 9, trois médecins au total ne sont pas représentés alors que l'interne a par ailleurs analysé des consultations chez d'autres maîtres de stage.
- Au sein des trinômes 1-2-3-4, le médecin le plus représenté apparaît au moins 9 fois, et le moins représenté apparaît 2 fois ou moins.
- Au sein des trinômes 8-9-10-11-17, le médecin le plus représenté apparaît au moins 6 fois, et le moins représenté n'apparaît pas ou n'apparaît qu'une fois.
- Au sein des trinômes 12-15, le médecin le plus représenté apparaît 5 fois, et le moins représenté n'apparaît pas ou n'apparaît qu'une fois.
- Les trinômes 6-7-16-18-19-23-24-26-27 sont plus homogènes.
- Seul un médecin a participé dans le binôme 5.

Les écarts d'inclusion observés permettent de soupçonner des écarts de pratique, mais ils ne permettent pas de les explorer au-delà. C'est par contre un des éléments qui rappellent que, par définition, les « bonnes pratiques » ne sont pas représentées dans notre étude.

Evidemment, ces écarts d'inclusion ne sauraient toutefois être imputés entièrement à des écarts de pratique. Il faut se référer par ailleurs aux autres éléments mis en avant par les internes (congrés, mise en autonomie rapide dans un cabinet, etc...) lesquels pouvaient interférer sur la réalisation de l'étude, ainsi qu'à l'existence de clientèles différentes.

#### **3.2- L'exclusion des stratagèmes pour le renouvellement des hypnotiques :**

L'impératif de renouvellement à 4 semaines des hypnotiques a pu conduire à une évolution des prescriptions, avec substitution de ces molécules contraignantes par des

benzodiazépines (prescrites avec une visée hypnotique mais dont le renouvellement peut être espacé à 12 semaines).

Pour autant, cette pratique semble peu représentée dans notre étude puisque les hypnotiques constituent 31,1% des prescriptions, alors que le diagnostic « insomnie » apparaît dans 35,5% des cas lorsque l'item 4 a été complété, ce qui constitue une relativement bonne adéquation.

Dès lors la réalisation de renouvellements à 4 semaines devrait être fréquente, mais ceci ne semble pas avoir été le cas selon le retour informel des internes ayant participé. L'éventualité d'un recours à des stratagèmes visant à espacer les renouvellements est alors évoquée.

La question a été abordée sur le document, support aux commentaires, fourni aux internes à la fin de l'étude. 14 internes ont retourné ce document.

A la question « Avez-vous observé les pratiques suivantes pour les renouvellements d'hypnotiques mensuels ? »,

- 5 internes (35,7%) disent avoir vu des ordonnances avec double ou triple posologie (permettant d'espacer les renouvellements),
- 4 internes (28,6%) disent avoir vu des ordonnances datées à 3 dates différentes (pour faire 3 mois),
- 7 internes (50%) disent avoir vu une ou des ordonnances déposées au secrétariat, ce qui permet un renouvellement sans nouvelle consultation.

L'estimation quantitative de ces pratiques n'a pas été réalisée.

## **C – Une expérience de recherche novatrice :**

La place de la recherche en médecine générale est encore faible en France, et l'absence à cet égard de revue nationale référencée dans le Medline n'en est qu'un exemple. L'état des lieux dressé en 2001 par G. Levasseur (59) permet de commenter l'intérêt d'une étude comme celle que nous avons menée, organisée par le Département de Médecine Générale de Nantes.

En guise d'introduction, on peut citer ces quelques lignes de son rapport : « la recherche en médecine générale en France pose directement la question des liens existants entre cette “ spécialité ” et l'Université, et, plus largement, la profession médicale. S'il n'y a pas d'activité universitaire sans recherche, comment organiser, dans l'état actuel des choses, une recherche “ digne de ce nom ” en médecine générale ? Les départements de médecine générale pourraient logiquement être un des lieux privilégiés de cette recherche. »

### **1- Un travail de groupe :**

G. Levasseur a réalisé une analyse des publications en médecine générale : 44,6% sont le fait d'individus isolés. Seules 16,2% sont signées d'un auteur et d'un collectif. Or dans les établissements de l'enseignement supérieur, dans les universités, la recherche est rarement le fait d'individus isolés. Elle suppose en général équipes, partenariats, statut, moyens, note G. Levasseur. Les praticiens spécialisés par exemple participent à des essais cliniques mais ils ne font pas seuls de la recherche. Ceci renvoie à la dimension plus ou moins collective de la recherche qui vient contredire la pratique solitaire de la médecine générale, nous dit elle.

-> La méthodologie retenue par le Département de Médecine Générale pour cette recherche a permis de franchir cet obstacle, enracinant clairement cette étude dans une dimension collective.

### **2- Un travail coordonné par un département universitaire de médecine générale :**

G. Levasseur note dans son état des lieux sur la recherche en médecine générale : « Les collectifs les plus productifs en terme d'articles sont le réseau des correspondants de l'ANAES, G-Tox et le réseau épidémiologique lorrain », déplorant par là même l'absence de structuration universitaire de la recherche en médecine générale. Cet élément était encore cité par 1 praticien sur 2 dans une étude réalisée en 2003 auprès de 380 médecins généralistes lorrains (27), étude qui identifiait ainsi le « manque de structuration » comme un frein au développement de la recherche.

-> En confiant l'étude au Département de Médecine Générale de Nantes, les promoteurs ont répondu à cette préoccupation. Ils ont par ailleurs permis de sortir de l'alternative fréquente entre recherche par des médecins généralistes autonomes, et recherche réalisée par des chercheurs non médecins (sociologues, économistes, épidémiologistes, etc...) qui travailleraient sur la médecine générale.

### **3- Un travail pluridisciplinaire :**

La thèse de V. BOFF (27) faisait par ailleurs état d'un manque de relations et d'échanges des généralistes universitaires avec les équipes des autres disciplines, citant en particulier les départements de Santé Publique, les départements de Sciences Humaines et Sociales, et les structures médico-sociales.

-> Clairement cette étude a essayé d'éviter cet écueil, par l'implication étroite et efficace du Département de Santé Publique et Statistiques (de la conception à l'analyse des résultats), par la participation des Professeurs de psychiatrie et de pharmacologie dans le Comité de Pilotage de l'étude, ainsi que celle du Département de Sciences Humaines représenté par une maître de conférence en psychologie médicale.

### **4- Un travail dans le champ de la médecine générale :**

La recherche en médecine générale est conçue comme un carrefour entre plusieurs disciplines, entre médecine et sciences sociales, médecine et épidémiologie, médecine et santé publique, nous rappelle G. Levasseur. Pour les britanniques elle est par nature plurielle : études épidémiologiques, prévention et promotion de la santé, études cliniques, mais aussi analyse des interactions médecin-patient, des processus de prise de décision, de l'organisation des soins et des politiques de santé. G. Levasseur cite alors les propos du Directeur de l'INSERM afin de délimiter le champ de la recherche en médecine générale : *“ des études épidémiologiques aux essais cliniques, les généralistes sont au cœur du dispositif de santé ”* (...) Ils *“ sont à l'évidence des acteurs incontournables des démarches d'évaluation des nouvelles stratégies thérapeutiques (soins et prévention) et des recherches portant sur les systèmes de soins et les politiques de santé ”*. L'originalité et la difficulté de la recherche en médecine générale est là : les thèmes sont pluridisciplinaires et pas seulement cliniques. La médecine générale s'enracine d'abord dans la clinique, mais elle partage aussi avec la santé publique une approche collective, ou au moins partagée, des problèmes de santé.

-> Très clairement, notre étude se situait dans le champ de la médecine générale, s'intéressant à une prescription dont les enjeux en terme d'économie de la santé, de santé publique comme de santé individuelle ont été présentés, se plaçant au cœur de la consultation, et analysant tout à la fois la relation médecin-patient et l'élaboration du processus de décision, dans un contexte faisant intervenir les dimensions bio-psycho-sociales et pas la seule clinique.

### **5- Un travail n'augmentant pas la charge de travail des praticiens libéraux :**

Hormis le fait que les médecins impliqués étaient maîtres de stage -ce qui implique évidemment quelques contraintes liées à cette pratique d'enseignement-, l'étude n'amenait pas en elle-même de modification de leurs pratiques, elle n'était pas associée à une perte de temps. Or c'est une préoccupation majeure des médecins généralistes selon l'enquête de V. BOFF (27) : 90% des 380 médecins interrogés citaient ainsi le « manque de temps » comme obstacle à la recherche en médecine générale.

## **6- Un travail faisant appel à des internes investigateurs :**

C'est peut-être l'élément le plus original de la méthode. Il est intéressant alors de le commenter en reprenant les propositions qui concluent la thèse de V. BOFF (27), dans sa sous partie intitulée « au niveau des investigateurs ».

Les propositions de l'auteur pour améliorer la recherche en médecine générale étaient les suivantes pour ce qui concerne les investigateurs :

- « améliorer la formation et l'information »

. « en améliorant la formation théorique dans les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycles des études médicales ... »

-> C'est un objectif qui n'est pas modifié par l'étude, mais dont la pertinence est soulignée. Une telle formation, en formalisant l'objectif de formation à la recherche, permettrait par ailleurs une plus grande implication des internes et donc un meilleur recueil des données.

. « en incitant les jeunes internes à participer à la recherche. Ils devraient avoir la possibilité de faire des stages dans des structures de recherche, notamment pour la préparation des thèses, de participer activement à des protocoles et d'être rémunérés pour cela, par exemple par la création de postes à l'INSERM. »

-> Modestement, mais de façon concrète et réaliste, cette étude a rempli cet objectif en impliquant tous les internes en stage chez le praticien comme investigateurs. C'est une expérience dont la reconduction possiblement systématique lors du stage en ambulatoire chez le praticien permettrait une sensibilisation à la recherche en médecine générale de tous les futurs praticiens.

- « développer les départements de Médecine Générale assurant le lien entre les universitaires, les chercheurs, les FMC »

-> Le Département de Médecine Générale de Nantes a joué ce rôle de liaison dans cette étude. On conçoit par ailleurs le potentiel de développement de tels départements s'impliquant dans la recherche dès lors qu'ils bénéficieront de financements pour la recherche, dès lors qu'ils produiront par ailleurs de nombreuses données et de nouveaux contenus.

- « développer les rubriques de recherche en Médecine Générale dans les revues, inciter les médecins généralistes à lancer leurs propres recherches »

-> Il ne s'agit pas d'un objectif abordé par l'étude.

- « les structures en place doivent avoir pour but de faciliter le travail de l'investigateur (ne pas multiplier les réunions ; une au début, une autre à la fin, leur fournir un matériel d'étude restreint, qui doit être bien ordonné et envoyé en une seule fois, simplifier les protocoles ...) »

-> On a vu précédemment l'importance de la lisibilité et de la simplicité des outils utilisés. On peut noter à cet égard l'utilité qu'il y aura à l'avenir à particulièrement cibler l'objectif.

L'utilisation simultanée de 2 outils correspondant à 2 objectifs différents est rapidement apparue comme source de difficultés dans notre étude.

On a vu encore combien la cohérence et la lisibilité immédiate des documents utilisés est importante, les erreurs de forme sur les documents complétés pouvant les rendre inexploitable suite à l'anonymisation.

On retiendra enfin qu'une réunion de clôture de l'étude aurait probablement eu sa place, qu'elle aurait permis de recueillir simultanément tous les documents et aurait évité un regroupement fastidieux suite à l'éparpillement dans le temps et dans l'espace des retours. La perspective d'une telle réunion aurait encore constitué une source de motivation pour les internes investigateurs, dont on a vu la progressivement moindre implication sur la fin de la période d'inclusion. Elle aurait enfin permis d'obtenir le retour des internes sur l'expérience, ce qui a certes été réalisé de façon informelle (par échanges verbaux ou aux travers des documents de commentaires) mais n'a pas permis une exhaustivité des réponses.

- « revaloriser les principales motivations des investigateurs, notamment, palier à l'absence de retour d'informations sur l'évolution de l'essai, trop souvent signalée par les investigateurs »

-> Un courrier informant les internes du nombre de grilles recueillies a été envoyé à la fin du stage en octobre 2006 (cf. annexe 8). Il invitait par ailleurs les internes qui le souhaitaient à participer à ce travail de recherche pour réaliser leur thèse.

Une communication minimale des résultats auprès des internes (préalablement à une publication éventuelle) a été réalisée le 28 mars 2006, soit presque un an après le début de l'étude.

L'information portant sur l'évolution de l'étude et l'avancement de l'analyse au cours de l'année a par ailleurs été réalisée, de façon informelle et partielle, à l'occasion de rencontres dans le cadre de la formation universitaire.

## **CONCLUSION**

La médicalisation du mal de vivre place le médecin généraliste en première ligne face à la demande d'aide exprimée par les patients.

Appelé à évaluer la balance bénéfique/risque des traitements par benzodiazépines et hypnotiques, partagé entre une éthique de soins centrée sur la personne et le souci d'une éthique collective à laquelle le rappellent les recommandations, il doit assumer un rôle de soignant attentif aux enjeux de santé publique.

Médecin désormais « traitant », il est au centre du système de soins, et prend en charge la détresse de ses concitoyens dans la complexité de chaque situation individuelle, considérant à la fois les dimensions médicales, mais aussi psychologiques et sociales.

Acteur de soins primaires, il est à l'entrée du système de soins, exposé au raz de marée des symptômes et signes fonctionnels perçus comme pathologiques, des symptômes que l'acutisation de la sensibilité individuelle aux phénomènes de santé a rendu plus nombreux (82).

Dans une vie sociale marquée par l'affaiblissement des liens intergénérationnels, par le recul du religieux, par l'impuissance du politique, le médecin prend la place du confident, du référent, et assume alors ce rôle de régulateur social spécifiquement associé à l'exercice de la médecine générale.

Au total, une des spécificités de l'exercice du médecin généraliste est donc parfois d'avoir à soigner, en résistant à la tentation de « médicaliser ». Soumis aux pressions de tous côtés, il lui faut donc particulièrement évaluer, critiquer, mesurer, classier, diagnostiquer ... pour pouvoir exercer.

Qu'en est-il réellement ? Comment se prennent les décisions ? Ce travail souhaitait permettre un pas pour mieux comprendre. Il en appelle beaucoup d'autres.

## **BIBLIOGRAPHIE**

## Rapports publics, articles de loi, recommandations des organismes publics

20. A.F.S.S.A.P.S. Médicaments classés comme anxiolytiques. Mise à jour le 7 juillet 2005. Disponible sur : <http://afssaps.sante.fr/hm/10/pharma/phanxio.htm>
21. A.F.S.S.A.P.S. Médicaments classés comme hypnotiques. Mise à jour en septembre 2002. Disponible sur : <http://afssaps.sante.fr/hm/10/pharma/phahyp.htm>
22. A.F.S.S.A.P.S. Fiche de transparence 99. Disponible sur : <http://afssaps-prd.afssaps.fr/html/has/sgt/hm/fiches99/5173c.htm> (janvier 2006)
23. A.F.S.S.A.P.S. Médicaments et conduite automobile. Septembre 2005. Disponible sur : <http://agmed.sante.gouv.fr/hm/10/picauto/mapauto.pdf> (mai 2006)
24. A.M.P.I. La prescription des psychotropes en ambulatoire : étude réalisée par six services médicaux régionaux du régime A.M.P.I. en 1996. Disponible sur : <http://www.canam.fr/publications/sante>
25. A.N.A.E.S. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte. In H.A.S. Publications. Disponible sur : <http://www.anaes.fr> (janvier 2006)
26. Assurance Maladie Midi-Pyrénées, M.S.A., A.M.P.I., U.R.C.A.M. Midi-Pyrénées. Nouvelle convention médicale. Disponible sur [www.urcam-midi-pyrenees.fr](http://www.urcam-midi-pyrenees.fr)
8. BARBERIS S., ZEHNER F. La prescription d'hypnotiques en Lot-et-Garonne. Echelon local du service médical du Lot-et-Garonne, 2005, 17 p.
27. CAVALIE P. Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France 1988-1999. 2001. Rapport AFSSAPS. Disponible sur [www.agmed.gouv.fr](http://www.agmed.gouv.fr)
28. COHEN D., KARSENTY S. Les représentations sociales des effets secondaires des anxiolytiques – une étude comparative Québec/France – Paris : La documentation française, 1997. Disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>
29. C.N.A.M. Etat des lieux : prescription d'anxiolytiques et d'hypnotiques. In : Assurance Maladie en ligne. Disponible sur : <http://www.bobigny.ameli.fr/263/DOC/445/fiche.html>
12. Code de la Santé Publique. Article R5213. Paris : Dalloz, 2001
30. D.R.E.E.S. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Paris : DRESS – Etudes et résultats, 2005. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/hm/publication>
31. FACY F., CASADEBAIG F., THURIN J.M. Consommation de psychotropes et morbidité en population générale : indicateurs de santé mentale. Paris : La documentation française, 1997. Disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>
15. H.A.S. Prescription des hypnotiques et anxiolytiques. In : A.N.D.E.M. Recommandations et Références Médicales. Paris : ANDEM Editions, 1995, tome 2, p.149-165
16. LECADET J., VIDAL P., BARIS B. et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales 2000. Revue médicale de l'assurance maladie, 2003, vol.34, n°2, p.75-84
17. LEGRAIN M., LECOMTE T. La consommation des psychotropes en France et dans quelques pays européens. Bulletin de l'académie nationale de médecine, 1997, n°181, p.1073-1087

18. LEGRAIN M. Rapport du groupe de réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et tranquillisants en France. Paris : SNIP, 1990
32. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Médicaments psychotropes, comparaisons européennes. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr>
33. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. La consommation des médicaments psychotropes en France. Disponible sur : <http://www.ofdt.fr>
21. République française. Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite. J.O. du 21 novembre 1991, p.15173
34. République française. Arrêté du 1<sup>er</sup> février 2001 modifiant l'arrêté du 7 octobre 1991. J.O. n°32 du 7 février 2001, p.2072
23. République française. Décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 97-495 du 16 mai 1997 et le décret n°97-1214 du 24 décembre 1977 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. J.O du 27 décembre 1997
35. U.R.C.A.M. Ile de France. Etude des prescriptions d'anxiolytiques et/ou d'hypnotiques en Ile-de-France. 2000. Disponible sur : <http://www.ile-de-france.assurance-maladie.fr/6532.0.html>
25. ZARIFIAN E. Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France. Ministère du travail et des affaires sociales. Paris : Ministère du travail et des affaires sociales, 1996, 366 pages

### Thèses

26. BAUD F. Etude d'une méthode de sevrage des benzodiazépines en médecine générale. Thèse de doctorat de médecine. Faculté de médecine : Université de Nantes, 2003, 119 p.
27. BOFF V. La recherche clinique en médecine générale en Lorraine : l'expérience du réseau praticiens chercheurs du CIC INSERM-CHU de Nancy, enquête auprès des médecins généralistes lorrains. Thèse de doctorat de médecine. Faculté de médecine : Université de Nancy 1, 2003, 122 p.
28. GRAINDORGE M. Evaluation des pratiques professionnelles d'un médecin généraliste toulousain : expérience d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles par un médecin stagiaire, à l'aide de la méthode et des outils élaborés par l'ANAES. Thèse de doctorat de médecine. Faculté des sciences médicales Rangueil : Université Paul Sabatier (Toulouse), 2002, 233p.
29. HAUTEMULLE A. L'utilisation abusive des benzodiazépines en France : causes et conséquences. Thèse de doctorat de pharmacie. Faculté de pharmacie de Bordeaux 2 : Université de Bordeaux II, 2005, 93 p.
30. HELIS V. Quelle est aujourd'hui en France la formation à la recherche des thésards en médecine générale ? Thèse de doctorat de médecine. Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers : Université de Poitiers, 2005, 87 p.
31. LAGNAOUI R. Etude de la relation entre utilisation de benzodiazépines et risque de démence. Thèse de doctorat en Sciences Biologiques et Médicales. Université de Bordeaux 2, 2001, 128 p.
32. MESA P. Retentissement sur les fonctions cognitives, en particulier la mémoire, et sur la vigilance, de la prise unique au coucher d'une benzodiazépine hypnotique. Thèse de

- doctorat de médecine. Faculté de médecine de Poitiers : Université de Poitiers, 1988, 95 p.
33. NUGUES S. Etat de la recherche en médecine générale. Thèse de doctorat de médecine. Faculté de médecine Lariboisière Saint Louis : Université Paris VII-Denis Diderot, 2004, 91 p.
  34. ROMAIN F. Analyses des délivrances de benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques dans les Bouches-du-Rhône chez les personnes de 85 ans et plus. Thèse de doctorat de médecine. Faculté de médecine de Marseille : Université d'Aix-Marseille II, 2003, 74 p.
  35. ROCHE-LE GEAY M.C. Prescription prolongée de benzodiazépine en médecine générale : entretiens auprès de dix femmes. Thèse de doctorat de médecine. Faculté de médecine d'Angers : Université d'Angers, 2005, 145 p.

### Articles de périodiques

36. BATAILLARD A., FERVERS B., DURIEUX P. et al. Elaboration et validation d'un instrument international d'évaluation de la qualité des « recommandations pour la pratique clinique » : la grille AGREE. *Quality and safety in health care*, 2003, vol.12, p.18-23
37. BOERMA W., VERHAAK P. The general practitioner as the first contacted health professional by patients with psychosocial problems : a European study. *Psychological Medicine*, 1999, vol.29, p.689-696
38. BOUVENOT J., GENTILE S., TARDIEU S. et al. Compliance des médecins vis-à-vis des recommandations médicales. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2002, vol.50, supplément au n°4, p.1S104-1S105
39. BRITTEN N. Patients' demands for prescriptions in primary care. Patients cannot take all the blame for overprescribing. *British Medical Journal*, 1995, vol.310, p.1084-1085
40. BRITTEN N., STEVENSON F.A., BARRY C.A. et al. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice : qualitative study. *British Medical Journal*, 2000, vol.320, p.484-488
36. CHABOT J.M. La pratique médicale façon EBM. In : *Comprendre l'E.B.M.* Disponible sur : <http://www.ebm-journal.presse.fr> (janvier 2006)
42. CHAGNON A. Les hypnotiques. *Le Concours Médical*, 2004, tome 126, vol.6, p.327-330
43. COCKBURN J., PIT S. Prescribing behaviour in clinical practice : patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study. *British Medical Journal*, 1997, vol.315, p.520-523
44. COTTRAUX J., Les thérapies comportementales et cognitives sont-elles efficaces ? *La revue du praticien*, 2002, vol.52, p.1165-116
45. DELACHAUX A-G. Jeunes M.G. La thèse, un plaisir ! *Le généraliste*, 2002, n°2212
46. DELAGE M. Les anxiolytiques. *Le Concours Médical*, 2003, tome 125, vol.14, p.852-856
47. DORRA A. Antibiotiques : la pression des malades surestimée. *Le Panorama du Médecin*, 2002, n°4862
48. GRISCELLI C. L'INSERM et la recherche en médecine générale. *La revue du praticien – Médecine générale*, 2000, tome 14, n°506, p.1396-1398

49. HAXAIRE C. « Calmer les nerfs » : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes. *Sciences Sociales et Santé*, 2000, vol.20, n°1, p.63-87
50. HERXHEIMER A. Rational pharmacotherapy in general practice-communicating harms and risks. In : HUAS D. *Communiquer autour des risques et des préjudices liés aux médicaments en médecine générale*. Exercer, 2005, Numéro spécial Recherche EGPRN, p.10-11
51. HIMMEL W., LIPPERT-URBANKE E., KOCHEN M. Are patients more satisfied when they receive a prescription ? The effect of patient expectations in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1996, vol.15, p.118-122
37. HUAS D. La participation comme investigateur à un travail de recherche est-elle une FMC efficace ? De la thèse à la publication internationale. In : 2<sup>ème</sup> congrès international de recherche en médecine générale. *La revue du praticien – Médecine générale*, 2001, tome 15, n°533, p.704
53. HUE J.L. L'angoisse ; l'angoisse du péché originel à l'anxiété moderne. *Magazine littéraire*, 2003, n°422, p.20
54. KANDEL O., BOISNAULT P., S.F.M.G. Recherche en médecine générale : une nécessaire professionnalisation. *La revue du praticien – Médecine générale*, 2001.....
55. KISELY S., LINDEN M., BELLANTUONO C. et al. Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners ? Results of an international study. *Psychological Medicine*, 2000, vol.30, p.1217-1225
56. KLEIN E., BOIVIN J.M., JEANDEL C. Prescription des hypnotiques en médecine générale. *La revue du praticien – Médecine générale*, 2002, tome 16, n°591, p.1617-1622
57. LAGNAOUI R., BEGAUD B., MOORE N. et al. Benzodiazepine use and risk of dementia : a nested case-control study. *Journal of clinical epidemiology*, 2002, n°55, p.1-5
58. LEBLANC B., ZIMMOVITCH B., LOMBRAIL P. Prescriptions des anxiolytiques et des hypnotiques en médecine générale. Evaluation à 2 et 18 mois des premières prescriptions. *La Revue du Praticien – Médecine Générale*, 1996, tome 10, n°337, p.13-21
59. LEGRAIN M., LECOMTE T. La consommation des psychotropes en France et dans quelques pays européens. *Annales pharmaceutiques françaises*, 1998, vol.56, fascicule 2, p.67-75
60. LEVASSEUR G., SCHWEYER F.X. La recherche en médecine générale en France : enjeux et perspectives. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale*, 2001, vol.41, p.47-80
61. LEVASSEUR G., SCHWEYER F.X. La recherche en médecine générale à travers les thèses de médecine. *Santé Publique*, 2003, n°2, p.203-212
38. LEVASSEUR G., SCHWEYER F.X. Les demandes des patients jugées non fondées par les médecins : mythe ou réalité ? In : 2<sup>ème</sup> congrès international de recherche en médecine générale. *La revue du praticien – Médecine générale*, 2001, tome 15, n°533, p.707
63. MORABIA A., FABRE J., DUNAND J.P. The influence of patient and physician gender on prescription of psychotropic drugs. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1992, vol.45, n°2, p.111-116
64. ORTEGA V., MAURICE-TISON S., DEMEAUX J-L. Prescription des psychotropes en médecine générale. *Le concours médical*, 2001, tome 123, n°11, p.734-738

39. PARTOUCHE H., GRANDMONTAGNE S., GILBERG S. et al. Difficultés d'inclure des patients dans une étude épidémiologique en médecine générale. A propos d'une enquête de prévalence de la coqueluche. In : 2<sup>ème</sup> congrès international de recherche en médecine générale. La revue du praticien – Médecine générale, 2001, tome 15, n°533, p.703
66. PAULUS D., MARTIN M., KUENZI B. et al. Divergences d'opinion entre patients et médecins généraliste. Incidence, causes, conséquences. La revue du praticien - Médecine générale, 2002, tome 15, n°564, p.263-265
67. PELISSOLO A., BOYER P., LEPINE J.P. et al. Epidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde. Encephale, 1996, n°22, p.187-196
68. PIERFITTE C., MACOULLARD G., THICOIPE M. Benzodiazepines and hip fractures in elderly people : case-control study. British Medical Journal, 2001, vol.322, p.704-708
69. PINONCELY P., CATHEBRAS P. Prescription de psychotropes : quel processus de décision ? La revue du praticien – Médecine générale, 2003, tome 17, n°610, p.561-565
70. RASHID A., JAGGER W., MANN R. Consultation in general practice : a comparison of patients' and doctors' satisfaction. British medical journal, 1989, vol.299, p.1015-1016
71. ROTER D., FRANKEL R. Quantitative and qualitative approaches to the evaluation of the medical dialogue. Social Science and Medicine, 1992, vol.34, n°10, p.1097-1103
72. SAILLOUR-GLENISSON F., MICHEL P. Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical. Revue de la littérature. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2003, vol.51, p.65-80
73. SARRADON-ECK A. La rencontre médecin-malade est aussi le lieu d'une médiation du lien social. La revue du praticien – Médecine générale, 2002, tome 16, n°578, p.938-943
74. STEVENSON F.A., GREENFIELD S.M., MIREN J. et al. GPs' perceptions of patient influence on prescribing. Family Practice, 1999, vol.16, n°3, p.255-261
40. TATON-CADAUREILLE C. Maîtrise de stage en troisième cycle de médecine générale : sinécure ou sacerdoce ? In : 2<sup>ème</sup> congrès international de recherche en médecine générale. La revue du praticien – Médecine générale, 2001, tome 15, n°533, p.707
76. TONGLLET R. La "médecine basée sur les preuves" peut-elle servir un projet de santé publique ? Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2003, vol.51, p.543-551
41. UNAFORMEC. Le projet Lemantibio. Disponible sur : <http://www.unaformec.org/lemantibio>
78. VAN RIJSWLJK, LUCASSEN P., VAN DE LISDONK E. Co-existing psycho-social problems influence the description of psychotropic medication in affective disorders. In : MERCIER A. Les problèmes psycho sociaux associés aux troubles anxio-dépressifs influencent la prescription de psychotropes. Exercer, 2005, Numéro spécial Recherche EGPRN, p.9
79. VERDURE-POUSSIN A., WEBER J. Troubles du sommeil. La revue du praticien – Médecine générale, 2001, tome 15, n°550, p.1787-1801
80. WIDLOCHER D., CASADEBAIG F., FACY F. et al. Consommation de psychotropes et morbidité en population générale. Paris : Ministère de la Santé, D.R.E.S.S. Cahiers de recherches de la MIRE, 1998, n°4

42. ZORZI F. Acceptabilité du stagiaire en cabinet de médecine générale. In : 2<sup>ème</sup> congrès international de recherche en médecine générale. La revue du praticien – Médecine générale, 2001, tome 15, n°533, p.710

### Monographies

82. AIACH P. Les voies de la médicalisation. In : AIACH P., DELANOË D. L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas. Paris : Economica, 1998, 251 p.
83. ARBORIO A.M., FOURNIER P. L'enquête et ses méthodes : l'observation directe. Nathan Université, 1999, 128p.
84. BALINT M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot et Rivages, 1996, 418 p.
85. COSNIER J. Les interactions en milieu soignant. In : COSNIER J., GROSJEAN M., LACOSTE M. Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins. Lyon : Presses Universitaires de Lyon, 1993
86. JAEGER M. La médicalisation psychiatrique de la peine à vivre. In : AIACH P., DELANOË D. L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas. Paris : Economica, 1998, 251 p.
87. HEATH C. Diagnostic et consultation médicale : la préservation de l'asymétrie dans la relation entre patient et médecin
88. LACOSTE M. Langage et interaction : le cas de la consultation médicale. In : COSNIER J., GROSJEAN M., LACOSTE M. Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins. Lyon : Presses Universitaires de Lyon, 1993
89. ZARIFIAN E. Le prix du bien-être. Psychotropes et société. Paris : Odile Jacob, 1996, 282 p.
90. ZARIFIAN E. Le goût de vivre. retrouver la parole perdue. Paris : Odile Jacob, 2005, 235 p.

### Autres

91. DELACHAUX A-G. Jeunes M.G. La thèse, un plaisir ! Le Généraliste. 2002, n°2212
43. DOROSZ P. Guide pratique des médicaments. 21<sup>ème</sup> éd. Maloine : Paris, 2001, 1853 p.
44. I.N.S.E.E. Liste des catégories socioprofessionnelles agrégées 2003. In : INSEE. Nomenclatures – Définitions – Méthodes. Disponible sur : <http://www.insee.fr> (janvier 2006)
45. I.N.S.E.E. Population – Evolution et structure de la population. In : INSEE. La France en faits et chiffres. Disponible sur : <http://www.insee.fr> (janvier 2006)
46. MOUILLET E. Exigences uniformes pour les manuscrits présentés aux revues biomédicales, Uniform Requirements for Manuscripts 5<sup>ème</sup> édition, mise à jour novembre 2003. Disponible sur : <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/CDD/GUIDES/FR-CDD-RedactionReferences.htm> (janvier 2006)
96. S.F.M.G. Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale. Documents de recherches en médecine générale. Numéro spécial, 1996, n°47-48.

## ANNEXES

- **Annexe 1 :** Lettre d'information des maîtres de stage
- **Annexe 2 :** Lettre de convocation des internes
- **Annexe 3 :** Grille de recueil
- **Annexe 4 :** Echelle de sévérité de dépendance (ESD)
- **Annexe 5 :** Médicaments concernés par l'enquête
- **Annexe 6 :** Document utilisé lors de la réunion à la C.R.A.M.
- **Annexe 7 :** Document de commentaire (retourné avec les grilles)
- **Annexe 8 :** Courrier de remerciement des internes

# Observation de 245 prescriptions de benzodiazépines et hypnotiques renouvelées au-delà de 12 et 4 semaines en médecine générale.

## Résumé

**Contexte :** La France a une consommation de benzodiazépines et hypnotiques très élevée. Les recommandations visant à diminuer la prescription ont peu d'effet. **Objectifs :** Le premier objectif de l'étude était de décrire la consultation aboutissant au renouvellement de tels traitements au-delà de 12 et 4 semaines. Le second objectif était de rechercher l'existence d'associations entre quelques variables et la mise en place d'une discussion conforme aux recommandations. En particulier, la demande de traitement par benzodiazépine exprimée par le patient limite-t-elle significativement la discussion préalable au renouvellement ? La complexité des situations rencontrées limite-t-elle la discussion spécifique autour de la prescription de benzodiazépines ? **Méthodologie :** Réalisée par 21 internes de médecine générale auprès de 56 médecins maîtres de stage lors de leur passage au cabinet libéral, l'étude empruntait certaines caractéristiques de l'observation participante. Elle demandait aux internes de relever 21 éléments de la consultation permettant de caractériser : patient, médecin, diagnostic, contexte de prescription, et nature de la discussion préalable au renouvellement. **Résultats :** Comme dans les travaux publiés, les patients qui consomment cette classe de médicaments se caractérisent par un âge plus élevé, le sexe féminin, une population inactive (retraités et chômeurs). Les traitements poursuivis depuis plusieurs années apparaissent moins réévalués. La durée depuis laquelle le traitement est poursuivi est ainsi en moyenne plus faible quand il existe une discussion préalable au renouvellement (58,3 mois versus 86,9 mois). S'y associe l'âge des patients, qui apparaît plus faible lorsqu'une discussion a été mise en place (64 ans versus 68,8 ans). La demande des patients, souvent considérée comme une pression sur la prescription, amène en fait à une réévaluation plus fréquente de la prescription avant le renouvellement (63,7% versus 57,7%), et non à une reconduction sans discussion telle qu'elle pourrait être réalisée par facilité. Lorsque cette demande intervient en cours de consultation, elle amène même systématiquement à discussion (100% des cas). Autre hypothèse testée, la complexité des situations rencontrées, identifiée dans 54,7% des consultations, ne fait pas passer au second plan la réévaluation des traitements par benzodiazépines, et la mise en place d'une discussion préalable au renouvellement est aussi fréquente que pour les autres patients (63,4% versus 58,7%). La question d'une association statistique entre lieu d'exercice et fréquence de réévaluation de la prescription est posée. **Conclusion :** L'observation des renouvellements de benzodiazépines et hypnotiques, réalisés par les médecins généralistes maîtres de stage de Loire-Atlantique et de Vendée au-delà des durées de 12 et 4 semaines, retrouve une discussion préalable minimale dans 60% des consultations. Les traitements anciens chez les patients âgés apparaissent moins réévalués.

## Mots clés

Médecine générale ; recherche en médecine générale ; benzodiazépines ; anxiolytiques ; recommandations ; prescription ; relation médecin-malade.