

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2021

N°

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

***Anaïs, KERHARO AUDINET***

---

Présentée et soutenue publiquement le 11 Février 2021

---

**PLACE DE LA PHYTOTHERAPIE DANS UNE STRATEGIE D'EPARGNE EN  
BENZODIAZEPINES :**

retours d'expériences de patients suivis par des médecins généralistes formés en  
phytothérapie.

---

Président : Madame le Professeur M. GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Madame le Docteur C. VICTORRI-VIGNEAU

Membres du jury : Monsieur le Docteur N. HOMMEY  
Madame le Docteur M. JOURDAIN

## REMERCIEMENTS

À **Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec**, vous me faites l'honneur de présider ce jury et d'évaluer mon travail. Merci pour votre intérêt et votre disponibilité.

À **Madame le Docteur Caroline Victorri-Vigneau**, ma directrice de thèse. Un grand merci pour ton soutien, ta confiance et ton enthousiasme qui m'ont porté pendant ce long labeur. Ton expérience et tes remarques toujours constructives ont été un guide précieux.

À **Monsieur le Docteur Nicolas Hommey**, vous me faites l'honneur de participer à ce jury et d'évaluer mon travail. Je vous remercie pour votre présence aujourd'hui, et pour les outils que vous m'avez transmis dans le domaine de la relation médecin-malade.

À **Madame le Docteur Maud Jourdain**, vous me faites l'honneur de participer à ce jury et d'évaluer mon travail. Je vous remercie pour vos précieux conseils en matière de recherche qualitative.

À **Madame le Docteur Isabelle Suteau**, merci de m'avoir mise sur la voie de ce travail passionnant. Votre motivation et votre confiance ont beaucoup compté.

À **l'ensemble des personnes ayant accepté de participer aux entretiens**, merci de m'avoir ouvert la porte de votre maison et partagé avec confiance votre vécu et votre ressenti. Vos témoignages m'ont beaucoup touché et ont été un bel enseignement d'humilité, de respect et de courage.

À **mon mari**, je n'aurai jamais assez de mots pour te témoigner tout mon amour et ma reconnaissance. Merci d'être là pour moi en toutes circonstances, merci pour ta patience durant toutes ces années d'études, et aussi... merci pour ta grande aide en matière de mise en page Word et de tableur Excel ! Joa 'm eus ouzhit.

À **ma fille chérie**, merci pour ta joie de vivre et ta tendresse qui ont coloré mes journées de travail et m'apportent du bonheur chaque jour. Tu es une si belle personne en devenir, je suis fière d'être ta maman.

À **mes parents**, merci pour votre confiance et votre amour. Vous m'avez transmis le sens de la communication, le respect et la considération de l'autre, le désir et le courage d'œuvrer pour un monde plus juste, toutes ces valeurs qui me portent dans ma vie et dans mon métier. Pour tout cela un grand merci. Je vous aime profondément.

À **ma sœur et mon frère**, je n'ai pas assez de mots pour vous dire combien je vous aime. Cette année a vu nos liens se resserrer, et notre complicité grandir, pour ma plus grande joie. Je vous souhaite tout le bonheur que la vie puisse vous apporter.

À **mes beaux-parents**, merci pour votre accueil si chaleureux dans votre famille. Merci pour vos encouragements tout au long de mes études et votre enthousiasme à l'approche de leur aboutissement qui m'ont beaucoup touché.

À **mon beau-frère** qui me précède sur cette voie, merci pour tes précieux conseils et tes encouragements. J'admire ton implication auprès de tes patients et ton amour pour ce métier qui m'inspirent.

**À ma super-belle-sœur**, te voir me met toujours de super bonne humeur ! Merci pour le « remontage de moral » ultra-efficace quand le courage s'est mis à manquer.

**À Anaïs**, ma co-interne chérie, merci pour ton amitié joyeuse et fidèle. Tes encouragements, ta réassurance et tes conseils m'ont beaucoup aidé durant cette année.

**À tous mes amis nantais et brestois**, merci pour tous les bons moments passés au cours de ces études et pour tous ceux qui sont à venir...

## Table des matières

I) Introduction .....	6
II) Matériel et méthode .....	11
A) Méthode choisie .....	11
B) Population étudiée.....	11
C) Entretiens .....	12
D) Analyse des entretiens .....	13
III) Résultats.....	14
A) Première partie : données quantitatives .....	14
1) Caractéristiques des entretiens.....	14
2) Caractéristiques des patients .....	14
3) Caractéristiques des traitements.....	14
B) Deuxième partie : données descriptives.....	16
1) Les benzodiazépines, entre nécessité et craintes.....	17
2) La phytothérapie, reflet d'un mode de vie .....	24
3) Une transition difficile .....	31
IV) Discussion : .....	43
A) Forces et faiblesses.....	43
B) La phytothérapie : un rôle de facilitateur au sein d'une démarche d'épargne en benzodiazépines dans une population particulière .....	45
C) Place de la phytothérapie dans le cadre de l'épargne en benzodiazépines .....	47
D) Perspectives.....	50
V) Conclusion.....	51

# I) Introduction

## Benzodiazépines : un problème de Santé Publique

Les benzodiazépines et apparentées sont des molécules qui agissent sur le système nerveux central. Elles ont des propriétés sédatives, myorelaxantes, anxiolytiques, anticonvulsivantes et amnésiantes (1). Sur le plan pharmacocinétique, leur demi-vie (temps nécessaire pour que, après administration, la concentration plasmatique diminue de moitié) est un paramètre crucial permettant de prédire la persistance du médicament dans l'organisme (voir tableau des demies-vies en annexe). Elle peut être modifiée par de nombreux facteurs internes et environnementaux (2,3). Leurs **indications** actuelles sont **très limitées** : notamment, traitement d'appoint et de courte durée de l'anxiété sévère et/ou invalidante et de l'insomnie modérée à sévère passagère, prévention et/ou traitement des manifestations liées au sevrage alcoolique, traitement de la crise épileptique (4–6).

La consommation en benzodiazépines au long cours, le plus souvent à des fins hypnotiques et/ou anxiolytiques, demeure un problème de Santé Publique depuis de nombreuses années. En effets, cette classe de médicaments affiche un **profil d'effets indésirables préoccupant** (7):

- Affections du système nerveux : somnolence, comas, convulsions, et, plus rarement, amnésies. Ces effets accroissent de 60 à 80% le risque d'accident de la route (8), et leur permet d'être un outil de soumission chimique largement répandu (9).  
Par ailleurs, une association a été retrouvée par plusieurs études entre consommation de benzodiazépines et risque de survenue de démence type Alzheimer, sans lien de causalité établi à l'heure actuelle mais une suspicion suffisamment sérieuse pour la prendre en compte (10–12).
- Affections psychiatriques : troubles confusionnels majoritairement, agitation, désinhibition (avec parfois majoration d'un risque de passage à l'acte agressif).
- Risque de dépendance psychique et physique avec syndrome de sevrage à l'arrêt.
- Risque accru de chutes en particulier chez le sujet âgé.

En parallèle des effets indésirables cités ci-dessus, ces molécules peuvent être un facteur d'entretien de l'insomnie et de l'anxiété par l'**effet rebond** qu'elles peuvent induire à l'arrêt, se traduisant par des symptômes plus fréquents et plus graves que les symptômes initiaux ayant motivé leur prescription (13). Ce phénomène contribue à renforcer la **dépendance**, faisant entrer le patient dans un cercle vicieux.

Rapidement après les débuts de leur utilisation, plusieurs études ont alerté au sujet de leur balance bénéfices-risques défavorable en cas d'usage chronique, et différentes instances ont élaboré des lignes de conduite convergeant vers un **objectif commun : limiter leur prescription** :

- 7 Octobre 1991 : un arrêté du ministère de la Santé légifère sur la **limitation de la durée de prescription** des benzodiazépines à douze semaines, période de sevrage incluse (14) ; Cet arrêté a été modifié en 1992 pour y ajouter la limitation à quatre semaines concernant les hypnotiques.
- 1995 : publication de **Références Médicales Opposables** concernant les anxiolytiques et hypnotiques, qui exclut : l'association de deux anxiolytiques ou deux hypnotiques, la reconduction d'un traitement sans réévaluation et au-delà des durées recommandées, et le non-respect d'une posologie minimale efficace (15).
- 2007 : la HAS communique des **recommandations au sujet de la prise en charge des troubles anxieux graves**, dans lesquelles le recours aux benzodiazépines est relégué en troisième intention après les différents types de prise en charge psycho-comportementales, et toujours en usage bref et ponctuel (16).
- 2012 : l'ANSM dévoile deux rapports sur le sujet, l'un consistant en une mise en garde sur une potentielle association entre **benzodiazépines au long cours et démence**, l'autre en une fiche d'information ayant pour but de **limiter leur mésusage** (12,17).
- 2013 : un premier **état des lieux de la consommation en benzodiazépines** est émis par l'ANSM, mis à jour en 2017 (7,18).
- 2015 : la HAS publie un guide de bonne pratique intitulé « **Arrêt des benzodiazépines** », qui s'adresse en particulier aux médecins traitants, suivi de près par les recommandations au sujet de **la place des benzodiazépines dans l'insomnie** (mises à jour en 2017) et de **la place des benzodiazépines dans l'anxiété** (mises à jour en 2018) (5,6,19). Dans chaque document, il est rappelé que ces molécules ne sont en aucun cas curatives, qu'elles ne doivent pas être banalisées, et qu'elles doivent être prescrites à la dose minimale efficace pour une durée la plus courte possible.

La HAS rappelle par ailleurs que si l'objectif est l'arrêt, l'obtention d'une diminution de posologie est déjà un résultat favorable.

Malgré tout cela, l'ANSM relève, dans son rapport de 2017, une consommation concernant environ 13% des français, avec une décroissance lente amorcée depuis 2012,

mais encore très insuffisante (7). De plus, elle recense environ 15% de primo-prescription se poursuivant au-delà des délais préconisés (quatre ou douze semaines pour les hypnotiques et les anxiolytiques respectivement), dont 2% au-delà d'un an, et cela sans compter les patients ayant repris la consommation après une phase plus ou moins longue d'interruption. D'autres études récentes estiment qu'un tiers des primo-prescriptions se prolongent au-delà de la durée recommandée (20).

### **Benzodiazépines : un sevrage difficile**

Cependant, le sevrage tout comme l'épargne en benzodiazépines se confronte à une double problématique : d'une part, **la dépendance**, qui s'installe rapidement après le début de la consommation ; d'autre part **la persistance de la pathologie sous-jacente** ayant justifié la primo-prescription. En effet, le questionnement autour de la stratégie d'aide au sevrage ne peut se limiter à l'aspect pharmacologique ou addictologique. Comme le soulignent plusieurs auteurs : nombreuses sont les personnes, souvent âgées, qui ont recours à l'alcool et aux médicaments psychotropes pour de la souffrance morale, alors que les traumatismes qu'ils ont vécu restent méconnus et non traités (21,22).

Dans ce sens, plusieurs techniques ont été proposées et évaluées pour l'accompagnement du sevrage en benzodiazépines, parmi lesquelles les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), l'hypnose, l'entretien motivationnel, les psychothérapies, ainsi que des ajustements pharmacologiques. Il en ressort que les prises en charge comportementales sont une aide significative pour la dépendance psychologique, et favorisent la réussite du sevrage (23,24). Les **thérapies cognitivo-comportementales** sont à ce titre une **stratégie validée en première intention** dans le domaine de l'addictologie. Il demeure cependant des difficultés liées aux symptômes physiques tels que le syndrome de sevrage, ou le rebond des angoisses et des troubles du sommeil suite à l'arrêt du traitement.

Concernant les médicaments pouvant être associés ou succéder aux benzodiazépines afin de diminuer l'inconfort et le risque de syndrome de sevrage au cours de leur décroissance : ceux affichant des résultats positifs avec bon niveau de preuve comportent pour la plupart des effets secondaires non négligeables, voire un risque de report de dépendance comme dans le cas d'une stratégie de switch de benzodiazépine à demi-vie courte par une autre à demi-vie longue (25).

Au total, les diverses mesures et méthodes appliquées dans la stratégie visant la diminution de la consommation de benzodiazépines en France semblent donc amorcer une amélioration, mais qui est vraisemblablement insuffisante. La faible réduction du taux de consommation sur ces dernières années suggère qu'il serait nécessaire de proposer davantage de moyens, en particulier pour l'accompagnement des personnes dépendantes depuis plusieurs mois, voire années.

### **La phytothérapie : une nouvelle piste ?**

Parallèlement, les patients sont de plus en plus nombreux à s'intéresser aux propriétés médicinales des plantes, tendance s'inscrivant dans un courant plus général de « retour à la Nature » observé dans différents domaines de consommation. Une récente étude pilotée par le département d'addictovigilance du CHU de Nantes portant sur les substances consommées par les patients pour des troubles du sommeil relève qu'ils sont près d'un tiers à avoir recours à la phytothérapie comme stratégie principale (26).

En effet, plusieurs plantes sont utilisées depuis des millénaires pour leurs vertus sédatives et anxiolytiques, et ont fait l'objet de nombreuses recherches scientifiques pour en décrypter les modes d'action (27). Certaines ont notamment été identifiées comme interagissant avec le système GABAergique et les récepteurs aux benzodiazépines : c'est le cas de la Valériane (28–31), la Passiflore (32–34) et l'Eschscholtzia (35). L'acide gamma-aminobutyrique (GABA), est un neurotransmetteur inhibiteur dans le système nerveux central, fortement impliqué dans la physiopathologie de l'anxiété (28). Le mécanisme d'action des benzodiazépines est d'ailleurs de potentialiser l'effet inhibiteur du GABA dans le système nerveux central (2,3).

Sur le plan clinique, plusieurs études menées selon les critères de validation scientifique mettent en évidence une amélioration significative du sommeil et du niveau d'anxiété chez les patients à qui sont administrées ces plantes. La plupart des études cliniques et méta-analyses concernant la Valériane suggèrent une **diminution de la latence d'endormissement** et une **amélioration de la qualité subjective du sommeil** après quelques semaines d'usage régulier (27,30,36–38). Au sujet de ses propriétés anxiolytiques, une méta-analyse récente relève une **diminution significative de l'anxiété** chez l'homme dans des contextes variés (VIH, TOC, anxiété généralisée) associée à une absence d'altération de la vigilance (28). Sur le plan de **l'accompagnement au sevrage**, une étude randomisée, en double-aveugle et contre placebo utilisant l'extrait de Valériane relève une amélioration significative de la qualité subjective du sommeil chez des patients

consommateurs chroniques de benzodiazépines juste après arrêt du traitement (39). La Passiflore rapporte elle aussi des résultats cliniques encourageants sur l'anxiété, parfois comparés à ceux de certaines benzodiazépines (40–43). De plus, la phytothérapie, hors mésusage, est caractérisée par une **bonne tolérance** et très peu d'effets secondaires (44).

Certaines plantes pourraient-elles faciliter la décroissance en benzodiazépines chez les patients consommateurs chroniques ? La phytothérapie serait-elle une des réponses complémentaires pertinentes à apporter pour favoriser la transition vers le sevrage ? Et si tel est le cas, quelle(s) place(s) est-elle en mesure de prendre : substitut aux benzodiazépines, soutien en phase de décroissance, rôle symbolique ?

Pour tenter de répondre à cette question et ces différentes hypothèses, nous avons choisi de nous intéresser au vécu de patients, consommateurs chroniques de benzodiazépines, ayant fait l'expérience d'une utilisation des plantes dans une optique de diminution voire d'arrêt de leur traitement. L'objectif de ce travail est de comprendre les éventuels intérêts du recours à la phytothérapie en contexte de sevrage en benzodiazépines, ainsi que les éventuels obstacles à leur utilisation.

## **II) Matériel et méthode**

### **A) Méthode choisie**

Une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés a été choisie (45,46). Cela a ainsi favorisé l'expression relativement libre des patients, l'objectif étant de s'intéresser à leur ressenti, leurs motivations et leurs représentations en lien avec le sujet de recherche. Les questions issues du guide d'entretien permettaient quant à elles de recadrer, quand il était nécessaire, le discours vers le thème de la recherche, et d'approfondir les notions les plus pertinentes.

### **B) Population étudiée**

Le recrutement s'est effectué par échantillonnage raisonné selon des critères d'inclusion correspondant à l'objectif de l'étude :

- patient de plus de 18 ans ;
- consommateur d'une benzodiazépine ou apparentée depuis une durée supérieure ou égale à trois mois ;
- dont la prescription initiale était motivée par une anxiété et/ou des troubles du sommeil ;
- ayant entamé un processus passé ou en cours de diminution voire de sevrage de leur traitement ;
- avec recours à la phytothérapie pour la même indication que celle ayant motivé la prescription de la benzodiazépine, ou dans un but d'accompagnement des symptômes de sevrage ;
- suivi par un médecin généraliste formé en phytothérapie.

La diversité des patients a été recherchée par le recrutement de patients issus de patientèles différentes, et donc suivis par des médecins aux pratiques variées. Les patients ont été recrutés de façon indirecte en sollicitant d'abord par mail, puis par rencontre directe et/ou téléphonique, des médecins généralistes détenteurs d'un diplôme universitaire en phytothérapie des départements de Loire-Atlantique et du Morbihan, et des pharmaciens spécialisés en herboristerie de Loire-Atlantique.

Le nom du premier médecin-phytothérapeute a été transmis par une pharmacie-herboristerie nantaise habituée à recevoir ses patients. Les autres médecins ont été trouvés

par mobilisation du réseau des uns et des autres. Les pharmacies-herboristeries ont été trouvées via internet. Au total, huit médecins et quatre pharmacies-herboristeries ont été contactés, puis relancés régulièrement (entre trois et huit fois chacun sur la période de recrutement).

Il leur a été à tous communiqué une fiche d'information patients, permettant de les renseigner sur l'objectif de la thèse et de la remettre à tout patient qu'ils jugeaient potentiellement incluable. Avec ces fiches d'information, les pharmaciens disposaient d'une grille de coordonnées à remplir pour les patients acceptant un contact téléphonique de la part de la chercheuse. Les contacts étaient ensuite soit transmis en main propre, soit par téléphone. Les médecins ont privilégié la transmission des contacts obtenus par mail.

Une fois les contacts reçus, les patients étaient appelés par la chercheuse afin de les informer plus en détail sur l'objectif et le déroulement de l'enquête, de déterminer s'ils correspondaient bien aux critères d'inclusion, et le cas échéant de fixer une date et un lieu de rendez-vous pour l'entretien.

Au total, huit patients ont été proposés pour l'étude, sur une période de recrutement s'étendant de début Janvier à fin Septembre 2020. Deux d'entre eux n'ont pu être inclus pour cause d'absence de traitement phytothérapeutique en accompagnement du sevrage : il s'agissait d'homéopathie pour l'un, de compléments alimentaires pour l'autre. Les six autres patients répondaient à l'ensemble des critères.

## **C) Entretiens**

Le guide d'entretien s'est inspiré des préconisations de la fiche méthodologique proposée par le CNGE ainsi que du livre *L'entretien compréhensif* de J-C Kaufmann (46,47). Il comportait dix questions ouvertes, conversationnelles et évolutives. Il a été adapté au fur et à mesure de l'avancée des entretiens en fonction des résultats émergents.

Les entretiens ont été, au choix des patients, menés à leur domicile ou dans un lieu neutre extérieur, entre fin Janvier et mi-Septembre 2020. Un seul entretien a été mené à distance par Skype®, sur proposition de la patiente et du fait de circonstances exceptionnelles (confinement) avec un enregistrement par le logiciel CyberLink Screen Recorder®. Les autres entretiens, menés en face-à-face, ont été enregistrés par le logiciel Audio Recorder d'un téléphone mobile. Ils ont été intégralement enregistrés et retranscrits.

L'anonymat et la confidentialité des données étaient mentionnés aux patients par oral en début d'entretien. Le consentement des patients pour leur participation à la recherche était recueilli à l'oral juste avant le début des entretiens.

## **D)Analyse des entretiens**

L'analyse des entretiens a été menée selon les principes de la théorisation ancrée développés dans l'ouvrage *Manuel d'analyse qualitative* de C. Lejeune (45), à partir de la retranscription intégrale de chaque entretien, incluant le « non-verbal ».

Le codage ouvert, axial puis sélectif a été réalisé de façon manuelle par la chercheuse sur un mode inductif, impliquant une création des catégories et des thèmes au fur et à mesure à partir des données brutes recueillies sur le terrain. Pour chaque entretien, chaque phrase et ensemble de phrases concordantes énoncés par le patient ont été individualisés ligne par ligne dans un tableur Excel pour constituer les verbatims. Tout d'abord, le codage ouvert a attribué à chaque verbatim un code traduisant ou résumant la ou les notions qui en émanaient. Puis la phase de codage axial, en comparant en associant les différents codes ouverts a permis de dégager plusieurs catégories plus générales, correspondant aux sous-thèmes. Enfin, le codage sélectif, en organisant les codes axiaux et en établissant des connexions entre eux, a fait émerger trois grands thèmes et achevé la construction de la théorie.

Chaque grille de codage a été minutieusement relue par une deuxième chercheuse qui y a apporté des notions différentes ou complémentaires, et a confronté les analyses émises à sa propre interprétation.

L'analyse thématique a été approfondie par la création de trois cartes heuristiques, ou cartes mentales, à l'aide du site internet Coggle®, détaillant chacun des trois grands thèmes principaux. Ce type de présentation a pour intérêt principal de « représenter de manière synthétique une certaine forme de complexité », et de faire apparaître les informations de façon plus claire (48). Cela a permis l'obtention d'une vision d'ensemble, l'émergence de nouvelles connexions entre les différentes catégories, et le renforcement de la cohérence globale. Le plan a été construit à partir de ces cartes mentales, qui introduisent chacune le chapitre correspondant à leur thème.

### III) Résultats

#### A) Première partie : données quantitatives

##### 1) Caractéristiques des entretiens

Six entretiens ont été menés entre Janvier et Septembre 2020. Cinq entretiens ont été menés en face-à-face, un seul a été mené à distance par visioconférence du fait de la période de confinement. Leur durée moyenne était de 55 minutes, le plus court ayant duré 18 minutes et le plus long 105 minutes. La saturation des données a été obtenue après cinq entretiens.

##### 2) Caractéristiques des patients

Le tableau suivant présente les caractéristiques de chaque patient interrogé ainsi que leur statut professionnel.

Patient	Genre	Age	Profession
A	M	68 ans	Retraité cadre psychologue
B	M	77 ans	Retraité directeur d'agence immobilière
C	F	74 ans	Retraîtée peintre sur statuettes
D	F	60 ans	Infirmière
E	F	76 ans	Retraîtée comptable
F	F	70 ans	Retraîtée administration

Quatre femmes et deux hommes ont participé aux entretiens, tous retraités sauf une patiente encore en activité. La moyenne d'âge était de 71 ans (min 60 ; max 77 ans).

##### 3) Caractéristiques des traitements

Le tableau suivant présente les différents traitements consommés par chaque patient. Dans la deuxième colonne sont nommées les types de benzodiazépines (bzd) rencontrées, avec une distinction entre les molécules à action anxiolytique et celles à action sédatrice. La troisième colonne précise le motif de prescription initiale de la benzodiazépine propre à chaque patient. La quatrième indique la durée totale d'utilisation, continue pour certains et discontinuée pour d'autres, ce qui est détaillé dans les résultats un peu plus loin. La cinquième et dernière colonne notifie les plantes utilisées dans la même indication que les benzodiazépines et/ou pour l'aide au sevrage, et leur galénique.

Dans le cas des patients consommant un nombre de plantes supérieur à trois (Mme E, Mme F), le choix a été fait de recenser dans ce tableau celles à qui sont attribué l'effet le plus important par les patients eux-mêmes et celles qui sont prises de façon continue par opposition à des plantes prises en complément, occasionnellement.

Patient	Bzd anxiolytique / hypnotique	Indication	Durée	Phytothérapie (principale)
A	Bromazépam	Insomnie d'endormissement	10 ans	Nébulisat <sup>1</sup> de Valériane, Mélisse et Eschscholtzia
B	Bromazépam	Insomnie de milieu de nuit	3 ans	Nébulisat de Valériane et Eschscholtzia
C	Lorazépam puis Bromazépam, et Zolpidem	Anxiété et insomnie d'endormissement et de milieu de nuit	24 ans	Nébulisat de Valériane et Passiflore
D	Bromazépam	Insomnie de milieu de nuit	8 ans	EPS <sup>2</sup> de Valériane, Millepertuis et Griffonia
E	Alprazolam puis Oxazépam	Insomnie d'endormissement	Env. 6 mois	TM <sup>3</sup> de Valériane TM de Houblon
F	Nitrazépam et Oxazépam	Insomnie d'endormissement et anxiété	>10 ans	EPS de Valériane et d'Eschscholtzia

### 3.1. Résultats benzodiazépines (bzd)

Les benzodiazépines anxiolytiques consommées sont dans l'ordre de fréquence bromazépam > oxazépam > alprazolam et lorazépam. On observe que quatre patients consomment une benzodiazépine anxiolytique à des fins hypnotiques.

Seuls deux patientes prennent une benzodiazépine de la classe des hypnotiques, le zolpidem et le nitrazépam.

---

<sup>1</sup>Nébulisat : extrait sec de plante concentré sous forme de poudre, présenté sous forme de gélule ou comprimé. Procédé de fabrication : broyage de la plante fraîche, extraction des principes actifs par solvant hydrique ou alcoolique, lyophilisation (37,38).

<sup>2</sup> EPS : Extrait fluide de Plante fraîche Standardisé. Même procédé d'extraction que le nébulisat sans l'étape de la lyophilisation, stabilisé en solution glycinée.

<sup>3</sup> TM : Teinture-mère : solution hydroalcoolique fabriquée à partir de plantes fraîches, par macération dans de l'alcool, filtration puis (39). Degré d'alcool dans le produit fini en moyenne 40°. Utilisation en gouttes à diluer dans un verre d'eau.

La durée totale moyenne sous traitement est de 9 ans (min 0.5 ; max 24 ans). Trois patients déclarent une consommation continue sans interruption sur plus de trois mois (Mme C, Mme E, Mme F), trois autres affirment en consommer de façon discontinue au long cours (Mr A, Mr B, Mme D). Parmi les patients consommant des benzodiazépines de façon sporadique, l'un rapporte plusieurs périodes de coupure entre d'autres phases de prise quotidienne sur plusieurs semaines à mois (Mr A).

### **3.2. Résultats phytothérapie**

Les plantes consommées dans le cadre de l'épargne en benzodiazépine sont dans l'ordre de fréquence : Valériane > Eschscholtzia > Passiflore, Mélisse, Houblon, Millepertuis, Griffonia. Deux de ces plantes, la Valériane et la Passiflore, qui figurent parmi les plus étudiées dans l'indication des troubles du sommeil et de l'anxiété, sont détaillées dans des fiches récapitulant leurs propriétés et indications en annexe.

Quatre patients prennent leur traitement en phytothérapie de façon quotidienne et continue (Mr B, Mme D, Mme E, Mme F), quand deux autres l'utilisent seulement par périodes intermittentes (Mr A et Mme C). À noter que Mme D est la seule à avoir stoppé de façon complète toute prise de phytothérapie, après quelques années de prise continue à la suite de son sevrage médicamenteux.

## **B) Deuxième partie : données descriptives**

Onze codes axiaux ont été dégagés de l'analyse, eux-mêmes divisés en plusieurs sous-codes issus du codage ouvert. Le codage sélectif a abouti à trois grands thèmes :

- 1) Les benzodiazépines, entre nécessité et craintes
- 2) La phytothérapie, reflet d'un mode de vie
- 3) Une transition difficile

Chaque chapitre correspondant à l'un des grands thèmes est introduit par sa carte heuristique. Celles-ci s'organisent autour du thème principal placé au centre, d'où partent différentes branches qui détaillent son contenu et établissent des liens entre les différentes parties.

# 1) Les benzodiazépines, entre nécessité et craintes

La carte mentale ci-dessous illustre les différentes notions, issues de l'analyse des discours, se rapportant au thème commun de **profil particulier de consommateur en benzodiazépines**.

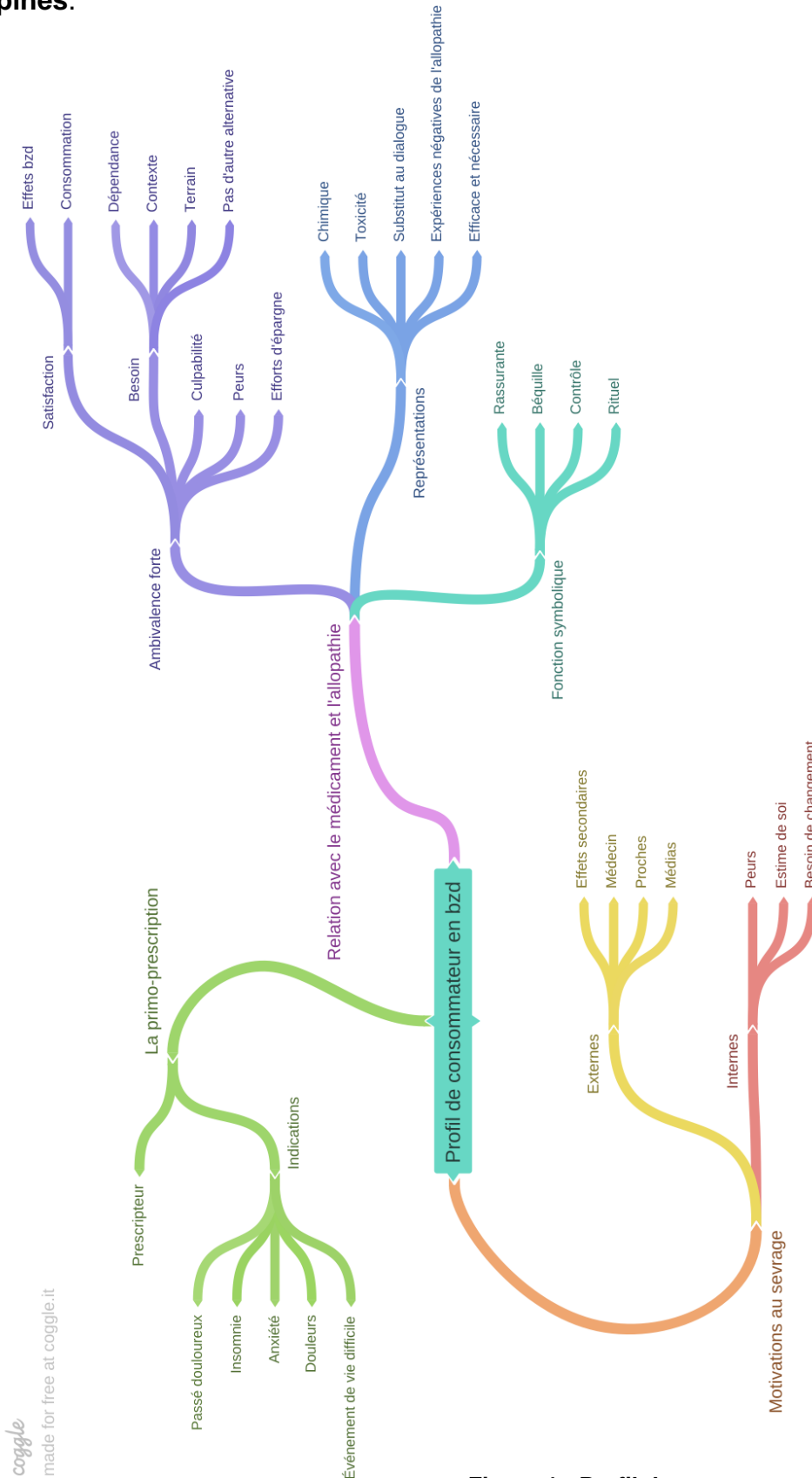


Figure 1 : Profil de consommateur en bzd

Au fil des entretiens, un profil singulier de consommateur en benzodiazépines s'est dégagé. Certains aspects expliquent en partie leur orientation vers cette démarche particulière d'épargne en benzodiazépines avec recours à la phytothérapie.

Nous nous intéresserons d'abord aux raisons et aux circonstances de la primo-prescription de benzodiazépines chez ces patients, puis nous observerons leur relation particulière avec le médicament et l'allopathie. Enfin, le travail d'analyse a fait émerger plusieurs motivations expliquant leur implication dans cette démarche de diminution de leur traitement, que nous détaillerons.

### **1.1. La primo-prescription**

#### Motifs de prescription

Pour la majorité des patients rencontrés, le recours à leur traitement par benzodiazépine s'explique par **une souffrance morale** ayant donné lieu à des symptômes invalidants tels que de l'anxiété majeure, des insomnies, des douleurs.

Ils relient spontanément cette souffrance avec deux types de causalité :

- **un passé douloureux** qui semble impacter encore fortement leur vie : « *Ça a débuté parce que... d'abord je n'ai pas eu un parcours facile parce que j'avais une maman qui m'avait pas accepté* » (Mme C) , « *J'ai un vécu tellement compliqué, depuis mes sept ans, donc presque soixante-dix ans, j'ai un vécu compliqué.* » (Mme E)
- ou avec **un événement de vie difficile plus récent**, comme un licenciement (Mr A, Mme C), un nouveau poste stressant (Mme D), ou la maladie qui touche un proche ou soi-même (Mme C, Mme E) :

*Mr A : « Ça a fini par une transaction à une époque où je devais avoir 56 ans, ce qui est une période très très simple pour retrouver du travail après... Donc à ce moment-là j'en ai pris de façon assez régulière. »*

*Mme C (parlant de son mari, diabétique) : « Parce qu'il a trois sortes d'insuline, et il fait des hypo ! C'est épouvantable ça... et vous savez, ça me procure un énorme stress, ça. »*

Chez la plupart d'entre eux, on remarque que **ces deux réalités coexistent**.

Un seul patient, Mr B, s'est vu prescrire du bromazépam pour une insomnie de milieu de nuit qu'il relie directement à une pollakiurie liée à son adénome de prostate. Cependant, il admet aussi posséder un tempérament « *hyperactif* » correspondant dans sa description à une certaine nervosité.

### Prescription

Tous les patients rapportent une primo-prescription de benzodiazépine effectuée par leur **médecin traitant** de l'époque, sauf une l'ayant reçue en milieu hospitalier (Centre de la Douleur). Certains se rappellent même d'un discours déculpabilisant prononcé par leur médecin ce jour-là :

*A : « Après le discours qu'il avait... j'ai pas forcément bien tout en tête, mais son discours c'était que ça ne posait pas de problème de prendre du Bromazépam, que... (...) il me disait je pense que des études prouvaient que dans l'armée américaine c'est ce qu'on donnait par exemple aux pilotes entre deux missions pour qu'ils aient le temps de bien récupérer avant de prendre la deuxième, etc... »*

*B : « C'est mon ancien médecin traitant qui me l'avait prescrit, il m'avait dit « vous pouvez en prendre occasionnellement, pas de problème ».*

Cependant, il apparaît clairement à la lecture des entretiens que ces patients ne se sont pas contentés de cette vision rassurante, mais ont plutôt tissé une **relation complexe voire tourmentée avec leur traitement**.

### **1.2. Relation avec le médicament et l'allopathie**

Au fil des entretiens, il est apparu plusieurs similitudes sur la relation que chaque patient entretenait avec le médicament, et de façon plus générale une **considération convergente de l'allopathie**.

#### Une ambivalence forte

La consommation de benzodiazépine s'inscrit nettement pour chaque patient dans une oscillation permanente entre sentiment de nécessité et rejet.

D'une part, concernant les aspects favorables au médicament, on observe de façon récurrente un sentiment de **satisfaction**. Une satisfaction **liée au traitement**, considéré comme efficace et relativement bien toléré : « Avec une demie barrette je pars pour ma nuit complète, je ne me réveille même pas pour aller uriner ! C'est très confortable... » ; « Je me réveille toujours l'esprit très clair » (Mr B), mais aussi chez certains, **liée à leur consommation** qu'ils jugent non problématique, comme Mr A, et Mr B qui n'envisage pas d'arrêter « complètement », « parce qu'(il) n'en prend vraiment pas très souvent ».

Par ailleurs, la plupart des patients expriment avoir **besoin** de ce traitement, évoquant une personnalité anxieuse ou fragile, ou un contexte difficile persistant : « Alors je me dis, il

*faudrait que je prenne toujours sur moi, que je sois toujours forte, alors je m'en veux parce que je me trouve pas assez forte vous voyez... », « Et puis la maladie de mon mari, depuis sept 2018 on a toujours, toujours, des chocs, des chocs... » (Mme C)*

Ce besoin découle aussi du **constat de leur dépendance** : *« C'est un peu une drogue finalement... Un petit peu une drogue ! » (Mme C)*

Cette nécessité est renforcée par une impression d'avoir « tout essayé », de ne **pas** avoir **d'autre alternative** possible pour améliorer son problème : *« Alors je connais toutes les théories : se lever, aller prendre un petit livre, se recoucher après... c'est pas une question de connaitre ou de ne pas connaitre les choses... » (Mr A)*

D'autre part, on retrouve dans les discours plusieurs indices révélant leur malaise vis-à-vis de cette consommation. Leur **culpabilité** transparait lorsqu'ils évoquent le discours rassurant de leur médecin comme cité plus haut (Mr A, Mr B), se justifient pour s'excuser de cette consommation : *« Oui parce que j'ai passé vraiment des nuits blanches, hein, des nuits à lire un bouquin toute la nuit... » (Mme E), « enfin ça dépend peut être des personnalités, mais 2h du matin ça peut être un peu court pour être frais le matin... » (Mr A) et minimisent leur consommation : « (...) mais c'est pas pareil d'en prendre trois fois dans le mois que... que quelqu'un qui est complètement imprégné... » (Mr A), « un tout petit quart » (Mr B, Mme C).*

Cette consommation les renvoie aussi à plusieurs **peurs** (dépendance, mémoire, effet rebond) qui les limitent dans leur usage :

*Mr B : Si ça n'avait pas tous ces effets secondaires j'en prendrais un demi tous les soir sans me poser de questions ! Mais le problème c'est la dépendance, et puis tout le reste...*

*Mme E : « J'ai l'exemple de maman, qui a pris à ses 40 ans, et elle est morte à 85 ans, du Temesta. Quarante-cinq ans ! Avec une mémoire altérée, mais complètement ! (...) J'ai vu ma mère et ça m'a... j'ai dit non, jamais ça ! »*

*Mme F : « Je ne voulais pas qu'on m'en redonne... J'avais peur de pas dormir, si j'arrêtais, peur de pas pouvoir s'en débarrasser quoi... »*

Ces aspects négatifs rattachés au traitement les incitent tous à **l'effort d'épargne** : *« J'essaye de me contenter que du demi comprimé. J'essaye hein... c'est pas facile... » (Mme C), « Pas plus de un, hein ! Et dans la journée, que tchi que dalle ! » (Mme E).*

## Représentations du médicament en général

Au-delà de leur relation conflictuelle avec la benzodiazépine, tous les patients interrogés témoignent d'une certaine désapprobation des médicaments en général : « *Alors au début j'ai fait un peu de la réticence, parce que je suis contre tout ça* » (Mme E).

Le caractère artificiel, **chimique**, de ces produits est entre autres une source de méfiance : « *Ça me plait pas trop de prendre ces médicaments en fait. Je sais pas, parce que, parce que... est-ce que c'est bien naturel entre guillemets ?* » (Mme F)

Une autre patiente s'inquiète de leur potentielle **toxicité**, comme en témoigne son appréciation de la prescription de plantes détoxifiantes hépatiques par son médecin (Mme D).

Deux patients regrettent qu'ils soient encore trop utilisés en tant que **substituts au dialogue**, ce qui transparait aussi de façon plus indirecte dans les expériences des autres personnes interrogées :

*Mr A : « (...) pour moi la prise en charge du moment de la vie elle est aussi importante ou primordiale pour ne pas prendre, ou arrêter de prendre le traitement ! »* (Mr A)

*Mme F : « Comme je ne parlais pas, il n'y avait rien qui sortait, ils ont décidé pour me libérer la parole, de me donner quelque chose qui me, entre guillemets je pense aujourd'hui, qui me désinhibe, et qui libère. »*

Par ailleurs, plusieurs de ces patients présentent une réticence en lien avec des **expériences négatives de l'allopathie** qui ont altéré leur confiance. Il s'agit notamment d'effets secondaires importants (Mr B, Mme D, Mme E, Mme F), d'une notion de faute hospitalière responsable du décès d'un proche (Mme E), et d'un vécu de maltraitance hospitalière (Mme F).

Ils reconnaissent cependant les outils de l'allopathie comme étant **efficaces** et parfois **nécessaires** :

*Mr A : « (...) à un moment donné on peut aussi donner un médicament allopathique pour une période ou pour une raison X... »*

*Mr B : « Enfin bon, je dirais que c'est plus efficace, mais ce n'est pas pareil, ce n'est pas des plantes. »*

Mme F : « Je pense que j'étais rendue trop loin et du coup j'étais revenue vers l'allopathie pour prendre des médicaments normaux, enfin, pour la dépression quoi. »

### Fonction symbolique de la benzodiazépine

Dans chacun des entretiens, la fonction de **réassurance** attribuée à la benzodiazépine apparaît de façon évidente :

Mr B : J'ai mon quart près de mon lit pour si je n'arrive vraiment pas à me rendormir, et neuf fois sur dix le matin je le remet dans la boîte...

Mme E : « Alors, j'ai quand même aussi tout le temps dans mon tiroir de table de nuit, mon Seresta hein... Au cas où... Donc c'est peut-être aussi... Vous savez, inconsciemment... C'est rassurant hein, c'est rassurant ! »

La benzodiazépine est aussi un moyen de **contrôle** qui permet de maîtriser l'angoisse générée par l'imprévisibilité du sommeil et des événements en général. Elle permet de faire venir le sommeil s'il se fait trop attendre (Mr A, Mr B), ou de se garantir un lendemain bien en forme pour « un voyage », « un boulot » (Mr B, Mme E).

De plus, la notion de besoin vue précédemment renvoie aussi au rôle symbolique de **béquille** affublé au médicament, qui prend une place de soutien pour aider le patient à supporter son quotidien.

Enfin, la benzodiazépine s'inscrit dans un **rituel**, en particulier quand elle est consommée à des fins hypnotiques. Le **geste de la prise** devient symboliquement l'entrée dans la phase de sommeil : « (...) en général mes analyses sont bonnes, et donc j'en prend un pour pouvoir déclencher le sommeil. » (Mr A)

### **1.3. Motivations pour le sevrage**

Les patients expriment tous, de façon plus ou moins directe, et tempérée par leur ambivalence, leur inconfort vis-à-vis de leur consommation de benzodiazépine. Les motivations qui les poussent à envisager le sevrage sont variées :

- Les **effets secondaires** mal vécus : « C'est pas confortable le lendemain... Je me sens un peu... Pas à l'ouest mais un petit peu quand même... » (Mme E), « Le Valium j'étais complètement groggy, hein ! Dans un état... » (Mme F) ;

- La désapprobation de la part d'une personne dont l'estime compte, comme un **proche**, le **médecin traitant** : « *...mais que Dr U. me déconseille de prendre (...) elle n'aime pas que je prenne ça.* » « *C'est mon épouse qui me fait peur...* » (Mr B) ;
- L'image inquiétante véhiculée par les **médias** : « *Parce que j'en ai entendu parler !* » (Mme C) ;
- Les **peurs**, comme cité précédemment, concernant leur mémoire (Mme C, Mme E) et la dépendance (Mr B, Mme C, Mme D, Mme F) ;
- Une **estime de soi** dégradée par cette consommation : « *J'étais un peu comme une junkie avec tout ça* » (Mme D) ; « *Donc j'ai pris ça, mais j'étais mal le matin, je ne me sentais pas moi-même...* » (Mme E) ;
- Un besoin profond de **changement** : « *J'en pouvais plus* » « *Je n'avais pas le choix* » « *c'était ça ou... Il fallait que je trouve autre chose* » (Mme D).

Sur la base de ce constat, tous les patients rencontrés ont mis en œuvre un processus d'épargne en benzodiazépines, allant parfois jusqu'au sevrage. Ils ont fait le choix de se tourner vers la phytothérapie pour tenter de trouver un soutien facilitant cette démarche.

## 2) La phytothérapie, reflet d'un mode de vie

La carte mentale ci-dessous illustre les différentes notions, issues de l'analyse des discours, se rapportant au thème commun des **motivations expliquant le recours à la phytothérapie et leur mise en œuvre.**

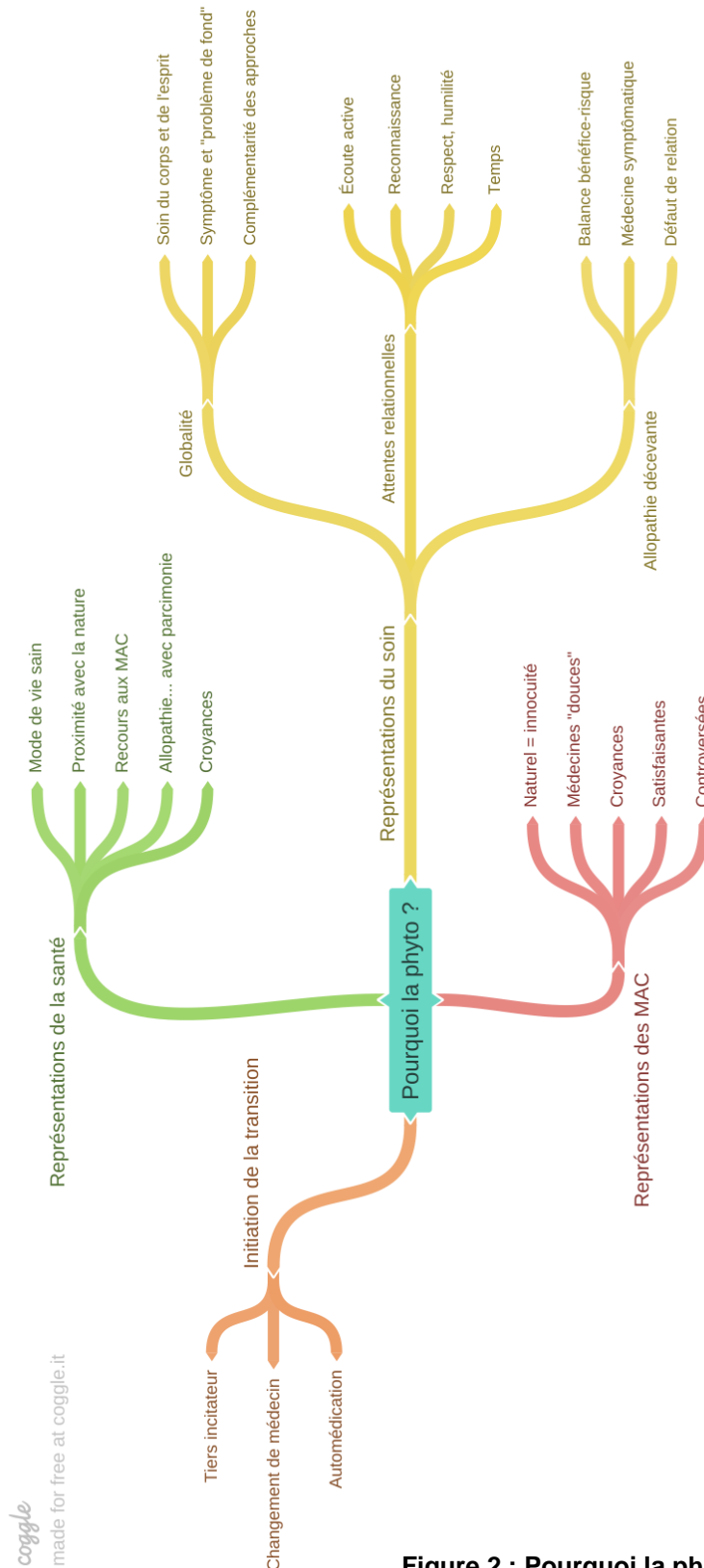


Figure 2 : Pourquoi la phytothérapie ?

Au sein de ce thème, l'analyse a fait émerger plusieurs représentations communes portant sur la conservation de la santé, la considération des médecines complémentaires et les attentes concernant le domaine du soin, qui seront détaillées successivement. Enfin, nous exposerons les différentes circonstances ayant permis pour chacun d'entre eux la mise en œuvre de la démarche d'épargne en benzodiazépines accompagnée par la phytothérapie.

### **2.1. Représentations de la santé**

On constate que la majorité de ces patients soignés en phytothérapie ont des **pratiques communes** pour entretenir leur santé.

Tout d'abord, ils sont plusieurs à accorder une attention particulière à leur **mode de vie** en essayant de manger « *sainement* » et en faisant du sport (Mr A, Mr B, Mme D, Mme E, Mme F): « *Je ne fume pas, je bois un petit verre de rouge par jour, et autrement, avec mon épouse : vie saine, fruits légumes etc... et le sport parallèlement. (...) parce que je crois que ce mode de vie, ça aide...* » (Mr B). Deux d'entre eux ont fait le choix d'un régime d'exclusion du lactose et du gluten du fait de troubles gastro-intestinaux (Mme D et Mme F).

De plus, on perçoit une attirance partagée pour la **nature**, qui va de pair avec un intérêt souvent ancien pour les **médecines alternatives et complémentaires** (MAC):

*Mr A : « J'ai toujours aimé me promener dans la nature, dans les montagnes, (...) Donc les plantes... pour moi ça fait partie de la vie ! (...) Après moi je me suis toujours intéressé aux plantes et à l'aromathérapie... et à l'homéopathie, je dirais pour une médecine familiale, basique. »*

*Mme F : « Je sais que j'avais des livres sur les médecines naturelles, et j'essayais de prendre des tisanes, des trucs comme ça. »*

Parallèlement, certains expriment clairement une volonté de **limiter le recours à l'allopathie** aux situations où elle leur semblerait vraiment indispensable :

*Mr A : « Je suis quelqu'un qui ne prendra jamais d'allopathie s'il n'est pas persuadé qu'il doit en prendre. »*

*Mme F : « Bon quand on est très très bas comme j'ai été, je pense que c'était indispensable, mais après... Si y'a d'autres techniques pour essayer de s'en sortir je pense que je préfère ça finalement. »*

Cela fait écho à leurs représentations de la médecine classique détaillées dans le chapitre précédent, en particulier son caractère souvent chimique qui s'oppose à leur quête de naturel.

Enfin, une patiente traduit une certaine **idéalis**ation des médecines « naturelles » au dépend de l'allopathie, alimentée par des **cro**yances : « *Donc j'ai fait une échographie de la thyroïde, et on m'a dit « mais vous n'avez plus de thyroïde », alors que si, mais à partir du moment où on prend du Levothyrox elle s'atrophie. Alors que on pourrait être traité différemment, par des produits naturels ou une alimentation, et que ça n'entraînerait pas ces problèmes-là.* » (Mme F)

Cette idéalisation se révèle aussi chez d'autres patients dans leur définition de la phytothérapie, et des MAC en général, associée à d'autres considérations plus réalistes.

## **2.2. Représentations des médecines alternatives et complémentaires**

Pour plusieurs patients, la phytothérapie est caractérisée par son **innocuité** : « *C'est des méthodes qui ne font pas de mal à l'organisme donc, je trouve ça bien.* » (Mme F), et ses **effets légers** : « *Ce n'est pas très fort hein... C'est des compléments alimentaires.* » (Mr B). Ce dernier point apparaît être selon la situation un gage de confiance, mais aussi un défaut remettant en cause son efficacité.

D'une façon plus générale, quand on les questionne au sujet de leur expérience des MAC, la plupart des patients se disent **satisfaits**, ce qui les encourage à poursuivre dans cette voie :

*Mr A : « Je pense que parmi les bonnes techniques que j'ai utilisées, un peu parallèles, l'acupuncture est une très bonne technique. »*

*Mme C : « Dans le temps j'ai été soignée par une homéopathe, et je trouvais qu'elle était bien, elle me donnait beaucoup de choses (...) Gelsemium, Ignatia Amara... Je trouvais que ça me faisait du bien. »*

*Mme F (parlant de son médecin-acupuncteur) : « Et quand je ressortais de chez elle, c'était extraordinaire, je dormais, plus qu'avec Mr (Naturopathe). »*

Deux patientes évoquent leurs **cro**yances au sujet de certaines prises en charge alternatives, comme un magnétiseur qui aide à « *nettoyer (les) cellules* » (Mme E) et un autre qui « *règle ses appareils* » pour « *je ne sais pas, faire que (son) cerveau sécrète de la sérotonine, ou calmer.* » (Mme F)

Par opposition, l'un d'eux se défend de l'amalgame parfois fait entre recours aux MAC et personnalité influençable, voire « illuminée » : « *J'suis pas quelqu'un qui fonctionne aux croyances moi, c'est pas mon truc, j'ai un esprit... assez cartésien, certains diront même trop (rires)... C'est juste pour vous dire, je ne suis pas un allumé qui va passer de la secte machin à la croyance truc.* » (Mr A)

Ils sont aussi plusieurs à faire référence au caractère **controversé** de la plupart des MAC, en particulier l'homéopathie, sans que cela ne compromette leur confiance envers elles : « *(..) après je connais tous les discours sur l'homéopathie moi, les gens qui vont dire « c'est une grosse connerie », et je sais que maintenant elle est déremboursée, je crains, c'est en train de se mettre en place, qu'elle ne soit plus enseignée, ... toutes les médecines je dirais parallèles ou douces sont dans le collimateur, hein !* » (Mr A)

Il apparaît clairement à la lecture des entretiens que l'utilisation de la phytothérapie par ces patients s'inscrit dans un **ensemble de de pratiques dirigées vers un retour à la nature**. Cependant, le choix d'un suivi par un médecin-phytothérapeute ou autre praticien de médecine alternative est aussi motivé par d'autres attentes, qui touchent à la façon d'aborder le soin.

### **2.3. Représentations du soin**

#### Globalité

Tous les patients rencontrés mettent en œuvre **une association de différentes techniques de soin**. Ils ont recours de façon concomitante ou différée à deux (Mr B), quatre (Mme C, Mr A), six (Mme D), et jusqu'à sept (Mme E, Mme F) approches différentes parmi l'allopathie, la phytothérapie, l'homéopathie, l'ostéopathie, l'acupuncture, la naturopathie, la psychothérapie, le magnétisme, la méditation, le shiatsu, les Fleurs de Bach.

Par cette attitude, et certains par leurs mots, ils prônent la **complémentarité des approches**, et la prise en charge de l'humain de façon holistique, dans sa dimension **corps-esprit** :

*Mr A : « Il faut avoir une vision globale ! Si la personne elle est stressée, il faut savoir pourquoi elle est stressée, il faut l'aider à faire évoluer sa situation de stress, sinon c'est mettre un emplâtre sur une jambe de bois... »*

*Mme F : « C'était : je fais tout le travail qu'il y a besoin pour moi en thérapie et puis j'utilise les méthodes à droite et à gauche pour essayer de m'en sortir quoi. »*

### Attentes relationnelles

Il ressort de la majorité des entretiens que les patients accordent beaucoup d'importance à la qualité de la relation établie avec le soignant. Ils se disent sensibles en particulier au degré d'**écoute** qui leur est offert : « *J'avais listé tous les problèmes que je ressentais physiquement, je lui ai parlé, il m'a écouté... C'est la première fois que j'ai eu l'impression d'être entendue, à ce point-là.* » (Mme F), ainsi qu'au **temps** pris pour cela : « *Par contre vous aviez des fois 1h, 1h30 de retard... Chose que je trouve qu'avec les médecins aujourd'hui c'est vite fait, un quart d'heure-vingt minutes c'est vite fait quand vous avez des choses à raconter...* » (Mme C).

Une patiente témoigne d'avoir été marquée par une démonstration d'**humilité** de la part de sa psychologue : « *...et là je me suis dit : « Whaou (estomaquée)... Une thérapeute qui s'excuse, mais c'est extraordinaire quoi...* » (Mme F), quand une autre regrette un certain manque de « *remise en cause* » chez les médecins spécialistes rencontrés (Mme D).

Deux patientes relèvent aussi l'importance de la **reconnaissance et la validation du ressenti** par le soignant, trouvé par Mme F auprès de son naturopathe, contrairement à Mme D qui se souvient douloureusement du « *Non, ça ne peut pas être ça* » renvoyé par son médecin sans plus de discussion à l'évocation de ses migraines sous Tramadol.

### Allopathie décevante

Vis-à-vis des différents points auxquels la majorité des patients interrogés accorde une grande importance, ceux-ci considèrent que l'allopathie s'est montrée parfois décevante.

Sur le plan pharmacologique, certains ont fait l'expérience d'une **balance bénéfico-risque défavorable**, comme Mr B qui « *ne supportais pas* » son traitement pour l'adénome prostatique, et Mme D qui subissait les effets secondaires des traitements opiacés et antiépileptiques sans amélioration évidente de ses douleurs.

Concernant la globalité de la prise en charge, plusieurs patients dénoncent une médecine qu'ils jugent « **trop symptomatique** » (Mme D) :

*Mr A : « J'étais pas intéressé par des médecins qui auraient juste eu des ordonnances à me faire dans quelque domaine que ce soit ! »*

*Mme D : « Au centre anti-douleur la prise en charge était fractionnée : on m'avait bien proposé de voir une psychologue, j'avais dit oui... et puis finalement la psychologue me dit « ah non mais c'est un travail trop poussé, plutôt de type analytique, que vous demandez... »*

*moi je ne peux faire que du soutien... on va devoir arrêter là. » Donc en fait elle était là pour écouter les gens qui avaient besoin de dire qu'ils avaient mal, que c'était difficile... mais ça ne suffit pas ça !»*

*Mme F : « (...) alors, les médicaments c'est bien, mais quand on ressort on a tous ces problèmes qui sont toujours là, il n'y a rien de réglé. »*

Enfin, des **difficultés de relation** avec le médecin transparaissent dans plusieurs discours :

*Mme C : « Elle aurait pu dire « Bon bah écoutez, c'est un cancer qui est très grave » mais là elle a dit carrément « inguérissable »... ! (soupir) Alors là...»*

*Mme F : « (...) je ne sais pas combien ils étaient, j'étais en chambre avec au départ trois personnes, on me disait : « Comment allez-vous Mme F. » ? « Ça va. » Devant des gens qu'on ne connaît pas et autant de monde... donc voilà, je disais « Ça va. » Et tous les jours ils repassaient, et tous les jours c'était « Comment allez-vous Mme F. » ? « Ça va. » Et ça n'allait pas donc... »*

Ces patients qui entretiennent une relation conflictuelle avec leur benzodiazépine, tournés vers le naturel et désirant pour la plupart limiter leur recours à l'allopathie, ont entamé un processus de diminution de leur consommation. Le recours à la phytothérapie dans un but de soutien s'est présenté à eux de différentes manières.

#### **2.4. Initiation de la transition**

Pour la majorité des patients, le début de la prescription de phytothérapie à des fins d'accompagnement de l'épargne en benzodiazépine est lié à l'intervention d'un **tiers incitateur** :

- L'épouse, déjà traitée par phytothérapie chez ce même médecin (Mr B) ;
- Une amie herboriste, après plusieurs tentatives infructueuses en **automédication** (Mme E) ;
- Une connaissance de collègue « *elle aussi atteinte de fibromyalgie, suivie par Dr T. médecin généraliste phytothérapeute* » qui le recommande (Mme D) ;
- Une psychothérapeute lors d'une consultation (Mme F).

Un autre patient a entamé cette démarche à l'occasion d'un **changement de médecin** traitant. Le choix s'est posé délibérément sur un médecin-phytothérapeute : « (...) c'était au

*moment où mon médecin traitant prenait sa retraite donc j'ai changé de médecin traitant et j'ai choisi le Dr U... Pas par hasard, hein, par rapport à ça aussi, hein ! » (Mr A)*

Une seule patiente déclare ne pas avoir été demandeuse de la prescription en phytothérapie, réalisée **à l'initiative du médecin**, bien qu'elle admette être « *plus phyto, si (elle) avait plus les moyens* » (Mme C).

### 3) Une transition difficile

La carte mentale ci-dessous illustre les différentes notions, issues de l'analyse des discours, se rapportant au thème commun du **déroulement et des déterminants de la transition**.

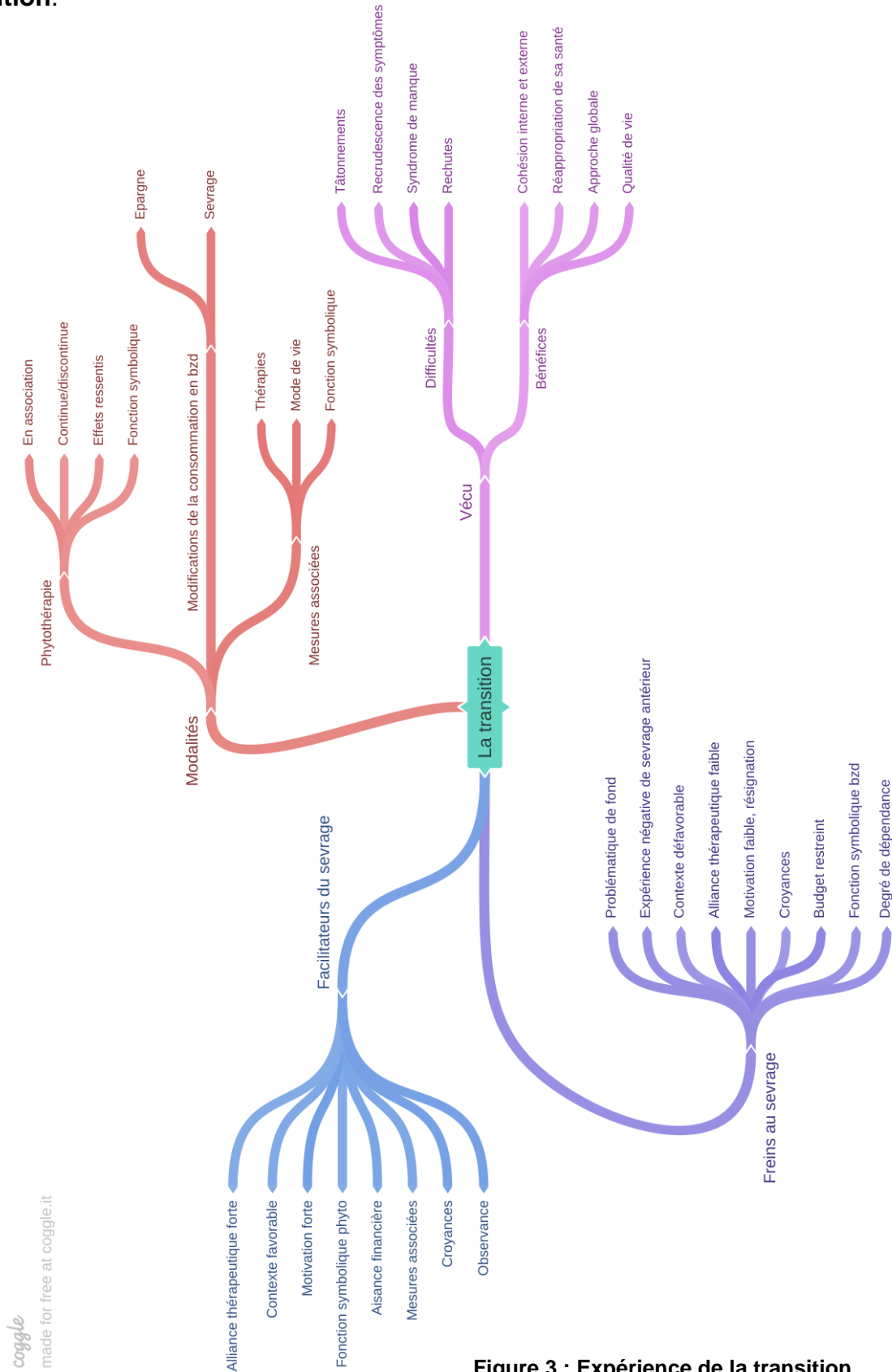


Figure 3 : Expérience de la transition

L'expérience de la diminution voire du sevrage en benzodiazépines accompagnée par la phytothérapie, nommée « transition » dans notre travail, a pu être explorée à travers trois points de vue lors de l'analyse.

Tout d'abord, celui très factuel recense les modalités de recours à la phytothérapie et aux mesures associées, les effets ressentis et le degré de diminution de la consommation en benzodiazépines observé. Ensuite, celui plus affectif s'intéresse au vécu profond de cette démarche par les patients, partagé entre bénéfices et difficultés. Enfin, le point de vue dichotomique oppose freins et facilitateurs de l'épargne en benzodiazépines sous phytothérapie, permettant de mieux cerner ses déterminants.

### **3.1. Déroulement**

#### *Phytothérapie : une observance inégale*

Pour quatre patients le recours à la phytothérapie se résume à **une à trois plantes** prises séparément ou sous forme de mélanges pharmaceutiques. Deux patientes (Mme E et Mme F) en associent un nombre plus élevé : dans ces cas-là, on observe d'une part un traitement principal, constitué d'une à deux plantes, prises régulièrement et auxquelles est attribué une amélioration des symptômes (respectivement teinture-mère de Valériane-Houblon et EPS de Valériane-Eschscholtzia), et d'autre part un traitement d'appoint constitué de diverses plantes (respectivement tisanes et comprimés, et préparation d'huiles essentielles à inhaler).

Cinq patients sur six ont adopté la **stratégie d'association** de la phytothérapie à leur traitement par benzodiazépine pour tenter la **diminution progressive**. Une patiente (Mme D), rapporte un sevrage brutal de tous ses traitements, mais sur une benzodiazépine prise de façon discontinue, avec switch par les plantes prescrites par son médecin.

Sur le plan de l'**observance**, les patients se divisent en deux groupes :

- Quatre patients prennent leurs plantes de façon quotidienne et **continue** (Mr B, Mme D, Mme E, Mme F) : « *Ah la Valériane, oui j'en prends un le matin et un au dîner, tous les jours.* » (Mr B) ; « *J'ai toujours pris tout ce qu'elle me prescrivait* » (Mme D)
- Deux patients les consomment de façon **intermittente** voire occasionnelle (Mr A, Mme C) : « *Des fois quand j'en ai, je prends un petit peu de Valériane, Passiflore.* » (Mme C)

### Phytothérapie : des effets hétérogènes

Les **effets ressentis** sont très variables selon les patients. Certains décrivent une amélioration évidente (Mme D, Mme E, Mme F) : « *ça me détend terriblement...* » (Mme E)

D'autres rapportent plutôt un effet « léger » et insuffisant (Mr A, Mme C) : « *Je me sens mieux, je me sens plus apaisée, quoi, plus calme... oui, oui oui. Mais je vous dis, s'il fallait que je ne prenne que de la Valériane, ça ne me suffirait pas pour dormir.* » (Mme C)

Un patient admet n'en ressentir aucun : « *Je ne sais pas trop, je prolonge toujours ces médicaments... je me dis : Est-ce que c'est un placebo ?* » (Mr B).

Lorsqu'ils comparent les plantes aux benzodiazépines, les patients s'accordent sur le fait que ces dernières sont plus efficaces pour le contrôle immédiat de l'insomnie et l'anxiété : « *Mais ça elle n'aime pas que j'en prenne, évidemment c'est plus fort... mais c'est plus efficace... !* » (Mr B)

### Épargne en benzodiazépines

Concernant leur **consommation en benzodiazépines**, tous les patients font état d'une **diminution**, plus ou moins marquée.

Cela va de la simple **épargne** (Mme C, Mme F) : « *Parce que je pense que ça m'aide quand même un petit peu, pour éviter que j'en prenne de trop* » (Mme C), au **sevrage complet** (Mme D et Mme E), en passant par des **sevrages répétés** entrecoupant des périodes de consommation (Mr A, Mr B) : « *ça participe à se passer du Bromazépam sur des grosses périodes* » (Mr A).

Parmi les deux patientes qui rapportent un sevrage complet, l'une a pu obtenir un sevrage définitif en opiacé, prégabaline et benzodiazépine après un switch pour un mélange d'EPS Valériane-Millepertuis-Griffonia (Mme D). L'autre patiente a abouti au sevrage rapidement après les débuts d'utilisation d'un mélange Valériane-Houblon, suivi d'une **rechute transitoire** : « *Et donc j'ai replongé, je vous l'ai dit, j'ai pris que pendant une semaine le Seresta, et après peut-être que... la deuxième semaine j'ai pris une nuit sur deux* » (Mme E).

Une troisième patiente a amorcé un **processus de sevrage**, en diminuant progressivement son hypnotique sous EPS de Valériane et Eschscholtzia. Ce sevrage initialement bien toléré, a finalement été **interrompu** sur conseils de son médecin du fait du stress généré par la pandémie Covid.

### Place symbolique de la phytothérapie

Enfin, de trois entretiens émerge de façon claire le **rôle symbolique** que peut prendre le traitement par phytothérapie au sein de cette transition :

- Une **béquille**, un soutien pour faire face aux événements angoissants :

*Mr A : « Je pense que je ne gère pas bien mon contexte de stress, je pense qu'il faut absolument que j'ai un accompagnement, donc je préfère faire ça (parlant de la phyto) »*

*Mme E : « Ça ? Je les garderai jusqu'à la fin. Pour moi c'est essentiel, la phyto est essentielle pour moi. (...) J'ai terminé mon traitement (pour le cancer) il n'y a que deux ans et demi, donc c'est fragile encore ça, hein... Et cette épée de Damoclès... »*

- Un « **espace de transition** », où le fait de continuer à prendre un traitement permet un accompagnement progressif vers l'indépendance vis-à-vis du médicament (*Mme D*).

### Contribution des mesures associées

En parallèle de leur prise de phytothérapie, tous les patients ont recours à diverses **thérapies et mesures complémentaires** dans le but de soulager leur anxiété ou favoriser leur sommeil. Ils affirment pour la plupart tirer bénéfice et bien-être de ces prises en charge :

*Mme C : « Il y a une psychologue qui me suit, une fois par mois, ça fait du bien. »*

*Mme E : « Anxiété j'ai compensé par les Fleurs de Bach... Heu... Je faisais de la méditation, j'en fait plus parce que je sais pas, c'est pas trop mon truc, mais je fais de la cohérence cardiaque... (pause) Et ça m'aide. »*

*Mme F : « Quand j'ai des crises d'angoisses, je prends du Gelsemium 15 CH. Et c'est hyper efficace. Enfin pour moi c'est hyper efficace ! »*

Certains nomment aussi le **sport** comme faisant partie de leur stratégie de mieux-être (Mr B, Mme E), de même que l'**alimentation** (Mr B, Mme D, Mme F). Une des deux patientes ayant fait le choix d'un régime sans gluten ni lactose, lui attribue des effets rapidement positifs : d'abord sur son inconfort digestif à partir de trois semaines d'exclusion, puis sur ses douleurs après plusieurs semaines : « *Je me suis dit : Mais qu'est-ce qu'il m'arrive ? Je revis* » (*Mme D*).

Tout comme la phytothérapie et les benzodiazépines, ces mesures associées jouent un **rôle symbolique** important de soutien : « *Parfois il (naturopathe) me donne des compléments alimentaires quand il sent que sur un plan dépressif je vais... sombrer, pour me maintenir quoi...* » (Mme F)

### **3.2. Un vécu mitigé**

La traversée de cette transition par les patients se partage entre expériences négatives et expériences positives.

#### Difficultés

Sur le plan des **difficultés** traversées, on remarque dans plusieurs discours un **tâtonnement thérapeutique**, plus ou moins long avant d'aboutir éventuellement à une solution qui soulage suffisamment les symptômes : « (...) *pour le sommeil : de l'eschsoltzia, de l'aubépine, j'ai essayé énormément de choses...* » (Mme E), « *On a tâtonné pendant, je ne sais pas combien de temps... ; parce que j'ai perdu le sommeil pendant six mois à peu près.* » (Mme F)

Les deux patientes ayant été jusqu'à l'arrêt complet des benzodiazépines sous phytothérapie rapportent une expérience « *difficile* » pour la première (Mme E), et un **syndrome de sevrage** marqué chez la seconde (qui couplait sevrage aux opiacés, à la prégabaline et aux benzodiazépines) associant insomnies, tremblements, sueurs et asthénie (Mme D).

De plus, on constate que plusieurs patients vivent des **rechutes**, sous forme d'une réaugmentation des doses au cours d'un processus d'épargne (Mr A, Mme F), ou d'une reprise du traitement suite à un sevrage (Mme E). Ces événements surviennent pour tous dans un contexte de majoration du stress : « *Là actuellement j'ai eu le décès de mon père il n'y a pas très longtemps* » (Mr A), « *et puis il y a eu le Covid, avec tous les problèmes, (...) et comme j'ai vu que je n'allais pas très bien je l'ai monté.* » (Mme F).

#### Bénéfices

Malgré cela, il émerge de tous les discours un certain nombre de **bénéfices** liés à cette expérience.

Premièrement, au vu des résultats précédents, ce processus d'épargne vise un traitement qui génère chez tous de la désapprobation, de l'inquiétude ou de la méfiance de leur part ou de celle d'un proche dont l'avis compte. S'en détacher progressivement, ne

serait-ce que partiellement, leur permet donc de gagner en **cohésion** envers eux-mêmes et envers les autres.

Deuxièmement, cette décision prise par la plupart d'entre eux est un acte fort de **réappropriation de sa santé**, qui permet de « *redevenir acteur* » (Mme D). Cela les restaure à la place gratifiante du patient actif et maître de son existence, au lieu de celle dévalorisante du patient passif qui connaît à peine ses médicaments.

Troisièmement, en ayant recours à diverses thérapies, plusieurs d'entre eux sont parvenus à obtenir un **mieux-être global**, tant sur le plan physique qu'émotionnel. À ce sujet, une patiente apprécie que cette prise en charge permette « *une autre approche de la douleur* », une « *approche globale* », en comparaison avec « *la médecine trop symptomatique* » à laquelle elle avait eu affaire jusqu'alors (Mme D).

Enfin, l'ensemble de ces changements a permis à certains de gagner en **qualité de vie**. Cela se traduit par une **amélioration des symptômes** ainsi que par une **gestion émotionnelle différente**, plus apaisée, de la douleur : « *J'ai mal là, ok, il faut peut-être que je ralentisse, que je fasse plus attention à moi...* » (Mme D), et des insomnies : « *Maintenant c'est : je lis pendant une demi-heure, et je me rendors ! Donc ça n'a plus rien à voir ! (...)* Je ne suis plus dans l'appréhension, je suis vraiment... bah sereine quoi ! » (Mme E)

### **3.3. Aides et freins au sevrage**

Ce processus de transition apparaît laborieux pour tous les patients rencontrés. Plusieurs éléments ressortent comme étant facilitateurs, ou au contraire limitants pour l'obtention d'une épargne en benzodiazépines sous phytothérapie.

#### *Force de l'alliance thérapeutique*

La qualité de la relation médecin-malade apparaît comme étant un facteur clé dans la réussite de la stratégie d'épargne accompagnée par la phytothérapie, car détermine fortement le **degré d'adhésion et de confiance** du patient envers le traitement proposé.

*Mr A* : « *Si on a une prescription qui est faite par un médecin avec qui on se sent bien, je suis persuadé que ce n'est pas pareil que si on le prend avec un médecin qui gère l'aspect uniquement technique, sans empathie, etc...* »

*Mme F* : « *Et là, elle est dans ses recherches, dans ses livres, elle note quand vous parlez, elle note TOUT ce que vous dites ... et puis... je la voyais : Ffff (sifflement*

*d'admiration), et elle faisait le soin... Et quand je sortais de chez elle je faisais des nuits ... Je dormais, c'était extraordinaire ! »*

Une patiente souligne l'importance qu'a eu, selon elle, le « **transfert de confiance** » de l'ancien vers le nouveau médecin pour réussir à traverser sa période de sevrage (Mme D).

#### Degré de motivation du patient

La motivation et l'implication de chaque patient, très variable selon les entretiens, semblent clairement impacter le processus d'épargne en benzodiazépines.

Plusieurs discours révèlent une **passivité**, avec une démarche qui semble reposer entièrement sur la responsabilité du médecin-phytothérapeute : il « *essaye de trouver des plantes* » pour pouvoir apporter une amélioration (Mr A, Mr B), ou est l'initiateur du traitement sans réelle demande du patient (Mme C). On retrouve même une certaine **résignation** chez une patiente : « *Bah oui mais, si je savais qu'il y avait une solution, j'abandonnerais, mais j'ai quand même 74 ans, je me dis maintenant (sourir).... Je ne sais pas...* » (Mme C).

D'autres, au contraire, énoncent une **détermination** évidente :

*Mme E : « Je me dis dans ma tête : « Bon, ça y est, il faut que je m'en passe ! » Donc, quitte à rester deux nuits, trois nuits sans sommeil, je les passe. Parce que c'est moi qui l'ai décidé ! »*

*Mme F : « Ah oui, j'espère bien un jour arrêter hein ! Je ne sais pas quand, mais j'espère pouvoir arrêter. »*

Au vu de ces éléments et de l'ensemble de l'analyse, si l'on tente un classement des patients en fonction de la force de la motivation qui ressort de leur discours, on pourrait obtenir : Mme D > Mme E > Mme F > Mr A > Mr B > Mme C. La corrélation avec le degré d'aboutissement du processus d'épargne en benzodiazépine est assez éloquent.

#### Importance du contexte

Au fil des entretiens, on remarque que tous les patients évoquent l'**influence du contexte** : « *Et en fait moi ma conclusion c'est que, le traitement et son arrêt, il dépend du contexte : que si on est dans une situation difficile c'est plus compliqué de ne pas prendre un traitement ou de l'arrêter... et que pour moi le médicament n'est compréhensible que dans son contexte.* » (Mr A).

Positif et sécurisant, le contexte facilite une période d'épargne en benzodiazépines, angoissant et fatiguant, il justifie souvent la recrudescence de la consommation malgré la prise de phytothérapie :

*Mr A : « Si (...) je suis au milieu de la nature, pas loin de la mer, avec les petits oiseaux, et que je ne reçois pas de mail complexe, de téléphone complexe, etc, (rires), heu... le bromazépam... je vais peut-être l'avoir dans un coin au cas où, mais... il ne sera pas forcément de la partie ! »*

*Mme F (parlant de l'oxazépam) : « Quand j'ai eu des périodes un peu plus difficiles ça m'arrive de passer à un demi, et si ça va pas bien j'en prends un, ponctuellement. »*

Là encore, la notion de **globalité** ressort, car il apparaît clairement que penser la phytothérapie comme seule réponse pour un accompagnement au sevrage serait voué à l'échec : *« Si on ne travaille pas le contexte stressant, la plante elle ne peut pas être efficace ! La plante c'est une aide, elle doit être prise dans un contexte, soit on est capable de le faire évoluer et de le faire changer soi-même, soit on doit se faire aider par une psychothérapie ou autre ! » (Mr A).*

#### Persistance de la problématique de fond

Au-delà du contexte qui a trait à l'environnement du patient, la tentative de sevrage peut être entravée par la **persistance des troubles** qui ont motivé la prescription de benzodiazépines : *« Oui mais quand vous ne pouvez pas dormir, et que sans arrêt vous êtes à cogiter, sans arrêt, sans arrêt... c'est pas évident. » (Mme C)*

Ce mal-être retrouvé chez l'ensemble des patients est souvent relié à une problématique plus profonde, ancienne, comme une enfance traumatique évoquée par certains.

#### Fonction symbolique du médicament

Au-delà de son effet pharmacologique, le médicament prend une **place dans l'étayage psychologique** que le patient se construit dans le but de résister à un stress extérieur, ou à un passé qui le tourmente. Il s'inscrit aussi dans le **rituel quotidien**, où le geste de la prise marque le début d'un apaisement, de l'entrée dans le sommeil : *« Mais vous savez, je vais vous le dire franchement, c'est psychologique aussi, parce que... le demi je le prends les soirs vers 11h, mais si je ne le prends pas je sens que je ne vais pas dormir. Donc c'est devenu psychologique. » (Mme C).*

Cela permet donc de comprendre pourquoi la **fonction symbolique de la benzodiazépine** peut être en elle-même un **frein au sevrage**, car elle est le garant d'un certain équilibre : « *Je pense que ... peut être que c'est une béquille que je garderai toute ma vie* » (Mr A). Le détachement n'est possible qu'à deux conditions : la résolution de la problématique de fond, ou le remplacement, au moins temporaire, par un autre élément pouvant assurer ces rôles.

Effectivement, les patients qui ont pu effectuer un **transfert de rôle** de la benzodiazépine vers leur traitement par phytothérapie semblent avoir moins de difficultés pour l'épargne ou le sevrage : « *Tous les soirs je prends mon quart, je le pose sur ma table de nuit, et puis finalement je ne le prends pas, parce qu'il est plus tard, par exemple quatre heures du matin, et dans ce cas je prends la gélule de phytostandard.* » (Mr B)

La **fonction symbolique de la phytothérapie** est donc, elle, un **facilitateur du sevrage**.

#### Degré de dépendance

A priori, il semblerait évident que le degré de dépendance au traitement soit un frein important dans le processus de sevrage. Néanmoins, l'analyse des entretiens rapporte des **résultats contradictoires** sur ce point : un patient consommant sa benzodiazépine de façon intermittente avec plusieurs périodes d'interruption ne parvient pas à s'en détacher totalement (Mr A), quand une patiente sous association d'opiacé, prégabaline et benzodiazépine depuis plusieurs années obtient un sevrage définitif (Mme D). On observe cependant les difficultés notables engendrées par la dépendance à travers les **syndromes de manque** rapportés, et les **échecs de sevrage** chez les patientes sous benzodiazépines en continu depuis plus de dix ans (Mme C, Mme F).

Dans ces entretiens on observe donc que **la dépendance complexifie le sevrage**, mais **sans être** forcément **un facteur crucial** contrairement à ce que l'on aurait pu penser de prime abord. Le degré de motivation, l'alliance thérapeutique, la fonction symbolique et le contexte se révèlent comme étant des déterminants tout aussi importants.

#### Observance et persévérance

À la lecture des entretiens, on remarque que les effets « évidents » sont décrits par les patients ayant une consommation régulière de phytothérapie (Mme D, Mme E, Mme F), et les effets « légers » et insuffisants par ceux en consommant de façon intermittente (Mr A, Mme C). D'une façon générale, l'observance et la persévérance sur la prise du traitement à base de plantes semblent favoriser la réussite de la décroissance.

Un seul patient très observant (Mr B) relate une absence d'amélioration concernant la survenue de ses réveils nocturnes. Cependant, contrairement aux autres, il présente un facteur déclenchant d'origine organique (pollakiurie sur hypertrophie bénigne de prostate) sur lequel n'agissent pas ces plantes.

#### Expérience négative de sevrage antérieur

Deux patientes rapportent une **expérience de sevrage mal vécue** antérieure à la transition (Mme C, Mme D). Pour la première (Mme C), ce souvenir d'un oubli malencontreux de son hypnotique apparaît très angoissant et constitue donc bien un frein vis-à-vis d'une démarche de sevrage : « *Mais ce petit comprimé le soir, j'ai essayé, une fois je l'ai oublié, parce que mon mari était parti à l'hôpital et mes enfants m'ont dit « tu vas dormir chez nous », et je l'avais oublié... alors là... le choc et ça... j'ai pas dormi, pour ainsi dire pas dormi, non. »*

Pour la deuxième (Mme D), il s'agissait de sevrages avortés menés de façon autonome et volontaire, qui l'ont confronté à un fort syndrome de manque. Cela ne l'a cependant pas empêché de retenter l'expérience, probablement grâce aux autres éléments présents tels que sa forte détermination, une bonne alliance thérapeutique, le traitement par phytothérapie et les thérapies associées.

#### Thérapies associées

Comme décrit dans le chapitre précédent, les diverses thérapies suivies par les patients en parallèle de l'approche médicamenteuse apparaissent comme étant des aides importantes pour l'épargne en benzodiazépines. En particulier, elles **participent à résoudre la problématique de fond** qui est à la base des symptômes.

*Mme F : « Je pense que le travail que j'ai fait en thérapie avec L. (...) C'est très très fort... c'est beaucoup de bienveillance, pas de jugement, ... C'est vraiment un endroit, cette thérapie de groupe, c'est vraiment un endroit où on peut être soi et on peut tout déposer quoi, sans être jugé, sans être... C'est vraiment très très fort. »*

#### Aisance financière

La phytothérapie et la plupart des thérapies associées n'étant pas des soins remboursés, les patients sont confrontés à des frais parfois importants. La plupart des patients rencontrés se disent aisés financièrement (Mr A, Mr B, Mme D, Mme E, Mme F). Cela leur permet de considérer le coût comme « acceptable » et de se soigner sans que cela ne les limite.

Plusieurs reconnaissent malgré tout consacrer **une part conséquente de leurs économies** à leur santé : « *J'ai un budget maladie important, hein...* » (Mme E), mais considèrent que **cela en vaut la peine** : « *Moi je préfère, payer un peu, puisque c'est ça le contexte, et ne pas enchaîner les psychotropes* » (Mr A), « *(...) je pense que c'était comme ça, j'en avais besoin donc... La phytothérapie c'est cher... mais... tant pis.* » (Mme F).

Ils relèvent cependant **l'inégalité d'accès** par rapport à l'allopathie : « *Bon, moi j'ai les moyens, donc ça va, mais je pense aux gens qui sont plus modestes... C'est assez conséquent... et ce n'est pas remboursé... ça (désignant le Bromazépam) ça ne coûte rien !* » (Mr B)

La patiente ayant le budget le plus restreint, elle, l'accuse directement d'être la cause de sa prise uniquement occasionnelle de phytothérapie : « *J'ai dit à Mme U. : moi je veux bien que vous me soigniez que par les plantes, mais mon budget ne me permet pas de mettre cinquante euros par mois dans les plantes. (...) Si c'était abordable j'essayerai de prendre davantage de plantes mais...* » (Mme C)

Or, si la prise régulière et au long cours des plantes et l'accès aux thérapies associées sont des facteurs susceptibles de favoriser l'épargne en benzodiazépines, on peut en conclure qu'un **budget insuffisant** est un **frein** pour le bon déroulement de cette transition.

### Croyances et représentations

De plusieurs entretiens émergent diverses croyances ou représentations, qui peuvent exercer une influence positive ou négative dans l'accompagnement vers le sevrage.

Certains patients considèrent d'emblée la phytothérapie comme étant un **traitement très léger**, ce qui peut nuire à leur adhésion et leur confiance envers une possible efficacité : « *Ça ne doit pas être très fort, parce qu'elle m'a dit « prenez-en deux éventuellement »* (Mr B), « *Oh bah non, ça apaise... c'est tellement léger !* (Mme C).

D'autres croyances sont relatives à **une incapacité personnelle à vivre normalement sans médicament** : « *Je suis obligée d'en prendre* » (Mme C), « *Je suis incapable de m'endormir sans rien, ça c'est clair.* » (Mme E). Cela induit une situation défavorable au sevrage où un **traitement de transition** peut présenter un intérêt particulier, en parallèle de d'autres mesures aidant à la déconstruction de cette conviction bloquante.

Au contraire, certaines convictions créent un **climat favorable** au soulagement de l'anxiété et de l'insomnie, comme cette patiente qui attribue en partie l'amélioration de son

sommeil à des plaques aimantées placées dans son lit : « Alors, peut être ça (désigne la phyto) ... plus peut être les aimants, qui me rétablissent ma polarité parce que... (...) je l'ai senti ça dans mon lit... En fait, c'est bien explicité que : on est dans un cocon... Tout ce qui est autour du lit, tout ce qui est nocif : les ondes électromagnétiques, tout le tintouin et tout, **DISPARAISSENT !** (sourire de satisfaction et mime magique) Et vous êtes comme dans un cocon ! C'est confortable ça, hein... ? » (Mme E)

Enfin, on remarque qu'une certaine mystification d'une pratique de soin peut **favoriser l'alliance thérapeutique** : « Alors je sais pas, parce qu'en fait elle utilise l'acupuncture avec un stylet, c'est pas des aiguilles. Elle travaille dans notre dos. Je l'entendais tourner des pages et faire ça, suivre, par rapport aux organes je pense (elle me montre un trajet avec un stylet invisible) ... Moi j'ai l'impression qu'elle a un don particulier. » (Mme F)

## IV) Discussion :

### A) Forces et faiblesses

L'échantillonnage raisonné étant cadré par des critères d'inclusion très sélectifs et le contexte de pandémie étant peu propice, le recrutement fut mené avec difficulté, en particulier pour l'inclusion des derniers patients. Cependant, probablement du fait de cette forte sélectivité, la saturation des données a pu être obtenue assez rapidement, au bout de cinq analyses, et donc permettre le respect des critères de rigueur d'une recherche qualitative avec un échantillon de taille modeste. Cette difficulté a néanmoins conduit la chercheuse à élargir ses critères d'inclusion, qui au départ comprenaient l'exigence supplémentaire d'un traitement par benzodiazépines pris de façon continue.

Finalement, il s'est révélé au fil des entretiens qu'un traitement par benzodiazépines pris de façon discontinue, s'il occasionnait une dépendance physique moindre, induisait par contre des problématiques communes avec la dépendance psychologique dès qu'il faisait partie de la vie du patient depuis plusieurs mois. En effet, si on ne peut pas parler de consommation « problématique » au sens de la définition donnée par la HAS, on peut dans ce cas parler de consommation « à risque », comme le définissent certains auteurs au sujet d'un « *usage continu ou sporadique durant 12 mois* » (49). Ce type de consommation est de plus inadapté si l'on considère les indications des benzodiazépines qui doivent s'appliquer à des circonstances aiguës et transitoires, être utilisées de façon occasionnelle et non répondre à un usage répété sur plusieurs années. Ces patients sont aussi plus à risque de développer une consommation continue en cas d'aggravation des troubles ou de contexte défavorable (comme illustré chez Mr A). Par ailleurs, la présence de ces patients au sein de l'étude a permis de mieux cerner la place du degré de dépendance physique dans la réussite ou l'échec du sevrage.

Au sujet du critère de choix de patients suivis par un médecin généraliste formé en phytothérapie, cela a été décidé afin de limiter les cas d'automédication inadaptée voire à risque.

La diversité des profils de patients n'était pas particulièrement recherchée, car l'étude visait notamment à observer les caractéristiques, supposées particulières, de cette population ayant recours spontanément à la phytothérapie. Cependant, le sexe et l'âge des patients de notre échantillon reflètent bien les conclusions des études au sujet de l'utilisation

des benzodiazépines : dans son dernier rapport, l'ANSM fait état d'une prévalence d'environ 17% chez les femmes contre 10% chez les hommes, ainsi qu'une concentration du nombre de consommateurs chez les personnes de 65 ans et plus (7).

À l'opposé, la diversité des expériences vécues était recherchée, afin d'étudier le plus largement possible les diverses modalités de recours à la phytothérapie dans une optique d'épargne en benzodiazépines. Celle-ci a été mise en œuvre par la volonté de recruter des patients suivis par des médecins généralistes différents (trois en l'occurrence). Cette contrainte d'échantillonnage fut effectivement pertinente car on remarque des variations importantes touchant à la fois au profil de patient et à la nature de l'expérience entre les trois patientèles.

La durée de la période d'entretiens a été allongée du fait de l'interruption causée par le confinement relatif à la pandémie de Covid-19, de mars à mai 2020. Un seul entretien a pu être mené durant cette période, par visioconférence, mais un défaut de fonctionnement du logiciel CyberLink Screen Recorder® a interrompu précocement l'enregistrement. Cet incident a été pallié par la retranscription immédiate de l'entretien sur la base de la mémoire de la chercheuse et des nombreuses notes de terrain prises pendant l'échange. Le texte obtenu a ensuite été transmis le jour même à la patiente qui a validé la cohésion de l'écrit avec ses propos sans y apporter de modification.

Les critères de rigueur de l'analyse qualitative selon le concept « RATS » développé par J. Clark (50) qui sont la pertinence de la question de recherche, la concordance du choix de la méthode qualitative avec le sujet, la transparence des procédures et la solidité et crédibilité de l'analyse ont été respectés, assurant la validité interne (36). Cette validité est renforcée par la triangulation des sources mise en œuvre par l'utilisation des données de la bibliographie, de celles recueillies par les entretiens reproductibles, et de celles obtenues par la pratique clinique. Une triangulation des chercheurs a aussi été appliquée par la double lecture des grilles de codage permettant de limiter le biais d'interprétation et d'information. Le biais de confusion a été limité par la retranscription scrupuleuse des entretiens avec report du non-verbal afin de faciliter l'interprétation au plus proche de la signification donnée par l'interviewé.

Les limites de l'étude consistent en un biais de désirabilité, inhérent à toute recherche menée par entretiens, qui suppose que certaines réponses puissent être influencées par un désir de satisfaire l'interlocuteur. Un biais de sélection apparaît clairement puisque l'échantillon de patients a été recruté au sein de la population restreinte des patients suivis

par des médecins-phytothérapeutes. Il existe également un biais d'information du fait du codage simple, atténué par la relecture exhaustive de l'ensemble des codes axiaux par une deuxième chercheuse, permettant un enrichissement et certaines modifications pour obtenir un consensus.

## **B) La phytothérapie : un rôle de facilitateur au sein d'une démarche d'épargne en benzodiazépines dans une population particulière**

Il a été mis en évidence que cette stratégie était principalement appliquée par une catégorie de patients présentant plusieurs divergences par rapport aux caractéristiques souvent retrouvées dans les statistiques touchant la population générale. Il n'a pas été surprenant de constater une certaine homogénéité sur le plan des aspirations et du mode de vie, cohérent avec leur orientation volontaire vers la phytothérapie. Ils appartiennent pour la plupart à une catégorie socio-professionnelle élevée, ce qui était attendu du fait de l'absence de remboursement des traitements à base de plantes.

Leur profil de consommateur en benzodiazépine comporte plusieurs similitudes avec les caractéristiques habituellement retrouvées dans les études, telles que les circonstances de primo-prescription, l'ambivalence et les rôles symboliques du médicament (53). Le médicament est initié principalement du fait de situations de vie stressantes, d'anxiété aiguë et/ou de troubles du sommeil, qui sont aussi des conditions observées par différents travaux sur le sujet (54,55). Les motivations ayant conduit les patients vers leur démarche d'épargne, telles que la suggestion par un tiers ou la peur de la dépendance, ainsi que les modalités comme la décroissance progressive, le mode de vie, les thérapies comportementales ou le recours aux plantes sont aussi décrites dans la littérature (56).

Notre population se démarque particulièrement par une méfiance partagée du médicament en général. Les patients présentent aussi majoritairement un niveau d'éducation moyen à élevé, une attention portée à leur mode de vie, et une sensibilité les amenant à rechercher le naturel et la relation dans le soin. Toutes ces caractéristiques retrouvées chez les patients de notre échantillon peuvent en partie s'expliquer par le fait que la phytothérapie étant peu répandue, ces patients ont dû faire spontanément la démarche intellectuelle de se renseigner sur cette alternative et de s'orienter volontairement vers un médecin spécialisé. Cela n'implique pas le fait que la phytothérapie ne soit destinée qu'à ce profil de patient. En effet, si celle-ci elle était proposée plus fréquemment par les médecins généralistes et spécialistes, il est probable qu'elle pourrait intéresser un public

plus large, notamment en touchant les personnes n'ayant pas pensé à ce type de recours ou ayant une certaine appréhension légitime à se lancer dans une thérapie sans l'aval de leur médecin référent.

Sur le plan des traitements consommés par les patients, les résultats en terme de benzodiazépines font écho aux données statistiques du dernier rapport de l'ANSM, qui cite l'alprazolam, le zolpidem et le bromazépam comme étant les plus représentées en France (7). On remarque néanmoins que, chez la majorité des patients, le choix de la molécule ne respecte pas les règles de bon usage du point de vue de l'indication : en effet, quatre patients ont reçu une benzodiazépine à visée anxiolytique (bromazépam, alprazolam ou oxazépam) dans une indication d'insomnie d'endormissement ou de milieu de nuit. Ces prescriptions hors-AMM sont pourtant représentatives des pratiques observées au niveau national, comme le souligne l'ANSM dans son plan d'action visant à réduire le mésusage (17).

Concernant les plantes utilisées, le résultat est là aussi cohérent avec la littérature. En effet, on retrouve pour chacun d'entre eux une consommation de Valériane en tant que traitement principal, plante la plus étudiée dans l'indication de l'anxiété et des troubles du sommeil (27,28,36–39). Plusieurs études suggèrent que son association avec certaines autres plantes pourrait induire une potentialisation des effets. Cette synergie est décrite en particulier avec le Houblon (57–61), la Mélisse (62–65) et l'Eschscholtzia (66), qui sont des plantes consommées par les patients de notre échantillon. La Passiflore fait elle aussi partie des plantes citées dans les études, qui relèvent son action principalement anxiolytique, seule (40–43) ou en association (64). Une patiente, présentant une fibromyalgie et une insomnie de milieu de nuit, utilise aussi le Griffonia et le Millepertuis, en association avec la Valériane. Le Griffonia est une plante d'origine africaine dont la graine possède une teneur élevée en 5-hydroxytryptophane (95% de 5-HTP environ), précurseur direct de la sérotonine (67–69). Cette plante n'a pour le moment fait l'objet que d'études pré-cliniques (70), mais la supplémentation en 5-HTP a fait preuve de résultats cliniques encourageants notamment dans les domaines de la dépression, de l'insomnie et de la fibromyalgie, qui sont des pathologies lors desquelles on trouve souvent des taux bas de sérotonine (71–74). Enfin, le Millepertuis est cité dans de nombreuses recherches mettant en avant ses propriétés antidépressives, parfois comparables à certains ISRS sur des dépressions légères à modérées (75,76). Cependant, d'autres études apportent des résultats moins probants, plutôt en faveur d'un effet léger (77). Quelques recherches à faible niveau de preuve

suggèrent une aide au sevrage tabagique (78,79), et un report de cas récent pointe une possible réduction du syndrome de sevrage en benzodiazépines (80). À noter que son usage est soumis à précaution vis-à-vis du risque d'interaction médicamenteuse, car l'hyperforine, principe actif du Millepertuis, est un inducteur du cytochrome P450 (81).

Une récente étude focalisée sur le vécu du sevrage en benzodiazépines par des patients consommateurs chroniques de plus de 65 ans relève que 70% des symptômes présentés sont d'ordre comportemental, et principalement de l'anxiété ou de l'insomnie (82). Ces plantes aux vertus sédatives et anxiolytiques ont donc bien toute leur place pour contribuer, avec les autres mesures associées telles que les TCC, à la réduction de ces troubles afin de majorer les chances de réussite du sevrage.

### **C) Place de la phytothérapie dans le cadre de l'épargne en benzodiazépines**

Notre travail révèle que le soulagement attribué à la phytothérapie par les patients est inconstant, allant de l'amélioration évidente à l'absence d'effet ressenti. Au vu de l'analyse des résultats, on peut supposer que différents paramètres puissent être impliqués dans cette forte variabilité :

- Le **degré d'observance**, qui semble corrélé à l'importance des effets décrits. Cela corrobore les informations contenues dans la monographie de l'European Medicines Agency (EMA) sur la racine de Valériane, qui indiquent qu'elle atteindrait sa pleine efficacité à partir de deux à quatre semaines de prise en continu (83).
- Le **degré d'adhésion** au traitement, déterminé par la position active ou passive du patient dans son usage, ses représentations de la phytothérapie, et l'alliance thérapeutique créée avec le médecin prescripteur.
- Le **contexte** environnemental et psychologique du patient.

Le manque d'efficacité des plantes perçu par plusieurs patients est parfois confronté à celle constatée lors de la prise de leur benzodiazépine. Cela dit, on peut facilement envisager qu'en comparaison avec la puissance des effets des benzodiazépines, chez un patient qui plus est accoutumé, nombre de traitements alternatifs paraissent insuffisants. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'efficacité inégalée de ces molécules est finalement au cœur des difficultés d'accompagnement vers le sevrage. De plus, leurs propriétés pharmacodynamiques diffèrent, ce qui se traduit par une efficacité immédiate et rapide des

benzodiazépines contre une efficacité progressive et à plus long terme de la phytothérapie, et biaise donc les tentatives de comparaison de leurs effets.

Quoi qu'il en soit, il apparaît évident que les effets pharmacologiques de la phytothérapie sont **insuffisants à eux seuls** pour l'obtention d'un sevrage ou même d'une épargne durable dans le temps. Le rôle clé de certaines thérapies complémentaires est mis en avant dans la majorité des entretiens. C'est le cas notamment de la psychothérapie, dont l'intérêt pour l'accompagnement de tous types de sevrage est déjà bien établi, mais les patients affirment aussi trouver du mieux-être grâce à des approches très variées et plus ou moins validées scientifiquement. Dans la mesure où ces pratiques ne les mettent pas en danger sur le plan physique, psychologique ou financier, il ne semble que bénéfique qu'ils les poursuivent. La multiplication des mesures associées paraît aussi jouer en faveur d'une réussite du sevrage, possiblement par effet de **complémentarité et de globalité** de la prise en charge.

Par-dessus tout, notre travail souligne que **l'intérêt majeur du recours à la phytothérapie** dans un but d'épargne en benzodiazépine réside dans sa **fonction symbolique**. À des patients pour lesquels la benzodiazépine constitue une béquille, un outil de contrôle et de réassurance, le traitement à base de plantes offre la possibilité d'un report de rôle pour effectuer une transition. Il permet aussi la poursuite d'un rituel médicamenteux parfois important notamment dans l'instauration du sommeil. Cette facette inhérente au processus de sevrage n'avait pour le moment pas de compensation à balance bénéfices-risques favorable.

Le but ultime reste un accompagnement progressif vers l'indépendance vis-à-vis de toute prise médicamenteuse. Une des limites de cette stratégie serait la survenue d'un report de dépendance psychologique vers la phytothérapie, qui sous-entendrait le risque d'une poursuite à vie de ce traitement ce qui n'est pas souhaitable du fait du manque de données concernant l'exposition à très long terme. Cependant, on peut envisager qu'il resterait moins dangereux pour le patient de poursuivre des années sous phytothérapie plutôt que sous benzodiazépines.

Notre étude met néanmoins en évidence plusieurs freins à l'épargne accompagnée par la phytothérapie. La **persistance d'une problématique de fond**, souvent un trouble anxieux sévère relié à un vécu traumatique, fait partie des principaux freins au sevrage identifiés dans notre travail. La présence de problèmes psychiatriques sous-jacents a aussi été définie comme facteur associé à la dépendance aux benzodiazépines chez la personne

âgée dans une récente étude de cohorte nationale (84). Ces troubles sous-diagnostiqués et donc sous-traités sont sans doute un autre axe majeur à développer pour l'amélioration des stratégies de sevrage en benzodiazépines. Concrètement, en cas de persistance des symptômes aigus ayant motivé la prescription initiale d'anxiolytique ou d'hypnotique, la consultation de réévaluation médicale devrait se concentrer sur la recherche de la pathologie sous-jacente et sa prise en charge (84). Cela renforce par ailleurs la pertinence de la proposition d'un parcours en TCC à tous les patients dès le début d'un processus de sevrage.

Un autre frein notable soulevé est le **contexte**, qui, défavorable, induit une rechute ou une réaugmentation des doses en benzodiazépines malgré la présence de la phytothérapie. S'il est impossible de modifier les événements et situations stressantes, la marge de manœuvre se situe dans la diminution de l'impact qu'ils peuvent avoir sur la personne via les approches comportementales telles que la méditation, la sophrologie, et les TCC (85,86).

Le **budget** apparaît aussi en tant que paramètre important pour permettre le bon suivi d'un traitement à base de plantes. Cela constitue un critère discriminant induisant un accès inégal de la population à ce type de soin, et constitue la principale limite du recours à la phytothérapie.

De plus, notre travail fait ressortir le rôle clé de la **relation médecin-malade** dans l'échec ou la réussite d'une stratégie thérapeutique. Bien que les patients de notre échantillon paraissent particulièrement sensibles à ce paramètre, d'autres études confirment son importance notamment pour le degré d'observance et de confiance vis-à-vis du traitement (87,88). Cela a donc pour conséquence de favoriser l'effet pharmacologique et l'effet placebo de tout médicament. Au-delà de son influence sur l'efficacité du traitement proposé, la relation de soin peut aussi jouer un rôle crucial dans l'initiation de la démarche de sevrage. Par le recours aux techniques de l'entretien motivationnel, le médecin peut aider le patient à renforcer son désir de changement, en prenant conscience d'un défaut de cohésion interne : « *La motivation au changement survient lorsque les gens perçoivent une contradiction entre ce qu'ils sont et ce qu'ils aimeraient être* » (89).

Enfin, si certaines croyances desservent la confiance envers le médicament, d'autres favorisent l'alliance thérapeutique et potentialisent la prise en charge. Cela révèle qu'il est utile de **respecter les croyances des patients** lorsqu'elles ne leur nuisent pas, sans chercher à les déconstruire systématiquement, car celles-ci peuvent les aider à converger vers un objectif commun d'amélioration de leur santé.

## D) Perspectives

Notre travail place la phytothérapie comme un recours utile au sein d'une stratégie d'épargne en benzodiazépines, de par son rôle de soutien complémentaire aux approches déjà recommandées. Si les résultats obtenus en eux-mêmes ne sont pas généralisables du fait du manque de représentativité de notre faible échantillon, le concept de **traitement de transition** endossant le rôle symbolique du médicament sans effets secondaires ni risque de dépendance présente un intérêt réel dans le domaine de l'addictologie.

Il serait donc souhaitable que cette solution puisse être utilisée par les médecins et patients intéressés, de façon simple et sans risque de mésusage. Cependant, le domaine de la phytothérapie souffre d'un manque de standardisation des protocoles et des posologies à visée thérapeutique (90). Depuis 2004, l'HMPC (Committee on Herbal Medicinal Products), branche de l'EMA chargée d'homogénéiser les recommandations sur les traitements phytothérapeutiques, publie des monographies après état des lieux des connaissances sur chaque plante d'usage médicinal. Ces documents peuvent donc servir de référence mais restent assez obscures et difficiles à appliquer en l'absence de formation.

Il serait donc utile qu'un travail complémentaire soit mené afin de mettre au point des fiches de recommandations proposant des schémas simplifiés de prise en charge incluant indications, posologies et galéniques, précautions d'emploi et contre-indications. Ces guides pour la prescription devraient être élaborées de façon collégiale afin d'optimiser leur fiabilité et être validées par les instances de références telles que l'EMA et l'HMPC. Ces fiches pourraient aussi préciser un ordre de prix en face de chaque traitement proposé afin de guider le prescripteur en fonction des possibilités financières de son patient.

Cela permettrait à des médecins non formés en phytothérapie de s'approprier certains outils, mais il nous semble important qu'une telle ressource demeure à l'usage exclusif des médecins et pharmaciens afin de limiter le risque de mésusage et de garantir la possibilité d'un suivi.

Néanmoins on peut déplorer que les prises en charge qui pourraient être utiles pour limiter l'utilisation des benzodiazépines, qu'il s'agisse des psychothérapies ou de la phytothérapie, ne soient que très faiblement remboursées.

## V) Conclusion

Pour conclure, notre étude positionne la phytothérapie comme un **support complémentaire** au sein de la stratégie d'épargne, et non pas comme un substitut aux benzodiazépines.

Son intérêt est double : d'une part une activité pharmacologique en lien avec le système GABAergique ou sérotoninergique pertinente dans ce type de sevrage, permettant un soulagement plus ou moins important de l'anxiété et des troubles du sommeil ; d'autre part l'opportunité d'offrir un relais médicamenteux à très bon profil de tolérance et sans risque de report de dépendance physique aux patients en cours de sevrage, permettant de lever en partie les difficultés liées à la fonction symbolique de la benzodiazépine.

La phytothérapie n'est néanmoins pas une solution suffisante à elle seule pour l'accompagnement de la décroissance de l'anxiolytique ou de l'hypnotique. Le recours aux thérapies cognitivo-comportementales en parallèle est indispensable pour la prise en charge de la dépendance psychologique, et pour l'apaisement d'un éventuel trouble anxieux lié à un vécu traumatique. La recherche et le traitement d'une pathologie psychiatrique sous-jacente doivent aussi faire partie intégrante de la stratégie d'aide au sevrage.

Enfin, puisque notre travail révèle qu'au-delà de ses effets pharmacologiques la phytothérapie est un apport important sur le plan symbolique et une aide pour la dépendance psychologique, on peut s'interroger sur un positionnement éventuel dans la prise en charge d'autres addictions. Le sevrage tabagique est notamment un domaine où la phytothérapie intéresse, car les plantes à activité GABAergique et sérotoninergique seraient potentiellement à même de réduire les symptômes initiaux de la phase de sevrage (32,91,92). En parallèle, certaines études rapportent des résultats intéressants sur l'utilisation de Passiflore dans le sevrage en opiacés et morphiniques, mais qui nécessitent des recherches plus poussées (32,40).

L'exemple, dans notre travail, d'une patiente ayant vécu un triple sevrage simultané en opiacé, prégabaline et benzodiazépine accompagné par la phytothérapie encourage à approfondir cette hypothèse.



## Bibliographie

1. VIDAL - TEMESTA 1 mg cp séc - Pharmacodynamie [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/temesta-16072-pharmacodynamie.htm>
2. Revet A, Yroni A, Montastruc F. Règles de bon usage des benzodiazépines. Presse Médicale [Internet]. 1 oct 2018 [cité 16 avr 2020];47(10):872-7. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498218303865>
3. Landry P, Gervais M, O'Connor KP. Mise à jour sur les considérations pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et les interactions médicamenteuses dans le choix d'une benzodiazépine. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr [Internet]. août 2008 [cité 10 avr 2020];166(7):585-94. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448708001686>
4. Notice patient - ALPRAZOLAM MYLAN 0,25 mg, comprimé sécable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67446077&typedoc=N#Ann3bCommentPrendre>
5. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete)
6. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie)
7. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
8. Smink BE, Egberts ACG, Lusthof KJ, Uges DRA, de Gier JJ. The Relationship between Benzodiazepine Use and Traffic Accidents. CNS Drugs [Internet]. 1 août 2010 [cité 11 déc 2020];24(8):639-53. Disponible sur: <https://doi.org/10.2165/11533170-000000000-00000>
9. Saint-Martin P, Furet Y, O'Byrne P, Bouyssy M, Paintaud G, Autret-Leca E. La soumission chimique: une revue de la littérature. Therapies [Internet]. 1 mars 2006 [cité 11 déc 2020];61(2):145-50. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004059571630378X>
10. Nafti M, Sirois C, Kröger E, Carmichael P-H, Laurin D. Is Benzodiazepine Use Associated With the Risk of Dementia and Cognitive Impairment-Not Dementia in Older Persons? The Canadian Study of Health and Aging. Ann Pharmacother. mars 2020;54(3):219-25.
11. Ettcheto M, Olloquequi J, Sánchez-López E, Busquets O, Cano A, Manzine PR, et al. Benzodiazepines and Related Drugs as a Risk Factor in Alzheimer's Disease

Dementia. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 8 janv 2020 [cité 10 avr 2020];11:344. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fnagi.2019.00344/full>

12. Benzodiazépines et démence : limiter les risques par un strict respect des règles de prescription et de bon usage - Lettre aux professionnels de santé - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Benzodiazepines-et-demence-limiter-les-risques-par-un-strict-respect-des-regles-de-prescription-et-de-bon-usage-Lettre-aux-professionnels-de-sante>
13. Guay B, Morin CM. Le sevrage chez les utilisateurs à long terme de benzodiazépines à dose thérapeutique. *Médecin Qué.* 1998;33(4):93–8.
14. 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 - Légifrance [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000020690355/2020-10-09/>
15. Référence médicales opposable | Non Aux Benzodiazépines, Somnifères... [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://nonauxbenzodiazepines.wordpress.com/2008/11/22/vioxx-morts-subites-en-serie/>
16. ALD n°23 - Troubles anxieux graves [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_556489/fr/ald-n23-troubles-anxieux-graves](https://www.has-sante.fr/jcms/c_556489/fr/ald-n23-troubles-anxieux-graves)
17. Plan d'actions de l'ANSM visant à réduire le mésusage des benzodiazépines - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: [https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Plan-d-actions-de-l-ANSM-visant-a-reduire-le-mesusage-des-benzodiazepines-Point-d-information/\(language\)/fre-FR](https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Plan-d-actions-de-l-ANSM-visant-a-reduire-le-mesusage-des-benzodiazepines-Point-d-information/(language)/fre-FR)
18. Etat des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information>
19. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire)
20. Cloos J-M, Stein R, Rauchs P, Koch P, Chouinard P. Addictions aux benzodiazépines: prévalence, diagnostic et traitement. [Benzodiazepine addiction: prevalence, diagnosis and treatment]. *EMC - Psychiatr.* 1 janv 2011;1-10.
21. Monfort J-C. Chapitre premier. Les souffrances psychologiques névrotiques des personnes âgées. *Que Sais-Je* [Internet]. 4 nov 2019 [cité 8 nov 2020];6e éd.:21-35. Disponible sur: <https://www-cairn-info.budistant.univ-nantes.fr/la-psychogeriatrie--9782130817277-page-21.htm>

22. Morel A. 23. Psychotraumatismes et addictions [Internet]. Vol. 2e éd., Addictologie. Dunod; 2015 [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/addictologie--9782100721429-page-253.htm>
23. Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, Young RM. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction* [Internet]. 2009 [cité 13 mars 2020];104(1):13-24. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.2008.02364.x>
24. Darker CD, Sweeney BP, Barry JM, Farrell MF, Donnelly-Swift E. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cité 28 mai 2020];(5). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009652.pub2/abstract>
25. Fluyau D, Revadigar N, Manobianco BE. Challenges of the pharmacological management of benzodiazepine withdrawal, dependence, and discontinuation. *Ther Adv Psychopharmacol* [Internet]. mai 2018 [cité 23 avr 2020];8(5):147-68. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5896864/>
26. Lauzeille D, Guerlais M, Sallenave-Namont C, Etcheverrigaray F, Broccato L, Poisblaud Q, et al. Medicated or not medicated hypnotic substance use: strategies in sleep disorders among patients of community pharmacy. *Fundam Clin Pharmacol* [Internet]. 2019 [cité 27 oct 2020];33(2):216-22. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/fcp.12420>
27. Rolland M. Apport de la phytothérapie dans le sevrage aux benzodiazépines [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Sciences Pharmaceutiques et Biologiques; 2015.
28. Savage K, Firth J, Stough C, Sarris J. GABA-modulating phytomedicines for anxiety: A systematic review of preclinical and clinical evidence. *Phytother Res* [Internet]. 2018 [cité 13 mars 2020];32(1):3-18. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ptr.5940>
29. Yuan C-S, Mehendale S, Xiao Y, Aung HH, Xie J-T, Ang-Lee MK. The Gamma-Aminobutyric Acidergic Effects of Valerian and Valerenic Acid on Rat Brainstem Neuronal Activity. *Anesth Analg* [Internet]. févr 2004 [cité 27 avr 2020];98(2):353–358. Disponible sur: [https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2004/02000/The\\_Gamma\\_Aminobutyric\\_Acidergic\\_Effects\\_of.16.aspx](https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2004/02000/The_Gamma_Aminobutyric_Acidergic_Effects_of.16.aspx)
30. Khom S, Baburin I, Timin E, Hohaus A, Trauner G, Kopp B, et al. Valerenic acid potentiates and inhibits GABAA receptors: Molecular mechanism and subunit specificity. *Neuropharmacology* [Internet]. 1 juill 2007 [cité 3 mars 2020];53(1):178-87. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002839080700127X>
31. Becker A, Felgentreff F, Schröder H, Meier B, Brattström A. The anxiolytic effects of a Valerian extract is based on Valerenic acid. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 28 juill 2014 [cité 27 avr 2020];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122768/>

32. Miroddi M, Calapai G, Navarra M, Minciullo PL, Gangemi S. *Passiflora incarnata* L.: Ethnopharmacology, clinical application, safety and evaluation of clinical trials. *J Ethnopharmacol* [Internet]. 12 déc 2013 [cité 2 juin 2020];150(3):791-804. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378874113006983>
33. Elsas S-M, Rossi DJ, Raber J, White G, Seeley C-A, Gregory WL, et al. *Passiflora incarnata* L. (Passionflower) extracts elicit GABA currents in hippocampal neurons in vitro, and show anxiogenic and anticonvulsant effects in vivo, varying with extraction method. *Phytomedicine* [Internet]. 1 oct 2010 [cité 5 juin 2020];17(12):940-9. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0944711310000619>
34. Appel K, Rose T, Fiebich B, Kammler T, Hoffmann C, Weiss G. Modulation of the  $\gamma$ -aminobutyric acid (GABA) system by *Passiflora incarnata* L. *Phytother Res* [Internet]. 2011 [cité 13 mars 2020];25(6):838-43. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ptr.3352>
35. Rolland A, Fleurentin J, Lanhers MC, Misslin R, Mortier F. Neurophysiological Effects of an Extract of *Eschscholzia californica* Cham. (Papaveraceae). *Phytother Res* [Internet]. 2001 [cité 27 oct 2020];15(5):377-81. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ptr.884>
36. Guadagna S, Barattini DF, Rosu S, Ferini-Strambi L. Plant Extracts for Sleep Disturbances: A Systematic Review. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM* [Internet]. 21 avr 2020 [cité 30 oct 2020];2020. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7191368/>
37. Leathwood PD, Chauffard F, Heck E, Munoz-Box R. Aqueous extract of valerian root (*Valeriana officinalis* L.) improves sleep quality in man. *Pharmacol Biochem Behav* [Internet]. 1 juill 1982 [cité 18 févr 2020];17(1):65-71. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0091305782902647>
38. Leathwood PD, Chauffard F. Aqueous Extract of Valerian Reduces Latency to Fall Asleep in Man. *Planta Med* [Internet]. avr 1985 [cité 28 mai 2020];51(2):144-8. Disponible sur: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-2007-969430>
39. Poyares DR, Guilleminault C, Ohayon MM, Tufik S. Can valerian improve the sleep of insomniacs after benzodiazepine withdrawal? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* [Internet]. 1 avr 2002 [cité 4 avr 2020];26(3):539-45. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584601003050>
40. Akhondzadeh S, Kashani L, Mobaseri M, Hosseini SH, Nikzad S, Khani M. Passionflower in the treatment of opiates withdrawal: a double-blind randomized controlled trial. *J Clin Pharm Ther* [Internet]. 2001 [cité 6 juin 2020];26(5):369-73. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2710.2001.00366.x>
41. Akhondzadeh S, Naghavi HR, Vazirian M, Shayeganpour A, Rashidi H, Khani M. Passionflower in the treatment of generalized anxiety: a pilot double-blind randomized controlled trial with oxazepam. *J Clin Pharm Ther* [Internet]. 2001 [cité 13 mars 2020];26(5):363-7. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2710.2001.00367.x>

42. Schulz H, Jobert M, Hübner WD. The quantitative EEG as a screening instrument to identify sedative effects of single doses of plant extracts in comparison with diazepam. *Phytomedicine* [Internet]. 1 déc 1998 [cité 6 juin 2020];5(6):449-58. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S094471139880041X>
43. Ngan A, Conduit R. A Double-blind, Placebo-controlled Investigation of the Effects of *Passiflora incarnata* (Passionflower) Herbal Tea on Subjective Sleep Quality. *Phytother Res* [Internet]. 2011 [cité 6 juin 2020];25(8):1153-9. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ptr.3400>
44. Izzo AA, Hoon-Kim S, Radhakrishnan R, Williamson EM. A Critical Approach to Evaluating Clinical Efficacy, Adverse Events and Drug Interactions of Herbal Remedies. *Phytother Res* [Internet]. 2016 [cité 13 mars 2020];30(5):691-700. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ptr.5591>
45. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer*. 2e édition. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur; 2019. 155 p. (Méthodes en sciences humaines).
46. Touboul, P., (2013). *Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative*, Disponible sur : <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
47. L'entretien compréhensif - Jean-Claude Kaufmann [Internet]. [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/l-entretien-comprehensif-9782200346195.html>
48. Caro Dambreville S. Les cartes mentales : un changement de paradigme dans les apprentissages. *Commun Technol Dév* [Internet]. sept 2014 [cité 11 déc 2020];(1):71-88. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01061022>
49. Rouleau A, Bélanger C, O'Connor K, Gagnon C. Évaluation de l'usage à risque des benzodiazépines chez les personnes âgées : facteurs de risque et impacts. *Santé Ment Au Qué* [Internet]. 2011 [cité 27 nov 2020];36(2):123-44. Disponible sur: <https://www.erudit.org/en/journals/smq/1900-v1-n1-smq059/1008593ar/abstract/>
50. Clark J. How to peer review a qualitative manuscript. In: Godlee F, Jefferson, T, éditeurs. *Peer review in health sciences*. 2nd edition. London: BMJ Books; 2003. p. 219-35
51. Validité interne par type d'étude [Internet]. [studylibfr.com](http://studylibfr.com). [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/2934507/validité-interne-par-type-d-étude>
52. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol* [Internet]. 1 mars 2004 [cité 1 nov 2020];10(1):79-86. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269176304000057>
53. Rosier L. *Relation des patients consommateurs chroniques avec leur traitement par benzodiazépines: étude qualitative par entretiens auprès de onze patients âgés de 18 à 65 ans en Loire-Atlantique* [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2017.
54. Parr JM, Kavanagh DJ, Young RMcD, McCafferty K. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis. *Soc Sci Med*

[Internet]. mars 2006 [cité 21 nov 2020];62(5):1237-49. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953605003886>

55. Liebrez M, Schneider M, Buadze A, Gehring M-T, Dube A, Caflisch C. High-Dose Benzodiazepine Dependence: A Qualitative Study of Patients' Perceptions on Initiation, Reasons for Use, and Obtainment. PLOS ONE [Internet]. 10 nov 2015 [cité 21 nov 2020];10(11):e0142057. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0142057>
56. Sake F-T, Wong K, Bartlett DJ, Saini B. Benzodiazepine usage and patient preference for alternative therapies: A descriptive study. Health Sci Rep [Internet]. 2019 [cité 23 nov 2020];2(5):e116. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hsr2.116>
57. Morin CM, Koetter U, Bastien C, Ware JC, Wooten V. Valerian-Hops Combination and Diphenhydramine for Treating Insomnia: A Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial. Sleep [Internet]. 1 nov 2005 [cité 8 juin 2020];28(11):1465-71. Disponible sur: <https://academic.oup.com/sleep/article/28/11/1465/2707996>
58. Zanolli P, Zavatti M. Pharmacognostic and pharmacological profile of *Humulus lupulus* L. J Ethnopharmacol [Internet]. 28 mars 2008 [cité 9 juin 2020];116(3):383-96. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378874108000391>
59. [Comparative study for assessing quality of life of patients with exogenous sleep disorders (temporary sleep onset and sleep interruption disorders) treated with a hops-valerian preparation and a benzodiazepine drug] - Abstract - Europe PMC [Internet]. [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: <https://europepmc.org/article/med/9757514>
60. European Medicines Agency. Combination: Valerianae radix and Lupuli flos [Internet]. European Medicines Agency. 2018 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/combination-valerianae-radix-lupuli-flos>
61. Koetter U, Schrader E, Käufeler R, Brattström A. A randomized, double blind, placebo-controlled, prospective clinical study to demonstrate clinical efficacy of a fixed valerian hops extract combination (Ze 91019) in patients suffering from non-organic sleep disorder. Phytother Res [Internet]. 2007 [cité 8 juin 2020];21(9):847-51. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ptr.2167>
62. Cerny A, Schmid K. Tolerability and efficacy of valerian/lemon balm in healthy volunteers (a double-blind, placebo-controlled, multicentre study). Fitoterapia [Internet]. 1 juin 1999 [cité 8 juin 2020];70(3):221-8. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0367326X99000180>
63. Cases J, Ibarra A, Feuillère N, Roller M, Sukkar SG. Pilot trial of *Melissa officinalis* L. leaf extract in the treatment of volunteers suffering from mild-to-moderate anxiety disorders and sleep disturbances. Mediterr J Nutr Metab [Internet]. 1 janv 2011 [cité 12 juin 2020];4(3):211-8. Disponible sur: <https://content.iospress.com/articles/mediterranean-journal-of-nutrition-and-metabolism/mnm4-3-09>
64. Keck ME, Nicolussi S, Spura K, Blohm C, Zahner C, Drewe J. Effect of the fixed combination of valerian, lemon balm, passionflower, and butterbur extracts (Ze 185) on

the prescription pattern of benzodiazepines in hospitalized psychiatric patients—A retrospective case-control investigation. *Phytother Res* [Internet]. [cité 27 avr 2020];n/a(n/a). Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ptr.6618>

65. Kennedy DO, Little W, Haskell CF, Scholey AB. Anxiolytic effects of a combination of *Melissa officinalis* and *Valeriana officinalis* during laboratory induced stress. *Phytother Res* [Internet]. 2006 [cité 13 mars 2020];20(2):96-102. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ptr.1787>
66. Abdellah SA, Berlin A, Blondeau C, Guinobert I, Guilbot A, Beck M, et al. A combination of *Eschscholtzia californica* Cham. and *Valeriana officinalis* L. extracts for adjustment insomnia: A prospective observational study. *J Tradit Complement Med* [Internet]. 1 mars 2020 [cité 27 oct 2020];10(2):116-23. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2225411019302391>
67. Schmelzer GH, Gurib-Fakim A, éditeurs. *Ressources végétales de l'Afrique tropicale 11 (1) Plantes médicinales 1.* . [Traduction de : *Plant Resources of Tropical Africa 11(1). Medicinal plants 1.* 2008]. Fondation PROTA, Wageningen, Pays-Bas / Backhuys Publishers, Leiden, Pays-Bas; 2008. 869 p.
68. Kavuri S, Mukkamala S. Estimation of L-5-Hydroxytryptophan in West African medicinal plant *Griffonia simplicifolia* Baill. by ultra performance liquid chromatography. *Int J Biol Chem Sci* [Internet]. 2010 [cité 22 nov 2020];4(2). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/ijbcs/article/view/58167>
69. Subbaraju GV, Kannababu S, Vijayakumar K, Murthy PB, Vanisree M, Tsay H-S. Spectrophotometric estimation of L-5-hydroxytryptophan in *Griffonia simplicifolia* extracts and dosage forms. *Int J Appl Sci Eng*. 2005;3(2):111–116.
70. Carnevale G, Di Viesti V, Zavatti M, Zanolì P. Anxiolytic-like effect of *Griffonia simplicifolia* Baill. seed extract in rats. *Phytomedicine* [Internet]. 15 juill 2011 [cité 22 nov 2020];18(10):848-51. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0944711311000183>
71. Effects of 5-hydroxytryptophan on the sleep of normal human subjects. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* [Internet]. 1 juin 1971 [cité 22 nov 2020];30(6):505-9. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com.budistant.univ-nantes.fr/science/article/pii/0013469471901477>
72. Jangid P, Malik P, Singh P, Sharma M, Gulia A kumar D. Comparative study of efficacy of L-5-hydroxytryptophan and fluoxetine in patients presenting with first depressive episode. *Asian J Psychiatry* [Internet]. 1 févr 2013 [cité 22 nov 2020];6(1):29-34. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201812001177>
73. Tc B. 5-Hydroxytryptophan: a clinically-effective serotonin precursor. *Altern Med Rev J Clin Ther* [Internet]. 1 août 1998 [cité 22 nov 2020];3(4):271-80. Disponible sur: <https://europepmc.org/article/med/9727088>
74. Yousefzadeh F, Sahebolzamani E, Sadri A, Mortezaei A, Aqamolaei A, Mortazavi SH, et al. 5-Hydroxytryptophan as adjuvant therapy in treatment of moderate to severe obsessive-compulsive disorder: a double-blind randomized trial with placebo control. *Int Clin Psychopharmacol*. 15 mai 2020;35(5):254-62.

75. Rahimi R, Nikfar S, Abdollahi M. Efficacy and tolerability of *Hypericum perforatum* in major depressive disorder in comparison with selective serotonin reuptake inhibitors: A meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. 1 févr 2009 [cité 22 nov 2020];33(1):118-27. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584608003230>
76. Galeotti N. *Hypericum perforatum* (St John's wort) beyond depression: A therapeutic perspective for pain conditions. *J Ethnopharmacol* [Internet]. 22 mars 2017 [cité 22 nov 2020];200:136-46. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378874116314799>
77. Linde K, Berner M, Egger M, Mulrow C. St John's wort for depression: Meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* [Internet]. févr 2005 [cité 22 nov 2020];186(2):99-107. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/st-johns-wort-for-depression/58916A1C292B17AC2845E50CBDC30C3A>
78. Sood A, Ebbert JO, Prasad K, Croghan IT, Bauer B, Schroeder DR. A randomized clinical trial of St. John's wort for smoking cessation. *J Altern Complement Med N Y N*. juill 2010;16(7):761-7.
79. Uzbay TI. *Hypericum perforatum* and substance dependence: a review. *Phytother Res* [Internet]. 2008 [cité 23 nov 2020];22(5):578-82. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ptr.2420>
80. Moeller S, Sitter A, Darrelmann U gr., Philipsen A, Müller HHO, Wang R, et al. Herbal detox – Benzodiazepine withdrawal treatment with the help of St. John's Wort? *Asian J Psychiatry* [Internet]. 1 oct 2019 [cité 23 nov 2020];45:26-7. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201819302746>
81. Soleymani S, Bahramsoltani R, Rahimi R, Abdollahi M. Clinical risks of St John's Wort (*Hypericum perforatum*) co-administration. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* [Internet]. 3 oct 2017 [cité 22 nov 2020];13(10):1047-62. Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/17425255.2017.1378342>
82. Jobert A, Laforgue E-J, Grall-Bronnec M, Rousselet M, Péré M, Jolliet P, et al. Benzodiazepine withdrawal in older people: what is the prevalence, what are the signs, and which patients? *Eur J Clin Pharmacol*. 2020;1–7.
83. European Medicines Agency. *Valerianae radix* [Internet]. European Medicines Agency. 2018 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/valerianae-radix>
84. Victorri-Vigneau C, Laforgue E-J, Grall-Bronnec M, Guillou-Landreat M, Rousselet M, Guerlais M, et al. Are Seniors Dependent on Benzodiazepines? A National Clinical Survey of Substance Use Disorder. *Clin Pharmacol Ther* [Internet]. [cité 23 nov 2020];n/a(n/a). Disponible sur: <https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpt.2025>
85. Berghmans C, Strub L, Tarquinio C. Méditation de pleine conscience et psychothérapie : état des lieux théorique, mesure et pistes de recherche. *J Thérapie Comport Cogn* [Internet]. 1 juin 2008 [cité 23 nov 2020];18(2):62-71. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1155170408000359>

86. Fiorletta P, Ganic A, Royer A, Grosjean V. Mesure des impacts de la sophrologie caycédiennne® sur le stress. *Kinésithérapie Rev* [Internet]. 1 oct 2013 [cité 23 nov 2020];13(142):34-40. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012313002490>
87. Baumann M, Baumann C, Le Bihan E, Chau N. How patients perceive the therapeutic communications skills of their general practitioners, and how that perception affects adherence: use of the TCom-skill GP scale in a specific geographical area. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(1):244.
88. Palazzolo J. Communication et observance dans la relation thérapeutique en psychiatrie [Internet] [These de doctorat]. Nice; 2004 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.theses.fr/2004NICE2031>
89. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement 2e édition - William R. Miller, Stephen Rollnick [Internet]. [cité 3 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/l-entretien-motivationnel-9782729613617.html>
90. Bent S, Padula A, Moore D, Patterson M, Mehling W. Valerian for Sleep: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Med* [Internet]. déc 2006 [cité 23 avr 2020];119(12):1005-12. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4394901/>
91. Chevalier C, Nguyen A, Nougier I, Villéger P. Accompagner l'arrêt du tabac. *Actual Pharm* [Internet]. 1 mars 2015 [cité 19 juin 2020];54(544, Supplement):6-11. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0515370014005278>
92. Gigon F. Intérêt de l'association de plantes médicinales dans l'aide à l'arrêt du tabac. *Phytothérapie* [Internet]. 11 juin 2008 [cité 19 juin 2020];6(1):13. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s10298-008-0280-8>
93. Andreatini R, Sartori VA, Seabra MLV, Leite JR. Effect of valepotriates (valerian extract) in generalized anxiety disorder: a randomized placebo-controlled pilot study. *Phytother Res* [Internet]. 2002 [cité 13 mars 2020];16(7):650-4. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ptr.1027>
94. Andreatini R, Leite JoséR. Effect of valepotriates on the behavior of rats in the elevated plus-maze during diazepam withdrawal. *Eur J Pharmacol* [Internet]. août 1994 [cité 14 déc 2019];260(2-3):233-5. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0014299994903425>
95. European Scientific Cooperative on Phytotherapy, éditeur. ESCOP monographs. Hauptbd. ... 2. ed., completely rev. and expanded. Exeter: ESCOP [u.a.]; 2003. 556 p.
96. Office of Dietary Supplements - Valerian [Internet]. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Valerian-HealthProfessional/>
97. Shepherd C. Sleep disorders. Liver damage warning with insomnia remedy. *BMJ* [Internet]. 29 mai 1993 [cité 19 juin 2020];306(6890):1477. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1677860/>
98. MacGregor FB, Abernethy VE, Dahabra S, Cobden I, Hayes PC. Hepatotoxicity of herbal remedies. *BMJ* [Internet]. 4 nov 1989 [cité 19 juin 2020];299(6708):1156-7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1838039/>

99. Kelber O, Nieber K, Kraft K. Valerian: No Evidence for Clinically Relevant Interactions. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM* [Internet]. 2014 [cité 23 avr 2020];2014. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4100259/>
100. Carrasco MC, Vallejo JR, Pardo-de-Santayana M, Peral D, Martín MÁ, Altimiras J. Interactions of *Valeriana officinalis* L. and *Passiflora incarnata* L. in a patient treated with lorazepam. *Phytother Res* [Internet]. 2009 [cité 27 avr 2020];23(12):1795-6. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ptr.2847>
101. Dhawan K, Dhawan S, Sharma A. *Passiflora*: a review update. *J Ethnopharmacol* [Internet]. sept 2004 [cité 23 avr 2020];94(1):1-23. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378874104000856>
102. European Medicines Agency: EMA/HMPC/669738/2013. Assessment report on *Passiflora incarnata* L., herba. [internet] 2014 [cité 9 juin 2020]; Disponible sur : [https://www.ema.europa.eu/en/documents/herbal-report/final-assessment-report-passiflora-incarnata-l-herba\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/herbal-report/final-assessment-report-passiflora-incarnata-l-herba_en.pdf)
103. Fisher AA, Purcell P, Couteur DGL. Toxicity of *Passiflora incarnata* L. *J Toxicol Clin Toxicol* [Internet]. 1 janv 2000 [cité 2 juin 2020];38(1):63-6. Disponible sur: <https://doi.org/10.1081/CLT-100100919>
104. European Medicines Agency. *Passiflorae herba* [Internet]. European Medicines Agency. 2018 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/herbal/passiflorae-herba>

## Table des annexes

I) La Valériane.....	64
II) La Passiflore .....	65
III) Lettre d'information aux patients.....	66
IV) Guide d'entretien .....	67
V) Tableau des benzodiazépines et apparentées actuellement commercialisées en France .....	68
VI) Schématisation de la stratégie de sevrage en benzodiazépines menée par les médecins généralistes proposée par la HAS .....	69

## Liste des abréviations


<b>AMM</b> : Autorisation de mise sur le marché
<b>ANSM</b> : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
<b>BZD</b> : Benzodiazépine
<b>CHU</b> : Centre Hospitalier Universitaire
<b>CNGE</b> : Collège National des Généralistes Enseignants
<b>EMA</b> : European Medicines Agency
<b>EPS</b> : Extrait fluide de plante fraîche standardisé
<b>GABA</b> : Acide gamma-aminobutyrique
<b>HAS</b> : Haute Autorité de Santé
<b>HMPC</b> : Committee on Herbal Medicinal Products
<b>HTP (5-)</b> : Hydroxytryptophane
<b>ISRS</b> : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
<b>MAC</b> : Médecines alternatives et complémentaires
<b>TCC</b> : Thérapies cognitivo-comportementales
<b>TM</b> : Teinture-mère
<b>TOC</b> : Trouble obsessionnel compulsif
<b>VIH</b> : Virus de l'immunodéficience humaine

## Table des illustrations

Figure 1 : Profil de consommateur en bzd.....	17
Figure 2 : Pourquoi la phytothérapie ?.....	24
Figure 3 : Expérience de la transition .....	31
Figure 4 : Valeriana officinalis.....	64
Figure 5 : Passiflora Incarnata.....	65

# Annexes

## I) La Valériane

 <p>Figure 4 : Valeriana officinalis</p>	<p><b>Nom :</b> Valeriana officinalis, partie utilisée : racine</p> <p><b>Noms vernaculaires :</b> Valériane, Herbe-aux-chats, Valium végétal</p> <p><b>Famille :</b> Valerianaceae</p> <p><b>Propriétés :</b> Sédativ, anticonvulsivante, analgésique, myorelaxante, légèrement anxiolytique (93,94)</p> <p><b>Indications thérapeutiques (95) :</b> Tension nerveuse, agitation et anxiété passagères et/ou insomnie d'endormissement.</p> <p><b>Effets indésirables potentiels, rares (44,96) :</b> Céphalées, Troubles gastro-intestinaux mineurs</p>	
<p><b>Contre-indications et précautions d'usage :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfants de moins de 12 ans par manque d'évaluation pour cette tranche d'âge (95)</li> <li>- Grossesse et allaitement du fait du peu de données disponibles (95)</li> <li>- Conduite et utilisation de machines : risque de légère somnolence dans les 1 à 2 heures après la prise (95)</li> <li>- Association avec opioïdes, benzodiazépines, barbituriques et alcool : majoration théorique du risque de dépression respiratoire (96)</li> <li>- Hépatotoxicité possible à long terme (97,98) : préférer le court terme, ou fenêtres thérapeutiques régulières.</li> <li>- Précaution en cas de traitement anticoagulant : interaction avec le cytochrome P450 retrouvée in vitro, qui ne serait cependant pas confirmée in vivo (99).</li> <li>- Une intoxication peut survenir à partir de 20 fois la dose journalière de 2-3 g recommandée, induisant fatigue, crampes abdominales, oppression thoracique, vertiges et mydriase, disparaissent en 24 heures (100).</li> </ul>	
<p><b>Propositions de galénique et posologie dans l'anxiété et l'insomnie (83,95) :</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Nébulisat</u> : 420 mg par prise environ, 1 à 3 fois par jour</li> <li>- <u>EPS</u> : 5 mL, 1 à 2 fois par jour dans un demi verre d'eau, le matin et soir pour l'anxiété, une dose en fin de journée et une deuxième environ 30 minutes avant le coucher pour l'insomnie.</li> </ul>	

## II) La Passiflore



Figure 5 : Passiflora Incarnata

<p>Figure 5 : Passiflora Incarnata</p>	<b>Nom :</b>	<i>Passiflora incarnata</i> var. <i>Linnaeus</i> , parties utilisées : parties aériennes
	<b>Noms vernaculaires :</b>	Passiflore, Fleur de la Passion, Liane de grenade, Maracuja <i>(en anglais : Maypop, Passion Flower)</i>
	<b>Famille :</b>	Passifloraceae
	<b>Propriétés (31,89) :</b>	Sédatif, anxiolytique, anticonvulsivante, anti-inflammatoire
	<b>Indications thérapeutiques (95) :</b>	Tension nerveuse, agitation et irritabilité avec difficultés d'endormissement
<b>Effets indésirables potentiels (95,101,102) :</b>	<p>Nausées voire vomissements (rares)            Somnolence légère possible            Réaction d'hypersensibilité (rare)</p> <p>Un report de cas sous <i>Passiflora incarnata</i> à dose thérapeutique ayant présenté nausées, vomissements, somnolence, allongement de l'intervalle QTc et épisodes de tachycardie ventriculaire non soutenue sans autre étiologie retrouvée. La causalité ne peut être évaluée avec certitude en raison de données incomplètes (102,103).</p>	
<b>Contre-indications et précautions d'emploi :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Précautions en cas d'association avec des médicaments sédatifs au vu du risque théorique de potentialisation de ces effets (100).</li> <li>- Du fait du peu de données disponibles, contre-indication chez les femmes enceintes et allaitantes, et enfants de moins de 12 (102).</li> <li>- Rapport d'un cas de suspicion d'interaction avec un antibiotique de la famille des lincosamides, induisant une majoration des effets relaxants neuromusculaires de <i>P. incarnata</i> (101).</li> </ul>	
<b>Propositions de galénique et posologie dans l'anxiété et l'insomnie (95,104) :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Nébulisat</u> : 200 à 400 mg par prise, 1 à 3 fois par jour</li> <li>- <u>Tisane</u> : 1-2g de plante sèche dans 150 mL d'eau bouillante, trois à quatre fois par jour pour l'anxiété, 1 prise le soir et une autre au coucher pour favoriser le sommeil.</li> <li>- <u>EPS</u> : 5 mL, une à deux fois par jour</li> </ul>	

### III) Lettre d'information aux patients

Madame, Monsieur,

Vous avez été sollicité par votre médecin car celui-ci considère que vous pouvez m'aider dans la réalisation de mon travail de thèse.

En effet, actuellement médecin généraliste remplaçante, je m'intéresse à la question de l'arrêt ou la diminution d'un traitement par benzodiazépines (médicaments principalement utilisés dans les troubles du sommeil et l'anxiété) avec l'aide de la phytothérapie (plantes et/ou huiles essentielles). Cette recherche consiste à comprendre le vécu de personnes qui en font la démarche.

Avec votre accord, je souhaiterais donc vous rencontrer afin que vous puissiez me partager votre expérience de vie avec ces traitements et les plantes prescrites par votre médecin.

Les entretiens, qui dureront environ trente minutes, laisseront place à l'expression libre de ce que vous souhaitez témoigner, et m'amèneront parfois à vous poser quelques questions. Les entretiens seront totalement **anonymisés** lors du traitement des données. Je vous contacterai par téléphone pour convenir d'un rendez-vous après réception de vos coordonnées par l'intermédiaire de votre médecin.

En vous remerciant d'avance pour l'intérêt que vous portez à ce travail et en espérant vous rencontrer prochainement, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma sincère considération.

Anaïs Audinet  
Remplaçante en médecine générale  
Ancienne interne des hôpitaux de Nantes, sous la direction du Dr Caroline Victorri-Vigneau,  
MCU-PH au CHU de Nantes

## **IV) Guide d'entretien**

**1) Présentation de l'étude** : simple, pour que la personne se sente libre et non jugée

Écoute ; Expérience ; Ressenti  
Médicaments / Plantes  
Enregistrement ; Anonyme  
Libre

**2) Obtention du consentement oral**

**3) Entretien :**

Libre, +/- aiguillé pour recentrer /répondre entre autres à ces points de recherche :

- Circonstances de début des benzodiazépines ?
- Degré de satisfaction avec les benzodiazépines /effets thérapeutiques ressentis (immédiats et à plus long terme) ?
- Raisons de la démarche vers l'arrêt de ce traitement ?
- Comment s'est passée la décroissance ? (Étapes par lesquelles vous êtes passé ? Décroissance progressive ou brutale, rechutes, craintes... ?)
- Circonstances de l'arrivée de la phytothérapie ? (Profil utilisateur)
- Satisfaction avec phytothérapie / effets thérapeutiques ressentis (immédiats et à plus long terme) ?
- Consommation d'une autre substance à effet anxiolytique / hypnotique en parallèle (OH, cannabis, ...) ?
- Difficultés personnelles à l'arrêt de la benzodiazépine (psychologiques et/ou physiques, syndrome de sevrage, ...) ?
- Si l'on vous retirait la phytothérapie, qu'est ce qui changerait pour vous ?
- Comment vous imaginez-vous dans dix ans vis-à-vis de ce traitement (phytothérapie et/ou benzodiazépines) ?

**4) Questionnaire quantitatif**

- Vous êtes : un homme                      une femme
- Age :
- Profession :
- Nom de la benzodiazépine, posologie et durée d'exposition, schéma d'évolution :
- Nom de la phyto, posologie, durée d'exposition :
- Effet recherché par le traitement : anxiété ? Insomnie (le cas échéant : type d'insomnie ?)
- Éventuel traitement associé

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté cette rencontre et de participer à mon travail de thèse. Si vous le souhaitez, je pourrai vous communiquer les résultats à l'issue de son élaboration.

## V) Tableau des benzodiazépines et apparentées actuellement commercialisées en France (7)

8



### I. Les benzodiazépines en 2015

Vingt benzodiazépines – ou apparentées (correspondant à 19 molécules) – sont actuellement commercialisées en France.

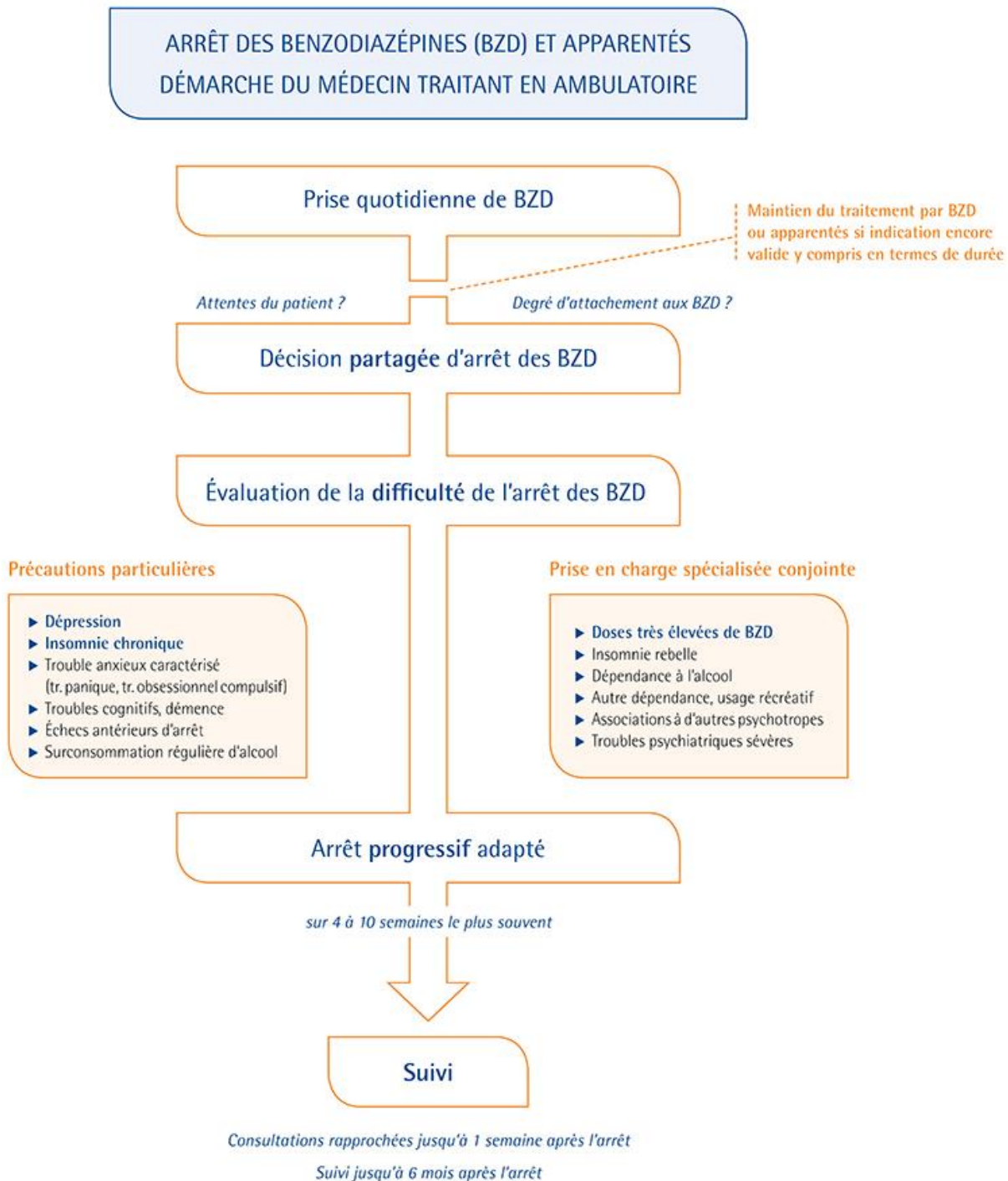
Tableau I : Benzodiazépines et apparentées actuellement commercialisées en France

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

demi-vie courte < 10 h : midazolam, clotiazépam  
demi-vie intermédiaire 10-24 h : alprazolam, bromazépam, clobazam, estazolam,  
loprazolam, lorazépam, lormétazépam, nitrazépam, oxazépam,  
demi-vie longue > 24 h : clonazépam, diazépam, éthyl loflazépate

La demi-vie (T 1/2) d'élimination représente le temps que met une substance médicamenteuse à diminuer de moitié sa concentration plasmatique. Elle objective le temps durant lequel le médicament est dans l'organisme.

## VI) Schématisation de la stratégie de sevrage en benzodiazépines menée par les médecins généralistes proposée par la HAS (19)



---

## SERMENT MEDICAL

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Vu, le Président du Jury,**

*(Indiquer le NOM, Prénom et titre et faire signer)*

**Vu, le Directeur de Thèse,**

*(Indiquer le NOM, Prénom et titre et faire signer)*

**Vu, le Doyen de la Faculté,**

**NOM : KERHARO AUDINET**

**PRENOM : Anaïs**

**Titre : Place de la phytothérapie dans une stratégie d'épargne en benzodiazépines : retours d'expériences de patients suivis par des médecins généralistes formés en phytothérapie.**

---

## **RESUME**

**Contexte :** La consommation en benzodiazépines au long cours est un problème de Santé Publique depuis de nombreuses années en France et dans le monde. Plusieurs techniques ont été proposées pour favoriser le sevrage, mais la décroissance demeure encore lente et insuffisante. Parallèlement, certaines plantes interagissant avec le système GABAergique ont démontré une efficacité significative sur le sommeil et l'anxiété associée à une très bonne tolérance. La phytothérapie serait-elle une des réponses complémentaires pertinentes à apporter pour favoriser la transition vers le sevrage ?

**Objectif de l'étude :** Définir en quoi les outils de la phytothérapie pourraient jouer un rôle de facilitateurs au sein d'une démarche d'épargne en benzodiazépines, et identifier les limites à leur utilisation.

**Méthode :** Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de six patients consommateurs chroniques de benzodiazépines suivis par des médecins généralistes formés en phytothérapie, menés de janvier à septembre 2020. L'analyse inductive permettant un classement thématique des verbatims a bénéficié d'une triangulation des chercheurs et des sources.

**Résultats :** Les patients interrogés se démarquent des consommateurs de benzodiazépines au long cours décrits dans les études par une ambivalence forte ainsi que par une représentation relativement négative du médicament en général. Ils sont particulièrement tournés vers le naturel et le relationnel dans le domaine de la santé. Leur démarche d'épargne accompagnée par la phytothérapie aboutit chez tous à une diminution de posologie ou un espacement des prises de leur traitement, mais un sevrage n'est observé que chez deux des six patients. La phytothérapie se révèle principalement en tant que support accompagnant la transition vers le sevrage, en particulier grâce à sa fonction symbolique. Ses effets pharmacologiques sont ressentis de façon inégale et semblent influencés notamment par le degré d'observance à long terme, la motivation du patient, la persistance d'un trouble psychologique sous-jacent et le degré de dépendance.

**Discussion :** Le recours à la phytothérapie au sein d'une démarche d'épargne en benzodiazépines présente un double intérêt pharmacologique et symbolique, associé à un très bon profil de tolérance. La phytothérapie apparaît comme un support complémentaire pertinent mais insuffisant à lui seul dans cette indication. L'association à une prise en charge psycho-comportementale, ainsi qu'à d'autres mesures associées adaptées aux besoins du patient, paraît indispensable afin de prendre en charge une éventuelle pathologie sous-jacente et de permettre une approche holistique. Un travail complémentaire consistant en la rédaction collégiale de guides simplifiés pour la prescription de phytothérapie chez des patients demandeurs de sevrage en benzodiazépines serait utile, afin d'en permettre l'usage à des médecins non formés.

---

## **MOTS-CLES**

Dépendance aux benzodiazépines, sevrage en benzodiazépines, phytothérapie et sevrage, fonction symbolique du médicament.