

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

N° 243

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Médecine générale

par

Laura ROSIER

Née le 21/04/1987 à Paris (75)

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2017

Relation des patients consommateurs chroniques avec leur traitement par benzodiazépines : Etude qualitative par entretiens auprès de onze patients âgés de 18 à 65 ans en Loire-Atlantique.

Présidente du jury : Madame le Professeur M. GRALL-BRONNEC

Directeurs de thèse : Madame le Docteur M. JOURDAIN

Monsieur le Docteur C. RAT

Membres du jury : Madame le Docteur C. VIGNEAU

Monsieur le Docteur J-P. CANEVET

Remerciements

A Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec, Présidente du jury

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Merci pour votre accueil et votre disponibilité.

A Madame le Docteur Maud Jourdain, Directrice de thèse

Je te remercie de m'avoir encadrée et accompagnée dans ce travail de thèse. Ton esprit de synthèse et ton expérience en recherche qualitative ont été très enrichissants.

A Monsieur le Docteur Cédric Rat, Directeur de thèse

Je te remercie de m'avoir encadrée pour ce travail. Merci pour tes conseils et ta confiance.

A Madame le Docteur Caroline Vigneau, membre du jury

Vous me faites l'honneur d'être membre du jury et de juger ce travail. Je vous remercie de votre présence aujourd'hui.

A Monsieur le Docteur Jean-Paul Canévet, membre du jury

Vous me faites l'honneur d'être membre du jury et de juger ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail depuis son début.

A tous les médecins nantais qui m'ont formée pendant mon internat et qui m'ont aidée dans ce travail de thèse. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir transmis votre vision de la médecine générale.

A ma Croquette espagnole, pour toutes ces années passées à tes côtés, pour ta maison du bonheur et ton accueil toujours chaleureux. Tu es comme une sœur pour moi.

A Marie L., pour tes astuces Word et tes précieuses relectures, pour ces supers week-ends en Bretagne, pour ta bonne humeur et ta disponibilité.

A mon Félix, pour tous tes précieux conseils, pour ta joie de vivre et pour tous les moments où tu as été à l'écoute et où tu as trouvé les bons mots.

Aux filles, ma guyanaise préférée Jennifer (Jeff), Bek (Nonos), Gé (P'tit jean), Pollo et à nos années P6, pour tous ces voyages, ces soirées, ces confidences, ces potins et ces week-ends aux quatre coins de la France !

A Carole, Sarah, Louise et Maelle, merci pour tous ces bons moments nantais.

A Marie O., pour nos petites soirées à refaire le monde, à nos prochaines vacances au soleil !

A Valoche, pour ton amitié et pour ta présence à mes côtés sur les pistes de danse et dans les bibliothèques nantaises.

A Emilie G., pour ton soutien, ta bonne humeur et pour ta ronronthérapie !

A Steven, Julien, Renaud, Nicolas, Charlène et aux deux Emilie, pour cette aventure au pays de la MPU, je suis heureuse de vous avoir aujourd'hui comme amis, MPU d'un jour, MPU de toujours !

A mes co-internes de Nantes des urgences de Sables, des urgences pédiatriques et de la MPU.

A mes co-internes de Nouvelle-Calédonie et tout particulièrement à Clem et à la Boz ! Merci pour votre bonne humeur à toute épreuve.

A mon ancienne équipe de badminton, merci pour votre énergie et pour m'avoir fait aimer autant ce sport.

A toute ma famille,

A ma mère, pour ton amour et ta confiance en moi. Merci d'être toujours là pour moi et de m'avoir tellement soutenue dans la réalisation de ce travail.

A ma famille parisienne et bordelaise, merci pour tous ces bons moments passés ensemble en été comme en hiver !

Table des matières

Remerciements	3
Table des annexes	7
Table des figures	7
Table des tableaux	7
Liste des abréviations	8
Introduction	9
Partie I : Les benzodiazépines	11
1. Généralités (Heather Ashton, 2002) (Site du collège national de pharmacologie médicale) (Landry et al., 2008) (HAS 2015) :	11
1.1 Mécanisme d'action	11
1.2 Pharmacodynamique / effets cliniques	12
1.3 Pharmacocinétique	13
1.4 Indications et contre-indications	14
1.5 Effets indésirables	15
2. Epidémiologie : Quelle est la situation en 2015 ? (ANSM 2017)	16
2.1 Données quantitatives	16
2.2 Données de consommation nationale et de vente	17
3. Recommandations de prescription et d'arrêt en benzodiazépines	18
3.1 Recommandations de prescription et d'arrêt des benzodiazépines en France pour l'anxiété et l'insomnie (ASN 2013, HAS 2015, HAS 2017)	18
3.2 Recommandations étrangères de prescription et d'arrêt des benzodiazépines dans le traitement des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes (APA, BAP, NICE , WSPB).....	21
4. Dépendance, addiction et sevrage en benzodiazépines	22
4.1 Définitions.....	22
4.2 Synthèse des articles traitant les interventions et les méthodes de sevrage	25
Protocole de diminution.....	26
Entretien éducatif structuré et consultations de suivi	27
Stratégies pharmacologiques	27
Système d'interventions sur le changement de comportement.....	28
Lettre d'invitation au sevrage par le médecin et consultation dédiée.....	29
Psychothérapie et Thérapie cognitivo-comportementale.....	30
Prise en charge psycho-éducative en cure thermale	30
5. Benzodiazépines et démence : Qu'en est-il ?	33
6. Que pensent les médecins et les patients de la consommation chronique de benzodiazépines ? 34	
Partie II : Etude qualitative : Article	36
1. Introduction	36
2. Matériels et méthodes	37
3. Résultats	39
3.1 La benzodiazépine inscrite dans un parcours propre au patient : De la primo-prescription à la consommation chronique	39
Maîtriser l'anxiété, sécuriser son sommeil et supporter son quotidien	39
Une poursuite « préventive » et « rassurante » pour le patient et l'installation dans la dépendance.....	41
3.2 L'attitude des patients face au sevrage en benzodiazépines	42
Une consommation «non problématique», une poursuite volontaire et positive (figure 1)	42
Une consommation «réaliste», une résignation à poursuivre (figure 2).....	43
Une consommation « ambiguë », une oscillation entre le désir d'arrêter et le bénéfice à poursuivre (figure 3)	44

L'ambivalence : Un élément majeur à développer lors d'une consultation pour accompagner le patient vers le changement.....	45
3.3 Des prescriptions inadaptées et substitutives à la parole selon les patients : un manque d'information (communication) et d'interaction (parole).....	46
4. Discussion	48
Sur la méthode	48
Sur les résultats	49
La primo-prescription et la consommation chronique de benzodiazépines.....	49
Sur les attitudes des patients face au sevrage en benzodiazépines et l'ambivalence : application de l'entretien motivationnel dans la démarche de sevrage ?	51
Sur l'impact et la perceptive de notre travail	52
5. Conclusion	54
6. Annexes.....	55
Annexe 1 : Schématisations des résultats	55
Annexe 2 : Guide d'entretien motivationnel pour la prise en charge de la dépendance en benzodiazépines pour le MG – (basé sur Pratique de l'entretien motivationnel de Rollnick S., Miller W.R, Butler C.C 2009 et sur le manuel d'aide aux médecins généralistes 2005)	57
Partie III : Interaction avec le patient à travers cette étude : Conditions et opportunités de l'entretien	58
Les conditions « idéales » et « réelles » de l'entretien.....	58
Les opportunités de l'entretien.....	60
Bibliographie	63
Portraits des patients et schémas analytiques des entretiens	69
Annexes	92
Serment d'Hippocrate	104

Table des annexes

Annexe 1 : Tableau des benzodiazépines et apparentés actuellement commercialisées en France

Annexe 2 : Syndrome de sevrage, effet rebond et rechute

Annexe 3 : Grille d'entretien

Annexe 4 : Lettre d'information aux médecins

Annexe 5 : Lettre aux patients

Annexe 6 : Lettre d'information et consentement écrit

Annexe 7 : Portraits et schémas analytiques des entretiens

Annexe 8 : Le cercle de Prochaska et Di Clemente

Annexe 9 : Aperçu schématique du Modèle des croyances relatives à la santé

Annexe 10 : Tableau d'équivalence des benzodiazépines

Annexe 11 : Echelle cognitive et d'attachement aux benzodiazépines

Table des figures

Figure 1 : Niveaux de consommation dans huit pays européens en DDJ/1000 habitants/jour entre 2010 et 2012.

Figure 2 : Consommation totale de benzodiazépines et apparentés de 2000 à 2015 (DDJ/1000habitant/jour).

Figure 3 : Critères « PICO » utilisés pour la recherche bibliographique

Table des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des principaux résultats des essais cliniques randomisés, revues de la littérature et méta-analyses extraites des articles sélectionnés

Tableau 2 : Résumés des informations données aux patients et des méthodes de changements de comportements utilisées lors des interventions

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé
APA	American psychiatry Association
BZD	Benzodiazépine
CPA	Canadian psychiatric Association
DDJ	Dose définie journalière
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EM	Entretien motivationnel
GABA	Acide gamma-aminobutyrique
HAS	Haute autorité de santé
ISRS	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine
IRSN	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMEDIT	Observatoire du médicament, dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
RCP	Résumé des caractéristiques du produit
RTc	Randomized trial controlled
SBU	Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
WSPB	World Federation of Biological Psychiatry

Introduction

La première benzodiazépine (BZD), le chlordiazépoxyde (LIBRIUM®) maintenant retiré, a été commercialisée en 1961 suivie en 1964 par le diazépam (VALIUM®) qui a longtemps été considéré comme le chef de file de la famille. Les BZD sont les médicaments psychotropes les plus souvent prescrits dans le traitement de l'anxiété et des troubles du sommeil. En 2015, en France, vingt molécules sont commercialisées. En comparaisons de huit autres pays européens, la France se situe au 2ème rang de la consommation de BZD , derrière l'Espagne (ANSM, 2017).

Les effets indésirables sont multiples et sont essentiellement des affections du système nerveux (sommolence, coma, pertes de conscience, amnésie), des atteintes psychiatriques (état confusionnel, agitation, abus), et des accidents de la route . Une dépendance peut également survenir. Elle peut être physique et/ou psychique et est favorisée par la durée et la dose utilisée avec une difficulté au sevrage et un attachement de la part du patient à ces molécules, ce qui entraîne une surconsommation et probablement une augmentation du risque de décès et de cancer (Kripke *et al.*, 2012).

Les autorités sanitaires ont mis en place depuis plusieurs années un certain nombre de mesures pour améliorer leur bon usage. L'information des professionnels a été améliorée grâce à l'harmonisation des résumés des caractéristiques du produit (RCP) , la diffusion de lettres d'informations et de recommandations, des mesures incitatives par l'Assurance maladie et des mesures réglementaires pour mieux encadrer la prescription et la délivrance des molécules les plus problématiques.

La consommation de benzodiazépines aujourd'hui en France est la plus basse que l'on ait observée depuis 2000 et une décroissance continue semble être amorcée depuis 2012. Cependant cette diminution reste modeste et le nombre de français consommant des benzodiazépines est encore trop élevé, en particulier dans la population âgée. Les traitements sont initiés par des médecins généralistes dans environ 82 % des cas (ANSM 2017).

Sur le plan psychique, on retrouve dans la littérature la notion de dépendance comportementale. La définition clinique contemporaine de cette dépendance est basée sur trois critères : la répétition compulsive d'une activité, sa persistance malgré ses conséquences néfastes et l'obsession par celle-ci (Brusset, 2004). Souvent mentionnée comme faisant suite à des psycho-traumatismes dans l'enfance, l'addiction dans sa définition multiaxiale peut être perçue comme un processus même au fonctionnement de l'être humain.

Une étude qualitative québécoise réalisée en 2008, dans une perspective psychologique, se penche sur comment les attitudes, les croyances et les perceptions entretenues par l'utilisateur chronique de benzodiazépines face au médicament, peuvent l'empêcher d'entamer un sevrage. Cette analyse a permis d'identifier trois groupes-types représentant autant de styles de consommateurs : le style «sans-souci», le style «réaliste» et le style «pragmatique» ; le dernier groupe étant le plus représentatif des consommateurs en général. L'attachement des patients aux benzodiazépines et/ou apparentés découle probablement pour une partie d'une évolution psychologique personnelle en interaction avec son environnement (entourage, médecin traitant, médias) (Pérodeau *et al.*, 2008).

C'est bien cette évolution psychologique personnelle en interaction avec son environnement que nous avons voulu étudier et comprendre en profondeur. Il nous a donc semblé important de nous intéresser aux vécus, aux expériences et aux représentations des patients sur leur consommation chronique de benzodiazépines pour en comprendre les raisons et essayer de répondre à la question : N'y-a-t-il pas d'autres éléments à prendre en compte pour approcher cette problématique du sevrage des BZD à travers le patient ?

La première partie de ce travail est un état des lieux bibliographique. Elle resitue le sujet dans son actualité et apporte certains éléments pratiques généraux sur les benzodiazépines. Elle référence quelques travaux sur le problème de la dépendance et sur les méthodes de sevrage.

La deuxième partie, rédigée sous forme d'article, constitue la partie centrale de cette thèse. Il s'agit d'une étude qualitative à visée compréhensive auprès de onze patients consommateurs chroniques de benzodiazépines en Loire-Atlantique.

La troisième partie s'intéresse, à travers l'expérience personnelle de l'investigateur, à l'interaction de celui-ci avec le patient lors de ces entretiens. Elle trouve sa place dans une thèse de médecine générale car elle est proche de la réalité des consultations.

Partie I : Les benzodiazépines

1. Généralités (Heather Ashton, 2002) (Site du collège national de pharmacologie médicale) (Landry *et al.*, 2008) (HAS 2015) :

Les benzodiazépines et apparentés sont des molécules qui agissent sur le système nerveux central. Elles ont des propriétés hypnotiques, anxiolytiques, myorelaxantes et anti-convulsivantes. 20 benzodiazépines sont actuellement commercialisées en France (Annexe 1). On distingue 3 classes de benzodiazépines suivant leur demi-vie plasmatique :

- courte (<5 heures) : clotizépam (Vératran®)
- intermédiaire (5 à 24 heures) : oxazépam (Séresta®), alprazolam (Xanax®) , bromazépam (Lexomil®) , lorazépam (Temesta®)
- longue (>24 heures) : diazépam (Valium®), prazépam (Lysanxia®) ...

1.1 Mécanisme d'action

Toutes les benzodiazépines agissent en facilitant les actions d'une substance chimique naturelle : le GABA (acide gamma-aminobutyrique). Le GABA est un neurotransmetteur qui transmet les messages issus d'un neurone à un autre. Le message transmis par le GABA est un message inhibiteur : il permet aux neurones qu'il contacte d'en ralentir ou d'en arrêter l'émission. Étant donné que 40% des millions de neurones situés dans le cerveau sont sensibles au GABA, cela signifie que le GABA exerce de manière globale une influence apaisante sur le cerveau. Il est en quelque sorte comme l'hypnotiseur et le tranquillisant naturel du corps humain. L'action naturelle du GABA est augmentée par les benzodiazépines qui exercent en retour une influence inhibitrice supplémentaire (souvent excessive) sur les neurones.

La manière dont le GABA transmet son message inhibiteur est due à un système électronique performant. Sa fixation sur les sites spéciaux, les récepteurs GABA, situés sur la face externe du neurone récepteur, ouvre un canal permettant aux particules négatives, les ions chlorurés, de passer à l'intérieur du neurone. Ces ions négatifs hyperpolarisent le neurone le rendant ainsi moins réceptif aux autres neurotransmetteurs lesquels devraient normalement l'exciter. Les benzodiazépines réagissent aussi sur leurs propres sites (les récepteurs-benzodiazépines), situés en fait sur le récepteur GABA. La combinaison d'une benzodiazépine sur ce site agit comme un stimulateur des actions du GABA, permettant ainsi à plus d'ions chlorurés de pénétrer dans le neurone, le rendant encore plus résistant à l'excitation.

La production au niveau du cerveau des neurotransmetteurs prompts à l'excitation, y compris la norépinéphrine, la sérotonine, l'acétylcholine et la dopamine, est réduite conséquemment à l'augmentation de l'activité inhibitrice du GABA causée par les benzodiazépines. De tels neurotransmetteurs prompts à l'excitation sont nécessaires pour le maintien d'un état d'alerte normal, de la mémoire, du tonus et de la coordination musculaire, des réactions émotionnelles, des sécrétions des glandes endocrines, du rythme cardiaque, du contrôle de la tension artérielle et toute une série d'autres fonctions lesquelles peuvent être altérées par les benzodiazépines.

D'autres récepteurs de benzodiazépines non liés au GABA, sont présents dans le rein, le colon, les composants du sang et le cortex surrénal et peuvent eux aussi être affectés par l'usage des benzodiazépines. Ces actions directes ou indirectes sont responsables des effets indésirables bien connus des benzodiazépines.

1.2 Pharmacodynamique / effets cliniques

Les benzodiazépines possèdent des propriétés pharmacologiques communes : anxiolytique, sédatif, amnésiant, myorelaxant, anti-convulsivant, et orexigène. Le profil pharmacodynamique de ces produits est loin d'être sélectif et explique que ces substances entraînent également des effets latéraux dont l'intensité sera variable selon les sujets.

Leur activité anxiolytique est réelle et puissante. Elle se traduit par l'amélioration des manifestations psychiques (sensations de crainte irraisonnée, tension, état d'alerte) et somatiques (hyperactivité neurovégétative). Cette action est rapide et est vécue comme très confortable et reproductible par le sujet anxieux.

L'effet sédatif est à l'origine de la somnolence provoquée par les benzodiazépines et sous-tend leur action hypnotique. Contrairement à l'effet anxiolytique, la sédation est soumise à une tolérance rapide puisqu'elle s'atténue en quelques jours. L'effet sédatif est d'autant plus puissant que la demi-vie d'élimination du produit est courte. Pour une action purement anxiolytique on choisira donc préférentiellement des BZD de demi-vie élevée.

L'action amnésiante est une caractéristique bien établie des benzodiazépines bien que sa découverte ne fut pas immédiate. En effet, cette propriété a été mise en évidence par les anesthésistes qui constatèrent que les patients ayant reçu des benzodiazépines ne gardaient aucun souvenir de leur jour d'opération. Elle continue à avoir un intérêt clinique dans ces situations inconfortables et désagréables (utilisation comme prémédication en anesthésie ou lors d'examens

endoscopiques). Les benzodiazépines n'altèrent que certaines formes de mémoires. La mémoire à court terme, procédurale et sémantique, n'est pas altérée. En revanche la mémoire épisodique est perturbée notamment celle portant sur l'étape d'acquisition de l'information. Ces altérations peuvent être accentuées chez le sujet âgé et en cas de sédation importante.

L'action anti-convulsivante empêche l'apparition ou augmente les seuils d'apparition des convulsions cloniques et toniques induites par des convulsivants chimiques (par exemple: picrotoxine, fluoroquinolones). Elle peut entraîner la survenue paradoxale de crises convulsives en cas de sevrage trop rapide après imprégnation chronique à forte dose.

L'action myorelaxante, les benzodiazépines diminuent le tonus des fibres striées, par action centrale sans perturber la transmission au niveau neuromusculaire. A forte dose, les BZD entraînent une incoordination motrice (maladresse, voire syndrome cérébelleux ou ébriété) qui contre-indiquent la conduite automobile ou de machines. Les benzodiazépines sont anti-spastiques. Elles diminuent le tonus pathologiquement élevé de la musculature squelettique (comme par exemple dans la spasticité provoquée par la décérébration, les lésions médullaires, traumatiques ou vasculaires). Le tétrazépam était d'ailleurs indiqué dans les contractures douloureuses en rhumatologie . Il a été retiré du marché en 2013 suite à des cas de réactions cutanées rares mais très graves et parfois mortelles.

Les benzodiazépines ont également des effets déprimeurs respiratoires, effets peu marqués chez le sujet sain mais aux conséquences plus préjudiciables chez les patients insuffisants respiratoires (BPCO par exemple).

1.3 Pharmacocinétique

Les données pharmacocinétiques font partie des propriétés qui permettent de choisir parmi les différentes molécules. En effet, pour une indication urgente il convient d'utiliser un produit ayant une action rapide alors que pour une utilisation à plus long terme, un produit à demi-vie longue permettra d'obtenir des concentrations plus stables pour des prises moins fréquentes.

La rapidité d'action d'un produit est déterminée par la vitesse et l'intensité de la résorption du produit. Les benzodiazépines par voie orale atteignent leur concentration plasmatique maximale en 2 à 4 heures, certaines plus rapidement comme le diazépam (Valium®) et le clorazépatate (Tranxène®) (30 minutes à 2 heures), et d'autres plus lentement comme le clonazépam (Rivotril®) ou le prazépam (Lysanxia®) (3 à 6 heures).

Les benzodiazépines utilisées comme anxiolytiques se caractérisent par une vitesse de résorption rapide et une demi-vie intermédiaire ou longue, permettant de couvrir le nyctémère. Les benzodiazépines se lient à 90 % aux protéines plasmatiques, ce qui peut être source d'interactions médicamenteuses avec des produits ayant une forte affinité pour les protéines plasmatiques en augmentant la fraction libre de la benzodiazépine (comme par exemple la fluoxétine qui peut être co-prescrite). Elles sont métabolisées au niveau hépatique entraînant des métabolites actifs pour certaines molécules. Elles sont essentiellement excrétées par voie rénale.

La demi-vie plasmatique n'est qu'une représentation imparfaite de la durée d'action des benzodiazépines. En effet, certains métabolites actifs ont des demi-vies d'élimination plus longue que les produits pères (par exemple les métabolites actifs du diazépam ont des demi-vies de 30 à 90 heures) ce qui peut amener à des phénomènes d'accumulation. De plus, la durée d'action de la molécule dépend d'autres facteurs (concentration intracérébrale, lipophilie, ...). Chez les sujets âgés, on observe une diminution de la résorption gastrique, du métabolisme hépatique et de l'excrétion urinaire ; tous ces phénomènes entraînent un allongement de la demi-vie et peuvent donc provoquer des phénomènes d'accumulation de produits particulièrement néfaste pour cette population.

La plupart des benzodiazépines franchissent la barrière hémato-placentaire et passent également dans le lait. Ces propriétés pharmacocinétiques risquent d'être modifiées chez le sujet âgé (altération de la demi-vie d'élimination) et chez l'insuffisant rénal ou hépatique (diminution de la clairance métabolique et augmentation de la demi-vie des produits).

1.4 Indications et contre-indications

Les BZD sont indiquées dans les cas suivants :

- troubles sévères du sommeil dans les cas suivants : insomnie occasionnelle, insomnie transitoire.
- Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes.
- Prévention et traitement du *delirium tremens* et des autres manifestations du sevrage alcoolique.

Les principales contre-indications sont :

- myasthénies (contre-indication absolue de toute substance myorelaxante).
- insuffisances respiratoires et syndrome d'apnée du sommeil.

- insuffisances hépatiques sévères.
- allergies aux produits ou aux excipients.
- grossesse : risque de tératogénicité au 1^{er} trimestre, et de détresse respiratoire du nouveau-né en cas d'administration en fin de grossesse.
- allaitement : risque de détresse respiratoire chez le nourrisson, de somnolence ou d'effets paradoxaux.
- personnes ayant un problème de dépendance.

1.5 Effets indésirables

Outre la sédation qui peut revêtir une symptomatologie variée, les effets indésirables des benzodiazépines sont dominés par des troubles mnésiques et le risque de dépendance en cas de non respect de la durée de prescription de ces molécules.

Troubles mnésiques. Les benzodiazépines ont un effet amnésiant en aigu, effet utilisé en thérapeutique dans la prémédication. Cet effet peut cependant devenir gênant en dehors de ces circonstances. Il s'agit essentiellement d'une amnésie antérograde qui survient surtout à des doses élevées, dans les heures qui suivent la prise du médicament. Les personnes âgées sont particulièrement sensibles à cet effet. Des cas de complications médico-légales (problèmes de soumission médicamenteuse) de ces amnésies ont été signalés. Les troubles mnésiques à long terme en lien avec une consommation chronique de bzd sont actuellement encore débattus. Une partie sur ce sujet est développé plus loin dans ma thèse.

Tolérance et Dépendance aux benzodiazépines. La prise prolongée de benzodiazépines expose les patients à un risque de dépendance même lors de l'utilisation à doses thérapeutiques. Ce risque a été évalué à 10% si la durée du traitement est inférieure à 1 an et à 25-50% si sa durée dépasse 1 an. La dépendance aux benzodiazépines se manifeste par une dépendance psychique (développement d'une anxiété anticipatoire à la perspective de l'interruption du traitement) et une dépendance physique, avec un syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement, qui se distingue d'une simple réapparition de l'anxiété (rebond d'anxiété) qui se caractérise par une réapparition de la symptomatologie initiale de manière plus intense. Il dure en général quelques jours et s'atténue progressivement.

Troubles du comportement. De survenue rare, il peut s'agir d'une désinhibition, d'une euphorie, d'une irritabilité et d'une amnésie de fixation. Ce syndrome peut s'accompagner de

troubles potentiellement dangereux pour le patient ou pour autrui, à type de : comportement inhabituel pour le patient, comportement agressif, notamment si l'entourage tente d'entraver l'activité du patient, conduites automatiques avec amnésie post-événementielle (par exemple, voyages lointains).

2. Epidémiologie : Quelle est la situation en 2015 ? (ANSM 2017)

2.1 Données quantitatives

D'après le nouveau bilan sur la consommation en benzodiazépines par l'ANSM, en 2015 la France se situe au 2^{ème} rang de la consommation en benzodiazépine derrière l'Espagne (en comparaison avec huit autres pays européens). A noter que la consommation européenne a diminué de 5,1 % entre 2012 et 2015, tandis qu'elle a baissé de 10 % en France.

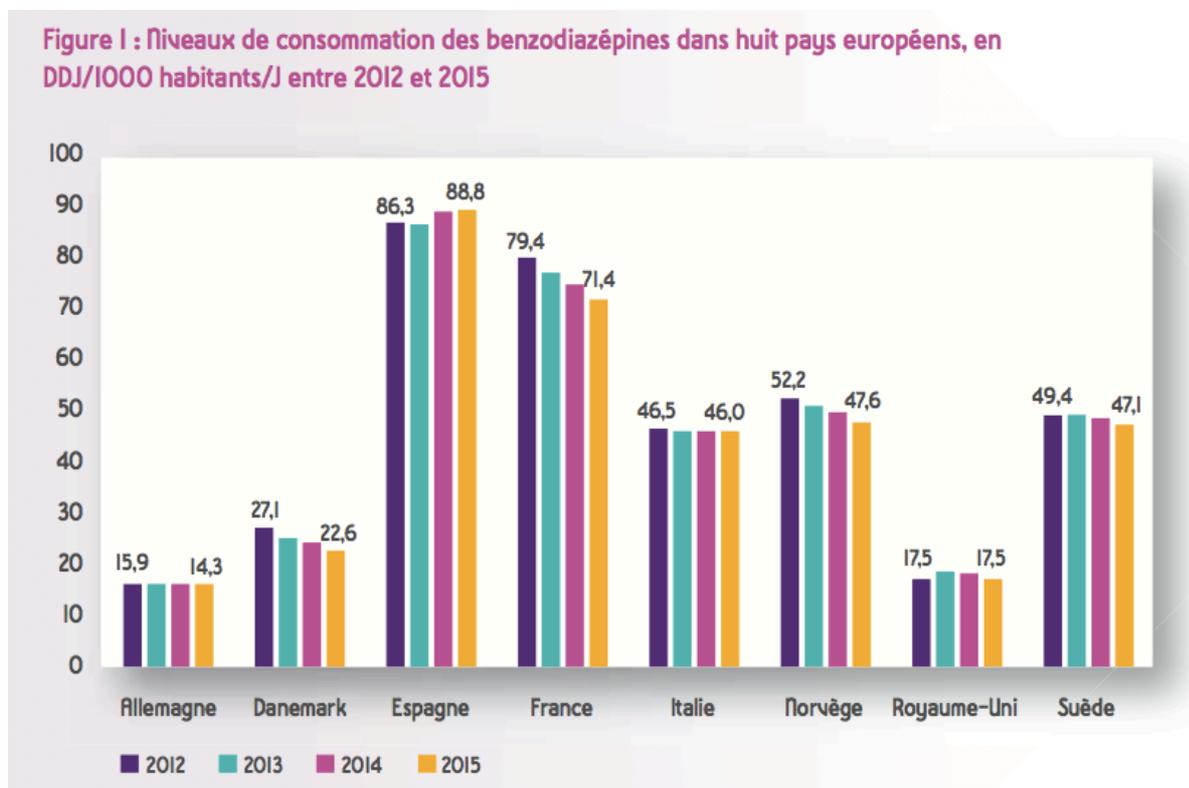


Figure 1 : Niveaux de consommation dans huit pays européens en DDJ/1000 habitants/jour entre 2010 et 2012.

Concernant la consommation française, les données de vente en ville indiquent que 64,6 millions de boîtes de benzodiazépines anxiolytiques ont été vendues en 2015 (64,9 en 2010) et 46,1 millions de boîtes d'hypnotiques (48,2 en 2010). Concernant le clonazépam, suite à la mise en place en 2011 et 2012 de mesures réglementaires plus strictes encadrant son accès, sa consommation a diminuée de 5 millions de boîtes en 5 années (0,9 million en 2015 contre 5,9

millions en 2010, soit une diminution de plus de 84 %). Le nombre de consommateur de benzodiazépines a baissé de 5,7% entre 2010 et 2015 :

- le nombre de consommateurs de benzodiazépines anxiolytiques a baissé de 3,8 %
- le nombre de consommateurs de benzodiazépines hypnotiques a baissé de 12,8%

L'âge médian des consommateurs est de 57 ans. Le traitement par benzodiazépines est initié à 82 % par un médecin généraliste et 65% des utilisateurs de benzodiazépines sont des femmes. La consommation des benzodiazépines augmente avec l'âge : 38,3 % des femmes de 80 ans et plus consomment des benzodiazépines. L'alprazolam est la benzodiazépine la plus utilisée chez les moins de 65 ans.

La consommation des benzodiazépines reste à un niveau très élevé en France. Les mésusages sont fréquents et les résultats de récentes études scientifiques suggèrent que les effets secondaires de ces molécules pourraient être plus importants que ceux bien connus des médecins et des patients, toutes classes d'âge confondues (HAS, 2012).

2.2 Données de consommation nationale et de vente

La consommation des vingt benzodiazépines commercialisées en France se répartit inégalement au sein des trois classes pharmaco-thérapeutiques où elles sont présentes. Les anxiolytiques représentaient en 2015, comme en 2010 ou en 2012, plus de la moitié des boîtes de benzodiazépines vendues, suivis par les hypnotiques (43,5 %). La part des antiépileptiques demeure très faible.

Au total, les benzodiazépines représentaient 111,6 millions de boîtes vendues en ville et 117 millions en incluant l'hôpital, soit près de 4 % de la consommation totale de médicaments en 2015. Leur chiffre d'affaires s'élevait en ville à 118 millions d'euros (en prix fabricant hors taxes) en 2015, soit environ 0,6 % des ventes totales de médicaments aux officines.

Depuis 2000, la consommation de benzodiazépines a globalement diminué. Cette tendance à la baisse, momentanément interrompue entre 2010 et 2012, s'est poursuivie au cours de ces trois dernières années et s'est même accentuée en 2015 comme le montre la figure ci-dessous.

Figure 5 : Consommation totale de benzodiazépines et apparentées de 2000 à 2015 (DDJ/1000hab/j)

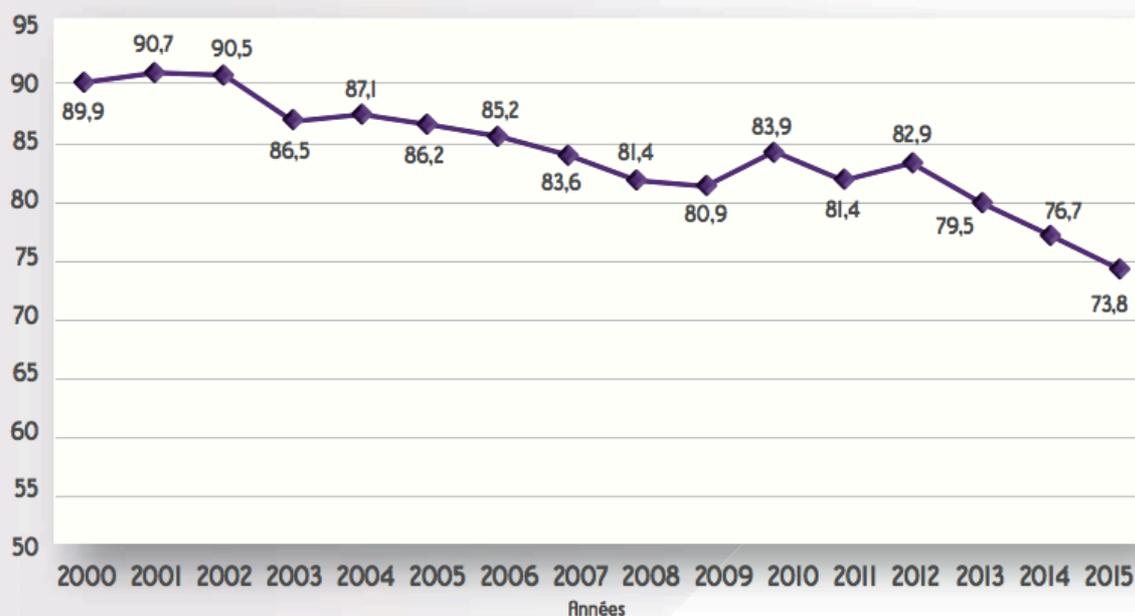


Figure 2 : Consommation totale des benzodiazépines et apparentées de 2000 à 2015 (DDJ/1000habitant/jour)

3. Recommandations de prescription et d'arrêt en benzodiazépines

3.1 Recommandations de prescription et d'arrêt des benzodiazépines en France pour l'anxiété et l'insomnie (ASNM 2013, HAS 2015, HAS 2017)

Du fait du risque de pharmacodépendance et de l'augmentation de la consommation, la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques fait l'objet de recommandations depuis octobre 1991, qui ont été réactualisées en 2003 par l'AFSSAPS: « La prescription des hypnotiques et des anxiolytiques doit reposer sur une analyse soigneuse de la situation clinique, en cherchant à séparer ce qui relève des difficultés transitoires et des réactions à une pathologie somatique, de la pathologie psychiatrique confirmée. Elle doit être régulièrement réévaluée et tenir compte des indications de l'AMM, de la fiche de transparence, et de l'arrêté du 7 octobre 1991. Un traitement datant de plusieurs semaines ne doit pas être arrêté brutalement».

Dans le cadre de cette prescription :

1. Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'anxiété, d'associer deux anxiolytiques (benzodiazépine ou autre).
2. Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques.

3. Il n'y a pas lieu de prescrire des anxiolytiques et/ou des hypnotiques sans tenir compte des durées de prescription maximales réglementaires (incluant la période de sevrage) et sans réévaluation régulière. Les durées de prescription doivent être courtes et ne pas excéder :
4 à 12 semaines pour les anxiolytiques et 2 à 4 semaines pour les hypnotiques (2 semaines pour le Triazolam).
4. Il n'y a pas lieu de prescrire un anxiolytique ou un hypnotique sans débiter par la posologie la plus faible, sans rechercher la posologie minimale efficace pour chaque patient, ni de dépasser les posologies maximales recommandées.
5. Il n'y a pas lieu de reconduire systématiquement et sans réévaluation une prescription d'anxiolytique ou d'hypnotique.

Il convient de rajouter quelques principes devant guider la prescription des anxiolytiques et hypnotiques :

- La prescription médicamenteuse n'est qu'un aspect de la prise en charge du patient anxieux, et ne doit pas exclure la prise en charge psychothérapeutique.
- Chez les personnes âgées, les doses seront divisées par deux au moins en début de traitement, en choisissant des molécules à demi vie intermédiaires et sans métabolite actif.
- Il convient d'informer le patient des risques de somnolence notamment en cas d'association avec l'alcool et des conséquences sur la conduite automobile et les accidents du travail.

En quelque sorte, la prescription est soumise à l'établissement d'un véritable contrat thérapeutique entre le médecin et son patient.

Alors que leur durée de prescription est limitée à 4 semaines pour les BZD hypnotiques et jusqu'à 12 semaines pour les BZD anxiolytiques, il est observé que les recommandations d'utilisation de ces médicaments ne sont pas toujours respectées et que leur consommation peut s'étendre sur plusieurs mois, voire plusieurs années (ASNМ 2013, OMEDIT 2012). « Or, au-delà de 28 jours, l'efficacité est incertaine, les risques d'effets délétères augmentent (somnolence diurne, troubles de la mémoire, chutes, accidents, etc.) ainsi que celui de dépendance » (HAS 2015). La HAS (2015) vient de réévaluer les benzodiazépines dans le traitement de l'anxiété et a décidé de maintenir un intérêt thérapeutique important pour ces produits : « De façon générale, les benzodiazépines anxiolytiques sont efficaces à court terme (8 à 12 semaines) mais leurs effets indésirables et le risque de dépendance qu'elles induisent doivent conduire à inscrire leur prescription dans une stratégie à court terme, soit dans un contexte de crise aiguë d'angoisse, soit

en seconde intention dans les troubles anxieux ou les troubles de l'adaptation ». Elle publie en parallèle une fiche mémo afin d'aider les médecins à proposer une stratégie d'arrêt progressif des benzodiazépines. Ces travaux ont été réalisés suite à la réévaluation des benzodiazépines hypnotiques en juin 2014 et s'inscrivent dans la continuité des précédentes actions de la HAS. La fiche « mémo » est l'actualisation de l'algorithme d'aide à l'arrêt des BZD et molécules apparentées (population âgés de plus de 65ans, HAS 2008) avec son extension à toutes les populations recevant depuis au moins 30 jours un traitement par BZD ou médicaments apparentés sans restriction à la seule population âgée en mentionnant l'importance de l'évaluation des attentes et le degré d'attachement des patients avant d'envisager l'arrêt.

Les messages clés de cette recommandation sont :

- Toute prescription de BZD ou médicaments apparentés doit respecter les indications et les durées de traitements prévues par l'autorisation de mise sur le marché (AMM).
- Les indications à la prescription de BZD et son maintien sont à évaluer au cas par cas et selon la situation médico-psycho-sociale du patient.
- Les effets secondaires et les modalités d'arrêt du traitement sont à expliquer au patient dès son instauration.
- L'arrêt doit toujours être progressif pour minimiser les effets du sevrage et sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois en cas de traitement chronique.
- Si l'objectif de la démarche est l'arrêt, l'obtention d'une diminution de posologie doit déjà être considérée comme un résultat favorable.

Chez les patients utilisant des benzodiazépines depuis plusieurs années, un arrêt de traitement peut signifier la remise en cause d'un certain équilibre voire d'un mode de vie. Il est recommandé d'analyser avec chaque patient les avantages et les risques associés à la consommation de benzodiazépine et à son interruption.

En 2017, la HAS publie une mise à jour sur la place des benzodiazépines (et des hypnotiques) dans l'insomnie. La durée de prescription est limitée à 4 semaines. La prescription n'est pas renouvelable. Devant toute insomnie autre qu'occasionnelle, la HAS recommande que les règles d'hygiène du sommeil soient observées. Leur usage requiert le respect de règles précises : dose minimale utile, limitation dans le temps (< 28 j), information du patient sur la durée du traitement, ses modalités d'arrêt et ses effets indésirables, réévaluation programmée de la situation, anticipation sur les modalités d'arrêt. De plus, en cas de nécessité, le recours aux thérapies cognitivo-comportementales devrait être favorisé en première intention. La prescription

d'hypnotiques devrait être envisagée seulement en cas d'échec des thérapies non médicamenteuses et pour une courte période.

3.2 Recommandations étrangères de prescription et d'arrêt des benzodiazépines dans le traitement des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes (APA, BAP, NICE , WSPB)

Dans le trouble anxieux généralisé, le BAP (British Association for Psychopharmacology, 2014) recommande l'utilisation des BZD en 2^{ème} intention en cas d'échec des autres traitements (ISRS, IRSN, prégabaline, buspirone), le NICE (National Institut for Heath and Care Excellence, 2011, 2013) recommande les BZD uniquement en cas de crise. En cas de trouble anxieux chronique avéré, actuellement, l'ensemble des guides de pratique recommandent en première ligne les antidépresseurs ISRS, IRSN et la TCC. Les benzodiazépines restent une option thérapeutique de seconde intention dans le trouble anxieux généralisé, le trouble panique et le trouble de l'anxiété sociale. Leur usage est généralement restreint à une utilisation à court terme en cas d'échec des autres traitements pharmacologiques ou psychothérapeutiques ou en association aux antidépresseurs pendant quelques semaines. Plusieurs recommandations précisent que l'utilisation des benzodiazépines doit être écartée chez les patients ayant des antécédents d'alcoolisme ou de pharmacodépendance. La WSPB (Bandelow, B. et *al*, 2008, 2012) est la seule recommandation qui mentionne la possibilité d'une utilisation des benzodiazépines sur une durée d'un an chez les patients pour qui d'autres modalités de traitement n'ont pas été efficaces ou sont mal tolérées.

Dans les attaques de panique (ou crises d'angoisse aiguës), un traitement symptomatique par benzodiazépines peut s'avérer nécessaire si les techniques de réassurance (isolement, dédramatisation, techniques d'exercice respiratoire) ne suffisent pas à réduire l'intensité de la crise ou la faire cesser. De façon générale, les benzodiazépines ne sont pas recommandées voire même sont contre-indiquées dans les troubles obsessionnels compulsif et les états de stress post-traumatique. Ils recommandent l'utilisation d'un ISRS en première ligne +/- l'utilisation de TCC.

Dans l'état de stress post-traumatique, le NICE (RCP, 2005) recommande uniquement l'utilisation de BZD hypnotique en traitement court en cas de troubles du sommeil, l'APA (American psychiatry Association, 2004) mentionne leur utilisation possible pour réduire l'anxiété et améliorer le sommeil mais elle n'est pas recommandée en monothérapie.

Pour ce qui est de la fréquence des délivrances dans le trouble anxieux, les données s'accordent pour recommander une prise à des intervalles réguliers plutôt qu'à la demande (Bandelowe, B. et

al., 2008) (CPA, 2006) (APA, 2009)

Dans l'insomnie, la plupart des auteurs ne recommandent pas l'usage d'hypnotiques pour traiter l'insomnie. Bien que l'utilisation intermittente de médicaments hypnotiques puisse paraître intéressante, cette pratique ne pourrait être recommandée que dans le cas du zolpidem afin de traiter certains cas d'insomnie chronique (SBU 2010, NSH 2009). La revue systématique de Driot *et al.* (2017) n'a pas montré de supériorité des médicaments apparentés (Z-drugs) en comparaison aux benzodiazépines hypnotique, en terme d'efficacité et de tolérance. Cette revue suggère que le choix du médicament hypnotique (bzd ou apparentés) doit être décidé sur la base des caractéristiques de l'insomnie présentée et du prix du traitement. Les médicaments hypnotiques à demi-vie courte ou intermédiaire devraient être alors privilégiés.

Pour l'arrêt des benzodiazépines, le NICE (2013) recommande un arrêt progressif (par exemple : 5 à 10 % toutes les 1 à 2 semaines ou un huitième de la dose toutes les deux semaines avec réduction plus faible aux faibles doses) et selon la sévérité des symptômes de sevrage. Il peut être compris entre 8 à 12 semaines et jusqu'à 6 mois ou plus dans le cas d'un échec à l'arrêt précédent. Il est indiqué que l'arrêt gradué est négocié avec le patient et guidé par lui pour les ajustements afin que l'arrêt reste confortable. Il est recommandé d'effectuer un suivi fréquent afin de résoudre au plus tôt tout problème et prodiguer conseils et encouragements durant l'arrêt. Si l'arrêt n'est pas atteint à la première tentative, il est recommandé d'encourager le patient à essayer de nouveau. Il est indiqué que la réduction de la consommation et de la posologie de BZD apporte déjà un bénéfice au patient. Dans certains cas identifiés, malgré l'absence de données de bonne qualité, l'arrêt avec substitution par le diazépam peut être envisagé après vérification de la fonction hépatique.

4. Dépendance, addiction et sevrage en benzodiazépines

4.1 Définitions

Le DSM 3^{ème} version, publié en 1980, reconnaît que le syndrome de dépendance peut s'appliquer à n'importe quelle substance dès lors que celle-ci peut être abusée ou que le consommateur ne parvient pas à interrompre l'usage. Il définit la dépendance aussi bien dans les termes de la tolérance (toxicomanie) que du syndrome d'abstinence, et reconnaît donc sa probabilité pour les médicaments psychotropes. En 1987, l'orientation du DSM change, puisque la dépendance devient addiction et ne concerne plus que les comportements d'abus ou la recherche compulsive du produit. Le syndrome de sevrage, observé pour les médicaments

psychotropes, est requalifié en effet secondaire. A cette occasion le syndrome de sevrage est requalifié en « dépendance sans abus », et le cas échéant, en « dépendance sans addiction »

Aujourd'hui, les manifestations du sevrage (insomnie, agitation, irritabilité, nervosité dysphorie) sont nettement différenciées du symptôme psychiatrique. Les manifestations d'anxiété ou de dysphorie déclarées à l'issue du traitement sont d'abord imputées à la rechute ou à la récurrence de la pathologie traitée en première intention. La question de la récurrence, dès lors considérée pour elle-même, dessine ainsi la voie au thème du traitement préventif des dépressions récurrentes : on considère ici la possibilité d'une thérapeutique continue, le cas échéant, sans symptomatologie déclarée, en vue de prévenir l'installation d'une dépression chronique et résistante. Sous cet angle, l'induction d'une consommation au long cours n'apparaît plus problématique puisqu'elle est réputée répondre à une nécessité prophylactique.

Les conclusions d'un groupe d'experts réuni à Phœnix en 1997, dans le cadre d'une réunion de consensus, soulignent que « le syndrome de sevrage ne peut être attribué à rien d'autre qu'à la prescription » (Schatzberg et coll., 1997). Autrement dit, le syndrome désigne, au même titre que les problèmes gastro-intestinaux induits par la consommation à long terme, un effet indésirable de la médication qui se présenterait de manière inégale chez les sujets traités mais qui, en l'espèce, serait distinct de la morbidité psychiatrique (Le Moigne, 2008).

Le terme d'addiction est d'apparition relativement récente. Introduit en France vers 1975, ce concept a supplanté progressivement les termes de toxicomanie et dépendance en rapprochant les modes de consommation où dominant la perte de contrôle et l'obsession. Le terme d'addiction est actuellement étendu à des comportements sans produit : le jeu pathologique, l'usage des écrans et, avec un abus de langage, à toutes sortes d'autres comportements. Dans la dernière version de l'ouvrage de référence en psychiatrie (DSM-V) , le mot n'est pas encore un diagnostic en raison « d'une définition encore incertaine et de sa connotation potentiellement négative » (Binder, 2017).

Les termes d'abus et de dépendance ont disparu du DSM-V et sont remplacés par « troubles liés aux substances ». De plus il y a une disparition du critère de répercussion judiciaire, une apparition de la notion de « craving » (envie très forte de consommer) et l'ajout de notion de sévérité en fonction du nombre de critère (2, 4 ou 7) :

« Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu

2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit

3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets

4. Craving ou une envie intense de consommer le produit

5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison

6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit

7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit

8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux

9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance

10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré

b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit

11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit)

b. le produit (ou une substance proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

Source : American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)

L'arrêt du traitement occasionne chez certains patients de véritables gênes, tant physiologiques que psychiques, perturbations qui les inclineraient à reprendre leur consommation et à s'enfermer ainsi dans un usage chronique. Ce phénomène, nommé *syndrome d'abstinence* (ou syndrome de retrait, de sevrage ou encore d'interruption), constitue selon la recherche clinique le critère essentiel de la dépendance aux médicaments psychotropes. Comme le soulignent Tyrer et Rutherford (1981), les symptômes du syndrome de sevrage sont proches de la pathologie ayant motivé la thérapeutique. Insomnie, dysphorie extrême, anxiété, tension, dépression, changement sensoriel et perception dégradée des mouvements en constituent les premiers signes. (Le Moigne, 2008).

En fonction des études l'incidence des manifestations de sevrage à l'arrêt des traitements varie de 39 à 90%. Cette variabilité résulte de la nature des populations étudiées mais aussi des critères utilisés pour définir les phénomènes de sevrage. Parmi les facteurs prédictifs des manifestations de sevrage, les plus pertinents semblent être: la durée de traitement, une posologie élevée et la sévérité de la pathologie à l'origine de la prise (Pellissolo et Bisserbe, 1994).

La prescription initiale d'une benzodiazépine conduit, dans environ un tiers des cas, à une consommation qui se prolonge au-delà de la durée recommandée de 1 mois (hypnotiques) ou de 3 mois (anxiolytiques), et expose donc le patient au risque de la dépendance. L'immense majorité des consommateurs chroniques ne dépasse cependant jamais la dose thérapeutique maximale et se limite à un seul médecin-prescripteur (Cloos et al., 2011).

4.2 Synthèse des articles traitant les interventions et les méthodes de sevrage

Notre travail bibliographique a été réalisé sur le type narratif car le but de cet état des lieux bibliographiques était de recueillir des informations générales et de réaliser un rappel de connaissance sur le sujet précis du sevrage en benzodiazépines à partir de la littérature pertinente sans processus méthodologique systématique. Ce travail a été réalisé essentiellement sur les bases de données Pubmed et Cochrane Library sans limite de date ni de lieux en anglais ou en français. Nous l'avons complété par une recherche à distance en relation avec la BIUM Paris Descartes pour l'accès à EMBASE. Nous avons premièrement consulté les articles sur les bases de données MEDLINE par les critères « PICO » (Schardt *et al.*, 2007), modèle qui nous a également aidé à identifier les mots-clés (Mesh terms) pour notre recherche bibliographique :

Population : Patient adulte consommateur chronique (>3mois) de benzodiazépines en ambulatoire
Intervention: Toute intervention visant à arrêter les benzodiazépines ou à gérer les symptômes de sevrage
Comparateur : Techniques habituelles de sevrage (décroissance progressive ou arrêt brutal).
Résultat : Nombre de patients sevrés ou ayant entamé un sevrage.
Type d'étude : revue systématique, méta-analyse, étude interventionnelle (essai clinique contrôlé randomisé) : haut niveau de preuves et étude adaptée à la question.

Figure 3 : Critères « PICO » utilisés pour la recherche bibliographique

L'équation principale (BENZODIAZEPINES) AND (DISCONTINUATION or CESSATION or WITHDRAWAL) AND (INTERVENTION) a permis d'identifier 68 articles dans Pubmed et 61 sur Cochrane Library central register of controlled trials.

Après lecture des titres et des résumés, nous avons réalisé une synthèse des différentes méthodes de sevrage. Pour chaque articles de cette synthèse de la littérature, un résumé des résultats des études est visible dans l'annexe 2 et un résumé des informations données aux patients dans l'annexe 3.

Protocole de diminution

De nombreuses études se sont intéressées à l'impact d'un protocole de diminution progressive des doses. La diminution graduelle adaptée consistait en une réduction de 10 à 25% de la dose quotidienne de la benzodiazépine toutes les 2 à 3 semaines. La décroissance se faisant selon un rythme et sur des périodes différentes selon les auteurs. C'est la plus commune des stratégies de sevrage en BZD associée à d'autres interventions (Catalina Vicens et al., 2006)(Lader et al., 2009)(Vicens et al., 2014a)(Vicens et al., 2016a)(Guaiana and Barbui, 2016)(Pollmann et al., 2015)(“Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials). Il n'y a pas de protocole prédéfini et il n'existe aucun rythme ou programme magique de sevrage et chaque individu doit trouver celui qui lui conviendra le mieux. On peut être amené à utiliser des formes en gouttes ou des techniques de dilution afin de diminuer les doses le plus progressivement possible.

Entretien éducatif structuré et consultations de suivi

Vicens et al. montrent, dans leurs études, qu'un protocole de décroissance associé à des visites de suivi, toutes les 2 semaines comprenant des entretiens éducatifs structurés augmentait la réussite de l'arrêt en benzodiazépines (Vicens et al., 2014b)(Vicens et al., 2016a)(C Vicens et al., 2006)(Guaiana and Barbui, 2016). En 2006, ils comparent un groupe recevant une intervention structurée avec des visites de suivi et un protocole de décroissance avec un groupe recevant uniquement les soins habituels (protocole de décroissance). Ils montrent qu'à 12 mois, 33 patients (45,2%, IC 95% = 31,1 à 57,3) du groupe d'intervention et 6 (9,1%, IC 95% 1,4 à 16,8) du groupe témoin avaient interrompu leur utilisation RR 4.97 (95% CI = 2.22 to 11.10). En 2014, ils réalisent une étude avec trois bras dont un bénéficiait d'un entretien structuré avec visites (SIF) RR= 3.00 (95% CI: 2.04 to 4.40; P < 0.0001) et un sans visites de suivi mais avec des instructions écrites renforçant l'information éducative (SIW) RR 3.01 (95% CI: 2.03 to 4.46; P < 0.0001) et le groupe contrôle recevait uniquement des conseils brefs (Vicens et al., 2014a). A trente-six mois 39,2% des patients du groupe SIW RR (risque relatif) ajusté 1,51 (95% CI= 1,1 to 2,05. P=0,009), 41,3% des patients du groupe SIF RR 1,59 (95% CI= 1,15 to 2,19 ; p= 0,005) et 26% des patients dans le groupe contrôle ont arrêté leur BZD. Un total de 131/188 patients (69,7%) qui ont arrêté avec succès l'utilisation de BZD à 12 mois sont restés abstinents à 36 mois.(Vicens et al., 2016b) Une de ces études utilisait un dépliant d'auto-assistance pour améliorer la qualité du sommeil si la BZD était initialement utilisée pour insomnie (Vicens et al., 2014a).

Stratégies pharmacologiques

Des études ont évalué l'efficacité des substitutions médicamenteuses dans la prise en charge du sevrage en benzodiazépine tels que la buspirone et la mélatonine. Les interventions pharmacologiques étaient les types d'interventions les plus couramment évaluées pour leur impact sur la réduction de la consommation de benzodiazépine et de l'exposition aux apparentés (n = 42 [57%]). Trente-trois études ont étudié l'ajout de thérapies pharmacologiques pour faciliter l'arrêt de la benzodiazépine ou apparentés. Parmi ceux-ci, la buspirone a été la thérapie la plus fréquemment étudiée dans les essais contrôlés randomisés (RTc) (n = 4) et les essais contrôlés non randomisés (n = 3), avec un total de 275 sujets. La mélatonine a été étudiée dans cinq essais, dont quatre étaient des RTc avec 244 sujets. On a étudié 16 autres agents pharmacologiques additifs qui comprenaient des antagonistes des récepteurs bêta-adrénérgiques (n = 3), des antiépileptiques tels que la carbamazépine, la prégabaline et le valproate (n = 5) et des antidépresseurs tels que l'imipramine, la paroxétine et la trazodone (n = 5). Les autres médicaments étudiés étaient l'ondansétron (n = 1) et la progestérone (n = 1) (Guaiana et Barbui,

2016) (Pollmann et al., 2015). Rickels.K et al. montrent dans leur étude randomisée en double aveugle que l'administration de médicaments adjuvants avant et après l'arrêt de la benzodiazépine a conduit à des taux de réussite significativement plus élevés pour la carbamazépine (91%), la buspirone (85%) et l'imipramine (79%) que pour le placebo (58%) ($p < 0,05$) (Rickels et al., 1990). L'utilisation de la mélatonine (*Discontinuation Strategies for Patients with Long-term Benzodiazepine Use*, 2015) (Guaiana et Barbui, 2016) ou de la pregabaline pour le sevrage en benzodiazépine n'ont pas encore été démontrée. (Guaiana et Barbui, 2016)

Parr.JM et al. dans leur méta-analyse concluent que les pharmacothérapies substitutives n'ajoutaient pas d'effet sur la réduction graduelle de la dose (OR = 1,30, IC = 0,97-1,73) et que la substitution abrupte des benzodiazépines par d'autres pharmacothérapies était moins efficace que la réduction graduelle de la dose seule (OR = 0,30; IC = 0,14-0,64). Trois autres études avec 260 participants ont montré que la substitution abrupte des benzodiazépines par une autre pharmacothérapie était effectivement moins efficace que la réduction graduelle de la dose seule (OR = 0,30, IC = 0,14-0,64) et plus efficace que la réduction abrupte seule (OR = 1,69, CI = 0,60-4,74) (Parr et al., 2009). Ils concluent de leur étude que fournir une intervention est plus efficace que les soins de routine et que les interventions psychologiques peuvent améliorer l'arrêt par réduction des doses. Bien que certaines pharmacothérapies substitutives puissent être prometteuses, les preuves actuelles sont insuffisantes pour favoriser leur utilisation. Une étude pseudo-expérimentale avant-après évaluant la réduction graduelle de la dose de BZD avec l'option d'un soutien pharmacologique avec l'hydroxyzine (25 mg / jour) ou la valériane au besoin, a rapporté que 80,4% des patients avaient arrêté la BZD à la fin de la 6- mois d'intervention, et 64% ont maintenu l'abstinence à un an. (*Discontinuation Strategies for Patients with Long-term Benzodiazepine Use*, 2015)

Système d'interventions sur le changement de comportement

L'étude de Tannenbaum.C et al. (Martin et al., 2013a) avait pour objectif de montrer l'efficacité d'une éducation directe des patients sur les méfaits de la benzodiazépine chez des adultes de 65 ans et plus recevant à long terme un traitement par benzodiazépine à l'aide d'un outil éducatif sous forme d'un livret de huit pages. Ce livret a été élaboré à partir de différentes théories dont la « self-efficacy theory » (Bandura, 1977) et la « social constructivist theory » (Manderscheid, 1994). Cette étude reprend également la notion d'empowerment (Calvès, 2010) (Barr et al., 2015) (Lancet, 2012) (Chen et al., 2016). Cet outil basé sur l'apprentissage constructiviste social et sur la théorie de l'auto-efficacité s'est également basé sur l'idée commune des modèles de la perception du risque et que le risque est perçu à partir de deux

dimensions : la connaissance et les croyances. Les informations sur les risques associés à l'utilisation de benzodiazépine a été donc incorporé dans l'outil. Il a également été démontré que les croyances préexistantes remplacent souvent le transfert d'informations sur les risques (Martin et al., 2013b).

Cette étude retrouve qu'une cessation complète a été réalisée chez 40 des 148 participants (27%) par rapport à 7 sur 155 contrôles (5%). Il y avait huit fois plus de chance de parvenir à l'arrêt parmi ceux qui ont reçu l'intervention par rapport aux témoins (odds ratio, 8,1 ; IC à 95%, 3,5 à 18,5) et un odds ratio ajusté de 8,3 (IC 95%, 3,3 à 20,9) lorsque toutes les caractéristiques de base ont été comptabilisées.

Lettre d'invitation au sevrage par le médecin et consultation dédiée

Des études ont montrées l'efficacité d'une lettre envoyée au patient par le médecin de famille l'invitant à diminuer progressivement la dose en benzodiazépine suivi d'une consultation dédiée. L'étude de Gorgels WJ et al (Gorgels et al., 2005) montre une réduction de 26% de la prescription de BZD dans le groupe expérimental versus 9% dans le groupe contrôle (différence du nombre de doses quotidiennes prescrites = 12,5, CI 95%: 8,2-16,8) . A 6 mois, 24% dans le groupe expérimental vs 12% dans le groupe contrôle ont arrêté leur benzodiazépine (RR= 2,1 ; IC 95% 1,8-2,4). Suite à l'envoi de la lettre, les patients qui continuaient à consommer une BZD était invité à venir en consultation pour mettre en place une des interventions suivantes : diagramme de décroissance des doses plus ou moins une psychothérapie. A dix ans de suivi , le pourcentage d'abstinence était de 58,8% (Gier et al., 2011).

Dans la méta-analyse d'essais contrôlés randomisés dans les pratiques générales du Royaume-Uni par Mugunthan K et al. il est montré une réduction significative de l'arrêt de la consommation de BZD dans les groupes d'intervention minimale (envoi d'une lettre avec des informations ou une consultation dédiée) par rapport aux soins habituels (rapport de risque [RR] = 2,04, intervalle de confiance à 95% [IC] = 1,5 à 2,8, P <0,001; , IC 95% = 1,3 à 4,2, P = 0,008), respectivement(Mugunthan et al., 2011). Les lettres utilisées étaient semblables dans les essais et ont été adaptées de la première étude de Cormack et coll.(Cormack et al., 1989). Dans leurs lettres, Cormack et Heather (Heather et al., 2004) ont expliqué pourquoi les BZD ne devaient pas être poursuivies pendant de longues périodes. Cependant, la méthode recommandée d'interruption était légèrement différente. Le principal obstacle à la mise en œuvre serait la capacité des médecins généralistes à établir une liste de patients pour lesquels la lettre serait appropriée. Toutefois, lorsque cela n'est pas possible, les médecins généralistes pourraient envisager simplement de donner la lettre aux patients appropriés lors de leur consultation.

Psychothérapie et Thérapie cognitivo-comportementale

La méta-analyse réalisée par Darker CD et al. a montré une qualité modérée de la preuve que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la diminution progressive des doses seraient plus susceptibles de conduire à une interruption réussie des BZD dans les quatre semaines après le traitement, comparativement à la diminution progressive des doses seulement (RR 1,40, IC 95% 1,05 à 1,86, neuf essais, 423 participants) et une qualité modérée de la preuve au suivi de trois mois (RR 1,51, IC 95% 1,15 à 1,98) en faveur de la TCC pour 575 participants. Les approches les plus efficaces de l'arrêt de la benzodiazépine comprennent les éléments suivants: aider à l'interruption initiale du médicament, informer les patients de la dépendance et du retrait des benzodiazépines et des types de symptômes qui peuvent apparaître à mesure que la dose de médicament est diminuée, l'utilisation flexible du médicament en collaboration avec le patient, traiter les exacerbations de la maladie et fournir un traitement cognitivo-comportemental spécifique au trouble comme alternative à la reprise de la pharmacothérapie. Il semble primordial que le traitement médicamenteux soit achevé avant la fin du traitement psychologique (Spiegel, 1999).

Parr. JM et al.(Parr et al., 2009) ont réalisé une revue systématique sur les approches de l'arrêt de la benzodiazépine en médecine générale et en ambulatoire. Les soins de routine ont été comparés à trois approches de traitement: interventions brèves, réduction graduelle de la dose et interventions psychologiques. Les interventions psychologiques dans ces études comprenaient une formation sur la relaxation, la psychoéducation pour le retrait des benzodiazépines ou des stratégies d'enseignement pour lutter contre l'insomnie. Le traitement psychologique et la réduction graduelle de la dose ont été supérieurs aux soins de routine (OR = 3,38, IC = 1,86-6,12) et la réduction graduelle de la dose seule (OR = 1,82, IC = 1,25-2,67, $p < 0,05$).

Prise en charge psycho-éducative en cure thermale

Dubois O. et al ont réalisé un protocole consistant en un programme thérapeutique associant quatre activités : soins de crénothérapie, suivi médical, suivi psychothérapique individuel, programme psycho-éducatif de groupe. Les résultats partiels montrent que 41,42 % des patients ont arrêté de manière stable (à trois mois et à six mois) leur consommation médicamenteuse et que 75 % de la consommation initiale globale de BZD a été réduite à la fin des six mois avec une réponse plus efficace pour les BZD anxiolytiques que pour les BZD hypnotiques. Les résultats sont en cours d'analyse, mais il est permis dès à présent de conclure en la faisabilité de la mise en place d'un tel programme en station thermale et en l'obtention de résultats très encourageants dans l'objectif d'un sevrage à six mois des benzodiazépines(Dubois et al., 2011)(Dubois et al., 2015)

Etude	Principaux résultats
Protocole de décroissance avec conseils standardisés ou intervention brève avec +/-suivi	
Vicens, 2006	21,9% GI 16, 7%GC RR=4,97
Parr, 2009	OR = 2.21, CI = 1.92–2.55
Voshaar, 2003	62% GI 21% GC
Voshaar, 2006	OR=6.1, 95% CI 2.0-18.6)
Interventions structurées (conseils standardisés, entretien éducatif, suivi ou interventions à l'écrit)	
Vicens, 2014	RR= 3.00 (95% CI: 2.04 to 4.40; P < 0.0001) RR= 3.01 (95% CI: 2.03 to 4.46; P < 0.0001)
Vicens, 2016	RR=1,51 (95% CI = 1.10 to 2.05; P = 0.009) RR=1,59 1.59 (95% CI = 1.15 to 2.19; P = 0.005
Bashir, 1994	18% GI 5%GC p<0,05
Stratégies pharmacologiques	
Rickels,	Taux de succès : carbamazepine 91% buspirone 85% Imipramine 79% , placebo 58% p<0,05
Parr, 2008	OR = 1.30, CI = 0.97–1.73
Système d'intervention sur le changement de comportement	
Tannebaum, 2014	27% GI 5%GC OD 8.1 IC 3.5-18.5
Lettre d'invitation au sevrage par le médecin généraliste (+/- consultations dédiées ou conseils écrits)	
Darker, 2015	RR 1.70 IC 1.07-2.70
Cormack, 1994	RR 0.71 IC 0.59-0.83 RR 0.64 IC 0.54-0.75
Gorgels 2005	24% GI 12% GC RR = 2,1 IC 1,8-2,4
Mugunthan K , 2011	RR 2.04 IC 1.48-2.83
Voshaar, 2006	OR=2.8, 95% IC 1.6-5.1
Mouland, 1997	51% GI 24% GC
Healthler, 2009	24% GI 16% GC
Psychothérapie et thérapie cognitivo-comportementale	
Darker , 2015	RR 1,4 (1,05 -1,86)
Gould, 2014	OR 1.43 IC 1.02-2.02 P = 0.04
Parr 2008	OR 3.38, IC 1.86–6.12
Voshaar, 2003	58% GI 62% GC
Prise en charge psycho-éducative en cure thermale	
Dubois, 2011	41,42% d'arrêt et 75% diminution de la dose

Tableau 1 : Récapitulatif des principaux résultats des essais cliniques randomisés, revues de la littérature et méta-analyses extraites des articles sélectionnés

GI groupe intervention
GC groupe contrôle

RR risque relatif
 IC intervalle de confiance

Etude	Informations et suivi
Vicens, 2006	<ul style="list-style-type: none"> -Les benzodiazépines et leurs indications -Traitement des symptômes par rapport au traitement de leur cause -Effets secondaires et problème de dépendance et de tolérance -Informations sur les protocoles de réduction des doses -Soulever les problèmes abordés lors de la première visite -Evaluer les éventuels symptômes de sevrage -Renforcement positif des réalisations
Vicens, 2014	<ul style="list-style-type: none"> -Information sur la dépendance à la benzodiazépine, l'abstinence et sur les symptômes de sevrage -Les risques d'une utilisation à long terme, d'une mémoire et d'une déficience cognitive, d'accidents et de chutes -Réassurance concernant la réduction des médicaments -Brochure d'auto-assistance pour améliorer la qualité du sommeil si les patients prenaient des benzodiazépines pour l'insomnie
Tannebaum, 2014	<ul style="list-style-type: none"> -Risque sur l'utilisation de benzodiazépine -Présentation de la preuve des méfaits induits par les benzodiazépines -Déclarations de connaissance conçues pour créer une dissonance cognitive sur la sécurité de l'utilisation des benzodiazépines -Education sur les interactions médicamenteuses -Les histoires de tierces personnes visant à accroître l'efficacité de soi -Suggestions pour des substituts thérapeutiques égaux ou plus efficaces pour l'insomnie et / ou l'anxiété -Protocole visuel de réduction de 21 semaines montrant un calendrier décroissant basé sur l'image de la pleine-pilule, la demi-pilule et la consommation de quart de pilule -Demande aux participants de discuter des recommandations sur l'arrêt avec leur médecin et/ou pharmaciens
Cormack, 1994	<ul style="list-style-type: none"> -Expliquer votre inquiétude quant à l'utilisation à long terme par un patient d'un hypnotique / s - idéalement, nommez le (s) médicament (s) spécifique (s) et éventuellement l'étendue de l'utilisation sur une période définie -Mettre en évidence les effets secondaires potentiels lorsqu'ils sont pris sur une période prolongée -Demander au patient d'envisager une réduction de son utilisation -Inclure des conseils sur la façon dont il est réalisable, progressivement et en toute sécurité réduire ou cesser l'utilisation -Inclure des conseils sur la façon de réduire progressivement ou de cesser l'utilisation d'une manière non seulement réalisable mais aussi de diminuer la probabilité de symptômes de sevrage -Inviter le patient à discuter plus en détail avec vous

Tableau 2 : Résumés des informations données aux patients et des méthodes de changements de comportements utilisées lors des interventions

5. Benzodiazépines et démence : Qu'en est-il ?

Le profil d'effets indésirables des BZD à court terme comporte en particulier des confusions et des troubles cognitifs lentement régressifs à l'arrêt, surtout chez les personnes âgées. Cela a amené à se poser la question d'effets cognitifs persistants à long terme. Qu'en est-il du risque de démence chez les patients exposés à des benzodiazépines ?

Plusieurs études menées dans plusieurs pays ont montré, avec quelques nuances, voir quelques discordances, un lien à long terme entre BZD et démence (Shash et al., 2016)(Sophie Billioti de Gage et al., 2014)(Gage et al., 2012)(Gallacher et al., 2012) (Wu et al., 2011)(Gage et al., 2012)(Wu et al., 2011)(Coyle-Gilchrist et al., 2012)(Bocti et al., 2012)(Wu et al., 2009).

Une étude franco-québécoise cas-témoins réalisé en 2014 (Sophie Billioti de Gage et al., 2014) a sélectionné, à partir de données de la base de l'assurance maladie du Québec, 1796 patients âgés de plus de 66 ans atteints de maladie d'Alzheimer, suivis au moins 6 ans avant le diagnostic. Les patients atteints d'Alzheimer ont été davantage exposés à une benzodiazépine pendant cinq ans ou plus que les personnes non atteintes, de façon statistiquement significative (RR= 1,4 IC 1,3 -1,6). Elle semble montrer que le risque de maladie d'Alzheimer augmente avec la durée d'exposition cumulée à une BZD de 1,05 pour une exposition ayant duré moins de 3 mois, à 1,3 pour une exposition comprise entre 3 mois et 6 mois, et à 1,7 (IC 1,5-2) pour une exposition cumulée supérieure à 6 mois.

Trois études de cohorte (Gage et al., 2012)(Gallacher et al., 2012)(Shash et al., 2016), ont évalué le risque de démence chez des personnes qui avaient pris des BZD. L'une d'elle constitué d'une cohorte française (constitué à Bordeaux, Dijon et Montpellier) a mis en évidence une association statistique entre l'apparition d'une démence et la prise de BZD uniquement dans le sous-groupe de patients prenant des BZD avec une demi-vie d'élimination plasmatique dépassant généralement 20 heures. Pour essayer d'en savoir plus, les chercheurs de l'Inserm se sont basés sur les données issues de cette dite des 3 Cités (Bordeaux, Dijon Montpellier). Les auteurs ont fait des analyses statistiques en profondeur permettant d'écarter certains biais et notamment le fait que la prise de benzodiazépines ait été la conséquence de symptômes initiaux de démence. Il a été décrit que les personnes âgées consommant des benzodiazépines de demi-vie longue ont un risque augmenté de 60 % de développer une démence (majoritairement de type de la maladie d'Alzheimer) et ce sans que cela ne soit explicable par d'autres facteurs. Il s'agit néanmoins d'une étude observationnelle ne permettant pas d'analyser les mécanismes de cette

association. Ceux-ci devraient faire l'objet d'études physiopathologiques, d'imagerie, sur des modèles animaux, etc. Malgré l'absence de certitude sur le mécanisme « le doute est suffisant pour encourager médecins et patients à trouver des formes alternatives pour les troubles du sommeil des personnes âgées qui sont le motif principal de prescription de ces médicaments : conseils hygiéno-diététiques, produits non médicamenteux, et au maximum les médicaments les moins dangereux comme les benzodiazépines à demi-vie courte » déclare Christophe Tzourio, neurologue, directeur du centre de recherche Inserm U897 et professeur d'épidémiologie à l'université de Bordeaux (INSERM, 2015).

6. Que pensent les médecins et les patients de la consommation chronique de benzodiazépines ?

Premier professionnel de santé sollicité par les patients pour des problèmes psychosociaux, rappelons que le médecin généraliste est le premier prescripteur en France de BZD. Le patient étant au centre de la démarche de cette consommation en BZD, il nous a paru intéressant de faire un point sur la vision des médecins et des patients sur ce sujet.

Les données sur les attitudes envers les psychotropes, bien que peu nombreuses (Guindon et Pérodeau, 2002), vont toutes dans le même sens : c'est l'attitude positive de l'utilisateur chronique envers le psychotrope, plutôt que des variables de stress ou de santé mentale, qui explique une consommation plus intense (Pérodeau et coll., 1992), plus prolongée, ainsi que le rejet de tout danger potentiel (physique ou psychologique) pouvant lui être associé (Mellinger et coll., 1984 ; Pérodeau, 1989). Pour ces personnes, utilisatrices de longue date, la consommation est devenue une habitude ancrée dans le style de vie. Il y a banalisation de la consommation et l'on peut véritablement parler d'une socialisation de la consommation (Collin, 2001).

Dans une étude réalisée auprès de 948 praticiens belges en 2010 (Anthierens et al., 2010), 40% des praticiens ne perçoivent pas de problèmes à la prescription d'une BZD. Un quart des praticiens pensaient que leurs utilisations étaient justifiées tant que le patient se sentait mieux avec et n'avait pas d'effets secondaires. Presque tous les praticiens (96%) pensaient qu'il était important d'informer les patients sur le risque de dépendance à la BZD.

Plusieurs études mettent en évidence la place de la relation médecin-malade dans la prescription de BZD. Comme dans l'étude par focus groupes auprès de médecins généralistes (Canévet *et al.*, 2012), les praticiens étaient soucieux de ne pas rentrer en conflit avec leurs

patients en proposant un sevrage et « *la prescription régulièrement prolongée peut alors s'interpréter comme le substitut d'une relation d'aide inaccessible* ». Dans le travail de thèse de D'audigier S. et Filz E. réalisé en 2015, le renouvellement de la prescription de benzodiazépines devenue chronique était aussi un moyen d'établir progressivement ou de maintenir un lien de confiance dans la relation entre le malade et le médecin.

Quelques propositions de solutions ont été évoquées par certains généralistes au cours de ces études : le déremboursement ou la régulation des prescriptions par les autorités de santé (tout en étant jugés excessifs), la sensibilisation des patients via des campagnes d'informations, la formation des médecins généralistes à la prise en charge de l'insomnie et de l'anxiété en soins primaires via les formations médicales continues, la facilitation de l'accès financier des patients aux thérapies alternatives telles que les psychothérapies.

Les résultats d'une étude qualitative (Parr *et al.*, 2006a) rapportent les points de vue de 28 médecins généralistes et 23 utilisateurs de benzodiazépines à Cairns, en Australie. Il y a une concordance entre les médecins généralistes et les entreprises publiques sur les raisons du début des benzodiazépines, le rôle de la dépendance à l'utilisation continue et l'importance du changement de style de vie dans sa cessation. Cependant, plusieurs divergences apparaissent concernant le début de l'utilisation et les processus de cessation. En particulier, les utilisateurs ont estimé que les médecins généralistes avaient davantage besoin de conseiller systématiquement les patients sur la gestion non pharmacologique de leurs problèmes et les conséquences négatives potentielles de l'utilisation à long terme avant de commencer les benzodiazépines. L'arrêt pourrait être discuté avec tous les patients qui utilisent des benzodiazépines pour plus de 3 mois et des stratégies non médicamenteuses, pour aider à la prise en charge de l'arrêt de la BZD et de l'anxiété, devraient être prise en charge. Selon une autre étude (Wright *et al.*, 1994), les patients prenant des benzodiazépines au long court le font car ils ressentent des bénéfices et environ la moitié de ces utilisateurs ont envie de continuer leur traitement.

1. Introduction

La consommation de benzodiazépines (BZD) en France reste élevée malgré une diminution depuis 2000. En comparaison à huit autres pays européens, la France se situe au 2^{ème} rang de la consommation de BZD. Les traitements sont initiés par des médecins généralistes dans environ 82% des cas « *Toutefois, les données actualisées de consommation des benzodiazépines provenant de l'Assurance Maladie (EGB) montrent que le nombre d'utilisateurs de benzodiazépines reste encore très élevé* » (ANSM, 2017).

Or les effets indésirables sont multiples (affections du système nerveux, atteintes psychiatriques et accidents de la route). Certaines études ont analysé le lien potentiel entre la prise de benzodiazépines et la survenue d'une démence (S. Billioti de Gage et al., 2014). L'utilisation de benzodiazépines expose à l'apparition d'une accoutumance pouvant conduire à une augmentation progressive des doses ainsi qu'à un risque de pharmacodépendance physique et psychique responsable d'un syndrome de sevrage (ANSM, 2017) (O, 1991) (Authier *et al.*, 2009) (Lader et Petursson, 1983) (Le Moigne, 2008). 3,4% des accidents mortels de la route sont liés à une prise de médicaments, et dans la moitié des cas, les traitements en cause sont des benzodiazépines (anxiolytiques ou somnifères) (Ministère de l'Intérieur, 2017).

En juin 2015 après une actualisation de la littérature qui a été effectuée sur la période de 2008 à 2014, la HAS publie la fiche « mémo » qui est l'actualisation de l'algorithme d'aide à l'arrêt des BZD et molécules apparentées avec son extension à toutes les populations recevant depuis au moins 30 jours un traitement par BZD ou médicaments apparentés sans restriction à la seule population âgée en mentionnant l'importance de l'évaluation des attentes et du degré d'attachement des patients avant d'envisager l'arrêt.

De nombreux travaux se sont intéressés à la perception qu'avaient les médecins de ces problématiques (Mollet, 2006) (Cote-Rey et Roucou, 2013) (Lasserre *et al.*, 2010) (Canévet *et al.*, 2012) (Šubelj *et al.*, 2010) (Sirdifield *et al.*, 2013) (Cook *et al.*, 2007b) (D'Audigier et Filz, 2015). Les publications portant sur la vision des patients de leur prise en charge par des benzodiazépines ou apparentés sont plus rares (Suarez, 2013) (Iliffe *et al.*, 2004) (Parr *et al.*, 2006b) (Liebrenz *et al.*, 2015) (Cook *et al.*, 2007a).

Malgré le nombre important de programmes et d'études sur le sevrage, il est rare que le

sevrage à long terme soit une réussite. N'y-a-t-il pas d'autres éléments à prendre en compte pour approcher cette problématique du sevrage à travers le patient ?

L'objectif de ce travail était d'essayer de dégager des pistes sur la problématique du sevrage en benzodiazépines à destination des médecins, en explorant la relation qu'entretiennent les patients avec leur traitement à travers l'analyse de leurs vécus, leurs croyances et leurs représentations.

2. Matériels et méthodes

Une méthode qualitative (Aubin-Auger *et al.*, 2008) (Touboul, 2013) par entretiens semi-dirigés individuels a été choisie pour faciliter l'expression des patients, l'objectif étant d'explorer la relation qu'ils entretenaient avec leur traitement. Les critères de qualité et de rigueur des études qualitatives (« Qualitative research review guidelines - RATS » (Clark, J., 2003), tutoriel du Centre Cochrane Français 2011) ayant été respectés lors de la réalisation de notre étude, cela nous a permis de nous assurer de son critère de validité interne.

L'échantillon de patients a été réalisé en échantillonnage raisonné. La diversité des patients a été recherchée en les recrutant par l'intermédiaire de médecins connus par la chercheuse (stages et remplacements), exerçant à Nantes et en périphérie (semi-rural et rural) avec des critères d'inclusion jugés pertinent pour l'objectif de l'étude : patients de soins primaires, âgés de 18 à 65 ans (tranche d'âge concernée par les dernières recommandations HAS 2015 sur l'arrêt des benzodiazépines) , ayant une consommation chronique de benzodiazépines supérieure ou égale à 3 mois initialement prescrit pour anxiété ou insomnie avec la consommation d'un IRS possible et la capacité à consentir . Les critères d'exclusion étaient : la présence de troubles psychotiques ou de troubles cognitifs documentés et la consommation d'un autre psychotrope (neuroleptique, régulateur de l'humeur). La chercheuse a veillé à varier les profils selon le sexe, notamment des hommes moins représentés au sein de la population visée. Chaque patient proposé a été inclus dans l'étude entre janvier et juillet 2017. Les médecins devaient identifier les patients susceptibles de participer aux entretiens en obtenant leur accord pour transmettre leurs coordonnées permettant de les contacter et de convenir d'un rendez-vous. Un courrier d'information leur a été remis pour leur énoncer l'objectif de notre travail.

La grille d'entretien réalisée après concertation des trois chercheurs s'est basée sur les items du BMQ (« Beliefs about medicines questionnaire ») (Horne *et al.*, 1999) et sur deux concepts théoriques en éducation de la santé nord-américains : le Health Beliefs Model (modèle de croyances relatif à la santé) et le « self-efficacy » (auto-efficacité) (Manderscheid, 1994)

(Bandura, 1977). Elle comportait un ensemble de neuf questions ouvertes, conversationnelles et évolutives, l'objectif de l'investigateur étant de favoriser l'expression libre des patients tout en veillant à balayer tous les aspects pertinents du problème. Ces questions portaient initialement sur les connaissances des effets secondaires et du danger des BZD, les opinions et les vécus concernant le sevrage en BZD, les expériences à l'arrêt du traitement, leurs opinions sur les bénéfices et l'arrêt des traitements, leurs suggestions concernant des moyens d'aide à l'arrêt. La chercheuse a adopté une perspective interactionniste compréhensive de telle sorte que le recueil de données a été modifié suite aux résultats émergeant des premiers entretiens (Macé, 2011) (Chapoulie, 2011) dont une partie dédiée est consultable en annexe de cet article.

L'accent a été mis sur trois dimensions importantes dans la méthode qualitative : l'environnement, le cadre contractuel de la communication et les modes d'interventions (Blanchet Alain , Gotman Anne, 2015). Les entretiens ont été, au choix des patients, menés au cabinet ou à leur domicile entre janvier et Juillet 2017. L'anonymat et la confidentialité des données étaient mentionnés aux patients par oral et par écrit en début d'entretien. Les entretiens étaient enregistrés par l'application dictaphone d'un Samsung A5. Ils ont été intégralement enregistrés et retranscrits.

Notre travail d'analyse s'est basé sur le manuel d'analyse qualitative de M. Lejeune C. Docteur en sociologie (Lejeune, 2014) et sur le principe de la théorisation ancrée, méthode spécifique développée par Glaser et Strauss en 1967. Il s'agit de méthodes idéales pour l'étude des processus et pour l'explication des modifications des comportements humains face à une problématique. Elle est caractérisée par « *une simultanéité entre la collecte et l'analyse, et par une approche analytique de type inductive, c'est à dire, sans liste de codes préétablie* » (Hennebo, 2009).

L'analyse des premiers entretiens a été réalisée par deux chercheuses. Il y a eu croisement permanent entre une synthèse bibliographique rigoureuse, une méthode de reproduction de données verbales par l'entretien et une pratique médicale, permettant une triangulation des sources sur cette thématique dans la population française. La tenue d'un journal de bord (comptes rendus) explicitant les étapes du déroulement de l'étude a été réalisée dans un souci de scientificité du travail.

3. Résultats

Onze patients, sans lien avec la chercheuse, ont participé à l'étude après avoir accepté par oral le but et le déroulement des entretiens : 4 hommes et 7 femmes, âgés de 49 à 65 ans, habitant en milieux ruraux et urbains. Les entretiens ont duré entre 30 et 70 minutes.

3.1 La benzodiazépine inscrite dans un parcours propre au patient : De la primo-prescription à la consommation chronique

Maîtriser l'angoisse, sécuriser son sommeil et supporter son quotidien

Dans notre étude, la primo-prescription (PP) fait suite à l'apparition d'une maladie organique (fibrillation auriculaire, douleur, syndrome d'apnée obstructif du sommeil SAOS), d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC) ou d'un événement familial ou professionnel (décès, licenciement) provoquant un état de stress et/ou des troubles du sommeil. Les circonstances de cette primo-prescription évoquées par les patients sont imprécises, floues: «... *je suis relativement nerveux donc c'est pour ça...*» (E10), «*un état général*» (E4), «*une super dépression*»(E5). On ne retrouve pas, à travers leur discours, d'indication claire se rapportant à une entité nosologique caractérisée sauf dans l'entretien 1 où le patient nomme le diagnostic de TOC ayant conduit à la prescription d'un anxiolytique. La PP apparaît comme répondant à des souffrances existentielles diverses ou suite à des événements de vie douloureux qui viennent perturber une stabilité intrinsèque. Pour une patiente elle répond à une plainte de troubles du sommeil faisant suite à l'arrêt d'un autre médicament sédatif : « *...quand j'ai arrêté les Efferalgan Codéinés je n'arrivais plus à dormir et on m'a donné ça comme somnifère* » (E7). Un autre patient consommait du Librax pour des troubles intestinaux fonctionnels il y a plusieurs années, suivi d'une prescription de Lexomil suite au décès d'un proche.

La BZD est considérée comme stratégie pour faire face au stress, allant de petits désagréments à des adversités majeures : «*En prendre un quart dans la journée pour m'aider à passer la journée*» (E6). Elle aide à surmonter «*les tracasseries*», «*les soucis*», «*des pressions*». La benzodiazépine a pris une place importante qui peut être salvatrice et même exprimée comme objet ayant permis d'éviter la mort de l'individu, le suicide : « *... je ne vois pas comment ça aurait pu se terminer pour moi ...* » (E1) « *... j'avais toujours peur de mourir enfin bon bref!* » (E3) «*...j'étais en dépression...j'aurais fait des bêtises...*» (E9). Elle permet «*un contrôle de soi*», «*une maîtrise de soi*» quand cela n'est pas possible par soi-même et d'éviter l'implosion voir

l'explosion : elle aide à se contenir et à protéger son entourage : *« je ne veux pas embêter mes proches (...) donc je prends tout sur moi...mais je sais que quand je vais éclater ça va être une bombe ça c'est sûr »* (E9). La BZD est, pour le patient, un médicament qui permet de garder pour soi et de combattre le mal-être dans son coin sans aide extérieure.

Elle apparaît comme un élément permettant l'accès au *« bien-être »*, à un *« confort de vie »*, à un retour au calme. Elle permet de se désinhiber, de se rendre neutre. Elle augmente le bien-être avec un sentiment de liberté du corps par une libération de l'esprit grâce à l'inhibition des angoisses, pouvant entraîner une sensation de socialisation, de mouvement du corps, avec le sentiment de *« vivre normalement »* : *« Il représente ... mon bien-être...bien quand je l'ai je suis en forme »* (E5) *« C'est quelque chose qui me lève vers le haut et qui m'aide à vivre normalement »* (E2).

Le patient considère qu'elle a apporté un effet thérapeutique symptomatique sur des pathologies organiques (angoisse suite à des passages en fibrillation, asthénie due à un SAOS...) avant une confirmation diagnostique. Le patient s'approprie alors un effet thérapeutique de la benzodiazépine pour la pathologie qui le préoccupe. Par exemple, une patiente associe son traitement anxiolytique à des crises d'arythmie avec la conception que l'arrêt pourrait reproduire les symptômes de la pathologie cardiaque pourvoyeuse d'angoisse : *« Si je ne l'ai pas euh... (...) mon coeur va commencer à s'emballer »* (E2), ou des problèmes de sommeil en lien avec un SAOS non diagnostiqué : *« C'était avant mon apnée du sommeil parce que j'avais du mal à dormir donc on m'avait donné un peu de...pour me calmer...pour pouvoir dormir la nuit... »* (E10).

La BZD sécurise la nuit et empêche les mauvais rêves, les cauchemars et les idées morbides : *« c'est une sécurité pour la nuit »* (E6). Elle est liée à des vécus douloureux anciens traumatisants (décès de son père en pleine nuit, décès d'un enfant, d'un époux) ou à des troubles du sommeil en lien avec des douleurs non soulagées par d'autres médicaments depuis de nombreuses années : *« j'ai mal quand je me couche (...) donc euh c'est plus pour m'endormir »* (E8).

Une poursuite « préventive » et « rassurante » pour le patient et l'installation dans la dépendance

Lors de la PP le patient expérimente un « mieux vivre ». La BZD permet d'éviter de revivre l'insupportable ou de rendre « supportable » l'insupportable au quotidien. Un médicament permettant d'affronter le jour comme la nuit et d'accéder à une vie plus calme et sereine. Il aide aussi à faire les gestes de la vie quotidienne (bricoler, jardiner, conduire, sortir) et permet d'être en interaction avec le monde extérieur. L'évènement déclencheur initial (comme la dépression E2) favorise une coupure avec l'extérieur (environnement) ce qui empêche une vie sociale. La BZD vient alors rétablir la personne avec l'extérieur. Elle est comme un carburant, permettant de fonctionner (le corps comme machine dépendant de l'esprit), d'avancer, et de ne pas replonger dans des expériences vécues désagréables. Le médicament comme « béquille » (E1, E5) qui permet de tenir debout, de marcher et d'avancer. Elle devient nécessaire pour affronter le quotidien, pour surmonter les évènements de la vie. On note que les doses sont par la suite adaptées aux ressentis des patients selon les évènements de la vie : ils adaptent eux-mêmes les doses selon leur état psychologique : « ...c'est vrai que dès qu'il y a la moindre contrariété c'est vrai que je suis repartie sur un demi » (E6). La BZD est un outil qui régule l'humeur, temporeise les angoisses et le mal-être selon les jours.

De manière paradoxale, cet accès au bien-être peut aussi être perçu comme entraînant une « vie pas tout à fait normale » par les mêmes patients avec une sensation « d'être prisonnier » (ce qui peut favoriser le questionnement de l'arrêt). D'où l'expression de « combat » qui émerge : combat contre le médicament, combat comparé au sevrage tabagique ou alcoolique. Elle est « une drogue », il s'agit bien d'une « addiction », d'une « dépendance » pour les patients. Elle diminue leur réaction et de leur investissement personnel ou familial. Un médicament qui empêche de parler également, qui bloque la parole : « ...laisse sans réaction...pas envie de parler trop...de contribuer à la vie des enfants » (E1). Elle apparaît comme une « faiblesse » à ne pas montrer au monde extérieur : « Je ne suis pas fière car ça montre que je n'arrive pas gérer toute seule » (E6), « Ce n'est pas une honte mais je trouve que c'est une faiblesse » (E5).

La BZD devient « un besoin » pour éviter « le manque », et sa non-consommation induit les symptômes inconfortables et le mal-être du sevrage. La BZD comme objet devient aussi « besoin » dans le sens où elle compense, elle colmate une faille intrinsèque au patient. La peur

de l'arrêt de la benzodiazépine reflète une anticipation importante de la recrudescence des symptômes de sevrage mais aussi du retour sur le plan psychologique d'un événement, d'une expérience passée désagréable ce qui entraîne la poursuite de la molécule. Par cette prescription, le médecin préserve le patient d'une ancienne souffrance « par précaution ». Les patients ont jugé que l'utilisation chronique des benzodiazépines répondait à un besoin, pouvant être vital et très avantageux. Chaque patient y trouve son compte « *pour dormir* », « *pour ne pas avoir mal* », « *pour ne pas cogiter* » la nuit ou « *pour fonctionner* », « *pour vivre normalement* » dans la journée.

3.2 L'attitude des patients face au sevrage en benzodiazépines

Une consommation «non problématique», une poursuite volontaire et positive (figure 1)

Les patients ne considèrent pas la consommation de la benzodiazépine comme un problème « *Pour moi ce n'est pas mon problème le Lexomil* » (E4). Elle est bénéfique et ne présente pas d'effet néfaste malgré les mises en garde du médecin ou d'autres professionnels de santé. Elles sont ignorées ou rationalisées par le patient : « *Peut-être mais je n'ai pas dû écouter... j'entends que ce que je veux...* », « *si ça provoque un peu plus d'apnée il fonctionne un peu plus l'appareil* » (E10,H). Pour le patient, la consommation est approuvée par les professionnels de santé du fait de leur absence de mise en garde : « *... le docteur que j'avais avant ne m'a jamais dit... euh que c'était quelque chose de catastrophique...* » (E4).

Ils affirment n'avoir pensé à un éventuel arrêt que très rarement et étaient surpris qu'on leur pose des questions sur leur attitude vis-à-vis de l'arrêt ou de la réduction de la BZD. Les patients pensent donc ne pas avoir de problèmes avec leur consommation et n'envisagent pas de changer de comportement, puisqu'ils ressentent principalement les bénéfices. Ils n'envisagent pas de s'engager dans un processus d'arrêt. Ils considèrent la prise comme une habitude et le médicament comme objet facilitant leur vie. Ils minimisent et redéfinissent la substance comme une substance dépourvue d'effets néfastes (comme du « *sucré* » ou des « *bonbons* ») ou la comparent à des médicaments de leur point de vue inoffensifs (« *un doliprane* » ou « *un aspirine* »).

L'attitude envers la consommation de BZD est totalement positive et volontaire. Il y a peu d'inquiétude quant à sa consommation quotidienne. Cette attitude ne laisse entrevoir un questionnement que lorsque le sujet ou les effets négatifs sont abordés avec le patient comme lors

de l'entretien n°4 : « *Je me pose la question puisqu'on me le dit, quand quelqu'un me dit quelque chose j'écoute* ». Cette remarque montre bien l'effet d'une interaction sur la remise en question du traitement. Il existe un manque d'information du point de vue des patients sur les risques encourus par la consommation chronique de BZD. C'est du moins ce que perçoivent les patients même si les informations ont été transmises dans le passé.

Une consommation «réaliste», une résignation à poursuivre (figure 2)

Les patients ont conscience de l'effet négatif potentiel du médicament mais reconnaissent leur difficulté à l'arrêter : « *bon c'est vrai que je sais que ce n'est pas forcément une bonne chose mais euh...* »(E7). Ils évoquent bien une « dépendance au médicament » et se sentent impuissants et incapables de l'arrêter. Il en résulte un découragement face à cet échec de sevrage et donc une sorte de résignation à le poursuivre. Les patients perçoivent la BZD comme une drogue potentiellement dangereuse et ressentent une menace sur leur santé. Ces patients remettent en question cette prescription et ont conscience du danger de manière lucide. Cependant ils rencontrent des difficultés à se mobiliser pour arrêter ou ont vécu des échecs dans le passé qui les rendent réticents à une nouvelle tentative.

Une patiente raconte une mauvaise expérience du sevrage ayant entraîné un syndrome de sevrage intense avec une sensation de mort imminente et décrit une irresponsabilité et une indisponibilité de la part de son médecin. Depuis elle est découragée et n'envisage pas un arrêt avec le corps médical et dit préférer le faire toute seule : « *...j'ai trouvé que c'était irresponsable ...bien voilà je préfère diminuer par moi-même...* » (E7). Cette expérience du sevrage entraîne un blocage et une perte de confiance envers le corps médical, ce qui la rend réfractaire à toute autre proposition de sevrage par un médecin. Un autre patient relate un sevrage difficile (neuroleptique) effectué par ses propres moyens car « *...au bout de dix ans on me disait pas de diminuer...* »(E1). Cette mauvaise expérience le fait hésiter dans la prise de décision concernant la BZD par peur de « retomber » : « *...j'avais vraiment été malade six à huit mois...il ne faut pas que je retombe dans ce schéma-là. C'est pour ça, c'est ça qui me fait un peu hésiter à arrêter celui-là* » (E1).

L'arrêt peut être ressenti comme une rechute dans le passé, comme un retour en arrière, retour dans un événement traumatisant ou dans une pathologie organique mal vécue. Ils se résignent alors à prendre le traitement et à le poursuivre comme une solution finale : « *J'ai trop peur de ressembler donc c'est pour ça que j'essaye de m'y tenir...* » (E2) « *C'est peut-être ça qui*

m'empêche d'arrêter complètement c'est que...j'ai peur que mes angoisses reviennent...» (E6).
Pour un autre patient, l'arrêt de la BZD n'est que secondaire par rapport au combat qu'il a pu mener avec son sevrage alcoolique.

Cette résignation reflète une perte de confiance dans leur propre capacité à arrêter la BZD. Il y a finalement peu d'obstacles à l'arrêt du traitement mais il existe le besoin d' « être prêt », « de prendre soi-même la décision » : « Il suffit que je sois prêt. Il suffit que je le décide » (E5), « ...le jour où je ne le prendrai plus c'est moi je l'aurai vraiment décidé » (E3).

Une consommation « ambiguë », une oscillation entre le désir d'arrêter et le bénéfice à poursuivre (figure 3)

Les patients expliquent bien qu'ils préféreraient ne pas consommer mais qu'ils trouvent plus d'avantages à poursuivre la BZD qu'à l'arrêter. Ces patients reçoivent plusieurs informations sur les effets néfastes des BZD qui émanent de différentes sources (médias, entourage, médecins). Même si ces messages sont entendus et même assimilés par les personnes, la plupart d'entre elles continuent de consommer des BZD, et ce, depuis plusieurs années.

Ils vont donc mettre en place des mécanismes divers pour rationaliser leur consommation, envers eux-mêmes et envers leur médecin, par des multiples justifications, ce qui les amène à rendre la BZD inoffensive, non problématique ou secondaire dans leur discours. Ils ne se sentent donc plus concernés. Dans un entretien, la patiente justifie que les accidents de la route ne la concernent pas puisqu'elle ne conduit que rarement sa voiture. Une autre patiente va focaliser le problème du sevrage sur un autre médicament (anti-inflammatoire). Pour elle, il est d'abord indispensable de l'arrêter avant la BZD. En diminuant l'AINS, elle en vient même à augmenter les doses de la BZD en arguant que son sommeil va être perturbé par la diminution de ce dernier : «...mais comme j'annule le Celebrex donc pour dormir je prends un demi (Lexomil)... » (E7).

Des patients mentionnent le faible dosage rapporté par leur médecin et qu'il n'y a donc pas de danger à ces doses-là : « C'est pour ça que le docteur me disait bien comme c'est un faible dosage...vous pouvez continuer à en prendre... » (E8).

Ils vont même jusqu'à se comparer à d'autres personnes qui en prennent à plus forte dose : « ... j'en entends parler dans mon entourage, des gens qui en prennent un peu plus... » (E4) ou qui consomment plusieurs psychotropes simultanément.

L'ensemble de ces commentaires montre que les patients évaluent bien les bénéfices et les risques mais, comme ils y trouvent leur compte à poursuivre la consommation malgré les effets néfastes, il leur suffit de trouver des justifications pour atténuer l'incohérence éventuelle entre leur comportement et leur réflexion. Les patients envisagent un changement de comportement, mais ils hésitent à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle.

L'ambivalence : Un élément majeur à développer lors d'une consultation pour accompagner le patient vers le changement.

Les types de rapport des patients avec leur traitement ne sont pas figés et un même patient peut plus ou moins se situer dans ces différents types de consommations évoqués ci-dessus selon son acheminement personnel lors de l'entretien. Ceci démontre bien la complexité de la situation dans laquelle se trouvent les patients face à leur consommation et qu'il s'agit d'un phénomène en perpétuel mouvement.

Malgré ces différentes attitudes envers leur consommation et le sevrage en BZD, l'analyse des entretiens auprès des patients révèle à travers leur discours une ambivalence autour de la question du sevrage. Cette ambivalence est façonnée par une multitude d'éléments extérieurs et intrinsèques au patient selon son vécu, ses croyances et ses représentations. Même si les patients prennent une certaine position concernant leur consommation, il ressort de la lecture et de l'analyse de nombreuses ouvertures pour y remédier.

On peut entrevoir des possibilités pour aider le patient à se positionner lui-même par rapport à cette consommation. Les entretiens favorisent le questionnement face à leur consommation et le patient modifie lui-même ses croyances et ses représentations. On aperçoit une évolution du discours et des solutions qui émanent du patient. Une certaine « motivation » se construit au fil de l'entretien avec le patient. Par exemple M. J. présente une consommation « non problématique » au début de l'entretien. Il se dit que son changement de travail l'incitera peut-être à arrêter (alors qu'il n'y pensait pas avant). Une autre patiente en arrive à dire : « ...je n'y avais même pas pensé qu'elle pourrait m'aider pour l'arrêter (en parlant de son médecin)...mais maintenant qu'on en parle ça pourrait être utile comme solution... » (E3). Les patients en arrivent à trouver et à envisager des solutions par eux-mêmes qui pourraient les aider à arrêter ou à diminuer leur BZD (autohypnose , calendrier des prises...). Ces entretiens montrent bien l'effet positif et l'importance d'une interaction entre deux interlocuteurs sur le propre

cheminement des patients concernant la question du sevrage en BZD . Un patient affirme lors d'un entretien avec un signe de la main en guise de réflexion : « *Mais le patient lui quand il sort un petit peu là, il se dit un petit peu là (...) peut-être ce genre de dialogue plus approfondi* » (E1)

3.3 Des prescriptions inadaptées et substitutives à la parole selon les patients : un manque d'information (communication) et d'interaction (parole)

Les patients décrivent une prescription indépendante de leur désir et qui n'a peut-être pas été adaptée initialement. Ils ont le sentiment que la prescription ne vient pas d'eux : « *D'un coté elle ne vient pas de moi cette prescription* » (E4). La prescription est même désignée par les patients comme une « *erreur* » : « *c'est là où l'erreur a été faite, je n'aurais jamais dû prendre ça...* » (E7). La prescription peut être vue comme un substitut à la discussion, à l'échange, à la parole : « *... j'aurais peut être besoin d'une discussion je pense que l'on en parle... On en donne aux gens facilement et après on les laisse avec ce médicament pendant des années sans leur demander euh...voilà ça fait partie du traitement habituel* » (E3). Elle n'aurait pas dû être reconduite aussi longtemps : « *Mais je pense qu'au départ, pour ne pas être accro, je pense que mon médecin de l'époque n'aurait pas dû me laisser le prendre aussi longtemps* » (E9).

Le rôle du médecin semble être fondamental pour les patients pour envisager de débiter l'arrêt. Selon eux , c'est le médecin qui doit provoquer la discussion et apporter des informations autour de leur traitement (effets secondaires , symptômes de sevrage). Un patient dit qu'il aurait aimé que son médecin lui en parle et lui propose d'arrêter : « *J'aurais aimé...qu'on m'en parle (...) j'aurais aimé que le médecin me le dise, il est temps d'arrêter (...) Il n'y a jamais eu de dialogue, de discussion franche et nette* » (E1) mais que les médecins considéraient peut-être qu'il en avait encore besoin : « *...il jugeait que peut-être ce n'était pas le moment* ». La question du besoin selon le médecin en comparaison à celle du patient se pose à travers ces discours. Le patient se persuade d'« en avoir besoin » à travers le discours du médecin. Même les proches des patients sont persuadés qu'ils doivent le prendre : « *...on te le donne c'est que tu dois le prendre et puis c'est tout* » (E3, parole de son mari). Certains proches peuvent avoir leur propre avis sur l'arrêt, ce qui peut influencer la prise de décision du patient ou le conforter dans le besoin : « *mon épouse pense que je ne devrais (silence)...pas arrêter, je pense... le garder...* » (E1).L'arrêt pourrait également être source d'inquiétude pour les proches ; ce qui ne pousse pas le patient à arrêter : « *Je n'en parlerai pas à ma mère parce que je pense que ça la paniquerait* » (E6).

Les troubles de la mémoire, la maladie d'Alzheimer et la dépendance sont les effets secondaires rapportés dans les entretiens par les patients. Les autres effets secondaires sont méconnus et/ou non ressentis par les patients. Ils indiquent que leurs médecins les ont rarement informés des effets secondaires négatifs potentiels. Le manque d'information et l'absence de connaissances sur les effets secondaires des patients présente deux facettes dans ce travail. D'une part, ils mentionnent le fait de ne pas connaître les effets secondaires et la dangerosité potentielle du médicament. Ils se posent alors la question : «...j'aimerais savoir pourquoi il faudrait que je l'arrête ». Ils se sentent « ignorant » et demandent alors à savoir. D'autre part, ils mentionnent un certain désir de ne pas « savoir » en évitant les notices et les informations sur internet. Ils refusent de reconnaître les effets néfastes potentiels et sont dans un certain déni. Il y a une confrontation interne entre l'envie de savoir (et ne plus être dans l'ignorance) et l'envie de ne pas remettre en question tout un processus construit autour de la BZD depuis de nombreuses années. L'individu s'est construit avec la BZD, par le sevrage on lui demande de déconstruire une entité solide.

Les patients font le lien à plusieurs reprises avec leurs expériences de l'arrêt du tabac ou de l'alcool. Pour eux, la décision d'arrêter a été prise en toute connaissance de cause. Ils disent que les effets néfastes sont bien connus pour le tabac et l'alcool (cancer pulmonaire ou ORL, problème foie, AVC...): « ...oui si je dois m'arrêter mais il faut m'expliquer, fumer je savais pourquoi il fallait que j'arrête... » (E4). Ils ont ressenti à une période de leur vie une menace face à l'une de ces substances, ce qui a provoqué un déclic faisant souvent suite à des remarques d'un professionnel de santé (anesthésiste, dentiste) ou à des problèmes ORL d'un membre de la famille tabagique.

Concernant la BZD, le patient se positionne comme le seul à pouvoir prendre la décision d'arrêter. Ils disent qu'ils n'arrêteront que quand ils auront pris la décision, quand ils seront prêt : « Il suffit que je sois prêt (...) Il suffit que je le décide » (E5) ou quand ils ne seront plus dans l'ignorance des effets néfastes. Un patient mentionne les effets secondaires connus des antibiotiques en comparaison au Lexomil qui est peut être « sournois comme médicament ». Un autre patient envisage en fin d'entretien un arrêt de la BZD mais en ayant un accompagnement : « qu'on ne me laisse pas seul quoi...(...)Parce que je pense que seul j'aurais plus de mal » (E4). Pour un autre patient il suffit de rétablir le dialogue pour envisager le sevrage : « Des fois c'est un petit mot euh... voilà comme m'a dit le docteur (...) j'ai essayé puis ça a fonctionné (diminution) c'est un petit truc puis là on en parle je me demande... » (E5).

Les médecins recruteurs se sont avérés ne pas être les prescripteurs initiaux de BZD des patients de l'étude. On peut noter à travers les entretiens que le changement de médecin traitant provoque souvent une nouvelle discussion autour du sevrage voir une tentative d'arrêt. Les patients évoquent une remise en question du traitement suite à un changement de médecin traitant : « *C'est quand je suis arrivée avec le docteur X que là elle m'a dit : «vous prenez du Lexomil ? » ; je dis oui et là elle n'était pas très très d'accord...»(E7)*, «*...lui il est anti-Lexomil...le docteur que j'avais avant ne m'a jamais dit...euh que c'était quelque chose de catastrophique, sinon j'aurais arrêté plus tôt je pense... » (E4)*.

4. Discussion

Sur la méthode

L'échantillon raisonné cherchait la diversité des patients. Cette diversité a été respectée pour l'origine géographique des patients (urbain et rural) permettant un contraste socio-professionnel. La diversité sur le sexe et l'âge a été compromise par une difficulté de recrutement ayant conduit la chercheuse à inclure tout patient proposé par les médecins recruteurs. Cette difficulté s'est avéré finalement bénéfique car il n'y pas eu de sélection de la part de la chercheuse.

Cependant le sexe et l'âge des patients de notre échantillon reflètent bien la population générale. En 2015 , la prévalence d'utilisation des BZD anxiolytiques ou hypnotiques est plus élevée chez les femmes (16, 6%) que chez les hommes (9,7%) quelque soit l'âge. Ainsi, 65% des utilisateurs prévalents de BZD sont des femmes d'âge médian de 57 ans, dont 36% de 65 ans ou plus (ANSM, 2017). Concernant la durée de prise de notre étude (entre 10 et 25 ans de traitement sans interruption), il serait favorable de réaliser une étude auprès de patients ayant une consommation plus récente pour évaluer l'applicabilité de nos résultats à cette population.

Le recrutement indirect avait l'avantage d'être moins contraignant mais l'inconvénient de ne pas être neutre, dans la mesure où la demande du chercheur se double d'une demande tierce pouvant brouiller le cadre contractuel de communication (Blanchet Alain , Gotman Anne, 2015). Ce type de recrutement pouvait entraîner un recrutement orienté par le médecin recruteur vers des

patients plus ouverts à participer à l'étude que d'autres. Il est noté que les médecins recruteurs ne sont pas les prescripteurs initiaux de BZD des patients de l'étude. On peut en déduire une éventuellement remise en question de la « responsabilité » du médecin face à la consommation chronique et donc au problème de dépendance du patient. De ce fait, cela a pu faciliter le recrutement de ces patients car cela ne mettait pas en jeu une possible culpabilité vis à vis de cette prescription initiale.

Sur les résultats

La primo-prescription et la consommation chronique de benzodiazépines

Des études qualitatives s'intéressant à la raison de la première prescription retrouvent comme cause l'insomnie, l'anxiété, la dépression et des tensions musculaires (dans l'ordre décroissant) (King *et al.*, 1990)(Barter and Cormack, 1996)(Parr *et al.*, 2006a). Une de ces études mentionne le contrôle de symptôme de pathologie organique lors de la première prescription (Barter and Cormack, 1996). Une revue systématique récente concernant la primo-prescription de benzodiazépines en soins premiers (Driot *et al.*, 2017) dont l'objectif était de créer des algorithmes synthétiques pour guider l'initiation du traitement par BZD et médicaments apparentés pour trouble anxieux ou insomnie, démontre la place limitée que devrait avoir les BZD et apparentés dans la prise en charge dans ces indications. Dans une étude réalisée en 2006 (Parr *et al.*, 2006c), les raisons de continuer les benzodiazépines sont similaires à celle retrouvées dans notre étude soit : la dépendance aux benzodiazépines, maintenir les émotions et les pensées sous contrôle, aider à faire face aux circonstances de la vie, aider à faire face aux conditions médicales et à considérer la BZD comme un médicament adjuvant au traitement d'un problème de santé mentale.

Dans une étude qualitative exploratrice réalisée en 2015 par Liebrez *et al.*, les circonstances initiales sous lesquelles les patients ont commencé à utiliser des BZD ont souvent été des événements de vie stressants qui avaient entraîné une détérioration de leur bien-être (émotionnel ou psychologique) ou suite à des symptômes de leur trouble mental (nommant souvent un diagnostic) qui les avait conduits à l'usage de ces substances (Liebrez *et al.*, 2015). Des difficultés de la part des médecins à aborder la vie psychique des patients ont été relevées lors d'un étude qualitative (Canévet, 2012) à travers une qualification imprécise de l'état psychique des patients et le flou des énoncés concernant la relation thérapeutique. Ce flou « diagnostic » ressort donc autant du côté du médecin que du malade, ce qui appuie encore plus le fait que la PP et la poursuite du traitement n'est souvent pas justifié et/ou ne rentre pas dans un cadre nosologique précis.

Elle montre que la primo-prescription fait suite à des notions de « dépressions » réactionnelles suite à des événements de vie douloureux sans diagnostic caractérisé ou à des problèmes organiques (ACFA, douleur, SAOS). Il semble que d'aborder l'histoire de la primo-prescription permette au patient de se recentrer sur lui-même en engendrant un questionnement sur les indications initiales et actuelles de son traitement. Ce questionnement peut également orienter ou écarter le médecin vers un diagnostic psychiatrique sous-jacent passé inaperçu. En effet, la consommation chronique de BZD pourrait révéler, à travers ces diverses « raisons », sans diagnostic nosologique précis a priori, une sous-estimation d'un diagnostic psychiatrique latent. Ce qui nécessiterait alors une réévaluation spécialisée et/ou un traitement adapté. En d'autres termes, la BZD pourrait, par son utilisation prolongée, atténuer ou camoufler l'anxiété, l'angoisse et les troubles du sommeil comme par exemple un épisode dépressif majeur ou d'un trouble bipolaire.

La prescription initiale d'une benzodiazépine conduit, dans environ un tiers des cas, à une consommation qui se prolonge au-delà de la durée recommandée de 1 mois (hypnotiques) ou de 3 mois (anxiolytiques), et expose donc le patient au risque de la dépendance (J.-M. Cloos *et al.*, 2011). Comme le rappelle le CNGE (centre nationale de médecine générale) en septembre 2016 : « afin de réduire la sur-prescription des BZD et apparentés, il est recommandé de limiter d'emblée la prescription initiale des BZD et apparentés. De nombreuses thérapeutiques non médicamenteuses sont validées, par exemple dans la prise en charge des troubles du sommeil : restriction de sommeil, contrôle de stimulus, relaxation musculaire, thérapies cognitivo-comportementales. Leur faible disponibilité, la nécessité d'être formé ou leur coût sont des limites à leur prescription ». Il existe aussi des preuves d'efficacité pour des traitements alternatifs, comme le suivi à distance : téléphone, internet, ou apport d'un gestionnaire de soins (Arnedt *et al.*, 2013). Le Comité britannique sur la sécurité des médicaments (Committee on Safety of Medicines, 1988) a indiqué qu'ils « sont indiqués pour le soulagement à court terme (2-4 semaines seulement) d'anxiété grave, invalidante ou causant une détresse inacceptable ». Dans une large mesure, ce conseil a semblé avoir été suivi et les prescriptions annuelles pour les anxiolytiques des benzodiazépines ont diminué au Royaume-Uni. L'enjeu pour le médecin lors d'une primo-prescription, si celle-ci est décidée, est pour le médecin de délivrer les informations validées au patient sur les précautions à prendre, les effets indésirables et le suivi à planifier pour éviter une dépendance médicalement induite.

Il serait judicieux de réduire la durée recommandée de prescription à 2 à 4 semaines concernant les benzodiazépines à visée anxiolytiques (et non 12 semaines pour les BZD

anxiolytiques en France). Les boîtes devraient comprendre moins de comprimés (7 ou 14 comprimés), ce qui éviterait que le patient conserve des boîtes (et donc l'automédication) et permettrait qu'il consulte plus rapidement le médecin pour réévaluer le traitement. Des affiches et des brochures devraient être proposés en salle d'attente ou en pharmacie, ou même sur la voie publique ou encore dans les médias afin de sensibiliser le grand public sur cette problématique de forte consommation en France.

Nous avons également mis en évidence que le changement de médecin traitant permettait de réengager la discussion autour du sevrage. Dans le travail de thèse réalisé par Rat C. (Rat, 2006), il a été montré que la durée de suivi du patient n'avait pas d'effet significatif sur la discussion. Cependant ils notent une association franche entre la durée depuis laquelle le traitement est institué et l'existence d'une discussion autour de la BZD (58,3 mois lorsque la discussion est observée, contre 86,9 mois dans le cas contraire). L'apport d'une personne extérieure à la primo-prescription permettait de reconsidérer la prescription de la BZD (comme par exemple un collègue ou un remplaçant). Cette personne n'étant pas engagée dans un processus relationnel de longue date, elle peut entraîner une nouvelle discussion sur ce traitement de manière plus neutre. Une relation de longue date peut s'avérer être un obstacle pour les médecins à proposer le sevrage : *« Ils étaient soucieux de ne pas entrer en conflit avec le patient qui pourrait se sentir « agressé » par la proposition du sevrage car les prescriptions anciennes (...), font partie du quotidien des patients »* (Canévet et al, 2012).

Sur les attitudes des patients face au sevrage en benzodiazépines et l'ambivalence : application de l'entretien motivationnel dans la démarche de sevrage ?

Notre étude renvoie aux résultats d'une étude québécoise réalisée en 2008 sur les attitudes des patients face à leur traitement ayant permis d'identifier trois groupes-types représentant autant de styles de consommateurs, le style *« sans-souci »*, le style *« réaliste »* et le style *« pragmatique »*, le dernier groupe étant le plus représentatif des consommateurs en général. Selon l'attitude du patient, l'interaction avec le médecin peut varier. Il sera plus aisé que le patient prenne en considération les mises en garde si son attitude est *« réaliste »* ou *« pragmatique »*. *« Une exploration des croyances et de leurs origines chez le consommateur, accompagnée d'une discussion ouverte et ne portant pas de jugement, constituerait des pré-requis à tout un programme d'intervention »* (Pérodeau et al., 2008b).

Notre étude, à travers l'analyse des entretiens, montre que l'attitude du patient face à sa consommation et au sevrage est figée dans une certaine étape dans laquelle le patient s'est installé. Etape dont nous pouvons faire un rapprochement avec les étapes nécessaires dans le modèle de changement de Prochaska et Di Clemente. Ce travail souligne qu'il serait intéressant de proposer comme pour les autres addictions un conseil minimal et des entretiens motivationnels (EM) pour la dépendance et le sevrage en BZD en situant le patient dans ces étapes pour adapter le discours du médecin. La consommation « assumé et positive » montre bien que le patient se trouve au stade de pré-contemplation, tandis que la « consommation « réaliste » et la consommation « ambivalente » se trouve, elle, dans le stade contemplation. Le cycle de Prochaska et Di Clemente et l'entretien motivationnel prennent alors toute leur importance dans ce domaine. *«L'entretien motivationnel est une approche centrée sur le patient, visant à amener un changement de comportement en aidant le patient à explorer et à résoudre souvent son ambivalence »*. L'ambivalence est un phénomène humain par excellence: aspect normal et commun à beaucoup d'expériences de la vie de tous les jours, et non un mauvais présage de l'évolution ultérieure. Il faut donc travailler la balance décisionnelle, en augmenter l'ambivalence, puis la résoudre (favoriser les bénéfiques à long terme par rapport aux bénéfiques à court terme). Dans cette approche, à chaque stade, le thérapeute adapte son discours aux représentations du patient sur son comportement problématique, de façon à induire un passage au stade suivant.

Selon la revue systématique sur le sevrage en BZD , il n'existe actuellement pas suffisamment de preuves pour recommander l'utilisation de l'entretien motivationnel pour réduire la consommation de BZD (Darker *et al.*, 2015). Nous n'avons pas trouvé d'autres études sur l'évaluation de l'EM dans le sevrage en BZD dans notre travail. Il serait donc intéressant de réaliser des études à grandes échelles pour évaluer l'intérêt des entretiens motivationnels dans la dépendance et le sevrage en BZD. Le manque de temps souvent décrit dans des études qualitatives auprès de médecins pourrait être intéressant de proposer des EM avec d'autres professionnels de santé (IDE ou psychiatre) . Ou ne pourrait-on pas facturer ces consultations sur la nouvelle cotation CPAM « consultation complexe » (46 euros) pour proposer au patient une consultation dédiée ? Elles comprennent les situations cliniques à fort enjeu de santé publique (dépistage, prévention...).

Sur l'impact et la perceptive de notre travail

Notre travail confirme l'importance de l'alliance thérapeutique et de la relation de confiance médecin-patient dans la prise en charge du sevrage en BZD. L'application de l'entretien motivationnel paraît être une bonne approche pour accompagner le patient dans son changement de comportement face à son traitement. La prédominance de l'ambivalence retrouvée lors de l'analyse des entretiens justifie cette approche. En pratique, la chercheuse propose donc un guide d'entretien orienté sur le sevrage en benzodiazépine pour le médecin généraliste dans le but de véhiculer quelques messages-clés selon la situation de consommation dans laquelle se trouve son patient (« non problématique », « réaliste » ou « ambiguë »).

Nous rappelons l'importance de l'intervention minimale (courrier, brochure, ECAB ou bendep-SRQ, conseils) quelque soit la consommation du patient et la durée de prise. L'utilisation de l'entretien motivationnel paraît intéressante dans la prise en charge du sevrage selon le stade dans lequel se trouve le patient. Nous proposons donc en annexe de ce travail un guide d'entretien adapté aux BZD permettant d'apporter quelques éléments d'aide destinés au médecin généraliste pour les aider à accompagner leur patient dans la prise de décision de l'arrêt en BZD. Il nous a donc semblé intéressant de proposer cet outil qui intègre également ces différentes dimensions qui sont abordables via l'application de l'EM.

De plus, en se basant sur ce modèle et sur le concept d'efficacité personnelle, notre grille d'entretien pourrait être utilisée par le médecin et/ou le patient pour guider le patient dans sa décision. En s'attachant à reprendre les différents items de ces théories tels que : la vulnérabilité perçue envers le problème de santé et la sévérité (ou gravité) perçues des conséquences de ce problème, la perception des bénéfices liées à l'adoption du comportement, la perception des coûts/barrières qui entravent l'adoption de ce comportement. Ainsi cette grille pourrait couvrir un maximum d'items à aborder avec le patient (la primo-prescription, la dangerosité potentielle de ce médicament, les bénéfices et les barrières à l'arrêt, le risque de dépendance, le vécu ou l'expérience du sevrage sous forme d'entretien motivationnel).

Dans une étude réalisée par Martin *et al.* en 2013, ils ont montré une augmentation de l'interruption de la benzodiazépine par rapport au groupe témoin en utilisant un outil permettant de développer/corriger les connaissances sur les risques, les effets secondaires, les interactions médicamenteuses. Cet outil comprend également l'histoire du sevrage d'un patient et un schéma de décroissance. Ils se sont basés pour le développement de cet outil sur la «social cognitive theory» (proche du modèle de croyances en santé) et sur la «self-efficacy theory».

5. Conclusion

Cette étude a permis d'approcher la relation des patients avec leur traitement à travers une méthode de recherche adaptée. Il a été mis en évidence à travers le discours des patients que la primo-prescription était potentiellement inadaptée et qu'elle méritait une attention particulière pour éviter un engrenement dans une consommation chronique avec l'apparition d'une dépendance.

Par ailleurs, cette étude a permis de mettre en évidence les relations qu'entretiennent les patients avec leur traitement par benzodiazépines à travers trois types de consommation : la consommation « non problématique » avec une poursuite volontaire et positive, la consommation « réaliste » avec une résignation à poursuivre et la consommation ambiguë qui oscille entre les bénéfices et les inconvénients de la BZD.

L'étude confirme la difficulté du sevrage par un ensemble complexe de croyances et de représentations qu'il faut tenter d'approcher avec le patient. L'ambivalence est au centre de cette approche et doit être explorée avec le patient pour ensuite la résoudre. Ce résultat montre la place importante que pourrait prendre l'application de l'entretien motivationnel sur le changement de comportement dans la problématique du sevrage en BZD. Un guide d'entretien basé sur la littérature, sur les entretiens et sur l'expérience personnelle du chercheur a été proposé. Ce guide, en s'inspirant de l'entretien motivationnel et des différents stades de changement, explore les croyances et connaissances du patient et favorise le discours-changement plutôt que la résistance. Ce guide s'inscrit donc dans une démarche de sevrage en suivant les différentes étapes du changement et en guidant le patient pour favoriser la construction de ses propres outils de changement du comportement. C'est la seule démarche garantissant un changement qui émanent du patient lui-même et donc à une réussite au sevrage.

Ce travail qualitatif pourrait constituer les prémisses d'une étude évaluant l'influence de l'utilisation de ce guide d'entretien par les médecins généralistes (ou d'autres professionnels de santé) sur la prise de décision des patients face au sevrage. Par ailleurs elle pourrait être la base à l'élaboration d'un outil d'aide au sevrage destiné aux médecins généralistes mais également pour un support d'informations complet destiné aux patients.

6. Annexes

Annexe 1 : Schématisations des résultats

Attitudes des patients face au sevrage en benzodiazépines :

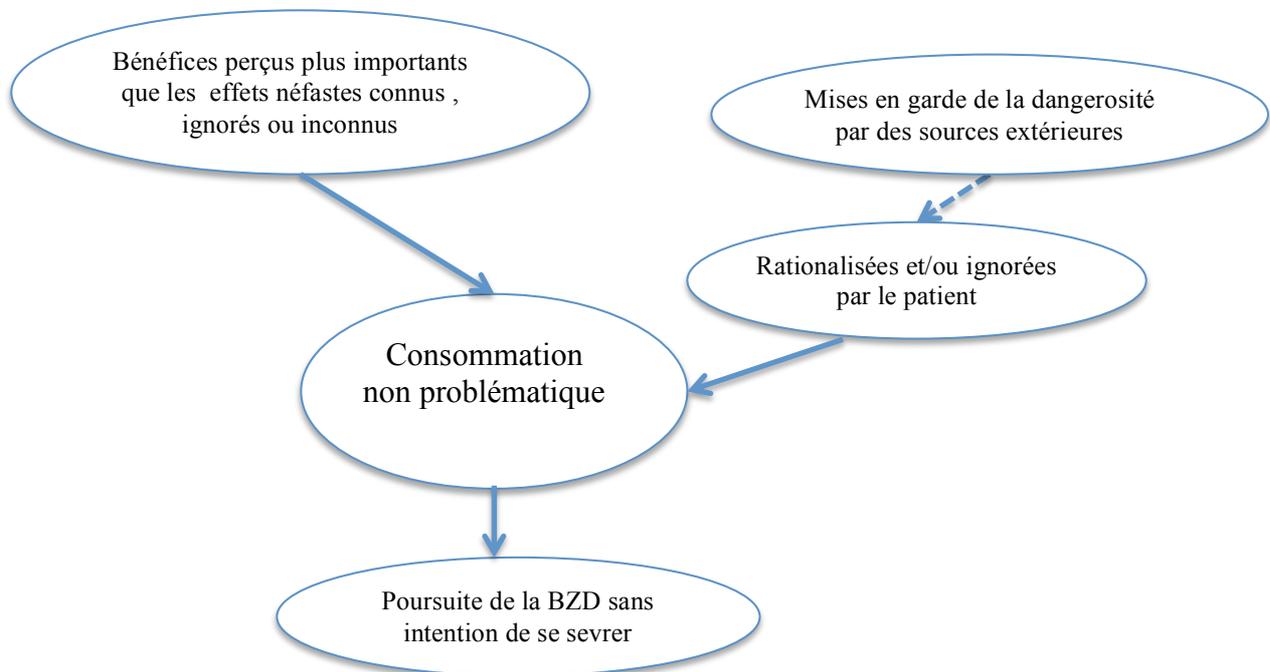


Figure 1 : Schéma analytique d'une consommation « non problématique »

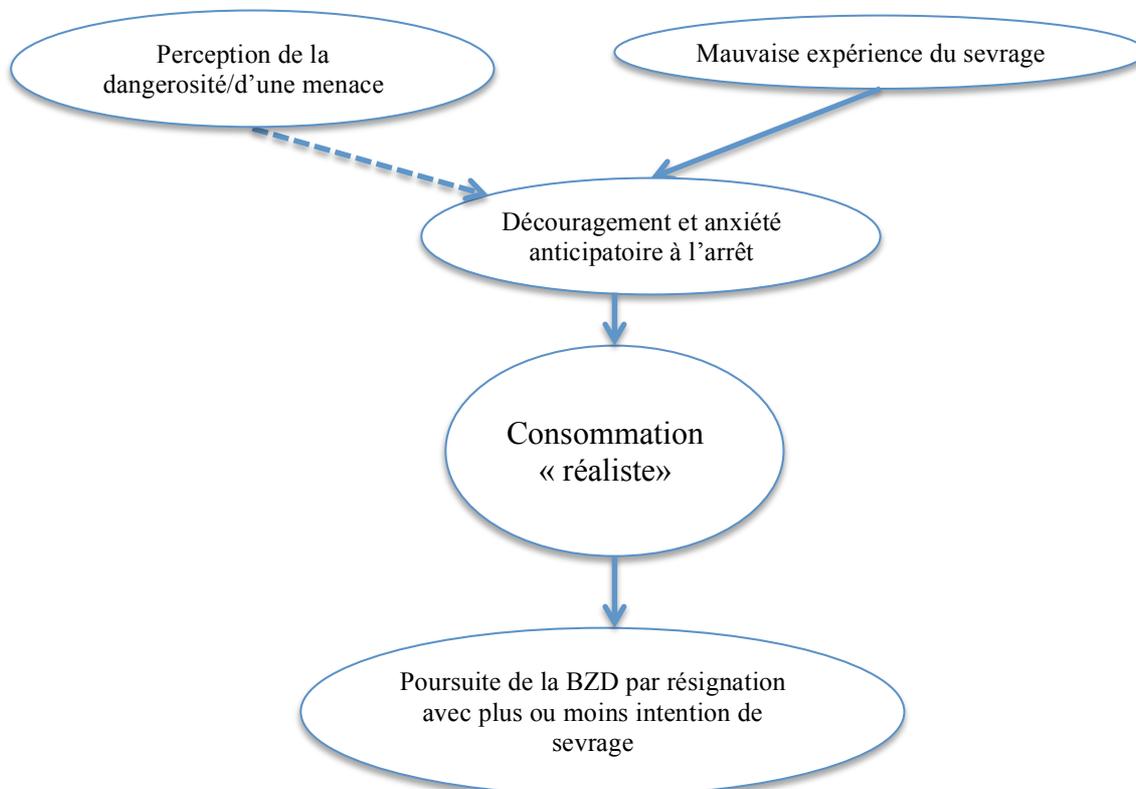


Figure 2 : Schéma analytique d'une consommation « réaliste »

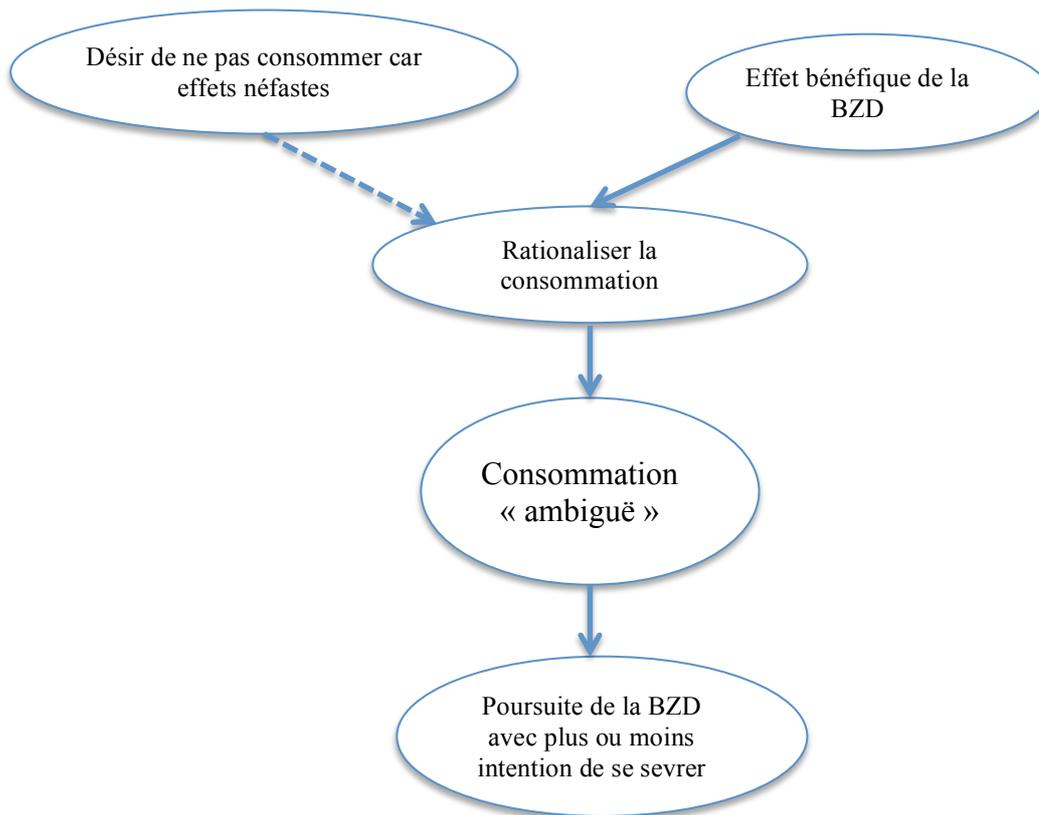


Figure 3 : Schéma analytique d'une consommation « ambiguë »

Annexe 2 : Guide d'entretien motivationnel pour la prise en charge de la dépendance aux benzodiazépines pour le MG – (basé sur Pratique de l'entretien motivationnel de Rollnick S., Miller W.R, Butler C.C 2009 et sur le manuel d'aide aux médecins généralistes 2005)

➤ **Repérer et interroger pour comprendre la relation du patient à ce médicament**

« Vous prenez [ce médicament] depuis de nombreuses mois/années, pouvez-vous me raconter pour quel problème il vous a été prescrit initialement ? »

« Que vous apporte-t-il maintenant ? »

« Pouvez-vous me raconter quels sont les effets sur vous (positifs et négatifs)? »

« Pour quelles raisons en avez-vous toujours besoin ? »

« Que se passe-t-il si vous oubliez de le prendre ? »

➤ **Exposer les faits sans jugement :**

(à aborder et à adapter selon les réponses du « repérage » précédent)

- Expliquer les bénéfices et les risques attendus du traitement

- Expliquer le mécanisme dépendance/sevrage

➤ **Evaluer le stade motivationnel :**

« Qu'est-ce que vous envisagez par la suite par rapport à ce médicament ? »

➤ **Si le patient est au stade de pré-contemplation (ne sait pas ou ne se sent pas concerné) → Echanger des informations, prescrire hors recommandation car le but n'est pas à ce stade de «sevrer» à tout prix, se rendre disponible pour une aide**

➤ **Si le patient est au stade de contemplation (ambivalence) → Susciter et accompagner le changement**

(Orienter l'accompagnement en fonction du repérage et du stade motivationnel)

« Qu'est-ce qui vous amènerait à prendre la décision de diminuer ou d'arrêter votre médicament ? »

« Comment pourriez-vous arrêter dans de bonnes conditions ? »

« Racontez-moi une de vos expériences pour arrêter ou diminuer le traitement »

Partie III : Interaction avec le patient à travers cette étude : Conditions et opportunités de l'entretien

Avant même de débiter les entretiens je suis partie avec l'idée, suite à la lecture d'ouvrages sur la méthode des études qualitatives, d'effectuer ces derniers dans un esprit de « neutralité » et d'appliquer certains conseils « techniques » pour favoriser le discours du patient. Je voulais effectuer une méthode « parfaite » pour mener à bien l'objectif de mon travail de thèse. Mais la réalité du terrain m'a vite confrontée à une certaine insatisfaction. J'ai ressenti un décalage entre la majeure partie des réflexions théoriques sur les méthodes d'entretiens et la réalité de la pratique personnelle. J'ai éprouvé une difficulté à rester « neutre » face au patient, d'une part par mon statut de médecin (avec mes connaissances et mes croyances) et d'autre part par « moi » ayant également mes idées personnelles sur la question. Le patient et « lui » d'un côté et le médecin et « moi » de l'autre.

« L'expérience de « terrain » est ordinairement considéré comme une expérience « personnelle », incommunicable parce que singulière » (Mauger, 1991).

Je vais quand même essayer d'exposer mon expérience « personnelle » par des exemples extraits de mes entretiens. Cette partie sera enrichie par un travail bibliographique sur la question de cette relation si « singulière » entre le médecin et son patient.

Les conditions « idéales » et « réelles » de l'entretien

Suite à des lectures sur la méthode qualitative, de nombreuses notions théoriques sur le déroulement de l'entretien sont apparues au fur et à mesure de mon travail. La neutralité, comme préalable et guide de l'enquêteur en situation, est la mieux admise. Quiconque déciderait de faire un entretien non directif devrait, nous dit-on, se tenir à une stricte neutralité au cours de l'interaction : *« En théorie [...], l'enquêteur neutralise sa personnalité pour ne plus être que le reflet de celui qui lui parle ». C'est notamment pourquoi l'enquêteur effectue un entretien avec un enquêté qu'il n'est pas supposé connaître. Il débute l'entretien par une consigne (le thème de la recherche n'est généralement pas le thème direct de la consigne). Il fait des relances en fonction uniquement de ce que lui dit l'interviewé, quelle que soit la direction que celui-ci a toute latitude*

de choisir. L'entretien repose sur « une écoute ». L'entretien est un « processus de communication verbale », « une communication orale ». Faire un bon entretien suppose seulement de maîtriser quelques techniques ou, pour le dire autrement, de connaître les « bonnes manières ». Ce sont ces manières d'être dans l'interaction qui permettraient à l'enquêteur de diminuer « les mécanismes de défense » de l'enquêté et de faire émerger une parole authentique. Il suffit donc que l'enquêteur soit « sympathique », ait « une bonne santé », de « la discipline », un « certain niveau de culture », un « bon moral » (Legavre, 1996).

« L'entretien non directif, démarqué de l'entretien thérapeutique, cherche de la même façon, à minimiser voire à supprimer, toute intervention de l'enquêteur de nature à influencer l'enquêté : il s'agit de laisser parler l'enquêté de façon aussi « libre » que possible » (Mauger, 1991).

J'ai donc essayé dès mon premier entretien d'être dans la « neutralité » par un contrôle de mes interventions, de mes mimiques, de mes réflexions... Je ne voulais pas orienter le discours du patient et le laisser s'exprimer le plus possible sur le sujet. Mais ce contrôle est, comme mentionné plus haut, associé à un contrôle de sa personnalité. Cette « neutralité » était pour moi souvent contre-productive. Je ressentais que quelque chose ne tournait pas rond lors des premiers entretiens et que cet échange à sens unique ne pouvait pas provoquer l'engagement du patient ni de moi-même lors de l'entretien. Il y avait pour certains patients une réelle forme de résistance à mes questions. Je me suis alors retrouvée à essayer d'enrichir le discours du patients par des interventions itératives qui se sont terminées par des questions fermées. C'est en réécoutant mes entretiens que j'ai remarqué que j'avais également une tendance à couper la parole, à intervenir lors d'un silence que je n'arrivais pas à respecter par peur d'un vide et d'un manque de réponse (comme si il fallait que cet entretien soit rentable en terme de réponses). J'étais finalement obsédée par l'obtention de réponses (pour ma thèse) et cela uniquement dans mon propre intérêt personnel. Je me suis donc retrouvée à orienter le discours du patient et à me rapprocher d'un questionnaire (ce qui sur le moment était rassurant car directif mais absolument pas satisfaisant).

Cette grille, du fait d'être structurée (et directive), était rassurante mais m'éloignait souvent de la spontanéité de l'échange. Les réponses rentraient dans des cases et me semblaient bien banales. « Des questions en séries ont aussi tendance à susciter de la résistance, mènent souvent à des réponses qui sont des demi-vérités, comme autant de protections de l'estime de soi » (Rollnick, 2009). J'aurais alors pu faire un listing de leurs réponses pour produire des résultats de thèse. Cela m'a vite paru inadapté (et déjà réalisé dans d'autres travaux de recherche)

à l'objectif de ce travail qui était d'explorer la relation des patients avec leur traitement à travers leurs vécus et leurs expériences. J'ai alors décidé de mettre de côté ma grille d'entretien (en ayant toujours en tête les grandes lignes de ma recherche) pour passer d'un échange qui pouvait se limiter à des questions-réponses à un échange plus « interactionnel ».

Ces rencontres (pour ne plus dire entretiens) avec les patients ont été une réelle expérience pour revisiter « ma » consultation médicale au cabinet. J'ai appris à prendre du recul face aux demandes et aux histoires des patients, à accepter de ne pas tout savoir à tout prix et de laisser au patient son univers impénétrable. Tout cela en restant disponible à entendre leurs visions, leurs expériences, leurs vécus et leurs histoires et en les laisser maîtres de leurs décisions en les accompagnant et en les guidant dans leurs propres réflexions.

« À la neutralité de l'intervieweur fait place ce que l'on peut nommer une pensée en acte car celui-ci doit se laisser surprendre, être curieux sans être indiscret, refuser les évidences et pointer les contradictions et les tensions. Cette pensée en acte se manifeste à travers sa gestuelle ainsi que par son engagement à répondre à la fin de l'entretien à certaines questions et interpellations de l'interviewé qui peut avoir envie de modifier la relation voire d'y exercer un certain contrôle. Tout cela demande de la part de l'interviewer une maîtrise de soi et de la situation d'interaction car il est lui-même pris dans des tensions. D'un côté, son écoute doit favoriser l'expression de l'interviewé sans imposition d'orientation et de problématique tout en lui manifestant sa présence et son intérêt voire en écoutant ce qui peut apparaître comme des digressions, de l'autre, il doit être en mesure d'exercer une certaine maîtrise sur la relation interindividuelle et contrôler sa position par rapport à l'objet de sa recherche. Lieu de coproduction, l'entretien est aussi une situation d'interaction faite d'ajustements successifs et de négociations dans laquelle les rapports sociaux sont partie prenante et vont influencer ce qui va être dit et la manière dont ça va être dit » (Dubar,1990) (Pierret, 2004).

Les opportunités de l'entretien

Cette expérience de l'étude qualitative par entretien a été source d'un réel travail sur moi-même et sur ma façon d'interagir avec les patients. Elle m'a permis de me poser des questions sur ma façon de mener une consultation et d'interroger les patients (et d'essayer de sortir de cette « neutralité » qui peut également apparaître lors de ma pratique). Enfin, il faut aussi reconnaître que cette situation singulière qui consiste à demander à quelqu'un de livrer son

expérience et de s'exprimer comme il l'entend pour faire valoir son point de vue n'est pas une situation si fréquente et peut donc être appréciée par les interviewés.

« Si l'entretien de recherche n'a pas de visée thérapeutique, il peut avoir de surcroît des effets bénéfiques et gratifiants comme en témoignent la surprise et les propos de plusieurs personnes interviewées au moment de la séparation » (Pierret, 2004).

J'ai effectivement été surprise par certaines réflexions de patients et de l'intérêt qu'ils pouvaient apporter à mon travail. Souvent la question m'était renvoyée : « Vous avez beaucoup de patients comme moi ? » « Qu'est-ce que vous feriez vous pour arrêter ? » « Et pour dormir qu'est-ce que vous me conseillez ? » « Vous les connaissez, vous, les effets secondaires ? »... Mais également des questions sur les méthodes de sevrage, les alternatives aux médicaments, les dires des autres patients et aussi sur ma démarche personnelle dans ce travail de thèse. Je me suis même demandé si le fait d'avoir été contacté pour participer à cette recherche n'avait pas été pourvoyeur de curiosité sur le sujet et donc une occasion de poser des questions et de leurs apporter des réponses (ce qu'un patient m'a confirmé lors d'un entretien). Questions qui, du fait de mon statut (en dehors de leur suivi médical), pouvaient être posées plus facilement qu'à leur médecin traitant car en étant extérieure à leur suivi il n'y avait pas l'engagement retrouvé lors de la relation médecin-patient au cabinet. J'ai donc été très surprise et souvent démunie face à leurs questionnements. J'ai eu du mal à m'adapter au début et je leur répondais de manière évasive et imprécise. J'ai donc remédié à cette problématique en acceptant d'y répondre et de proposer un temps dédié aux questions en fin d'entretien dans les limites de ma capacité à y répondre. J'ai alors établi un « contrat de communication » explicité dès le début de l'entretien (Blanchet, 1989).

Pour donner quelques exemples concrets de l'opportunité des entretiens, je donne maintenant quelques remarques faites par les patients (souvent en dehors de l'enregistrement des entretiens) :

Un patient m'a demandé si je pouvais, à la fin de mon travail, lui communiquer les résultats de ma thèse, ce que j'ai bien sûr accepté. Il m'a expliqué par la suite que ma démarche sur ces médicaments l'avait intrigué.

Un autre patient m'a fait la réflexion que si un jour je faisais le même travail sur l'alcool il serait intéressé d'en parler et de connaître l'aboutissement de ce dernier (je lui réponds que je ne comptais pas pour l'instant faire une deuxième thèse !).

Une patiente m'a demandé si je comptais par la suite les recontacter pour connaître la suite de leurs histoires avec leurs traitements. Je lui ai répondu que je comptais très probablement le faire pour connaître la suite concernant leur consommation en benzodiazépine.

Une autre patiente m'a fait la réflexion qu'il ne devait pas être facile de trouver des patients qui voulaient bien parler de ce sujet. Je lui ai alors raconté mes difficultés concernant cette période de recrutement. Une autre patiente m'a dit en me raccompagnant à la porte que d'en avoir discuté tranquillement lui avait fait beaucoup de bien et me remerciait de l'avoir écoutée.

Un autre patient m'a posé plusieurs questions sur les médecines parallèles et leur efficacité pour les douleurs et pour le sevrage également. Sa femme m'a demandé si je pensais que l'hypnose pouvait être une solution pour arrêter. Je leur ai répondu que je n'avais pas d'expériences et peu de connaissances sur ce sujet mais qu'il serait éventuellement intéressant d'essayer l'hypnose ou d'autres alternatives pour arrêter la BZD.

Bibliographie

- ANSM, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, (2012). *Plan d'actions de l'ANSM visant à réduire le mésusage des benzodiazépines – Point d'information*. Disponible sur : <http://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>
- ANSM, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, (2012). *Consommation des benzodiazépines : Bien respecter les règles de bon usage pour limiter les risques dont celui de démence-Point d'information*. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Consommation-des-benzodiazepines-Bien-respecter-les-regles-de-bon-usage-pour-limiter-les-risques-dont-celui-de-demence-Point-d-information>
- ANSM, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, (2017). *Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines-Point d'information*. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
- American Psychiatric Association, (2009). *Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder*, Arlington.
- Arnedt, J.T., Cuddihy, L., Swanson, L.M., Pickett, S., Aikens, J., Chervin, R.D., (2013). *Randomized controlled trial of telephone-delivered cognitive behavioral therapy for chronic insomnia*. *Sleep* 36, 353–362.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., Letrilliart, L., (2008). *Introduction à la recherche qualitative*. *Exercer* 84, 142–5.
- Authier, N., Balayssac, D., Sautereau, M., Zangarelli, A., Courty, P., Somogyi, A.A., Vennat, B., Llorca, P.-M., Eschalier, A., (2009). *Benzodiazepine dependence: Focus on withdrawal syndrome*. *Ann. Pharm. Fr.*, Numéro spécial bicentenaire 67, 408-413.
- Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, et al., (2014). *Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive compulsive disorder: a revision of the 2005, guidelines from the British Association for Psychopharmacology*. *JPsychopharmacol* ; 28(5): 403-39.
- Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Moller HJ, Zohar J, et al., (2008). *World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision*. *World J Biol Psychiatry* ; 9(4): 248-312.
- Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al., (2012). *Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care*. *Int J Psychiatry Clin Pract*; 16(2):77-84.
- Bandura, A., (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychol.Rev.* 84, 191–215.
- Barr, P.J., Scholl, I., Bravo, P., Faber, M.J., Elwyn, G., McAllister, M., (2015). *Assessment of Patient Empowerment - A Systematic Review of Measures*.
- Barter, G., Cormack, M., (1996). *The long-term use of benzodiazepines: patients' views, accounts and experiences*. *Fam. Pract.* 13, 491–497.
- Billioti de Gage, S., Moride, Y., Ducruet, T., Kurth, T., Verdoux, H., Tournier, M., Pariente, A., Begaud, B., (2014). *Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case control study*. *BMJ* 349.
- Binder, P., (2017). *Intervenir sur les addictions en médecine générale. Première partie- Une perte de contrôle du désir envahi par le besoin: l'addiction est une maladie du cerveau*, *Exercer* 129:24-31.
- Binder, P., Vanderkam, P., (2017). *Intervenir sur les addictions en médecine générale*.

Deuxième partie-Les interventions possibles, Exercer; 130:72-81

BioMed Central | Qualitative research review guidelines – RATS, Disponible sur:

<http://old.biomedcentral.com/authors/rats>

Blanchet A., (1989). *Les relances de l'interviewer dans l'entretien de recherche : leurs effets sur la modalisation et la déictisation du discours de l'interviewé*. Année Psychol., 89(3):367-91.

Blanchet A., Gotman A., (2015). *L'entretien*, Armand Colin, 2^{ème} édition

Bocti, C., Roy-Desruisseaux, J., Roberge, P., (2012). *Research paper most likely shows that benzodiazepines are used to treat early symptoms of dementia*. BMJ 345.

Brusset, B., (2004). *Dépendance addictive et dépendance affective*. Rev. Fr. Psychanal.68, 405.

CADTH Rapid Response Reports, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, (2015). *Discontinuation Strategies for Patients with Long-term Benzodiazepine Use: A Review of Clinical Evidence and Guidelines*, Ottawa.

Calvès, A.-E., (2010). « Empowerment » : *généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement*. Rev. Tiers Monde 735–749.

Canadian Psychiatric Association, (2006). *Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders*. Can J Psychiatry, 51: 9S-91S.

Canévet JP, Bonnaud Antignac A, Mollet V, Le Mauff P., (2012). *Consommateurs de benzodiazépines au long court: qu'en pensent leurs médecins généralistes prescripteurs?* Exercer, 101:52-8. Rubrique: Recherche N° 101 - Pages 52 à 58.

Centre Cochrane Français (2011), disponible sur : <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr>

Chen, J., Mullins, C.D., Novak, P., Thomas, S.B., (2016). *Personalized Strategies to Activate and Empower Patients in Health Care and Reduce Health Disparities*. Health Educ. Behav. Off. Publ. Soc. Public Health Educ. 43, 25–34.

Clark J., (2003). *How to peer review a qualitative manuscript*. In Peer Review in Health Sciences. Second edition. Edited by Godlee F, Jefferson T. London: BMJ Books, 219-235.

Cloos, J.-M., Stein, R., Rauchs, P., Koch, P., Chouinard, P., (2011). *Addictions aux benzodiazépines: prévalence, diagnostic et traitement*. EMC - Psychiatr. 1–10.

Collège National de pharmacologie médicale, (2017). *Benzodiazépines*. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/parspecialites/item/benzodiazepines>

Cook, J.M., Biyanova, T., Masci, C., Coyne, J.C., (2007a). *Older Patient Perspectives on Long Term Anxiolytic Benzodiazepine Use and Discontinuation: A Qualitative Study*. J. Gen. Intern. Med. 22, 1094–1100.

Cook, J.M., Marshall, R., Masci, C., Coyne, J.C., (2007b). *Physicians' Perspectives on Prescribing Benzodiazepines for Older Adults: A Qualitative Study*. J. Gen. Intern. Med. 22, 303–307.

Cormack, M.A., Owens, R.G., Dewey, M.E., (1989). *The effect of minimal interventions by general practitioners on long-term benzodiazepine use*. J. R. Coll. Gen. Pract. 39, 408-411.

Cote-Rey. A, Roucou I., (2013). *Prise en charge de l'insomnie chronique primaire par les médecins généralistes ambulatoires de l'arc alpin : exploration des difficultés ressenties*, Médecine humaine et pathologie. Thèse de médecine générale.

Coyle-Gilchrist, I.T.S., Peck, L.F., Rowe, J.B., (2012). *Research paper does not show causal link between benzodiazepine use and diagnosis of dementia*. BMJ 345.

D'Audigier, S. et Filz, E. (2015). *Attitudes des médecins généralistes face aux prescriptions chroniques de benzodiazépines : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes*, thèse de médecine générale.

Darker, C.D., Sweeney, B.P., Barry, J.M., Farrell, M.F., Donnelly-Swift, E., (2015). *Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence*. Cochrane Database Syst.Rev.5.

Dubois, O., Hergueta, T., Diallo, A., Salamon, R., Vaugeois, C., de Maricourt, P., Galinowski, A., (2015). *Protocole psychoéducatif en cure thermale pour sevrage de*

- benzodiazépines : mise en place, faisabilité.* Ann. Méd.-Psychol. 173, 525–530.
- Dubois, O., Salamon, R., Doussau, A., Maurice-Tison, S., (2011). *Prise en charge psychoéducative pour sevrage de benzodiazépines en cure thermale (et enquête auprès de médecins généralistes).* Ann. Méd.-Psychol. 169, 391–394.
- Driot D, Bismuth M, Poutrain JC, Birebent J, Berthes A, Oustric S, Dupouy J.,(2017). *Revue systématique de la primo-prescription de benzodiazépines en soins premiers pour les troubles anxieux et l'insomnie,* la Revue Française de Médecine Générale, Exercer;131:120-3.
- Gage, S.B. de, Bégau, B., Bazin, F., Verdoux, H., Dartigues, J.-F., Pérès, K., Kurth, T., Pariente, A., (2012). *Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study.* BMJ 345.
- Gallacher, J., Elwood, P., Pickering, J., Bayer, A., Fish, M., Ben-Shlomo, Y., (2012). *Benzodiazepine use and risk of dementia: evidence from the Caerphilly Prospective Study.* J. Epidemiol. Community Health 66, 869–873.
- Gier, N. de, Gorgels, W., Lucassen, P., Voshaar, R.O., Mulder, J., Zitman, F., (2011). *Discontinuation of long-term benzodiazepine use: 10-year follow-up.* Fam. Pract. 28, 253–259.
- Gould, R.L., Coulson, M.C., Patel, N., Highton-Williamson, E., Howard, R.J., (2014). *Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials.* Br. J. Psychiatry 204, 98–107.
- Gorgels, W., Oude Voshaar, R., Mol, A., Van De Lisdonk, E., Mulder, J., Van Den Hoogen, H., Van Balkom, A., Breteler, M., Zitman, F., (2008). *A benzodiazepine discontinuation programme does not increase the frequency of contacts with the family practice.* Scand. J. Prim. Health Care 26, 74–79.
- Guaiana, G., Barbui, C., (2016). *Discontinuing benzodiazepines: best practices.* Epidemiol. Psychiatr. Sci. 25, 214–216.
- Guelfi, J.-D., (2010). *Mini DSM-IV-TR: Critères diagnostiques.* Elsevier Masson.
- Haute Autorité de Santé (HAS), (2012). *Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire.* Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et -medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire
- Haute Autorité de Santé , Direction Générale de Santé , Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, (2012). Communiqué de presse, mesures contre le mésusage des benzodiazépines.
- Heather Ashton, DM., (2002). *Les Benzodiazépines: Comment agissent-elles et comment s'en sevrer?* Disponible sur: <http://www.benzo.org.uk/freman/bzcha01.htm>
- Heather, N., Bowie, A., Ashton, H., McAvoy, B., Spencer, I., Brodie, J., Giddings, D., (2004). *Randomised controlled trial of two brief interventions against long-term benzodiazepine use: outcome of intervention.* Addict. Res. Theory 12, 141–154.
- Horne, R., Weinman, J., Hankins, M., (1999). *The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication.* Psychol. Health 14, 1–24.
- Illiffe, S., Curran, H.V., Collins, R., Yuen Kee, S.C., Fletcher, S., Woods, B., (2004). *Attitudes to long-term use of benzodiazepine hypnotics by older people in general practice: findings from interviews with service users and providers.* Aging Ment. Health 8, 242-248.
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), (2015). *La consommation de benzodiazépines est associée à un risque de survenue de démences,* Salle Presse Inserm, disponible sur : <http://presse.inserm.fr/la-consommation-de-benzodiazepines-est-associee-a-un-risque-de-survenue-de-demences/21661/>
- King, M.B., Gabe, J., Williams, P., Rodrigo, E.K., (1990). *Long term use of benzodiazepines: the views of patients.* Br. J. Gen. Pract. J. R. Coll. Gen. Pract. 40, 194–196.

- Kripke, D.F., Langer, R.D., Kline, L.E., (2012). *Hypnotics' association with mortality or cancer: a matched cohort study*. BMJ.
- Lader, M., Petursson, H., (1983). *Long-term effects of benzodiazepines*. Neuropharmacology 22, 527–533.
- Lader, M., Tylee, A., Donoghue, J., (2009). *Withdrawing benzodiazepines in primary care*. CNS Drugs 23, 19–34.
- Lader, M.H., (1991). *Tolerance and dependence on the benzodiazepines*. Eur. Neuropsychopharmacol. 1, 261–263.
- Lancet, T., (2012). *Patient empowerment—who empowers whom?* The Lancet 379, 1677.
- Landry, P., Gervais, M., O'Connor, K.P., (2008). Mise à jour sur les considérations pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et les interactions médicamenteuses dans le choix d'une benzodiazépine. Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr. 166, 585–594.
- Lasserre, A., Younès, N., Blanchon, T., Cantegreil-Kallen, I., Passerieux, C., Thomas, G., Chan-Chee, C., Hanslik, T., (2010). Psychotropic drug use among older people in general practice: discrepancies between opinion and practice. Br. J. Gen. Pract. J. R. Coll. Gen. Pract. 60, 156-162.
- Le portail des acteurs de santé, (2017). *Le cercle de Prochaska et Di Clemente*, Disponible sur: <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/faire-face-usage-problematique-cannabis/>
- Le Moigne, P., (2008). *La dépendance aux médicaments psychotropes*. De la psychopharmacologie aux usages. Drogue Sant233 Soci233t233 7, 57–88.
- Legavre, J.B., (1996). *La «neutralité» dans l'entretien de recherche. Retour personnel sur une évidence*. Politix 9, 207–225.
- Lejeune, C., (2014). *Manuel d'analyse qualitative*, De Boeck Supérieur, 1 ère édition, Belgique.
- Liebrenz, M., Schneider, M., Buadze, A., Gehring, M.-T., Dube, A., Caflisch, C., (2015). *High Dose Benzodiazepine Dependence: A Qualitative Study of Patients' Perceptions on Initiation, Reasons for Use, and Obtainment*.
- Manderscheid, J.-C., (1994). Modèles et principes en éducation pour la santé. Rev. Fr. Pédagogie 107, 81–96.
- Martin, P., Tamblyn, R., Ahmed, S., Tannenbaum, C., (2013a). *An educational intervention to reduce the use of potentially inappropriate medications among older adults (EMPOWER study): protocol for a cluster randomized trial*. Trials 14, 80.
- Martin, P., Tamblyn, R., Ahmed, S., Tannenbaum, C., (2013b). *A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly*. Patient Educ. Couns. 92, 81–87.
- Mauger, G., (1991). *Enquêter en milieu populaire*. Genèses 6, 125–143.
- Mollet, V., (2006). *Prescription des hypnotiques et des anxiolytiques hors recommandations : Etude des représentations et des pratiques de médecins généralistes vendéens par la méthode du focus groupe*, thèse de médecine générale, Nantes.
- Mugunthan, K., McGuire, T., Glasziou, P., (2011). *Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis*. Br. J. Gen. Pract. J. R. Coll. Gen. Pract. 61, 573-578.
- National Plan for the NHS of the MSC, (2009). *Guideline development group for the management of patients with insomnia in primary care, Clinical practice guidelines for the management of patients with insomnia in primary care*, Madrid.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), (2011). *Generalised anxiety disorder in adults: management in primary, secondary and community care*, Royal College of Psychiatrists, British Psychological Society, London.
- National Institute for Health and Care Excellence, NICE, (2013). *Clinical knowledge summaries :Benzodiazepine and z-drug withdrawal*. London.
- O, B.,(1991) . *Benefits and risks of hypnotics*. Neurophysiol. Clin. Clin. Neurophysiol. 21, 245–265.

- Parr, J.M., Kavanagh, D.J., Cahill, L., Mitchell, G., Young, R.M., (2009). *Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis*. *Addiction* 104, 13–24.
- Parr, J.M., Kavanagh, D.J., Young, R.M., McCafferty, K., (2006a). *Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis*. *Soc. Sci. Med.* 62, 1237–1249.
- Parr, J.M., Kavanagh, D.J., Young, R.M., McCafferty, K., (2006b). *Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis*. *Soc. Sci. Med.* 1982 62, 1237–1249.
- Pellissolo, A., Bisserbe, J-C, (1994). *Dépendance aux benzodiazépines : aspects cliniques et biologiques*. *Encéphale Paris* 20, 147–157.
- Pérodeau, G., Grenon, É., Savoie-Zajc, L., Forget, H., Green-Demers, I., Suissa, A., (2008b). *Attitudes envers les benzodiazépines et intentions de sevrage des personnes âgées de 50 ans et plus*. *Drogue Santé Société* 7, 391.
- Pharo, P., (2011). *Sociologie cognitive et morale de l'addiction*. *Rev. Fr. Sociol.* Vol. 51, 692–719.
- Pierret, J., (2004). *Place et usage de l'entretien en profondeur en sociologie* 199–213
- Pollmann, A.S., Murphy, A.L., Bergman, J.C., Gardner, D.M., (2015). *Deprescribing benzodiazepines and Z-drugs in community-dwelling adults: a scoping review*. *BMC Pharmacol. Toxicol.* 16.
- Rickels, K., Case, W.G., Schweizer, E., Garcia-Espana, F., Fridman, R., (1990). *Benzodiazepine dependence: management of discontinuation*. *Psychopharmacol. Bull.* 26, 63–68.
- Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C., (2009). *Pratique de l'entretien motivationnel*, InterEditions, Paris.
- Royal College of Psychiatrists, British Psychological Society, (2005). *Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: RCP, BPS.
- Schardt, C., Adams, M.B., Owens, T., Keitz, S., Fontelo, P., (2007). *Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions*. *BMC Med. Inform. Decis. Mak.* 7
- Shash, D., Kurth, T., Bertrand, M., Dufouil, C., Barberger-Gateau, P., Berr, C., Ritchie, K., Dartigues, J.-F., Bégaud, B., Alépovitch, A., Tzourio, C., (2016). *Benzodiazepine, psychotropic medication, and dementia: A population-based cohort study*. *Alzheimers Dement. J. Alzheimers Assoc.* 12, 604–613.
- Sirdifield, C., Anthierens, S., Creupelandt, H., Chipchase, S.Y., Christiaens, T., Siriwardena, A.N., (2013). *General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis*. *BMC Fam. Pract.* 14, 191.
- Spiegel, D.A., (1999). *Psychological strategies for discontinuing benzodiazepine treatment*. *J.Clin. Psychopharmacol.* 19, 17S–22S.
- Suarez A., (2013). *La représentation des hypnotiques par les patients en soins primaires dans le département du Nord en France. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de patients*, thèse de médecine générale, Lille.
- Šubelj, M., Vidmar, G., Švab, V., (2010). *Prescription of benzodiazepines in Slovenian family medicine: a qualitative study*. *Wien. Klin. Wochenschr.* 122, 474–478.
- Swedish Council on Health Technology Assessment, (2010). *Treatment of insomnia in adult*, Stockholm.
- Touboul, P., (2013). *Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative*, Disponible sur: <https://nice.cngc.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
- Ursano RJ, Bell C, Eth S, Friedman M, Norwood A, et al., (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington.
- Vega, A., (2012). *Positivism et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les*

- médecins généralistes français*, Sci. Soc.Santé 30, 71–102.
- Versaevel, C., (2012). *Personnalité dépendante et dépendance affective: stratégies psychothérapeutiques*. L'Encéphale 38, 170–178.
- Vicens, C., Bejarano, F., Sempere, E., Mateu, C., Fiol, F., Socias, I., Aragonès, E., Palop, V., Beltran, J.L., Piñol, J.L., Lera, G., Folch, S., Mengual, M., Basora, J., Esteva, M., Llobera, J., Roca, M., Gili, M., Leiva, A., (2014a). *Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care*. Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci. 204, 471–479.
- Vicens, C., Fiol, F., Llobera, J., Campoamor, F., Mateu, C., Alegret, S., Socías, I., (2006). *Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomised trial in family practice*. Br. J. Gen. Pract. J. R. Coll. Gen. Pract. 56, 958–963.
- Vicens, C., Sempere, E., Bejarano, F., Socias, I., Mateu, C., Fiol, F., Palop, V., Mengual, M., Folch, S., Lera, G., Basora, J., Leiva, A., (2016a). *Efficacy of two interventions on the discontinuation of benzodiazepines in long-term users: 36-month follow-up of a cluster randomised trial in primary care*. Br J Gen Pr. 66, e85–e91.
- Wright, N., Caplan, R., Payne, S., (1994). *Community survey of long term daytime use of benzodiazepines*. BMJ 309, 27–28.
- Wu, C.-S., Ting, T.-T., Wang, S.-C., Chang, I.-S., Lin, K.-M., (2011). *Effect of benzodiazepine discontinuation on dementia risk*. Am. J. Geriatr. Psychiatry Off. J. Am. Assoc. Geriatr. Psychiatry 19, 151–159.
- Wu, C.-S., Wang, S.-C., Chang, I.-S., Lin, K.-M., (2009). *The association between dementia and long-term use of benzodiazepine in the elderly: nested case-control study using claims data*. Am. J. Geriatr. Psychiatry Off. J. Am. Assoc. Geriatr. Psychiatry 17, 614–620.

Portraits des patients et schémas analytiques des entretiens

Ces portraits et ces schémas se veulent complémentaires à la rédaction de ce travail pour montrer aux lecteurs la démarche analytique du chercheur et la méthode utilisée. L'analyse des entretiens s'est basée sur une méthode qualitative issue du manuel de Philippe Lejeune, sociologue. Elle consiste en une immersion dans le matériau en étiquetant le vécu des patients (et non les thèmes abordés), puis à faire le lien entre les différents entretiens permettant de mettre en place des catégories et de caractériser les phénomènes étudiés.

Cet annexe comprend pour chaque patient un portrait permettant d'apporter des éléments de compréhension sur l'histoire du patient et un schéma analytique montrant le processus mis en œuvre par le patient dans sa consommation chronique de benzodiazépines.

Quelques explications sur les schémas :

- Double flèche centrale = situation figée dans l'ambivalence, (sans évolution)
- Les bulles sont des propriétés, c'est à dire des caractéristiques du phénomène étudié ici la poursuite ou l'arrêt/diminution des BZD. (= propriété=comportement=attitude)
- Les losanges sont les phénomènes/comportements étudiés et sont représentés dans un losange pour mettre en avant le fait qu'ils s'agissent de dimensions (c'est à dire qui varient en fonction du temps et du vécu des patients)
- Flèche pleine : lien de causalité =donc
- Flèche pointillée: lien paradoxal=mais
- Bulles transparentes entre deux bulles = explicitent le lien entre les 2 propriétés=car
- Bulles superposées : renforcement de la propriété

Ces explications sont remises en bas à droite de chaque schéma pour faciliter la compréhension par le lecteur.

Portrait de Monsieur A

M. A 55 ans, ancien travailleur dans le bâtiment, est actuellement à la retraite et vit avec sa femme. Il a débuté son traitement anxiolytique il y a 17 ans suite au diagnostic d'un trouble obsessionnel compulsif. A l'époque il était suivi par deux psychiatres, était sous antidépresseur et neuroleptique, et suivait une thérapie cognitivo-comportementale.

Il dit que ces médicaments lui ont été d'une grande aide dans une période de sa vie et que cela était « un confort » par rapport à la maladie. Il ne sait pas où il en serait aujourd'hui sans ce traitement. Mais il sentait bien qu'il n'était pas « vraiment lui-même », qu'il n'avait pas « une vie tout à fait normale » (sommolence, diminution de ses activités et de ses centres d'intérêts). Il avait envie de retrouver son état antérieur. Il a donc décidé qu'il était temps d'arrêter le traitement et qu'il arrivait désormais à contrôler ses troubles par lui-même sans l'aide des médicaments.

M. A a entrepris il y a quelques années de diminuer ses traitements très progressivement de lui-même, voyant qu'aucun médecin ne lui proposait d'arrêter. Il a tout d'abord arrêté l'antidépresseur, ce qui n'a pas posé de problème. Par contre il a rencontré une grande difficulté à l'arrêt du neuroleptique. A l'arrêt il s'est senti comme un « drogué » avec des tremblements et un mal-être important pendant plusieurs mois. Il avoue d'ailleurs l'avoir fait sans en parler car le psychiatre n'était pas d'accord et pensait qu'il était trop tôt pour envisager l'arrêt.

Actuellement il ne prend plus qu'un Lysanxia le soir au coucher après avoir arrêté celui du matin et du midi. Sa femme lui a été d'un grand soutien car il se sentait moins seul pour surmonter ses problèmes sans le médicament. Elle lui donnait des conseils et lui achetait de la phytothérapie pour le sommeil. Mais elle pense qu'il devrait garder celui du soir, donc il se dit qu'il est peut-être préférable de le poursuivre. Il pensait l'arrêter car pour lui le Lysanxia ne lui apporte plus grand chose mais hésite car il ressent peu de danger vis à vis de ce médicament (« c'est pas trop méchant ») et que pour l'arrêter il y a « un autre combat à mener » : celui du sevrage.

Schéma analytique de l'entretien 1 :



Double flèche centrale = situation figée dans l'ambivalence, (sans évolution)
 Bulles = propriété-comportement-attitude
 Losanges = dimensions/comportements étudiés
 Flèche pleine : lien de causalité = donc
 Flèche pointillée: lien paradoxal = mais
 Bulles transparentes entre deux bulles : explicitent le lien entre les 2 propriétés = car
 Bulles superposées : renforcement de la propriété

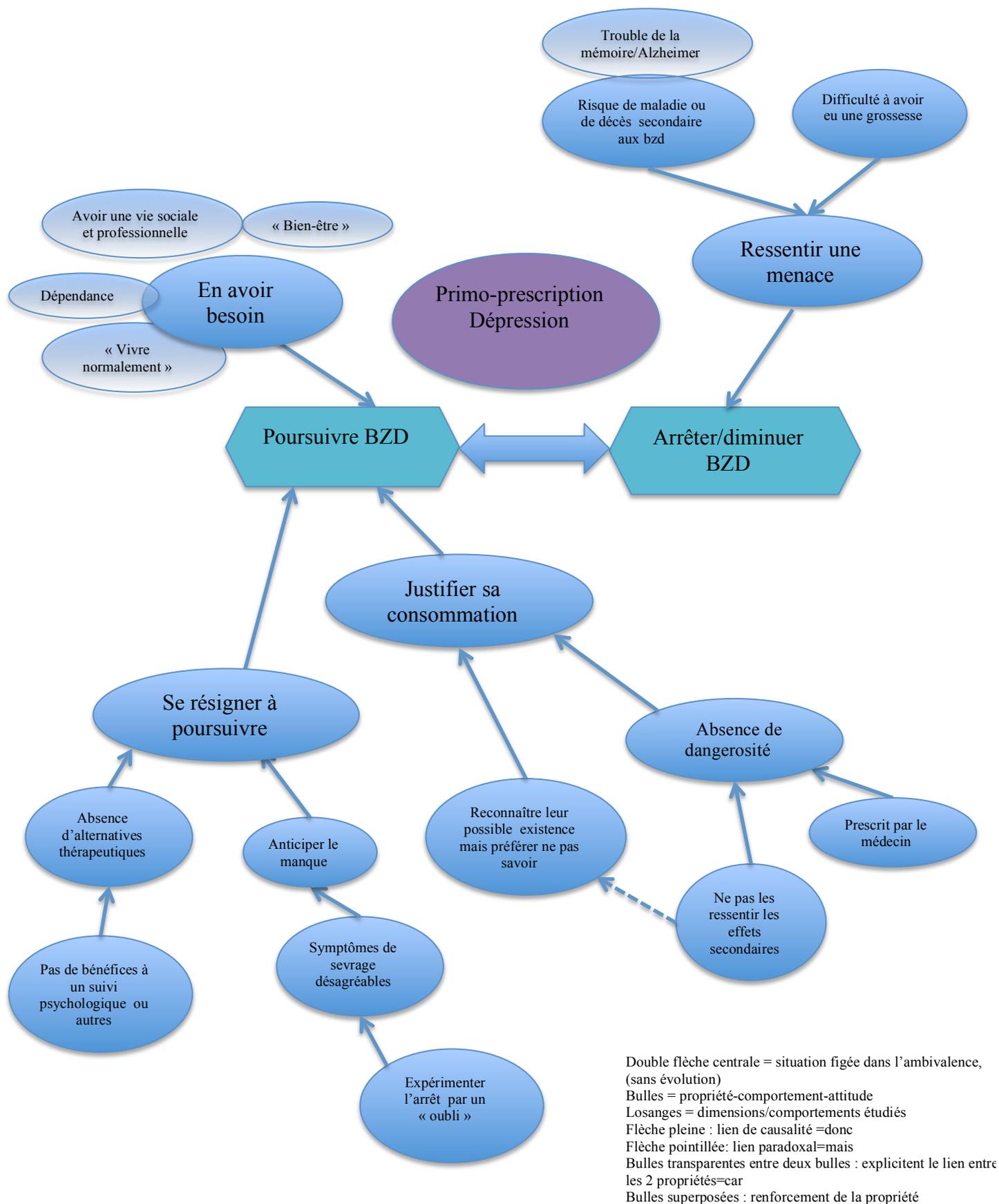
Portrait de Madame B

Mme B, 50 ans travaille en usine et vit avec son mari. Elle a trois enfants. Elle a débuté son traitement anxiolytique et antidépresseur pour « dépression » lors d'un licenciement mal vécu il y a trente ans suite à son congé maternité et pour lequel elle n'a pas eu d'explications. Elle s'est retrouvée toute seule chez elle et ne l'a pas supporté. Elle a dû essayer différents traitements car beaucoup ont été mal tolérés (« assommée ») jusqu'à ce qu'on lui trouve un traitement adapté par Deroxat et Lysanxia.

Elle a arrêté son traitement lors de sa grossesse, puisque ayant eu des difficultés à tomber enceinte elle avait une « grosse motivation » et a donc arrêté sans difficultés. Elle exprime avoir eu peur de « ressembler », de « replonger », de « revivre » sa dépression et c'est ce qui l'a poussé à reprendre son traitement après l'accouchement. Elle ne se souvient plus vraiment pourquoi elle a repris mais pense qu'elle n'allait pas bien. Elle explique que depuis elle a pu retrouver des activités quotidiennes, avoir une « vie normale » et « une vie sociale ». Elle n'en parle pas autour d'elle : personne à part son mari et une amie n'est au courant de son traitement car pour elle c'est « une honte », c'est « ne pas vivre normalement » finalement...Elle est réticente à un suivi psychologique par des professionnels de santé car selon ses expériences cela ne lui a rien apporté à la différence du médicament. Elle n'envisage absolument pas l'arrêt car elle ne « peut pas », elle « n'est pas prête ». Pour elle ce médicament lui apporte beaucoup. Elle dit avoir déjà expérimenté l'homéopathie et l'acupuncture mais que cela n'est pas assez fort et que si elle envisageait d'arrêter ce qui n'est pas le cas, il faudrait remplacer le médicament par quelque chose d'aussi efficace.

Malgré les effets négatifs sur la mémoire dont son médecin lui a parlé, elle ne le trouve pas dangereux et cela ne la gêne pas de « prendre sa petite pastille du soir ». D'ailleurs elle ne connaît pas les autres effets secondaires et ne se sent pas vraiment concernée. Son médecin traitant lui en a exposé certains mais elle préfère ne pas savoir car ce médicament fait partie de sa vie. Elle dit avoir retenu les paroles de son ancien médecin qui lui disait: « si vous avez besoin de lunettes, vous avez besoin de lunettes donc vous les porterez à vie, donc le médicament si vous en avez besoin, faut le prendre ». Elle finit par dire qu'elle ne se pose plus de question par rapport à son médicament. Elle préfère être comme ça avec son médicament et être bien.

Schéma analytique de l'entretien 2



Portrait de Madame C

Mme C, 59 ans, a présenté il y a plusieurs années des crises d'arythmie. L'incertitude diagnostique et l'impression de mort imminente lors des crises ont été très angoissantes ce qui a mené à la prescription d'un traitement anxiolytique. Elle a été par la suite opérée de son ACFA mais a continué à prendre son traitement par habitude. Elle n'en prend qu'un le soir et dit qu'elle pourrait s'en passer car ne se sent plus angoissée par « la maladie » mais que cela la rassure quand même. Ce qui l'angoisse est le fait de ne plus avoir de médicament à portée de main. Si elle ne l'a pas dans sa pharmacie personnelle elle va commencer à avoir « le cœur qui s'emballe », elle sent que ça ne va pas aller bien. La journée elle n'y pense même pas ! Mais le soir elle le prends pour se calmer, s'endormir ... elle ne sait pas trop en fait. Il fait partie de ses médicaments, elle le prend en même temps que celui pour la tension.

Elle aimerait essayer de l'arrêter car dit qu'elle n'en a plus besoin et le trouve inutile mais n'y arrive pas car elle ne le prends pas elle ne se sent pas bien et n'arrête pas d'y penser ! C'est « une fixation ». Du coup elle se lève et va le prendre et s'endort deux minutes après la prise « il n'a même pas le temps de faire effet ». C'est une habitude, « c'est une drogue » enfin pas vraiment car si elle ne le prenait pas elle n'aurait pas de manque mais psychologiquement elle en a besoin.

Elle n'a jamais arrêté plusieurs jours de suite, il est systématiquement pris et ne l'oublie jamais il fait partie de « sa panoplie ». Elle explique que si elle oubliait son traitement pour l'hypertension artérielle cela ne poserait pas de problème elle le prendrait le lendemain ; alors que pour l'anxiolytique elle va interrompre son activité (faire demi-tour ou rentrer à domicile par exemple) pour aller le chercher. Suite à la proposition du médecin elle a arrêté celui du matin et du midi sans difficultés mais c'est celui du soir qui reste difficile à arrêter, enfin elle n'a jamais essayé finalement. Elle le prends par habitude et par peur « d'avoir une crise, le coeur qui s'emballe » si elle ne le prend pas. Elle dit avoir été traumatisé par ses crises et qu'elle est angoissée à la tombée de la nuit car ses crises sont souvent arrivées la nuit.

Elle n'a jamais entendu parlé des effets secondaires et ne s'est jamais renseigné. Pourtant elle regarde la notice pour celui de la tension mais alors « pour celui-là non je n'y vais pas », elle a peut-être peur de savoir donc préfère ne pas regarder. Elle n'en a jamais parlé avec son ancien médecin et se demande si ce n'est pas l'occasion d'en parler avec son nouveau médecin peut-être qu'il l'a convaincrait d'arrêter. Le bénéfice d'un arrêt serait qu'elle se sentirait mieux dans sa tête et qu'elle serait libérée « ...libérée de ce médicament ». Son mari le sait mais considère que si on le lui prescrit c'est qu'elle en a besoin. Il ne remet donc pas en cause le traitement de sa femme. Pour elle, la prescription a une raison médicale qui justifie la poursuite et que le médecin sait ce qu'il fait. On lui dit d'arrêter ou de diminuer mais sans lui expliquer pourquoi, elle aimerait qu'on lui donne des informations et être rassurée sur les effets d'un éventuel arrêt.

Schéma de l'analyse de l'entretien 3 :



Double flèche centrale = situation figée dans l'ambivalence
 Bulles = propriété-comportement-attitude
 Losanges = dimensions/comportements étudiés
 Flèche pleine : lien de causalité =donc
 Flèche pointillée: lien paradoxal=mais
 Bulles transparentes entre deux bulles : explicitent le lien entre les 2 propriétés=car
 Bulles superposées : renforcement de la propriété

Portrait de Monsieur D

M. D a commencé son traitement par Lexomil suite au décès de sa mère il y a une quinzaine d'années. Il se dit anxieux de nature et décrit son traitement comme un besoin et une habitude. Le traitement avait été débuté pour « un état général ». Il a déjà essayé d'arrêter mais se sent « irrité...irritable ». M. D a un métier de contact où il y a des pressions. De plus il a eu des soucis et a senti qu'il en avait besoin. M. D souffre d'une colopathie fonctionnelle depuis plusieurs années et est habitué à prendre des cachets, à « s'auto-médiquer ». Cela l'aide aussi à se relâcher sur ce plan digestif et à s'endormir.

Ni son ancien médecin ni les pharmaciens, qui le connaissent bien, ne lui ont fait une réflexion ou ne l'ont mis en garde sur son traitement. A la fin d'une consultation le renouvellement se faisait sans questionnement et si il demandait au médecin de lui re-prescrire le Lexomil parce ce qu'il n'en avait plus, ce dernier lui répondait oui sans commentaire. Lui et son épouse sont dans l'ignorance des effets de ce traitement et il aimerait savoir pourquoi il faudrait arrêter ce médicament car pour lui c'est comme un cachet d'aspirine ou un doliprane ou comme « du sucre ».

Son problème n'est pas le Lexomil, il préférerait qu'on lui trouve un médicament pour sa maladie digestive qui lui cause du souci. Il se demande si il n'y a pas un lien entre les cachets et sa maladie « mais personne n'est capable de lui dire ». Il prend le Lexomil tous les jours comme le Débridat. Il n'éprouve pas le besoin de consulter d'autres professionnels de santé mais mentionne un manque de temps de la part du médecin pour échanger sur le sujet et explique qu'il ne pose peut-être pas de questions sur ce sujet. Il semble percevoir une certaine dépendance car il « éprouve le besoin de le prendre » mais n'a « rien fait pour le combattre ». Il faudrait lui donner des exemples qui prouvent le lien entre le médicament et les effets néfastes comme par exemple le tabac et le cancer du poumon. Pour le tabac, il avait une bonne raison d'arrêter (entre autre pour ses intestins).

Pour arrêter il faudrait qu'on lui « prouve par A+B » qu'il y a vraiment un risque (comme le tabac et les AVC) : « Si on ne me prouve pas que c'est dangereux et si ça me fait du bien je le prends moi », il ne voit donc pas pourquoi il l'arrêterai. De plus il ne se sent pas dans le même état quand il ne le prend pas et dit qu'il se poserait la question d'arrêter si le Lexomil avait un effet secondaire « grave » . Finalement : « la crainte que j'ai si vous voulez comme ça fait longtemps que j'en prends c'est que...ça...ça dérègle déjà... que ça dérègle un peu cet endormissement parce que j'en ai besoin si je ne dors pas ... »

M. D dit à la fin de l'entretien, que si il a été d'accord pour me rencontrer c'est que cela l'intriguait que je m'intéresse à ce médicament. Cette demande d'entretien l'a fait réfléchir sur ce sujet et il s'est alors posé des questions vis à vis de son médicament. Il m'a demandé également de lui envoyer ma thèse quand j'aurais fini mon travail, ce que j'ai bien sûr accepté.

Schéma de l'analyse de l'entretien 4



Double flèche centrale = situation figée dans l'ambivalence
 Bulles = propriété-comportement-attitude
 Losanges = dimensions/comportements étudiés
 Flèche pleine : lien de causalité =donc
 Flèche pointillée: lien paradoxal=mais
 Bulles transparentes entre deux bulles : explicitent le lien entre les 2 propriétés=car
 Bulles superposées : renforcement de la propriété

Portrait de Monsieur E

M. E, 65 ans, est actuellement à la retraite. Il est divorcé et vit seul chez lui. Il ne se souvient pas exactement du contexte de la mise en route du traitement par anxiolytique mais pense que cela faisait suite à une dépression il y a 40 ans. Alors qu'il travaillait aux chemins de fer, avait une maison et venait de réussir un concours, cette « super dépression » est arrivée comme un « boum » dans sa vie. Il a débuté alors un traitement par Temesta puis a également eu un traitement par Lexomil. Il a alors pris les deux pendant de nombreuses années.

Après plusieurs années le Temesta a été arrêté mais il a poursuivi le Lexomil car il en a toujours eu besoin car «...on en a besoin dans le sens où... on avait dit qu'avec le Lexomil on ne devenait pas dépendant...Mais je dis qu'avec le Lexomil on devient dépendant ». Il identifie bien le problème de la dépendance car il exprime le manque quand il oublie de le prendre, il se sent vite « rappelé à l'ordre » avec le besoin de le prendre rapidement. Partout où il se déplace il vérifie toujours si il a bien une boîte et le nombre suffisant de comprimés, ce qui traduit pour lui de façon évidente qu'il s'agit d'une dépendance. Personne ne sait qu'il prend son traitement hormis son ex-femme. C'est pour lui une « faiblesse » et si un jour il rencontrait quelqu'un il se cacherait pour le prendre. Il n'a jamais ressenti le besoin de le prendre le soir car il n'a jamais eu de problèmes de sommeil. Pour lui son médicament lui permettait de gérer sa journée de travail, « d'être au top » avec les clients et d'éviter le moment « de panique » lié au manque. Il décrit le manque comme une sensation de mal-être et « d'être irrité », il dit ne pas avoir l'esprit clair et que prendre son médicament lui permet de bien commencer la journée et de faire ses activités quotidiennes.

M. E a eu un problème de dépendance avec l'alcool il y a 20 ans pour lequel il est allé dans un centre pour faire une cure. Il a été en contact très jeune avec l'alcool et c'est lors d'une consultation avec un médecin qu'il ne connaissait pas qu'on lui a conseillé un centre dans lequel il a été pris en charge. Le sevrage de l'alcool a été pour lui un gros combat qui n'est d'ailleurs pas comparable à celui du Lexomil. Il est très reconnaissant envers la structure et les professionnels qui l'ont accueilli pour son sevrage et recommande d'adresser les patients là-bas. Il aime parler de son parcours avec l'alcool et est à l'aise sur ce sujet. Pour lui, suite à l'arrêt de l'alcool il a « passé un cap ».

Suite à la suggestion de son médecin traitant, qu'il a entendue et suivie, il a diminué la dose du Lexomil il y a deux ans et demi. Depuis son départ en retraite, il envisage plus facilement de l'arrêter car il est plus simple de gérer le manque à domicile. Il ne risque pas « d'engueuler quelqu'un » à cause du manque et de la panique induite car il est seul chez lui. Mais pour l'instant, il n'envisage pas de continuer la diminution car il ne se sent pas prêt et se trouve bien comme ça.

Schéma de l'analyse de l'entretien 5



Double flèche centrale = situation figée dans l'ambivalence
 Bulles = propriété-comportement-attitude
 Losanges = dimensions/comportements étudiés
 Flèche pleine : lien de causalité =donc
 Flèche pointillée: lien paradoxal=mais
 Bulles transparentes entre deux bulles : explicitent le lien entre les 2 propriétés=car
 Bulles superposées : renforcement de la propriété

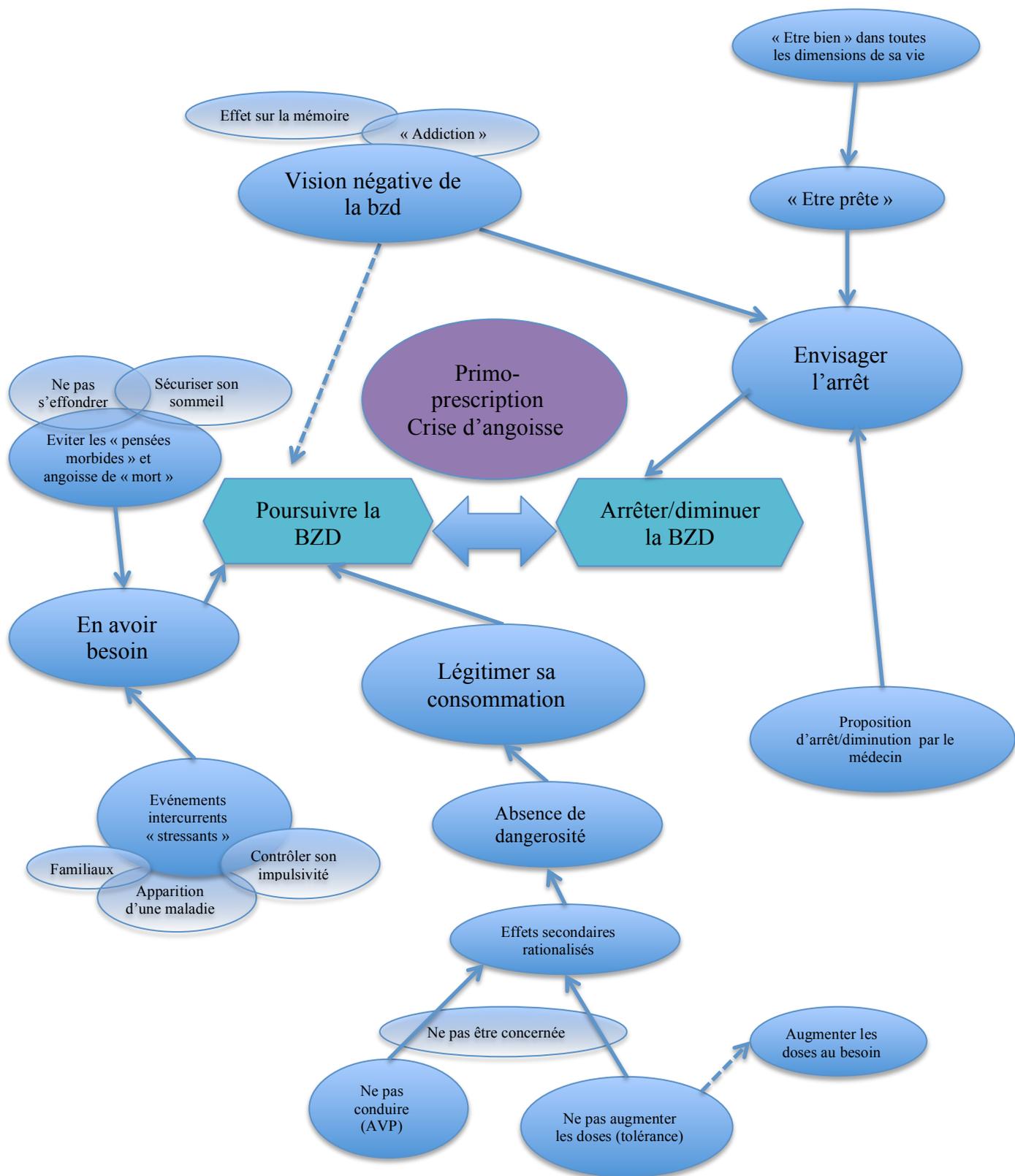
Portrait de Madame F

Mme F, 50 ans, est mariée et a deux enfants. Elle est actuellement assistante maternelle à domicile. Elle a débuté son traitement à l'âge de 40 ans pour des crises d'angoisse le soir avec des ruminations, des pensées morbides envahissantes et une impression de mort imminente. Elle émet l'hypothèse, suite à la suggestion d'une autre personne, que l'apparition de ses crises d'angoisses à l'âge de 40 ans correspond à l'âge qu'avait son père quand il est décédé dans un accident de la route en pleine nuit. C'est sûrement de « la psychologie à deux balles » dit-elle mais fait quand même le lien. Elle avait douze ans lors de ce tragique accident et dit avoir été traumatisé par cette nuit. Elle a été longtemps sujette à des crises d'angoisse étant jeune « avec des cauchemars » la nuit.

Initialement elle n'en prenait que de manière irrégulière, si besoin. Puis le « si besoin » est devenu un besoin quotidien. Au début son médecin était réticent à lui en prescrire mais voyant qu'elle en avait réellement besoin et du fait d'avoir un travail très stressant il a fini par lui en prescrire régulièrement. Elle dit en avoir déjà pris dans la journée quand elle a eu des gros problèmes pour « l'aider à passer la journée » et d'avoir augmenté la dose le soir (de un quart à un demi de Lexomil) au fur et à mesure des années. Elle a déjà diminué les doses le soir sur une période mais suite à des « petites pressions » de la vie et des « tracas » elle a ré-augmenté la dose à un demi. Elle a pour habitude de les prédécouper et de les ranger dans sa table de nuit. Elle en prends un quart en systématique et en reprend un quart si elle ne s'endort pas ou si elle anxieuse.

Elle sait qu'il serait bien d'arrêter : « ...ce n'est pas forcément bon non plus je le sais donc euh... je pense que ça serait bien aussi d'avoir un peu plus le contrôle en fait de me sentir plus ... je ne sais pas comment dire... de... de ...de...aussi dominer parce que j'ai l'impression d'être un peu tributaire de ce médicament... » et reconnaît que « c'est une forme d'addiction ». La preuve même quand elle le prend elle ne dort pas forcément mieux mais par contre elle n'a plus d'angoisse. Depuis qu'elle prend ce médicament elle n'a plus ses angoisses le soir... finalement c'est sûrement elle qui a énormément changé depuis dix ans... Pour arrêter, c'est comme la cigarette qu'elle a arrêté il y plusieurs années, il faudrait qu'elle se sente prête. Elle raconte aussi l'histoire de sa mère qui en essayant d'arrêter son traitement antidépresseur et anxiolytique était devenue insupportable. Elle a peur de devenir... Elle a déjà essayé d'autres thérapies (acupuncture, sophrologie) mais ressent qu'elle n'arrive pas à se laisser aller... alors qu'avec le Lexomil elle a l'impression « d'être plus cool ». Elle envisage des solutions pour arrêter comme alterner avec de l'homéopathie, de la phytothérapie ... et pourquoi pas essayer d'arrêter pendant les vacances d'été... Puis elle se fait la réflexion qu'il serait bien qu'elle note les prises, leurs fréquences, les circonstances, comme un calendrier...un peu comme avec sa diététicienne finalement.

Schéma de l'analyse de l'entretien 6



Double flèche centrale = situation figée dans l'ambivalence
 Bulles = propriété-comportement-attitude
 Losanges = dimensions/comportements étudiés
 Flèche pleine : lien de causalité =donc
 Flèche pointillée: lien paradoxal=mais
 Bulles transparentes entre deux bulles : explicite le lien entre les 2 propriétés=car
 Bulles superposées : renforcement de la propriété

Portrait de madame G

Mme G, 50 ans, veuve, travaille dans un supermarché où elle a dû être reclassée suite à des problèmes de santé. Initialement traitée par Efferalgan Codéiné pour des douleurs d'hernie discale, Mme G a eu des difficultés à dormir à l'arrêt de celui-ci (l'Efferalgan Codéiné ayant été remplacé par du Célébrex). Elle a donc débuté le Lexomil il y a maintenant 26 ans suite à l'arrêt de la codéine qui d'ailleurs la faisait dormir toute la journée : «...*quand on prend six Efferalgan-codéinés par jour on dort toute la journée...* »

Suite à la découverte de la maladie de son mari (cancer colorectal), elle a poursuivi le Lexomil, ce qui lui permettait de se détendre et de dormir un peu. Elle raconte avoir eu également des difficultés au travail avec sa direction à la limite de « l'harcèlement », ce qui l'a affectée. Elle prend son Lexomil le soir pour « *ne pas cogiter* » et trouver plus facilement le sommeil. Elle ajuste les doses de son traitement selon ses difficultés rencontrées, en parlant ou pas avec son médecin. Dans son processus de diminution sa soeur lui a conseillé l'Omezelis pour l'aider à dormir, ce qu'elle fait depuis un an dans l'objectif d'arrêter le Lexomil. Elle raconte qu'elle réalise un grand travail sur ces médicaments en essayant de diminuer d'abord le Celebrex avant d'envisager la diminution du Lexomil.

Elle ne veut pas entendre parler de suivi psychologique car pour elle cela ne sert à rien. Elle mentionne que sa belle-sœur est suivie depuis 25 ans pour dépression et qu'elle ne guérit toujours pas malgré son suivi et de nombreux traitements. Elle raconte avoir eu une mauvaise expérience du sevrage avec un relai par une benzodiazépine de demi-vie courte. Cette substitution s'est très mal passée car elle a présenté des troubles digestifs importants. Elle reproche à son médecin de ne pas avoir été disponible rapidement par téléphone et que cela était « irresponsable » et « dangereux ». Depuis elle ne veut plus en entendre parler ni par son médecin ni par ses remplaçant(e)s. Pour elle si un arrêt était envisagé, elle le ferait seule pour prendre ses responsabilités et éviter la catastrophe.

Mme G. pense à arrêter le Lexomil car les problèmes de mémoire liés au traitement lui font très peur. Son père est décédé avec la maladie d'Alzheimer. Sa mère est également atteinte et prenait du Lexomil il y plusieurs années. Lors du diagnostic de maladie d'Alzheimer de sa mère , Mme G lui avait supprimé ses boîtes de Lexomil. La maladie d'Alzheimer lui fait très très peur... Mais pour l'arrêt c'est son problème maintenant, elle ne veut plus le faire avec son médecin car le

sevrage a été une expérience traumatisante pour elle. Elle pense qu'il faudrait mieux arrêter d'abord le Celebrex avant de débiter l'arrêt du Lexomil, en ayant bien comme objectif d'arrêter complètement un jour le Lexomil.

Schéma de l'analyse de l'entretien 7



Double flèche centrale = situation figée dans l'ambivalence
 Bulles = propriété-comportement-attitude
 Losanges = dimensions/comportements étudiés
 Flèche pleine : lien de causalité =donc
 Flèche pointillée: lien paradoxal=mais
 Bulles transparentes entre deux bulles : explicitent le lien entre les 2 propriétés=car
 Bulles superposées : renforcement de la propriété

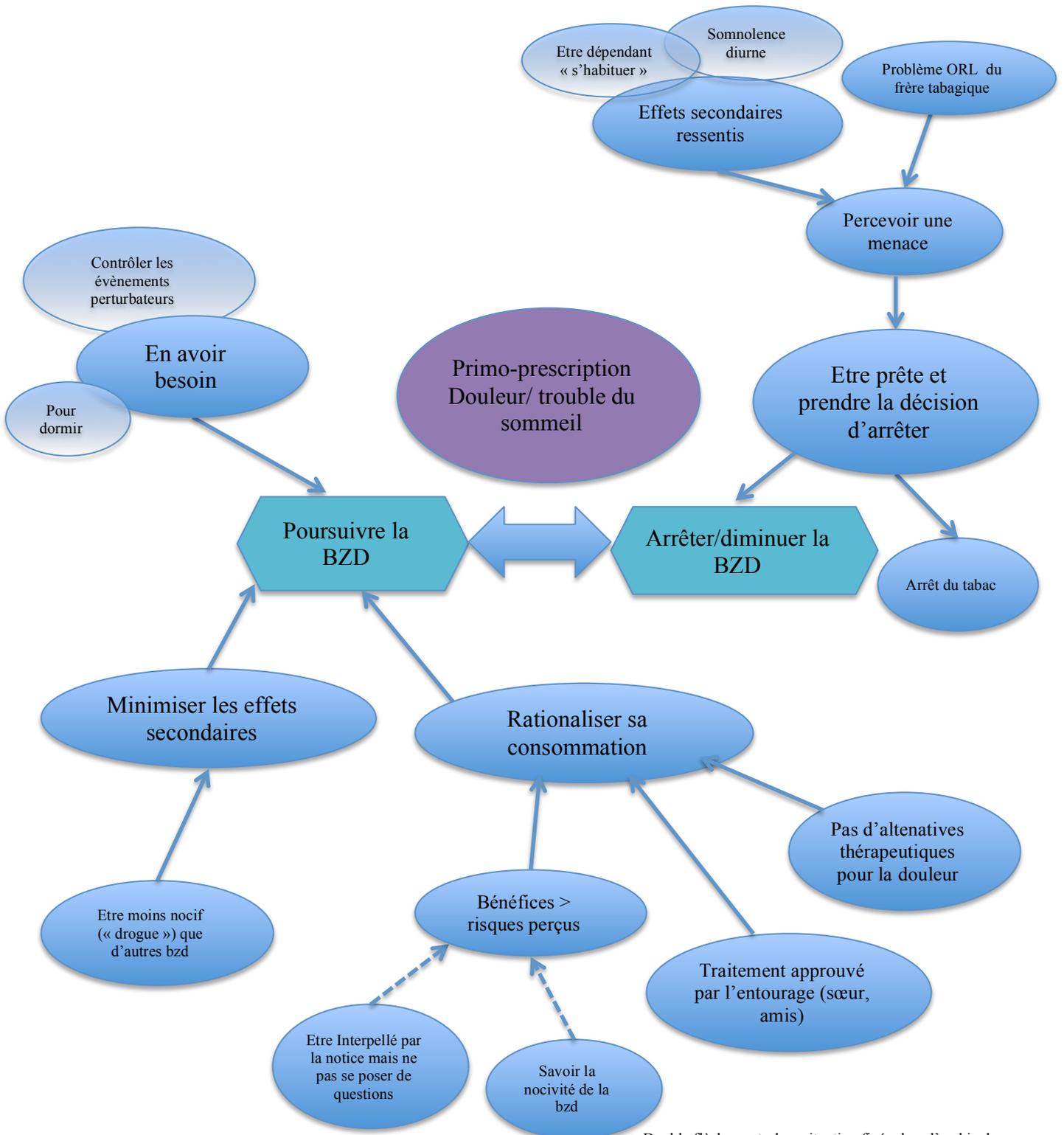
Portrait de Madame H

Mme H, 50 ans, est auxiliaire de vie à domicile et vit seule chez elle. Suite à des opérations pour une malformation vasculaire de la jambe il y a une trentaine d'années, elle a été amenée à prendre du Myolastan pour des douleurs. Ce dernier a été, suite son retrait du marché, remplacé par du Lexomil. Elle a initialement débuté ces médicaments pour des douleurs invalidantes persistantes qui s'aggravaient surtout en fin de journée et au coucher. Malgré l'essai de nombreuses thérapeutiques (palier 2 et 3, kinésithérapie...) rien n'était vraiment efficace pour la soulager le soir et pour lui permettre de dormir convenablement. Elle est actuellement sous Seresta car le Lexomil était trop fort et lui donnait envie de dormir tout le temps.

Malgré une prise en charge au centre douleur, elle n'a pas été soulagé et n'a pas tiré d'avantages de ce suivi. Elle dit avoir plus subit les effets secondaires des antalgiques prescrit. Les séances de kinésithérapies ont été efficaces mais sur des courtes durées puis un « ras le bol » s'est installé car elle y allait depuis qu'elle était toute petite. Elle a également essayé des médecines parallèles comme le magnétiseur, l'acupuncture, l'homéopathie... mais n'en a pas tiré de bénéfices. Elle trouve dans le Seresta un moyen d'avoir des nuits plus correctes.

Elle aimerait bien arrêter mais pour cela il faudrait lui trouver une solution pour soulager ses douleurs et donc avoir des nuits agréables Elle a déjà diminué les doses avec son médecin et pense encore diminuer mais plutôt lors des vacances pour être « plus apaisé ». Elle sait que ce n'est pas forcément une bonne chose mais n'envisage pas d'autres possibilités pour le moment. Un arrêt serait « *formidable (...) si je pouvais aller me coucher sans ... sans avoir mal... sans me sentir...oui pour moi ce serait l'idéal oui* ».

Schéma de l'analyse de l'entretien 8



Double flèche centrale = situation figée dans l'ambivalence
 Bulles = propriété-comportement-attitude
 Losanges = dimensions/comportements étudiés
 Flèche pleine : lien de causalité =donc
 Flèche pointillée: lien paradoxal=mais
 Bulles transparentes entre deux bulles : explicitent le lien entre les 2 propriétés=car
 Bulles superposées : renforcement de la propriété

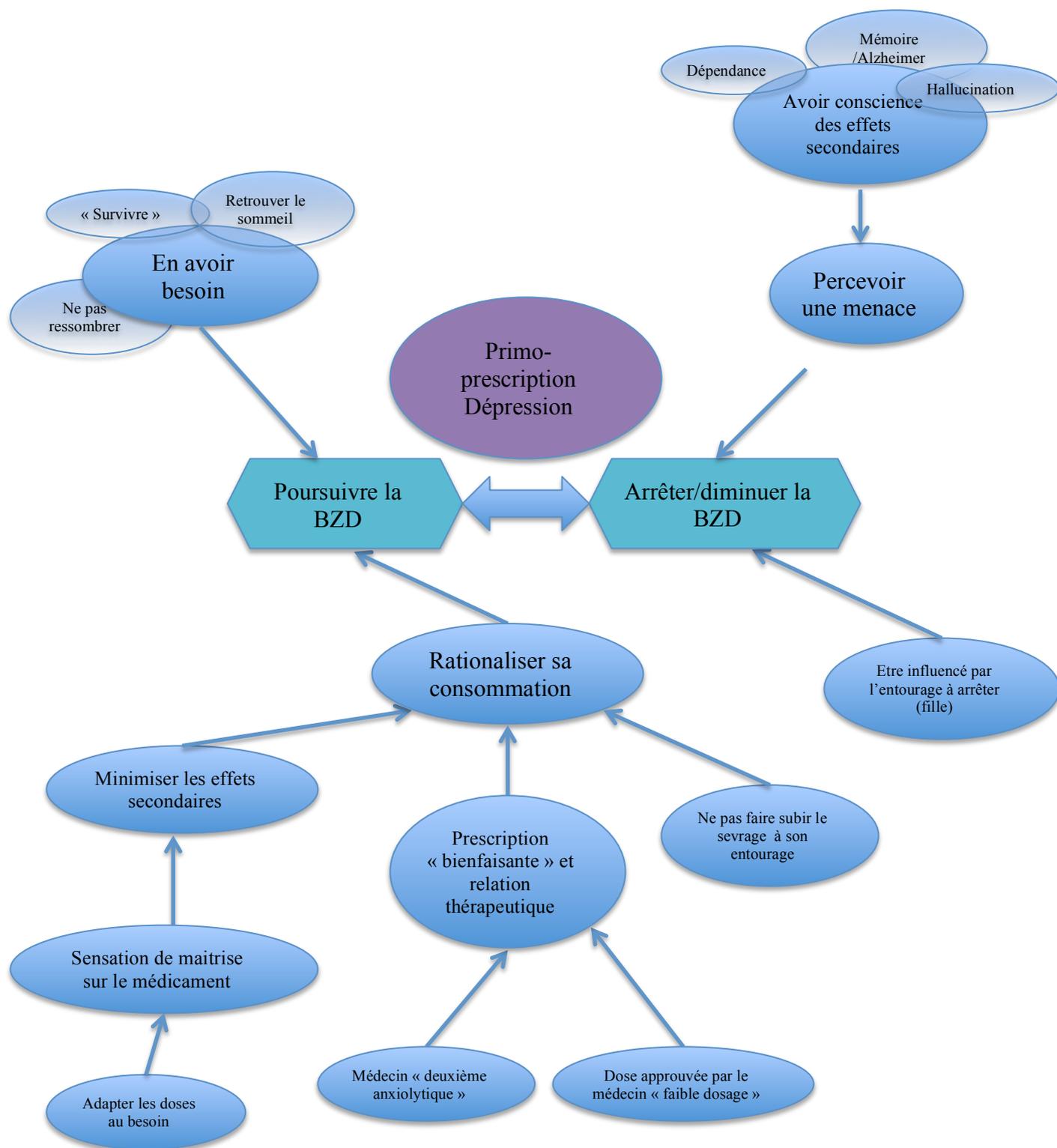
Portrait de Madame I

Mme I, 59 ans, veuve, vit avec son nouveau compagnon depuis plusieurs années. Elle a été mariée deux fois et a trois enfants. Mme I a vécu des violences conjugales lors de son premier mariage. Elle est actuellement à la retraite.

Elle a débuté son traitement par Lexomil il y a plusieurs années suite au décès de son jeune fils lors d'un accident de moto. Elle a eu beaucoup de mal à surmonter ce drame et aurait fait des « bêtises » sans ce traitement. Le Lexomil l'a aidé à retrouver son sommeil et lui a permis d'éviter de tout ressasser. Elle s'en veut énormément de lui avoir acheté sa moto et n'était pas préparée à un tel accident. Pour elle, elle « mourra avec ce manque » de son fils, son corps et son esprit depuis ce drame ne fonctionnent plus de la même façon, elle vit avec cette souffrance jour et nuit. Son compagnon est très investi pour l'aider à surmonter sa douleur, il est présent pour faire des activités quand elle n'est pas bien et a même un rôle dans la surveillance de son traitement. En effet, Mme I a malheureusement déjà essayé de mettre fin à ses jours avec le Lexomil. Elle a d'ailleurs déjà été hospitalisée à l'hôpital pour tentative de suicide qu'elle décrit plutôt comme un « appel au secours ». Elle ne parle pas à son médecin ni de son désir d'arrêt ni des fois où elle a pris de forte dose par peur dit-elle que ce dernier arrête de lui prescrire le Lexomil.

Elle a bien conscience que le médicament peut avoir des effets négatifs (comme la perte de la mémoire essentiellement). Son ancien médecin et son oncle pharmacien lui avaient confirmé il y a quelques années l'effet du médicament sur la mémoire. Elle reconnaît aussi la dépendance face à son traitement. Mais malgré cela elle n'arrive pas à l'arrêter car elle a en besoin. Elle a déjà essayé de diminuer plusieurs fois mais se retrouve souvent à ré-augmenter les doses selon son humeur . Elle décrit ses écarts de doses comme si elle s'écartait d'un fil (lui permettant de rester dans le droit chemin) et donc d'un état de stabilité émotionnelle.

Schéma de l'analyse de l'entretien 9



Double flèche centrale = situation figée dans l'ambivalence
 Bulles = propriété-comportement-attitude
 Losanges = dimensions/comportements étudiés
 Flèche pleine : lien de causalité =donc
 Flèche pointillée: lien paradoxal=mais
 Bulles transparentes entre deux bulles : explicitent le lien entre les 2 propriétés=car
 Bulles superposées : renforcement de la propriété

Portrait de Monsieur J

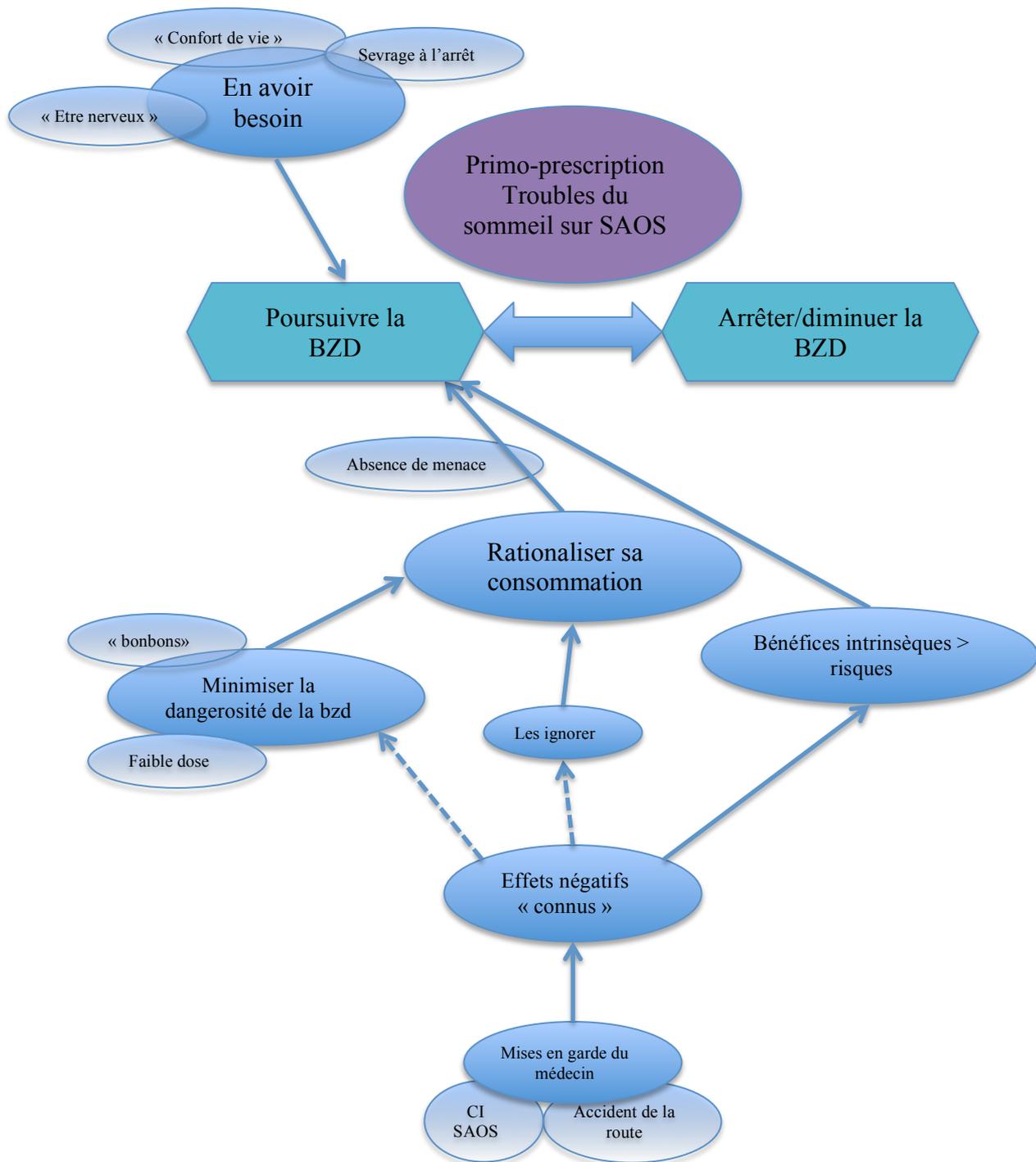
M. J ,49 ans, chauffeur routier vit avec sa femme. Il a débuté son traitement il y a plusieurs années car il dit être « *relativement nerveux* », il ne se souvient plus vraiment finalement ... Sa femme précise que c'était surtout suite à son apnée du sommeil. Il avait du mal à dormir et ressentait une asthénie matinale mise sur le compte de troubles du sommeil. Depuis il n'envisage absolument pas d'arrêter car il se sent très bien avec son traitement en comparaison à d'autres qui ne lui vont pas du tout.

Il a déjà interrompu son traitement du jour au lendemain, après dit-il, « avoir été privé de bonbons par son médecin ». Il dit avoir eu la tête qui tournait, des vertiges, à ne pas s'être senti bien...donc il préfère le prendre. Il a par la suite repris de lui-même car il en avait en « réserve ». Son médecin l'informe bien de la dangerosité potentielle avec sa pathologie respiratoire et de son désir de ne pas le prescrire mais M. J insiste auprès de lui. Il sait bien qu'il ne faut pas en prendre avec sa pathologie respiratoire et son métier mais comme il se sent mieux dans la journée avec cela ne lui pose pas de problème et continue donc à le prendre. Il est satisfait de son médicament et n'envisage en aucun cas de l'arrêter car c'est « un confort », « un cachet de confort ». En plus son métier est stressant, donc ce cachet lui apporte de la « sérénité » dans son travail. Même si il sait qu'il n'en prendra pas à cause de son travail, le fait d'en avoir sur lui le rassure. Pour lui le 0,25 mg n'est pas très « fort » et puis son appareillage nocturne permet de contrebalancer les apnées imputables au médicament.

Il dit bien que son médecin l'informe régulièrement des effets néfastes mais qu'il préfère ne pas les écouter et n'entendre que ce qui l'arrange. Sa femme prend également un anxiolytique depuis très longtemps suite à des crises d'angoisse. Le couple mentionne qu'il arrive des fois que l'un prenne le traitement de l'autre selon leurs besoins et « qu'elle lui vole ses bonbons ». Il n'envisage absolument pas d'arrêter car pour lui il n'y a aucun problème lié à sa consommation.

A la fin de l'entretien M. J suggère lui-même des solutions pour arrêter le médicament, comme l'autohypnose par exemple ou d'autres alternatives. Mais il dit qu'il faut qu'il soit guidé par le médecin pour éventuellement trouver des solutions qui pourrait l'aider à arrêter le comprimé. Car il ne sait pas ce qui est le mieux pour lui et aimerait qu'on lui indique les meilleures possibilités...

Schéma de l'analyse de l'entretien 10



Double flèche centrale = situation figée dans l'ambivalence
 Bulles = propriété-comportement-attitude
 Losanges = dimensions/comportements étudiés
 Flèche pleine : lien de causalité =donc
 Flèche pointillée: lien paradoxal=mais
 Bulles transparentes entre deux bulles : explicitent le lien entre les 2 propriétés=car
 Bulles superposées : renforcement de la propriété

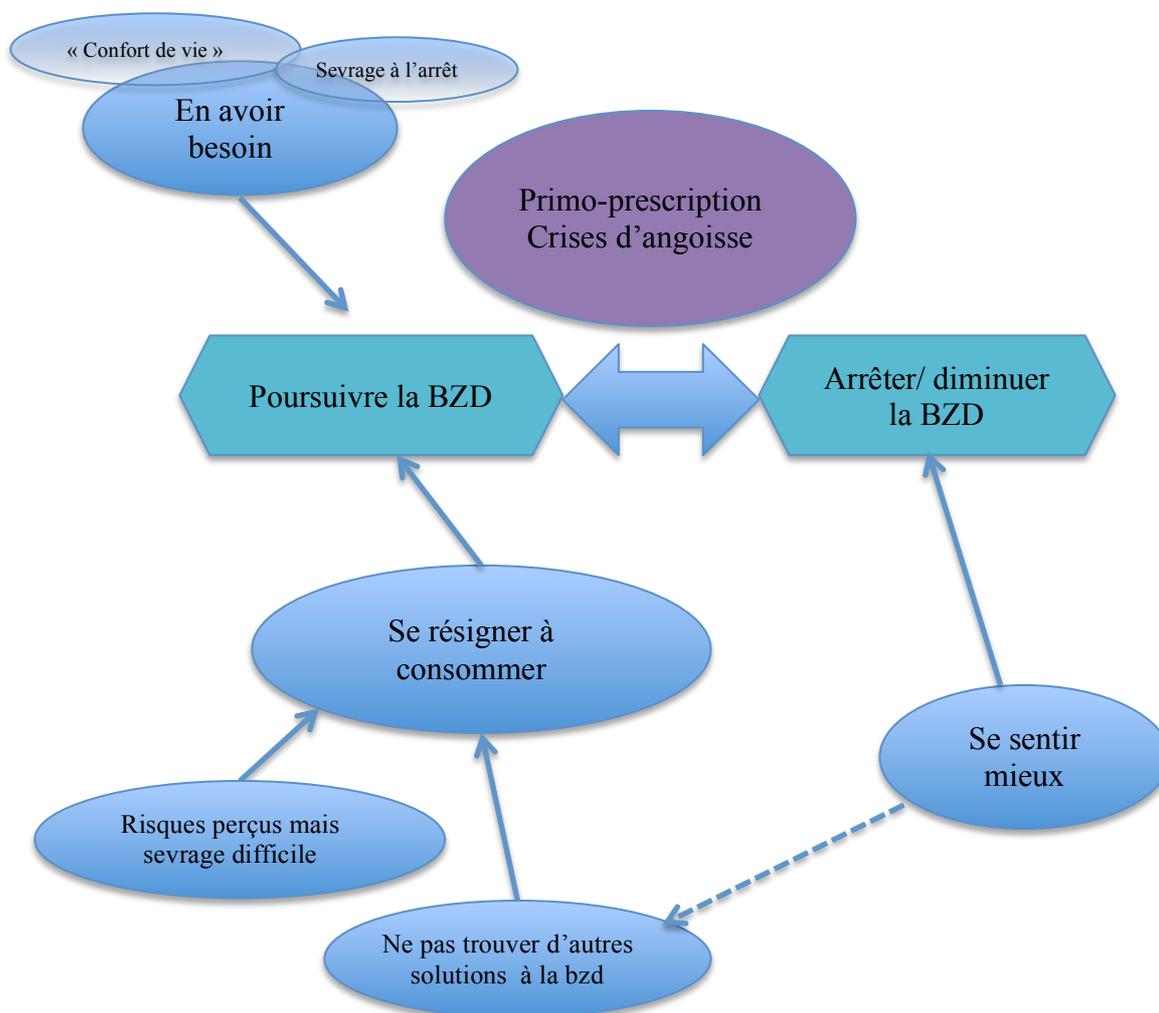
Portrait de Madame J

Mme J , 62 ans vit avec son mari, elle a deux filles. Elle ne travaille pas. Elle prends de l'alprazolam depuis 12 ans pour des crises d'angoisse secondaires aux problèmes de santé de ses deux filles. Elle en prend un le soir systématiquement mais cela lui arrive d'en rendre dans la journée si elle ne sent pas bien, « *oppressée ou un truc comme ça* ».

Elle aimerait bien l'arrêter, elle serait « contente » mais elle ressent « le manque » quand elle ne le prend pas. Elle envisagerait de l'arrêter « *si on trouvait le pourquoi, le pour qui et le comment de pourquoi je ne me sens pas bien* ». Mme J est plus demandeuse d'un suivi psychologique car elle sent bien qu'elle est « *accro* » même si c'est un « *confort* ». Des fois elle ressent des grosses fatigues dans la journée, elle prend alors un alprazolam et cette fatigue passe...elle suppose donc que cette fatigue est due à un stress...

Pour elle c'est comme la cigarette, il ne faudrait pas commencer et trouver d'autres méthodes pour se soigner. Elle se questionne sur comment arrêter alors que ça fait dix ans qu'elle en prend, et qu'elle ressent très rapidement le « manque » et qu'elle pense se rendre malade rien que du fait de ne pas l'avoir pris . Elle se dit qu'il faudrait trouver un autre système « *moins médicament* » finalement.

Schéma d'analyse de l'entretien 10



Double flèche centrale = situation figée dans l'ambivalence
Bulles = propriété-comportement-attitude
Losanges = dimensions/comportements étudiés
Flèche pleine : lien de causalité = donc
Flèche pointillée: lien paradoxal = mais
Bulles transparentes entre deux bulles : explicitent le lien entre les 2 propriétés = car
Bulles superposées : renforcement de la propriété

Annexes

Annexe 1 : Tableau des benzodiazépines et apparentés actuellement commercialisées en France

Tableau 1 : benzodiazépines et apparentées actuellement commercialisées en France

Substance active	Nom des spécialités commercialisées	Année de première AMM	Classe	Demi-vie (h)
Anxiolytiques				
Alprazolam	Xanax et génériques	1982	Anxiolytique	6-18
Bromazépam	Lexomil et génériques	1974	Anxiolytique	8-20
Clobazam	Urbanyl	1974	Anxiolytique	10-31
Clorazépate potassique	Tranxene	1974	Anxiolytique	2
Clotiazépam	Veratran	1982	Anxiolytique	4
Diazépam	Valium	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
Hypnotiques				
Estazolam	Puctalon	1977	Hypnotique	10-31
Flunitrazépam	Rohypnol, Narcozep	1984 1973	Hypnotique	9-31
Loprazolam	Haviane	1981	Hypnotique	3,3-14,8
Lormétazépam	Noctamide	1987	Hypnotique	10
Midazolam	Hypnovel Versed	1986 1988	Hypnotique	1-4
Nitrazépam	Mogadon	1965	Hypnotique	17-48
Témazépam	Normison	1981	Hypnotique	3-13
Apparentées aux benzodiazépines				
Zolpidem	Stilnox et génériques	1987	Hypnotique	0,7-3
Zopiclone	Imovane et génériques	1984	Hypnotique	5
Myorelaxant				
Tétrazépam	Myolastan et génériques	1974	Myorelaxant	10-25
Anticonvulsivant				
Clonazépam	Rivotril	1973	Antiépileptique	19-60
Midazolam	Buccolam	2011	Antiépileptique	1-4
<p>demi-vie courte < 10 h : midazolam, témazépam, clotiazépam demi-vie intermédiaire 10-24 h : alprazolam, bromazépam, clobazam, estazolam, loprazolam, lorazépam, lormétazépam, nitrazépam, oxazépam, tétrazépam demi-vie longue > 24 h : clonazépam, diazépam, éthyl loflazépate</p>				

Annexe 2 : Syndrome de sevrage, effet rebond et rechute

	Définition	Symptômes	Délai d'apparition et évolution
Syndrome de sevrage	Apparition de signes nouveaux dus à l'arrêt ou la diminution de la prise.	Signes généraux fréquents : anxiété, insomnie, céphalées. Signes plus spécifiques : confusion, hallucination. Plus rarement : troubles de vigilance, convulsions, incoordination motrice, coma.	Apparition possible pendant la réduction de posologie pouvant durer jusqu'à quelques jours après la dernière prise. Atténuation progressive.
Effet rebond	Réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement dont l'intensité est augmentée.	Le plus souvent : anxiété et insomnie.	Apparition quelques heures à quelques jours après la dernière prise. Atténuation progressive (1 à 3 semaines).
Rechute	Réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement.	Anxiété, insomnie, attaques de panique, phobies, etc.	Apparition plusieurs jours à plusieurs semaines après la dernière prise.

Annexe 3 : Grille d'entretien

Présentation aux patients :

Thème : réalisation d'une thèse de médecine générale concernant certains médicaments prescrits pour l'anxiété et/ou les troubles du sommeil.

Objectif : Cette étude vise à recueillir le point de vue des personnes qui prennent un médicament indiqué en cas d'anxiété ou de troubles du sommeil pour comprendre pourquoi les patients prennent ces traitements depuis autant de temps et comprendre leur ressenti à travers leurs représentations de leur(s) problème(s) de santé et de leur traitement, afin d'améliorer la pratique des médecins généralistes dans la gestion de ceux-ci.

Pourquoi ce patient : parce qu'il correspond au profil des patients recherchés en vue de la réalisation de l'étude, profil établi à partir de critères spécifiques (âge, traitement, ...)

Durée de l'entretien : 45 minutes à 1 heure

Conditions entretiens : Les données recueillies seront enregistrées et resteront strictement confidentielles.

Consigne initiale : Vous prenez un traitement pour l'anxiété et/ou le sommeil. Racontez-moi le début de ce traitement, ce que cela représente pour vous depuis le début du traitement.

1/ Que pensez-vous de la dangerosité potentielle de ce médicament ?

→ Pensez-vous qu'il ne présente aucun danger au long court ?

→ Que savez-vous sur les effets secondaires ?

2/ Quels seraient les bénéfices à l'arrêt du traitement ?

3/ Et quelles seraient les barrières à l'arrêt du traitement ?

4/ Parlez-moi de l'importance de ce médicament pour votre santé ?

→ Quelle est la place de ce médicament dans votre vie de tous les jours ?

→ Pensez-vous que votre santé dépend de ce médicament ?

→ Et votre santé future ?

5/ Pensez-vous que ce médicament perturbe votre vie ?

SI OUI : comment ? Si NON : pourquoi ?

6/ Que pensez-vous du risque de dépendance ? Etes-vous inquiet de le devenir ?

7/ Parlez-moi des difficultés et des obstacles pour l'arrêt de ce traitement que vous avez rencontré ?

→ Racontez-moi votre expérience ? Comment avez-vous fait ?

→ Comment cela se passe-t-il en pratique ?

→ Si pas d'essai d'arrêt : pour quelle(s) raison(s) ? Quelles craintes et hésitations avez-vous eu à interrompre ce traitement ?

→ Quels sont les avantages et les inconvénients de l'arrêt ?

→ Si vous oubliez de le prendre, quelle en est votre expérience ?

8/ En avez-vous déjà parlé autour de vous ?

→ à votre médecin ou à un autre professionnel de santé ? A un proche ?

9/ Quels seraient vos besoins en tant que patient pour pouvoir arrêter votre traitement ?

→ Quelles seraient vos suggestions pour améliorer l'arrêt des benzodiazépines ?

→ Comment pourrait-on vous aider ?

Je vous remercie pour votre participation et pour l'aide que vous avez apportée à la réalisation de mon travail de thèse.

Annexe 4 : Lettre d'information aux médecins

Chère Consœur, Cher Confrère,

Je me permets de vous écrire car actuellement remplaçante en médecine générale, je souhaite réaliser dans le cadre de ma thèse, une enquête auprès des patients qui consomment de manière chronique une benzodiazépine initialement prescrite pour anxiété ou insomnie.

La France est le 2ème pays consommateur de benzodiazépines. En janvier 2012, l'Afssaps a publié un rapport qui confirme qu'un français sur cinq consomme chaque année une benzodiazépine ou une molécule apparentée.

Cette consommation n'est pas sans conséquence sur les patients (nombreux effets secondaires) et un syndrome de sevrage est parfois source de difficulté à l'arrêt.

Je réaliserai une enquête qualitative, étude encadrée par le docteur Cédric Rat et le docteur Maud Jourdain. L'analyse des entretiens tendra à déterminer des informations pertinentes venant des patients dans la perspective d'élaborer un outil d'aide au sevrage.

Ainsi, je vous sollicite pour bien vouloir me mettre en contact avec vos patients consommant une benzodiazépine +/- un inhibiteur de recapture de la sérotonine depuis plus de 3 mois âgés de 18 à 65 ans ne présentant pas de comorbidités psychiatriques ou neurologiques sous-jacentes (en dehors d'un épisode dépressif) et intéressés par le travail mené.

L'entretien avec le patient pourra avoir lieu, selon sa convenance, à son domicile ou au sein de votre cabinet médical. La durée de l'entretien sera d'environ une heure.

Vous trouverez ci-joint un document à remettre aux patients afin de leur exposer ma démarche. Je compte sur votre participation pour me faire parvenir, après leur accord, leurs coordonnées téléphoniques afin que je puisse fixer un rendez-vous avec eux.

Je vous remercie par avance de l'aide que vous voudrez bien apporter à mon travail.

Bien confraternellement.

Annexe 5 : 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.

En effet, actuellement médecin généraliste remplaçante, je souhaite réaliser un travail de recherche dans le cadre de ma thèse sur la consommation et l'arrêt des benzodiazépines, médicaments principalement utilisés dans les troubles du sommeil et l'anxiété.

L'objectif de mon travail est de recueillir votre point de vue en vous rencontrant et en échangeant sur votre traitement afin de déterminer des informations pertinentes dans la perspective d'élaborer un outil qui permettra de mieux accompagner les patients.

Je fais donc appel à vous pour participer à mon travail qui consistera à se rencontrer pendant environ une heure afin d'échanger sur votre traitement. Je vous contacterai téléphoniquement après réception de vos coordonnées par l'intermédiaire de votre médecin.

Vous remerciant par avance de l'intérêt que vous portez à ce travail et espérant vous rencontrer rapidement, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Laura Rosier

Remplaçante en médecine générale

Ancienne interne des Hôpitaux de Nantes, sous la direction du Dr Rat Cédric et Dr Jourdain Maud de la faculté de médecine de Nantes

Annexe 6 : Lettre d'information et consentement écrit

LETTRE D'INFORMATION :

L'étude à laquelle vous participez a pour objectif de recueillir votre point de vue en vous rencontrant et en échangeant sur votre traitement afin de déterminer des informations pertinentes dans la perspective d'élaborer un outil qui permettra de mieux accompagner les patients.

Les entretiens se dérouleront au cabinet médical ou à votre domicile, pour une durée d'environ une heure. Les entretiens seront enregistrés afin de retranscrire au plus près de votre narration. L'analyse par la suite des récits se fera dans le respect de la confidentialité en préservant votre anonymat.

Si vous le souhaitez, je vous informerai des résultats de l'étude.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT :

J'ai été informé qu'un traitement de mes données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de cette étude au regard de l'objectif de cette dernière .

J'ai été informé que, conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification .

Je dispose également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes, par le secret professionnel, susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette étude et d'être traitées.

A compléter par le participant :

Nom Prénom :

J'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dont j'ai été informé des tenants et aboutissants. Je conserverai un exemplaire de la lettre d'information et du formulaire de consentement dûment complété et signé.

Date :

Signature :

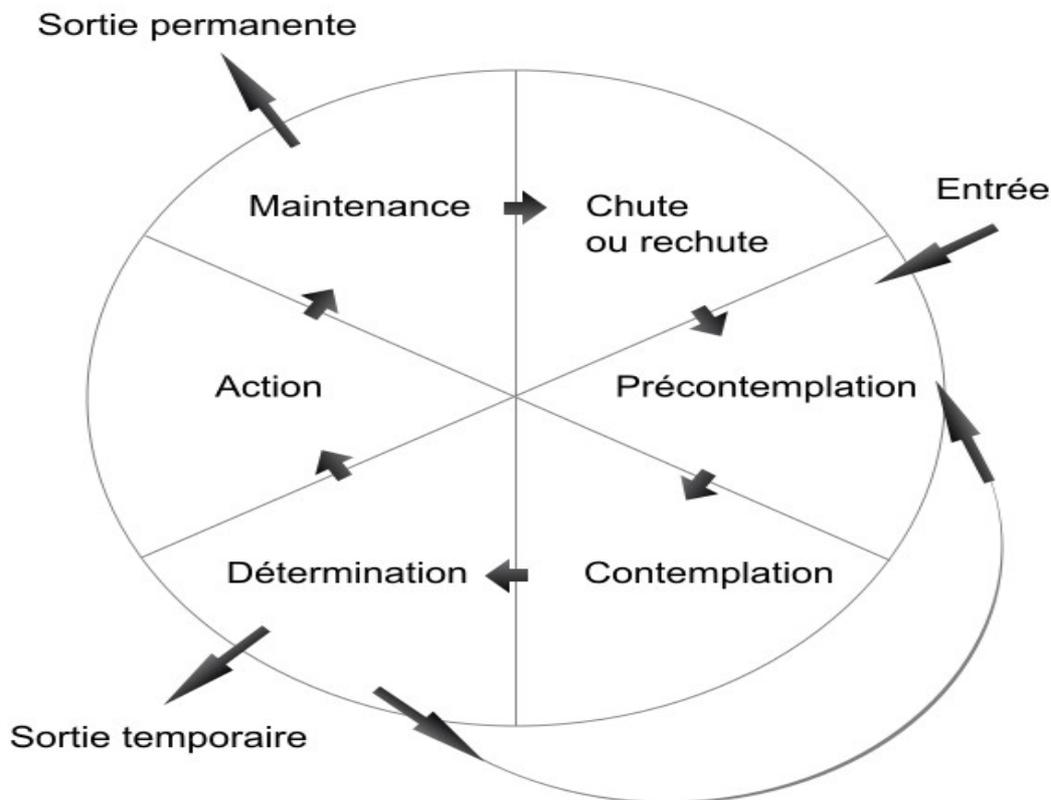
A compléter par le médecin investigateur :

Je soussignée, Laura Rosier, médecin généraliste remplaçante, déclare avoir personnellement recueilli le consentement de participation du patient à cette étude.

Date :

Signature :

Annexe 8 : Le cercle de Prochaska et Di Clemente (intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé, 2017)



1. Pré-contemplation

Le patient ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation. Il n'envisage pas de changer de comportement, dont il ressent essentiellement les bénéfices.

Attitude du professionnel : transmettre quelques informations dans une stratégie de réduction des risques. Cela peut être abordé sous forme de questions : « comment faites-vous pour réduire les risques de bad trip ? les risques de dépendance ? pour limiter les effets nocifs comme les troubles de la mémoire par exemple ? »

2. Contemplation

À ce stade commence à se manifester l'ambivalence. Le patient envisage un changement de comportement, mais il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. On parle alors de balance décisionnelle, qui amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de son comportement actuel.

Attitude du professionnel :

* réaliser un entretien motivationnel visant à développer la motivation de la personne, en s'appuyant notamment sur les divergences entre le comportement et les valeurs du patient (enfants, travail, famille, études, santé mentale...)

* évaluer les risques et les avantages de la consommation

* reconnaître l'ambivalence et évoquer les raisons de changer

3. Préparation/détermination

À ce stade, le patient se sent prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche ; il détermine des décisions et commence à les mettre en place dans le temps.

Attitude du professionnel :

- * valoriser toute décision de changement
- * aider à trouver une bonne stratégie : établir des plans, fixer des buts et déterminer les ressources nécessaires pour appuyer les interventions définies

4. Action

Le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. Les difficultés sont importantes.

Attitude du professionnel : soutenir et encourager le patient pour l'aider à avancer.

5. Maintien

À cette phase de consolidation, il convient de rester prudent car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique.

Attitude du professionnel :

- * faire une liste des situations à risque de « rechute »
- * préparer un système d'alarme en cas de rechute
- * valoriser les efforts

6. Rechute

La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps qui peut être nécessaire à la réussite finale du processus.

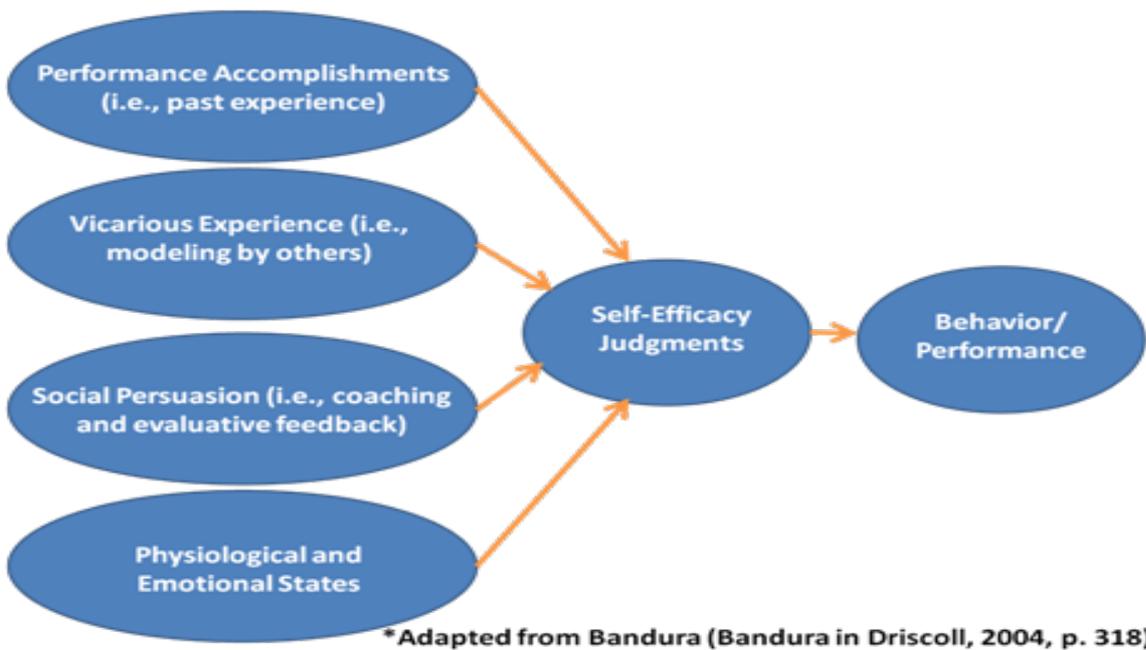
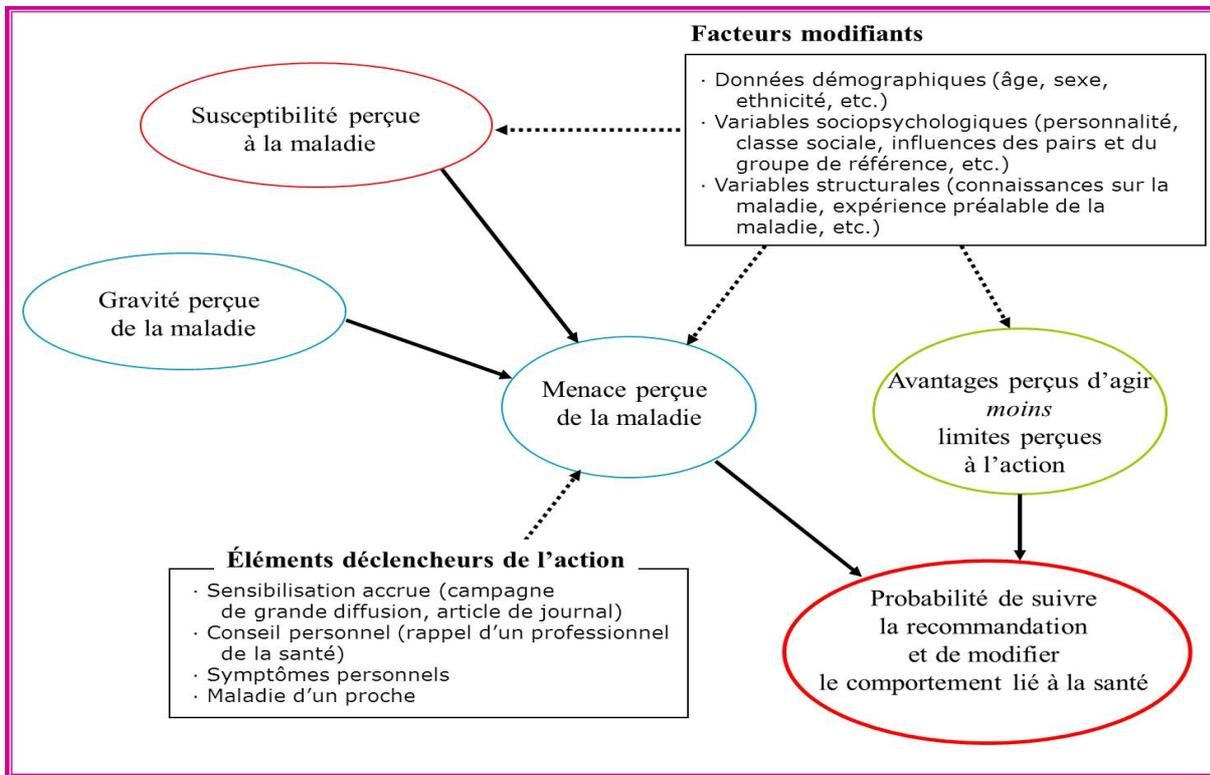
Attitude du professionnel :

- * dédramatiser
- * être tolérant avec le patient
- * réunir les réseaux de soutien

7. Sortie permanente

Ce stade marque la réussite finale du processus dans lequel la personne consolide le stade de maintien.

Annexe 9 : Aperçu schématique du Modèle des croyances relatives à la santé et de la théorie de l'auto-efficacité



Annexe 10 : Tableau d'équivalence des benzodiazépines

Benzodiazépines	Demi-vie (en h) [Métabolite actif]	But commercial ¹	Équivalence approximative Doses orales en (mg) ²
Alprazolam (Xanax)	6-12	a	0.5
Bromazépam (Lexotan, Lexomil)	10-20	a	5-6
Chlordiazépoxyde (Librium, Librax)	5-30 [36-200]	a	25
Clobazam (Frisium, Urbanyl)	12-60	a,e	20
Clonazépam (Klonopin, Rivotril)	18-50	a,e	0.5
Clorazépate (Tranxène)	[36-200]	a	15
Diazépam (Valium, Novazam)	20-100 [36-200]	a	10
Estazolam (ProSom, Nuctalon)	10-24	h	1-2
Flunitrazépam (Rohypnol)	18-26 [36-200]	h	1
Flurazépam (Dalmane, Somnal)	[40-250]	h	15-30
Halazépam (Paxipam)	[30-100]	a	20
Kétazolam (Anxon, Loftran)	30-100 [36-200]	a	15-30
Loprazolam (Dormonoc, Havlane)	6-12	h	1-2
Lorazépam (Ativan, Téresta)	10-20	a	1
Lormétazépam (Noctamid, Noctamide)	10-12	h	1-2
Médazépam (Nobrium)	36-200	a	10
Nitrazépam (Mogadon)	15-38	h	10
Nordazépam (Nordaz, Calmday)	36-200	a	10
Oxazépam (Serax, Serenid, Serepax, Séresta)	4-15	a	20
Prazépam (Centrax, Lysanxia)	[36-200]	a	10-20
Quazépam (Doral)	25-100	h	20
Témazépam (Restoril, Normison, Euhypnos)	8-22	h	20
Triazolam (Halcion)	2	h	0.5
Non-Benzodiazépines mais avec des réactions similaires³			
Zaleplon (Sonata, Starnoc)	2	h	20
Zolpidem (Ambien, Stilnoct, Stilnox)	2	h	20
Zopiclone (Zimovane, Imovane)	5-6	h	15

Annexe 11 : Echelle d'attachement aux benzodiazépines

Echelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (attribuer 1 point en cas de réponse « vrai », sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »)		
Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments tranquillisants et/ou somnifères que vous prenez.		
Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.		
Il est indispensable de répondre à toutes les propositions avec une seule réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.		
Nom du médicament concerné :		
	Vrai	Faux
1.	Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
2.	Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
3.	Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
4.	J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
5.	J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
6.	J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
7.	Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
8.	Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
9.	Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
10.	Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Serment d'Hippocrate

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.

Relation des patients consommateurs chroniques avec leur traitement par benzodiazépines : Etude qualitative par entretiens auprès de onze patients âgés de 18 à 65 ans.

RESUME

Contexte: Malgré les effets secondaires importants et en dépit des campagnes de sensibilisation à l'intention des médecins, la consommation chronique de benzodiazépines (BZD) reste importante en France. **Objectif :** Explorer la relation qu'entretiennent les patients avec leur traitement en vue de dégager des pistes d'aide au sevrage destinées aux médecins généralistes (MG). **Méthodes :** Etude qualitative réalisée auprès de onze patients recrutés dans des cabinets variés par des entretiens en Loire-Atlantique entre janvier et juillet 2017 réalisée dans une perspective compréhensive et d'orientation interactionniste par une remplaçante de médecine générale. L'analyse a fait l'objet d'une triangulation des chercheurs et des sources liée à la position de praticienne de la chercheuse. **Résultats :** La primo-prescription dans le récit des enquêtés ne correspondait pas forcément à une indication conforme aux recommandations médicales. Cette primo-prescription, malgré la consommation particulièrement ancienne dans l'échantillon (10 à 30 ans) apparaissait déterminante dans les relations des enquêtés avec leur BZD. De même, les raisons à l'origine de la poursuite du traitement ne renvoyaient pas à un diagnostic médical dans leur discours. Trois types de consommation ont été mise en évidence par l'analyse de leur relation avec leur traitement : la consommation « non problématique » avec une poursuite volontaire et positive, la consommation « réaliste » avec une résignation à poursuivre, et la consommation ambiguë qui oscille entre les bénéfices et les inconvénients de la BZD. L'ambivalence concernant leur consommation a été mise en évidence et est au centre de l'approche du patient. Les patients exprimaient un manque d'information à propos de leur traitement aussi bien lors de la primo-prescription que lors du renouvellement. Ils pouvaient exprimer le sentiment de ne pas être suffisamment écoutés et déploraient un temps de parole limité avec leur médecin sur ce sujet. **Discussion-Conclusion:** La primo-prescription doit faire l'objet d'une attention particulière pour éviter un engrenement dans une consommation chronique avec l'apparition d'une dépendance. L'ambivalence doit être explorée avec le patient pour l'inciter à la résoudre par lui-même. Le rôle du médecin traitant paraît central pour informer son patient sur son traitement et pour favoriser le développement d'un temps de parole concernant la problématique du sevrage. Aussi, l'application de l'entretien motivationnel s'adapte particulièrement à la prise en charge du sevrage en BZD selon ces résultats. Un guide d'entretien a été proposé, basé sur ces résultats et sur la littérature. Il vise à explorer les croyances et connaissances des patients autour de la poursuite et de l'arrêt du traitement, en vue d'aider les MG à accompagner les patients dans le processus progressif vers l'arrêt ou la diminution des BZD. Il resterait à évaluer cet outil à travers son usage effectif.

MOTS-CLES

Dépendance aux benzodiazépines, syndrome de sevrage, enquête qualitative, ambivalence et discours-changement, entretien motivationnel.