

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNEE : 2023

N° 256

THÈSE

PRESENTÉE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S.

MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

FINANCE Maxime Bernard

Né le 27 mai 1991 à Sélestat (67)

**ANALYSE DU CHOIX DE PRESCRIPTION DE
BENZODIAZÉPINES ET APPARENTÉS DANS L'INSOMNIE
ET L'ANXIÉTÉ. MÉTASYNTHÈSE QUALITATIVE**

Président de Jury : Professeur Patrice BOURGIN

Directrice de Thèse : Docteur Juliette CHAMBE

Assesseur : Professeur Gilles BERTSCHY

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- **Dr. Robert A. Kelly** (1928-2008) (1997)
 - **Department:** Faculty of Graduate Studies
 - **Faculty:** Faculty of Graduate Studies
- **Dr. Robert W. Lee** (1928-2008) (1997)
 - **Department:** Faculty of Education
 - **Faculty:** Faculty of Education
 - **Research Interests:** Educational Leadership
 - **Publications:** *Journal of Curriculum Studies*, *Journal of Curriculum Theory*
- **Dr. Robert W. Lee** (1928-2008) (1997)
 - **Department:** Faculty of Education
 - **Faculty:** Faculty of Education
 - **Research Interests:** Educational Leadership
 - **Publications:** *Journal of Curriculum Studies*, *Journal of Curriculum Theory*
- **Dr. Robert W. Lee** (1928-2008) (1997)
 - **Department:** Faculty of Education
 - **Faculty:** Faculty of Education
 - **Research Interests:** Educational Leadership
 - **Publications:** *Journal of Curriculum Studies*, *Journal of Curriculum Theory*
- **Dr. Robert W. Lee** (1928-2008) (1997)
 - **Department:** Faculty of Education
 - **Faculty:** Faculty of Education
 - **Research Interests:** Educational Leadership
 - **Publications:** *Journal of Curriculum Studies*, *Journal of Curriculum Theory*

F2 - PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

NO. OF FTE	2011	2012
------------	------	------

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Dr. Robert A. Kelly	40.00
Dr. Robert W. Lee	40.00
Dr. Robert W. Lee	40.00
Dr. Robert W. Lee	40.00
Dr. Robert W. Lee	40.00
Dr. Robert W. Lee	40.00
Dr. Robert W. Lee	40.00



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

REMERCIEMENTS

À **Monsieur le Professeur Patrice Bourgin** : Je vous adresse mes remerciements sincères pour le grand honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

À **Monsieur le Professeur Gilles Bertschy** : Je vous remercie chaleureusement pour votre présence à mon jury. Votre présence en ce jour particulier m'honore. Soyez sûr de ma grande estime.

À **Madame le Docteur Juliette Chambe** : Je te remercie mille fois pour ton encadrement durant ma thèse. Pour ton soutien et ta patience sans faille mais surtout ta disponibilité.

À mes enseignants et seniors qui m'ont formé, que ça soit sur les bancs de la faculté, dans les différents hôpitaux où j'ai débuté ma pratique, dans les différents cabinets médicaux qui m'ont accueilli.

Aux équipes soignantes qui m'ont tant appris, aux patients qui m'ont tant donné.

À Mme Magali Risch, qui m'a (ré)appris les arcanes des recherches bibliographiques, sans qui cette étude aurait perdu de sa qualité.

À mes parents Marie-Rose et Philippe, qui m'ont soutenu depuis toutes ces années. Sans qui je n'aurais rien pu accomplir. Je tiens à vous remercier du fond du cœur.

À ma famille qui a su rester présente.

À mes co-internes qui ont réussi à me supporter. Mention spéciale aux urgentistes de l'extrême : Anaïs, Anouk, Cindy, Corinne, Émeline, Flore, Gilles, Julie, Luc, Marie, Marc, Manon, Sébastien. Une fine équipe pour un démarrage d'internat sur les chapeaux de roue.

À mes confrères et amis, Jean-Philippe et Thomas. N'oubliez jamais la loi de Schirmeck.

À mon co-externe devenu co-interne et ami, Thibault.

Et que faites-vous des très vieux amis ? (à lire impérativement avec la voix de Gandalf)

À Antoine, Charlotte, David, Geoffrey et Quentin. Je connais certains d'entre vous depuis la primaire, et à présent nous sommes si vieux...

TABLE DES MATIÈRES

THÈSE	1
1 RÉSUMÉ :	20
2 INTRODUCTION :	23
3 MÉTHODE :	26
3.1 Justification de la méthode.....	26
3.2 Sélection des mots clés et des équations de recherche	26
3.3 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	28
4 RÉSULTATS	30
4.1 Extraction des données :.....	30
4.2 Évaluation de la qualité :.....	31
4.3 Synthèse des donnés :	34
4.3.1 Culture et croyance	35
4.3.2 Le flou de la situation	55
4.3.3 Les facteurs extérieurs	59
4.3.4 Différence entre théorie et pratique	63
4.3.5 La relation médecin-patient	67
4.3.6 La place du médecin généraliste	69
4.3.7 Les pressions exercées sur le médecin	74
4.3.8 Les moyens donnés aux patients	78
4.3.9 Les sensations vécues par le patient	80
4.3.10 Le début d'un cycle de dépendance.	83
4.4 Vue d'ensemble de l'étude :	86
5 DISCUSSION :	88
5.1 Principaux résultats :	88
5.2 Forces et faiblesses de l'étude :	90
5.3 Comparaison avec la littérature :	91
5.3.1 L'âgisme :.....	91
5.3.2 La culture de prescription :.....	92
5.3.3 Communication et relation avec les patients :.....	93
5.3.4 Disparité entre recommandations des hautes instances et réalité du terrain :.....	94
5.4 Implication pour la recherche future :.....	95
5.4.1 Quel avenir pour la consommation de benzodiazépines et apparentés ?.....	95

5.4.2	Quelles solutions ?	96
6	CONCLUSION :	99
7	ANNEXES :	103
7.1	Annexe 1 : Échelle de sévérité de l'insomnie :	103
7.2	Annexe 2 : Recommandation de la Haute autorité de santé :	105
7.3	Annexe 3 : Consommation des anxiolytiques en Europe	106
7.4	Annexe 4 : Cconsommation des hypnotiques en Europe	107
7.5	Annexe 5 : Échantillons de citations sur quelques sous-thèmes :	108
8	BIBLIOGRAPHIE :	111

FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Diagramme de flux	29
Figure 2 : Nuage de mots	86
Figure 3 : Carte conceptuelle.....	90
Tableau 1 : Paradigme de recherche sur Pubmed.....	26
Tableau 2 : Évaluation de la qualité :.....	32
Tableau 3 : Synthèse des études sélectionnées	36
Tableau 4 Thèmes et sous thèmes	51
Tableau 5 : Répartition des codes sur échantillon.....	87

ABRÉVIATIONS

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

BZD : Benzodiazépine

CASP : Critical Appraisal Skills Programme

EBM : Evidence Based Medecine

OMS : Organisation mondiale de la santé

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

1 RÉSUMÉ :

Introduction : On estime qu'environ 10% de la population générale souffrirait d'insomnie et 5% de trouble anxieux généralisé. Pour contrer ces maux, des solutions non médicamenteuses existent, mais aussi des solutions médicamenteuses. La classe des barbituriques longtemps utilisée dans le cadre de l'insomnie avait des effets indésirables graves pouvant entraîner la mort. D'autres classes de médicaments développées ensuite : les benzodiazépines pour les troubles anxieux et l'insomnie et les Z-drugs pour les insomnies, ont des effets secondaires moindres. Ces molécules présentent tout de même des effets secondaires variés et notamment le développement d'une addiction.

Malgré des recommandations limitant l'utilisation de ces médicaments dans le cadre des troubles anxieux et de l'insomnie, leur prescription reste importante. Notre étude a pour objectif de comprendre les éléments qui motivent les patients insomniaques et/ou anxieux à demander ces prescriptions, et les médecins à poursuivre ces prescriptions, ainsi que les éléments limitant ces prescriptions ou orientant vers des alternatives.

Méthode : Nous avons réalisé une métasynthèse d'un corpus de 31 études qualitatives traitant de la prescription de benzodiazépines et apparentés dans le cadre de l'insomnie et des troubles anxieux. En utilisant des moteurs de recherche variés comme Pubmed, PsycInfo, Jstor, Socindex, Proquest et Cairn, nous avons pu collecter le point de vue de différents chercheurs aussi bien des médecins que des sociologues pour aborder une vision la plus holistique possible de la problématique rencontrée.

Résultats : Nos 31 études sélectionnées ont été publiées entre 1979 et 2022. Après analyse, nous obtenons 53 sous-thèmes regroupés dans 10 thèmes. Les différents thèmes sont la culture et la croyance, le flou de la situation, les facteurs extérieurs, la différence entre théorie et pratique, la relation médecin-patient, la place du médecin généraliste, les pressions

exercées sur le médecin, les moyens donnés au patient, les sensations vécues par le patient, le début d'un cycle de dépendance.

Ces thèmes mettent en évidence des points importants favorisant la consommation de benzodiazépines et apparentés comme les définitions floues à la fois des pathologies, mais aussi des consignes de prise du médicament. Ce qui crée une absence de limite nette pour encadrer la prise du médicament. Il y a aussi le manque d'information que reçoit le patient en particulier sur le médicament prescrit. La politique de santé publique n'est jamais directement citée comme un moyen pour améliorer la prise en charge de l'insomnie et des troubles anxieux et ses recommandations sont souvent vues comme entravantes dans la prise en charge des patients. Le manque d'accès aux alternatives non médicamenteuses constitue une barrière dans la dé-prescription médicamenteuse. Enfin, des notions comme la pharmaceuticalisation, le fatalisme ou bien l'âgisme favorisent la prescription de médicament.

Discussion : Par le biais de facteurs variés, les troubles anxieux et du sommeil pourraient se majorer à l'avenir et avec eux la consommation de benzodiazépines et apparentés. Si les personnes âgées sont celles qui sont le plus à risque de développer une consommation chronique de ces médicaments, leur sevrage est encore possible quand on donne aux médecins suffisamment de ressource pour établir un sevrage encadré. Le manque d'armes dont disposent les patients pour lutter contre la consommation médicamenteuse comme l'accès aux alternatives et les informations sur les potentiels effets indésirables causés par les médicaments est un point clé dans cette problématique.

Si des mesures de santé publique restrictives sur l'accès au médicament peuvent marcher comme la prescription en ordonnance sécurisée du Zolpidem en 2017 en France. D'autres mesures sont critiquées, car elles induiraient un risque de sevrage abrupt du médicament avec des effets indésirables comme une insomnie rebond. De plus des mesures trop restrictives pourraient faire tourner les consommateurs vers d'autres moyens illégaux de procuration. Pour régler le problème de la demande de médicament, l'éducation pourrait se révéler utile notamment en luttant contre la pharmaceuticalisation de la société.

Conclusion : La consommation de benzodiazépines et apparentés dans le cadre de l'insomnie et des troubles anxieux restent un problème de santé publique. La recherche en particulier qualitative s'y intéresse de plus en plus et nous permet d'accéder à des données de plus en plus exhaustives. Notre étude, nous permet d'avoir des points de vue très contemporains puisque la majorité des études sélectionnées ont été publiées après 2010. Pour lutter contre la consommation inappropriée de benzodiazépines et apparentés, les points majeurs à améliorer sont l'éducation du patient surtout pour lutter contre la pharmaceuticalisation, l'âgisme et le fatalisme, ainsi que l'accès aux alternatives comme les prises en charge psychologique.

2 INTRODUCTION :

En France, la pharmaceuticalisation et la culture de la prescription médicamenteuse sont très développées, puisque 78% des consultations de médecine générale aboutissent à la prescription d'au moins un médicament. Les médecins généralistes ont aussi tendance à prescrire plus de médicaments chez les patients qu'ils suivent depuis longtemps.(1) En Europe, quand bien même les différences de consommations ont tendance à s'amenuiser avec le temps (possiblement à cause de la centralisation des politiques de santé), la France reste parmi les pays les plus gros consommateurs de médicament.(2)

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés au cas de la consommation des benzodiazépines et apparentés dans le cadre de l'insomnie et de l'anxiété.

L'insomnie est caractérisée par un trouble de ce sommeil et peut prendre différentes formes. Elle peut se présenter par des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes multiples ainsi qu'un réveil trop précoce, avec des répercussions diurnes.(3)

En France, l'insomnie peut être appréciée par un auto-questionnaire. Elle est jugée comme sévère après un score supérieur à 21/28. L'insomnie est fréquente dans la population puisqu'entre 10 et 20% de la population souffre d'insomnie et 50% de cette tranche de population de manière chronique(4).

En plus de ses conséquences diurnes handicapantes, les insomnies seraient aussi à risque de morbidité voire de surmortalité au niveau cardiaque et métabolique.(5)

Les causes de l'insomnie sont multiples et variées. Le stress a certainement un impact négatif sur le sommeil(6), mais aussi des facteurs environnementaux comme le travail et ses horaires parfois contraignants(7), ou des habitudes de vie comme l'exposition à la lumière artificielle et en particulier aux écrans(8).

Les troubles anxieux sont également courants dans la population générale puisqu'on estime qu'environ 5% de la population générale serait atteinte de trouble anxieux généralisé. Ces troubles peuvent apparaître à tout âge et à la suite de causes variées. Ils peuvent être associés à d'autres troubles psychologiques comme une dépression, une addiction et des troubles du sommeil. (3)

Enfin des évènements majeurs comme récemment la crise sanitaire de la COVID-19 ont eu un impact sur les troubles anxieux, mais aussi bien sur le sommeil. Face aux défis environnementaux qui attendent l'humanité dans les décennies à venir, les troubles anxieux et du sommeil pourraient se majorer.

Des solutions médicamenteuses existent depuis longtemps. La famille des barbituriques était très populaire durant le siècle dernier. Cette famille de médicament avait de lourds effets indésirables allant jusqu'à la mort par overdose. Entre les années 1965 et 1970, 12357 personnes seraient mortes à cause des barbituriques au Royaume-Uni. À ces morts s'ajoute celle très célèbre de Marilyn Monroe d'une overdose de barbiturique(9).

Une des réponses médicamenteuses commune à ces deux troubles est la classe médicamenteuse des benzodiazépines, développées depuis 1961(10). Leurs apparentés : les Z-drugs, comme le zopiclone (1984(11)), ou le zolpidem, ciblent l'insomnie. Les benzodiazépines et les Z-drugs ont un mode d'action similaire, ce sont des modulateurs positifs du récepteur GABA-A. Ils sont indiqués entre autres dans la prise en charge de l'insomnie et du stress(12,13).

Si ces derniers sont nettement moins invasifs que les barbituriques, ils présentent aussi des effets indésirables. Ils entraînent une accoutumance et une tolérance avec risque de syndrome de sevrage(14,15), une augmentation du risque d'accident de la route(16), de chute avec fracture(17). Au niveau cognitif, ils pourraient majorer les troubles cognitifs(18) et pourraient aussi être associés à la maladie d'Alzheimer(19).

Au vu des effets d'accoutumance qui peuvent débuter seulement quelques semaines après le début de leur utilisation(14,15), il est actuellement recommandé de ne pas dépasser 12 semaines de prescriptions pour les benzodiazépines et 4 semaines pour les Z-Drugs en France, dans le cadre de l'insomnie et de l'anxiété(20).

Plusieurs stratégies ont déjà été employées pour limiter la prescription de ces classes médicamenteuses. En France, la prescription de zolpidem doit se faire sur une ordonnance sécurisée depuis 2017(21). En Espagne, les structures médico-sociales devaient se développer pour aider les personnes en souffrance psychologique, mais faute de budget, les résultats n'ont pas été convaincants(22). Aux États-Unis, l'accès aux alternatives comme les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) via internet a été développé(23). L'Organisation mondiale

de la santé (OMS), quant à elle, recommande une prise en charge psychologique dans le cadre de stress aigu et d'éviter les benzodiazépines. (24)

Cependant, les benzodiazépines sont encore largement prescrites. L'Espagne est le plus gros consommateur de benzodiazépines au monde et la France est le deuxième pays consommateur d'Europe(25), les prescriptions de benzodiazépines représentent la première cause de prescription médicamenteuse inappropriée chez les patients de plus de 75 ans avec une prévalence de 26.9% en 2019 (26). La consommation a même augmenté suite à la crise de la COVID 19(27,28). En France, les médecins généralistes parlent peu des mesures gouvernementales quand ils sont interrogés sur les différentes stratégies pour limiter les prescriptions médicamenteuses.(29)

Il existe donc une dichotomie entre la politique de restriction de la prescription des benzodiazépines et apparentés et le maintien voire l'augmentation de leur prescription. Ces constats mesurés ont fait l'objet de travaux pour tenter de comprendre cette discordance, selon des méthodes quantitatives et qualitatives variées, souvent centrées sur les professions médicales, mais aussi du point de vue des patients.

Les travaux quantitatifs permettent de confirmer ce constat et de soulever des questions sur les stratégies à adopter pour lutter face à cette consommation médicamenteuse (30). Cependant, ils ne permettent généralement pas de comprendre les mécanismes sous-jacents qui poussent les médecins à prescrire ou non ces traitements, et les patients à les demander, les accepter ou chercher des alternatives.

La littérature de recherche qualitative sur le sujet est fournie, recensant des éléments d'ordre médical, de fonctionnement, de relation médecin-patient, liés au système de santé en particulier. Sa synthèse pourrait aider à répondre à cette question.

L'objectif de notre travail est de comprendre les éléments conduisant les médecins à prescrire ou non des benzodiazépines ou apparentés dans les troubles anxieux et les troubles du sommeil chez leurs patients.

Pour cela, nous avons choisi de réaliser une métasynthèse de la littérature en rapport avec la prescription de benzodiazépines et apparentés dans le cadre des troubles anxieux et du sommeil en médecine générale.

3 MÉTHODE :

3.1 Justification de la méthode

Pour faire cette étude, nous avons fait une revue de littérature de type métasynthèse qualitative. La métasynthèse s'apparente à la méta-analyse quantitative pour les études qualitatives. Ce type d'étude est une étude secondaire qui a pour objectif de faire un regroupement d'études primaires afin de rassembler des résultats pour obtenir une vision plus holistique d'un phénomène(31).

3.2 Sélection des mots clés et des équations de recherche

Le paradigme utilisé a été repris de l'étude de Sirdfield et al 2013 (32) pour Pubmed et réadapté pour les moteurs de recherche différents. Les moteurs de recherche utilisés sont Pubmed, Psycinfo, Jstor, Socindex, Proquest et Cairn.

Tableau 1 : Paradigme de recherche sur Pubmed

Ligne	Mots clefs
L1	Qualitative interview*
L2	Interview*
L3	Focus group*
L4	Theme*
L5	Experience*
L6	"Qualitative Research"[Mesh:NoExp]
L7	"Interviews as Topic"[Mesh:NoExp]
L8	"Attitude of Health Personnel"[Mesh:NoExp]
L9	Attitude*
L10	L1 or L2 or L3 or L4 or L5 or L6 or L7 or L8 or L9 or L10
L11	"Benzodiazepines"[Mesh]
L12	Benzodiazepine*

L13	"Anti-Anxiety Agents"[Mesh:NoExp]
L14	"Hypnotics and Sedatives"[Mesh:NoExp]
L15	z-drug*
L16	z drug*
L17	BZD
L18	Anti-anxiety agent*
L19	Anti anxiety agent*
L20	Antianxiety agent*
L21	Non-benzodiazepine*
L22	Nonbenzodiazepine*
L23	Non benzodiazepine*
L24	Temazepam
L25	Nitrazepam
L26	Lormetazepam
L27	Zopiclone
L28	Zapeplon
L29	Zolpidem
L30	Eszopiclone
L31	L11 or L12 or L13 or L14 or L15 or L16 or L17 or L18 or L19 or L20 or L21 or L22 or L23 or L24 or L25 or L26 or L27 or L28 or L29 or L30 or L31
L32	"General Practice"[Mesh]
L33	"General Practitioners"[Mesh:NoExp]
L34	"Physicians, Family"[Mesh:NoExp]
L35	"Physicians, Primary Care"[Mesh:NoExp]
L36	"Nurses"[Mesh]
L37	General practi*
L38	Family practi*
L39	Family doctor*
L40	Primary care
L41	Nurse*
L42	L32 or L33 or L34 or L35 or L36 or L37 or L38 or L39 or L40 or L41
L43	L10 and L31 and L42

Au jour du 11/10/2022, 10 518 articles avaient été retrouvés, 1907 via Pubmed, 60 via Psycinfo, 192 via Jstor, 4089 via Socindex, 3969 via Proquest et 301 via Cairn. À la fin de l'application des critères d'inclusion, il en restait 31.

3.3 Critères d'inclusion et d'exclusion.

Pour être incluses dans la métasynthèse, les études devaient être qualitatives (ou mixtes), elles devaient concerner des patients consommant des benzodiazépines ou apparentés dans le cadre de l'insomnie ou de l'anxiété ou alors des médecins généralistes qui les prescrivaient. Les études devaient également être publiées en français ou en anglais. Les études sur une population pédiatrique étaient exclues.

Il n'y avait pas de limite de date pour l'inclusion.

En ce qui concerne l'évaluation de la qualité des études, les critères Critical Appraisal Skills Programme (CASP) ont été utilisés. Pour ne pas perdre de donnée, aucune étude n'a été exclue sur le critère de la qualité d'étude, comme préconisé.(33)

Dans cette étude, nous avons utilisé une « synthèse thématique »(34), en nous aidant du logiciel QSR NVivo 14. Au début, nous avons étudié plusieurs articles sélectionnés de manière à identifier les différents codes qui émergeaient afin d'obtenir une vue d'ensemble avant de se lancer dans l'analyse. Finalement, par démarche déductive, nous avons abouti à un corpus de 55 codes. Les codes ont ensuite été regroupés dans des thématiques similaires.

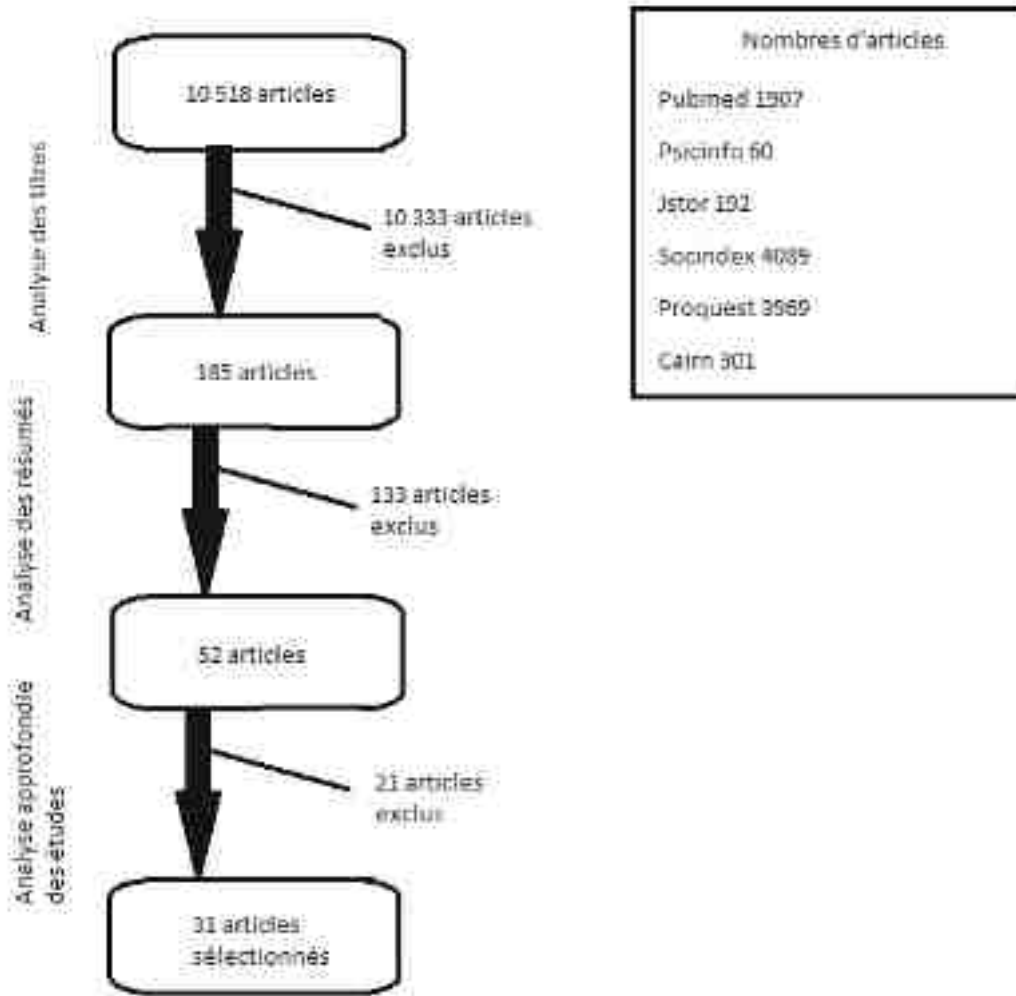


Figure 1 : Diagramme de flux

4 RÉSULTATS

4.1 Extraction des données :

Les 31 études incluses dans la métasynthèse ont été publiées entre 1979 et 2022. Parmi ces études, 5 ont été publiées avant l'année 2000, 9 entre les années 2000 et 2010 et 17 après 2010. Témoinnant d'un intérêt grandissant dans le domaine de la recherche d'une part pour les études qualitatives et d'autre part pour la recherche sur les causes de prescription de benzodiazépines et apparentés.

Dans les pays où ont eu lieu les études sélectionnées, nous retrouvons l'Allemagne, l'Australie, la Belgique, le Canada, l'Espagne, les États-Unis, l'Irlande, la Norvège, le Royaume-Uni et la Slovénie. Au niveau de la répartition, 17 études ont été réalisées en Europe, 6 en Amérique du Nord et 8 en Australie.

Pour la méthodologie, la très grande majorité des études sont des interviews semi-structurées, tandis que certaines études sont des focus groups. Il y a aussi des études qui sont des études alliant interviews et focus group.

En ce qui concerne la raison de la prescription des benzodiazépines, les études sélectionnées évoluent plus souvent dans le cadre de l'insomnie que dans le cadre des troubles anxieux.

Au niveau du genre, si la plupart des études sont mixtes, certaines sont consacrées uniquement aux femmes consommatrices de benzodiazépines et apparentés. Dans la vue d'ensemble, le genre du patient est plus souvent féminin que masculin.

4.2 Évaluation de la qualité :

Pour l'évaluation de la qualité des études, les critères CASP ont été utilisés. Chaque critère se voyait attribuer la note de 0 pour l'absence du critère à 1 pour la présence de critère. À la fin, une note sur 10 était obtenue pour chaque étude.

Toutes les études ont obtenu un score CASP de 7 à 10, sauf une étude à 6. Aucune étude n'a été exclue sur critère de qualité.

Tableau 2 : Évaluation de la qualité :

Titre et auteurs	A-t-on clairement énoncé les objectifs de la recherche ?	Est-ce que la méthodologie qualitative est appropriée ?	La méthodologie de recherche était-elle appropriée pour traiter des visées de la recherche ?	La stratégie de recrutement était-elle adéquate, compte tenu des visées de la recherche ?	Les données ont-elles été recueillies de sorte à traiter de l'enjeu que comporte la recherche ?	A-t-on porté assez d'attention à la relation entre les chercheurs et les participants ?	Les enjeux relatifs à l'éthique ont-ils été tenus en compte ?	L'analyse des données a-t-elle été réalisée de manière assez rigoureuse ?	Retrouve-t-on un exposé précis des conclusions ou des résultats ?	Quel est l'intérêt de cette recherche ?	Score CASP total
Joan M. Cook et al. (2007)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
H G Deans et al. (1992)	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	7
Janet M. Y. Cheung et al. (2015)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Hazell Everit et al. (2014)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
Fiona Williams et al. (2016)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Sibyl Antherens et al. (2007)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
Nadine Janis Pohontsch et al. (2017)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
Jill Morrison et al. (2008)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
Joan M. Cook et al. (2007)	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8

S. Iliffe et al. (2004)	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	8
Jenny Hislop et al. (2003)	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8
Trine Bjorner Dybwad et al. (1996)	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9
Nicole Damestoy et al. (1999)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
Tom Lynch et al. (2021)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Aliaksandra Mokhar et al. (2019)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Maya Subelj et al. (2010)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
Jenny Haycock et al. (2021)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
A. Marquina-Marquez et al. (2022)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
Anne Rogers et al. (2007)	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9
Janette M. Parr et al. (2006)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Ibrahim Jomaa et al. (2017)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Erin Oldenhof et al. (2021)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
Katharina Schmalstieg-Bahr et al. (2019)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Ruth B. Walker et al. (2012)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
Jonathan Gabe et al. (1982)	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	7
Sarah L. Canham et al. (2015)	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9
Catherine Coveney et al. (2019)	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
Jonathan Gabe et al. (2015)	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8
Janet M. Y. Cheung et al. (2014)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Ruth Cooperstock et al. (1979)	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	6
Mairead Eastin Moloney et al. (2017)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9

4.3 Synthèse des données :

Nous avons extrait à la lecture des articles plusieurs thèmes qui ressortent dans le cadre de l'influence sur la prescription et consommation de benzodiazépines et apparentés. Nous les avons regroupé dans les grandes thématiques suivantes : la culture et croyance, le flou de la situation, les facteurs extérieurs, la différence entre théorie et pratique, la relation médecin-patient, la place du médecin généraliste, les pressions exercées sur le médecin, les moyens donnés au patient, les sensations vécues par le patient, le début d'un cycle de dépendance.

Les thèmes retrouvés peuvent interagir les uns avec les autres, certains se mélangent même sur certains points.

Si certains sous-thèmes peuvent en partie avoir comme conséquence une diminution de la consommation de benzodiazépines et apparentés, absolument tous peuvent conduire à une augmentation.

4.3.1 Culture et croyance

Les patients et les médecins sont sous influence, comme n'importe qui, à différentes croyances et préjugés. Tout ceci les oriente vers une consommation ou prescription accrue ou une limitation de médicament dans le cadre de l'insomnie et des troubles anxieux. Ces différentes croyances reflètent des croyances et des convictions des patients et médecins qui baignent dans une certaine culture.

Tableau 3 : Synthèse des études sélectionnées

Titre et auteur	Année de publication	Pays	But	Echantillon	Méthode de collection des données	Méthode d'analyse des données	Perspective théorique
Joan M. Cook Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study	2007	États-Unis	Comprendre les facteurs qui jouent sur l'utilisation chronique de BZD dans la population gériatrique.	33 médecins	Interview semi-structurée	Les interviews ont été enregistrées en audio puis retranscrites verbatim.	Inconnue
H G Deans Doctors' views on anxiety management in general practice	1992	Royaume-Uni	Comprendre les différentes méthodes utilisées par les médecins chez les patients souffrant d'anxiété.	15 médecins de famille confirmés dans les Midlands en Angleterre, 15 en formation.	Interview semi-structurée	Les interviews ont été enregistrées en audio, elles ont toutes été conduites par le même médecin dans le bureau des médecins interviewés.	Inconnue
Janet M. Y. Cheung People with insomnia: experiences with	2015	Australie	Explorer la perception et les croyances des	51 patients souffrant d'insomnie,	Interview semi-structurée	Les interviews ont été enregistrées en audio et	Inconnue

sedative hypnotics and risk perception			patients consommateurs de médicament sur la médicalisation de l'insomnie.	recrutés via des professionnels de santé du Woolcock Institute of Medical Research ainsi que grâce à des affiches dans l'institut et dans l'université.		retranscrites en verbatim.	
Hazell Everit GPs' management strategies for patients with insomnia: a survey and qualitative interview study	2014	Royaume-Uni	Comprendre les stratégies des médecins généralistes pour répondre aux besoins des patients souffrants d'insomnie.	Questionnaire distribué à 308 médecins généralistes du sud de l'Angleterre, 189 réponses reçues, puis interviews avec 23 des médecins généralistes qui avaient donné leur accord.	Questionnaire type QCM avec quelques questions ouvertes, interviews semi-structurées.	Le questionnaire a été dirigé par 10 médecins généralistes, les interviews ont été audio enregistrées et retranscrites verbatim.	Inconnue
Fiona Williams A circle of silence: The attitudes of patients	2016	Australie	Connaître les connaissances des personnes âgées sur	17 individus de plus de 65 ans, pris sur des listes de	Interview semi-structurée, par	Interviews numériquement enregistrées, pas de	Phénoménologie

older than 65 years of age to ceasing long-term sleeping tablets			les conséquences de l'utilisation des benzodiazépines ainsi que de leur arrêt.	patientèle de 4 médecins généralistes exerçant soit en Illawarra ou du Southern Practice Research Network.	téléphone uniquement.	précision sur la retranscription.	
Sibyl Anthierens The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: a qualitative study on GPs' perspectives	2007	Belgique	Comprendre pourquoi les médecins généralistes débutent une prescription de BZD et comment ils perçoivent les alternatives non médicamenteuses.	35 médecins généralistes de milieu différents (urbain/rural).	5 focus group	Les focus groups ont été enregistrés par audio et retranscrivent verbatim.	Phénoménologie
Nadine Janis Pohontsch General practitioners' views on (long-term) prescription and use of	2017	Allemagne	Comment les médecins généralistes voient-ils la prescription de médicament	47 médecins généralistes interviewés sur 25 situations concernant un	Interview semi-structurée	Toutes les interviews ont suivi le même guide pour éviter le hors sujet, les interviews étaient enregistrées	Inconnue

problematic and potentially inappropriate medication for oldest-old patients-A qualitative interview study with GPs (CIM-TRIAD study)			potentiellement dangereux chez la population gériatrique?	patient ayant une prescription inappropriée, puis 22 sans prescription inappropriée.		numériquement, retranscrites verbatim.	
Jill Morrison Relationship between antidepressant and anxiolytic/hypnotic prescribing: a mixed-methods study	2008	Royaume-Uni	Comprendre pourquoi les médecins écossais ont augmenté leur prescription d'anxiolytique et d'antidépresseur.	Analyse de données de prescription d'antidépresseur et d'anxiolytique en Écosse de 1992 à 2004, 66 médecins généralistes sélectionnés à travers l'Écosse.	Interview semi-structurée, certaines avec interviewés, d'autres avec un seul, certaines par téléphone.	Interviews audio enregistrées et retranscrites verbatim.	Inconnue
Joan M. Cook Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use	2007	États-Unis	Comprendre les facteurs qui rendent chronique la consommation de	50 utilisateurs de benzodiazépine âgés de 61 à 95 ans de Pennsylvanie	Interview semi-structurée	Interviews audio enregistrées et retranscrites.	Inconnue

and discontinuation: a qualitative study			benzodiazépines chez les patients.	recrutés via leur médecin traitant.			
S. Iliffe Attitudes to long-term use of benzodiazepine hypnotics by older people in general practice: findings from interviews with service users and providers	2004	Royaume-Uni	Explorer les croyances et attitudes des patients âgés sur les effets induits par l'arrêt ou le maintien de leur consommation de benzodiazépines.	192 patients consommant des benzodiazépines dans Londres et ses alentours depuis plus de 6 mois recrutés via les données de leur médecin.	Interview semi-structurée	Non précisée	Inconnue
Jenny Hislop Understanding women's sleep management: beyond medicalization-healthicization?	2003	Royaume-Uni	Proposer un point de vue sortant du paradigme de la médicalisation de l'insomnie chez les femmes.	10 focus groups de femmes âgées de plus de 40 ans dans le sud de l'Angleterre.	Focus group, petit questionnaire distribué avant la session.	Moyen d'enregistrement non précisé, retranscription de toutes les sessions.	Inconnue
Trine Bjørner Dybwad Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A	1996	Norvège	Comprendre les raisons des médecins qui sont de gros prescripteurs de	28 médecins généralistes norvégiens recrutés selon leur prescription de	Interview semi-structurée	Interviews ont été audio enregistrées et retranscrites par les chercheurs.	Phénoménologie

qualitative study of GPs in Norway			prescripteurs de benzodiazépines, benzodiazépines.	18 gros prescripteurs, 10 faibles/modérés.			
Nicole Damestoy Prescribing psychotropic medication for elderly patients: some physicians' perspectives	1999	Canada	Comment les médecins évaluent-ils leur prescription de psychotrope chez les patients âgés et quelle méthode utilisent-ils?	9 médecins généralistes ayant des personnes âgées dans leur clientèle et étant installés dans la banlieue de Montréal.	Interview semi-structurée	Interviews ont été enregistrés et retranscrites verbatim jusqu'à saturation des données	Théorie ancrée
Tom Lynch 'I just thought that it was such an impossible thing': A qualitative study of barriers and facilitators to discontinuing long-term use of benzodiazepine receptor agonists	2021	Irlande	Quels éléments facilitent ou diminuent la consommation de benzodiazépines chez les patients	28 patients irlandais interviewés de plus de 18 ans ayant consommé des benzodiazépines pendant au moins 3 mois l'année passée.	Interview semi-structurée	Interviews audio enregistrées et retranscrites verbatim. Tous les participants avaient accès à leur propre enregistrement et pouvaient y apporter des précisions ou corrections.	Theoretical Domains Framework

using the Theoretical Domains Framework								
Aliaksandra Mokhar Long-term use of benzodiazepines and Z drugs: a qualitative study of patients' and healthcare professionals' perceptions and possible levers for change	2019	Allemagne	Comprendre les points de vue des patients, médecins, infirmiers, et pharmaciens sur l'utilisation de benzodiazépines sur le long terme.	4 focus groups de 28 individus au total, un composé de médecin, un de pharmaciens, un d'infirmier, un de patient ayant déjà consommé des benzodiazépines ou apparentés depuis plus de 4 semaines. Chaque participant devait parler allemand.	Focus group.	Enregistrement audio avec retranscription.	Inconnue	
Maya Subelj Prescription of benzodiazepines in Slovenian family	2010	Slovénie	Comprendre comment les médecins qui sont de gros prescripteurs	10 médecins de famille Slovènes qui ont été sélectionnés, 5 gros prescripteurs de	Interview semi-structurée	Interviews ont été enregistré et retranscrite verbatim.	Inconnue	

medicine: a qualitative study			expliquent ou justifient leur attitude.	ou benzodiazépine, 5 petits.				
Jenny Haycock Primary care management of chronic insomnia: a qualitative analysis of the attitudes and experiences of Australian general practitioners	2021	Australie	Explorer les attitudes et croyances des médecins généralistes australiens sur la gestion de l'insomnie.	les 28 médecins généralistes exerçant dans différents milieux à travers toute l'Australie, interviewés par téléphone.	Interview semi-structurée	Interviews audio enregistrées et retranscrites verbatim.		Inconnue
A. Marquina-Marquez Identifying barriers and enablers for benzodiazepine (de)prescription: a qualitative study with patients and healthcare professionals	2022	Espagne	Améliorer la compréhension des raisons de la consommation de benzodiazépine ou de son arrêt.	L'étude a eu lieu dans le district de la ville de Grenade, en Espagne. Organisation en 3 étapes, la première consistait à interviewer 17 professionnels de santé, la deuxième à	Interview semi-structurée	Les interviews ont été enregistrés et retranscrites verbatim, des notes écrites ont également été utilisé.		Inconnue

				interviewer 27 patients ayant déjà pris pendant plus de 6 mois des benzodiazépines, la troisième à organiser un focus group de 19 professionnels de santé.			
Anne Rogers Prescribing benzodiazepines in general practice: a new view of an old problem	2007	Royaume-Uni	Comprendre le point de vue des médecins généralistes sur l'utilisation de benzodiazépines.	22 médecins généralistes anglais recrutés après un tirage au sort de 70 médecins.	Interview semi-structurée	Les interviews ont été enregistrées et retranscrites.	Inconnue
Janette M. Parr Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis	2006	Australie	Comprendre comment est vu le début, le maintien et l'arrêt de BZD autant par les	28 médecins généralistes ainsi que 23 patients consommateurs de benzodiazépine pendant au moins	Interview semi-structurée	Les interviews ont été enregistrées en audio puis retranscrites verbatim. À noter que 6 interviews ont dû être enregistrées par écrit, à	Inconnue

			patients que par les médecins.	trois mois d'affilés, dans le district de Cairns en Australie.		cause de problèmes techniques.	
Ibrahim Jomaa	2017	Australie	Explorer les comportements des pharmaciens sur la prévention des effets secondaires de certains médicaments.	30 pharmaciens interviewés, recrutés dans l'Australie, les premiers contactés directement par les chercheurs qui les connaissaient puis les suivants par effet "boule de neige".	Interview semi-structurée	Interviews audio enregistrées et retranscrites verbatim. Des notes écrites ont également été analysées.	Inconnue
Erin Oldenhof	2021	Australie	Comprendre l'influence que les prescripteurs ont sur l'arrêt de la prise de benzodiazépines chez les patients.	22 Australiens âgés de 18 à 69 ans qui ont consommé des benzodiazépines depuis plus de 6 mois.	Interview semi-structurée, un petit questionnaire a également été donné pour être analysé.	Interviews audio enregistrées et retranscrites. Des notes écrites ont également été analysées.	Phénoménologie

<p>Katharina Schmalstieg-Bahr General practitioners' concepts on issuing out-of-pocket prescriptions for hypnotics and sedatives in Germany</p>	2019	Allemagne	<p>Quelle stratégie de prescription utilisent les médecins allemands dans le cadre de la consommation chronique de benzodiazépines et apparentés?</p>	<p>17 généralistes allemands exerçant dans 14 cabinets différents et exerçant dans des milieux différents.</p>	Interview semi-structurée	<p>Les interviews ont été enregistrés en audio et retranscrites verbatim.</p>	Théorie ancrée
<p>Ruth B. Walker A gendered lifecourse examination of sleep difficulties among older women</p>	2012	Australie	<p>Comprendre comment les femmes âgées gèrent de manière générale leur insomnie, d'un point de vue plus sociologique.</p>	<p>Interview de 12 femmes âgées (âge moyen 86 ans) du sud de l'Australie, recrutées via une précédente étude où elles indiquaient avoir des problèmes de sommeil.</p>	Interview semi-structurée	<p>Interviews audio enregistrées et retranscrites.</p>	Méthode dérivée de la théorie ancrée.

<p>Jonathan Gabe Evil necessity? The meaning of benzodiazepine use for women patients from one general practice</p>	<p>1982</p>	<p>Royaume-Uni</p>	<p>Essayer de comprendre quels sont les différents objectifs recherchés chez les femmes dans leur consommation chronique de benzodiazépines.</p>	<p>22 femmes ayant déjà consommé des benzodiazépines ont été interviewé individuellement, elles ont été contactées par le biais de leur médecin exerçant à Londres et classées selon leur consommation de benzodiazépine.</p>	<p>Non précisé.</p>	<p>Interviews audio enregistrées et retranscrites.</p>	<p>Inconnue</p>
<p>Sarah L. Canham Experiences of Sleep and Benzodiazepine Use among Older Women</p>	<p>2015</p>	<p>Canada</p>	<p>Explorer la gestion à différent niveau de l'insomnie chez les consommatrices chroniques de benzodiazépine.</p>	<p>12 femmes âgées de 65 à 92 ans qui ont déjà utilisé quotidiennement ou au moins 5 fois par semaine une benzodiazépine dans le cadre de l'anxiété ou de</p>	<p>Interview semi-structurée, plusieurs interviews par participant.</p>	<p>Interviews numériquement enregistrées et retranscrites verbatim.</p>	<p>phénoménologie.</p>

					l'insomnie durant les trois mois précédents, dans le district de Baltimore.			
Catherine Coveney	2019	Royaume-Uni	Explorer le point de vue des médecins généralistes et des experts du sommeil sur la gestion médicamenteuse du manque de sommeil.	Interview de 7 experts du sommeil dans le Royaume-Uni et de 7 médecins généralistes recrutés via le Primary Care Research Network.	Interview semi-structurée	Interviews audio enregistrées et retranscrites.	Inconnue	
Jonathan Gabe	2015	Royaume-Uni	Voir comment les patients jugeaient leur relation avec leur médicament contre l'insomnie dans la vie quotidienne.	23 focus group avec un total de 99 personnes, qu'ils prennent ou non des médicaments pour le sommeil, dans le Royaume-Uni.	Focus group.	Les focus group ont été audio enregistrés et retranscrits.	Inconnue	

<p>Janet M. Y. Cheung 2014</p> <p>Primary health care practitioner perspectives on the management of insomnia: a pilot study</p>	2014	Australie	<p>Trouver des clés pour aider les professionnels de santé afin d'orienter les patients vers des soins non médicamenteux.</p>	<p>22 participants recrutés, 14 pharmaciens, 8 médecins généralistes dans le district de Sydney, les premiers recrutés connaissaient les chercheurs, puis les suivants par effet "boule de neige".</p>	Interview semi-structurée	<p>Interviews numériquement enregistrées et retranscrites verbatim.</p>	Inconnue
<p>Ruth Cooperstock 1979</p> <p>Some social meanings of tranquilizer use</p>	1979	États-Unis	<p>Explorer les conséquences et les raisons sociologiques de la consommation chronique des tranquillisants.</p>	<p>14 groupes d'interviews de 2 à 8 personnes, soit un total de 68 participants, de même 24 lettres ont été reçues de la part de personnes qui ne pouvaient pas se déplacer, mais</p>	Focus group	Non précisée	Inconnue

					voulaient aussi participer.			
Mairead Eastin	2017	États-Unis	Confronter le point de vue des patients et des médecins sur l'insomnie et ses traitements médicamenteux.	8 médecins enseignant dans une université des états unis et 27 de leurs patients ayant déjà pris des benzodiazépines dans les 6 mois précédents l'étude.	Interview semi-structurée	Mode d'enregistrement non précisé, interview retranscrites. Certaines interviews ont été complétées ensuite par entretien téléphonique.	Théorie ancrée	
Moloney 'Sometimes, it's easier to write the prescription': physician and patient accounts of the reluctant medicalisation of sleeplessness								

Tableau 4 Thèmes et sous thèmes

Thèmes	Sous-thèmes
Culture et croyance	Sacralisation du sommeil naturel Le corps est un outil fonctionnel L'âgisme La pharmaceuticalisation
Le flou de la situation	La difficulté à un consensus sur l'insomnie Les informations données par le médecin La raison vague de la prescription du médicament Les non-dits qui créent un accord tacite Des effets insidieux L'oubli du motif de prescription initial
Les facteurs extérieurs	Les recommandations La formation du médecin L'héritage des anciennes pratiques La réforme lente de la société L'influence des proches ou de la société La politique de santé L'accès aux alternatives
Différence entre théorie et pratique	Une application des recommandations compliquée Le choix du moindre mal Le temps restreint de la consultation et la surcharge du médecin La solution simple et efficace de la prescription médicamenteuse La hiérarchisation des motifs de consultation
La relation médecin-patient	L'influence du médecin Pudeur et vie privée du patient La relation de soin Le soutien du médecin
La place du médecin généraliste	Devoir et déontologie du médecin L'autorité du médecin Le filtrage par profil des patients Les convictions personnelles du médecin Le partage des responsabilités

Les relations entre les différents acteurs de santé	
Les pressions exercées sur le médecin	L'empathie du médecin L'évitement du conflit avec le patient L'insistance et exigence des patients La peur de la perte du patient La peur du changement La récompense pécuniaire La zone de confort du médecin
Les moyens donnés au patient	L'éducation du patient Des faibles connaissances sur le médicament La place de la thérapie cognitivo-comportementale La stratégie du patient pour le sevrage
Les sensations vécues par le patient	Les effets ressentis du médicament La culpabilité de la prise du médicament L'expérience vécue ou anticipée du sevrage La présence rassurante procurée par le médicament
Le début d'un cycle de dépendance	L'élément perturbateur déclencheur La tolérance du médicament Le manque de confiance en soi Le fatalisme L'installation d'une routine Le déni de la dépendance

4.3.1.1 Sacralisation du sommeil naturel

Les patients sacralisent le sommeil naturel, avec comme conséquence un rejet des médicaments, vus comme contre nature donc inadéquat avec leur idée du sommeil.

To be honest, I don't like the idea of the actual sleeping tablet – the reason being is because it sort of forces you to sleep as opposed to I guess um.. making your mind relaxed and fall asleep naturally (35)

I didn't think it was a long-term [solution]. I wanted to get back to a place where I had a natural sleep pattern. I didn't think it was a solution to just say, 'Well, I'm going to stay on [zolpidem] for the rest of my life'. (36)

A l'inverse, certains jugent le sommeil comme un bien fondamental qui doit à tout prix être préservé ou restauré, quitte à prendre des médicaments.

I think it (sleeping pill) will help to make my sleep cycle more regular and let me go to sleep at you know whatever time um... yeah I think it'd just make it more regular. That's the role I'd want it to have.(35)

4.3.1.2 Le corps est un outil fonctionnel

Pour des patients présents dans la vie active, une philosophie de vie a plusieurs fois été exprimée, celle du corps comme un outil qui se doit de rester fonctionnel pour les tâches professionnelles, mais aussi et surtout chez les femmes par des tâches de la vie domestique. Un manque de sommeil altère cette fonctionnalité justifiant la prise de médicament.

If I know I am going into a meeting and I know that it's going to be something that has a lot of tension to it. Sometimes I look at the people and their styles in terms of how they are going to go through the meeting... And so I figure rather than put up with the nonsense of getting myself into an emotional twist I take one of these and I'm quite conscious, I'm in control of myself (37)

I first got to know about it (husband's affair) during the Christmas holidays and I knew I had to go back to work round about 6 January and you don't face 39 small children and two or three staff when you haven't slept – at least I don't – and I went to the doctor and she advised Temazepam (38)

4.3.1.3 L'âgisme

L'âgisme est une forme de discrimination qui caractérise les personnes âgées à partir de stéréotypes sur le vieillissement. Ainsi, les patients âgés eux-mêmes peuvent porter ce regard sur eux-mêmes, justifiant à leurs yeux la solution médicamenteuse par rapport à des alternatives plus demandeuses de temps ou d'énergie.

"Oh, I'm already so old now, what does it matter now." Right? And when I tell them that they can become dependent on [sleep-inducing medications] and that they then won't sleep more but increase their risk of falling and reduce their cognitive abilities. "Oh well, what does that matter now?".(39)

L'âgisme concerne aussi la prise en charge des médecins. Un âge avancé autorise d'être plus permissif sur la prescription de benzodiazépines et apparentés, les conséquences à long terme semblant moins graves.

You want them to keep their minds clear, but on the other hand I do have a tendency to be permissive to old patients (40)

4.3.1.4 La pharmaceuticalisation

La pharmaceuticalisation est un phénomène qui consiste à prioriser une solution médicamenteuse pour un obstacle qui n'en nécessiterait pas forcément ou du moins pas en première intention.

Elle peut prendre la forme du médicament galénique classique.

I bet half the time that somebody complains of insomnia, they have a drug in mind'(41)

La phytothérapie, prescrite parfois comme un placebo, conserve symboliquement l'aspect de pilule.

Sometimes we give patients a phytotherapeutic agent. We give it because it looks like a pill. So if it works for them, so much the better. (42)

Ou encore peut être substitué par la prise d'une substance comme l'alcool.

A: Oh, definitely. My mother-in-law who was then in her nineties said 'those sleeping pills aren't going to work', so she went onto the red wine.

B: A nice big sleeping pill in a glass then (38)

La pharmaceuticalisation qui touche les patients n'épargne pas non plus le corps médical.

I think the thing that upset me most about the way drugs were used with me was that in the early years when I was so obviously unhappy with what was happening in my life the solution to the doctors was so obviously a drug solution. (37)

4.3.2 Le flou de la situation

L'insomnie et les troubles anxieux sont des entités cliniques subjectives, particulièrement sujettes à une interprétation personnelle de la part du patient, mais aussi du médecin. La qualité du sommeil par exemple est définie différemment selon les personnes. De plus, les effets secondaires des médicaments peuvent parfois se confondre avec les effets de l'insomnie et du stress. Ces effets secondaires peuvent aussi apparaître après une période plus ou moins longue d'utilisation.

Ces conditions particulières créent un flou dans ces situations. Ce flou retentit sur la prise en charge, malgré les recommandations.

4.3.2.1 *La difficulté d'un consensus sur l'insomnie*

Une difficulté rencontrée est le diagnostic de l'insomnie qui ne fait pas consensus malgré les définitions internationales. Du côté des médecins, il y a différentes écoles. Certains voient l'insomnie comme une maladie à part entière qu'il faut traiter tel quel.

I think because of the lack of a speciality in sleep medicine, and lack of training in sleep, people don't quite appreciate it as an illness. I think symptoms are recognised and almost certainly plague GPs but giving a sleep related symptom a diagnosis, I think people tend to shy away from that. They just accept it as a symptom, possibly lifestyle related when it isn't ... I think certainly GPs are unconfident about diagnosing and what to do about sleep medicine in general, actually, or the lack of clinics and the lack of education. (43)

Quand d'autres s'interrogent sur la caractérisation comme symptômes ou maladie, et leur limite avec le normal.

To me insomnia is to mood as fever is to pneumonia. It's not a disease, it's a symptom. So I don't treat insomnia. You know, it's very rare that I find someone who has insomnia for which it's not related to a mood disorder. Depression or something like that.(41)

[A]ll of a sudden you're treating people who are on the more mild spectrum. And you're kind of left in this quandary, 'Well what's disease and what's not? What should be treated and what shouldn't?'(41)

Ce manque de diagnostic clair peut créer une zone d'incertitude où le patient affecté lui-même ne sait pas s'il peut se définir comme une personne insomniale, souffrant d'une maladie à part entière.

A: I am an insomniac. Yes, someone who doesn't sleep very well. Int: Did the doctor tell you that?

A: No. It is the term, isn't it? (38)

4.3.2.2 *Les informations données par le médecin*

Dans la continuité de ce flou, les patients considèrent qu'ils manquent d'informations données par le médecin lorsqu'ils se voient prescrire des médicaments pour l'insomnie.

Les informations données concernent essentiellement les précautions quant au risque addictif de ces médicaments.

when he first gave it to me- 'yep it's addictive um.. . don't take it any longer than um.. . a week or 2 weeks um.. .but he didn't really go through any information at the time. Um...it was only since I started taking it that I saw other people had bad reactions but since I've never had anything... any problems with it I don't worry about it too much. (35)

D'autres patients signalent qu'ils n'ont reçu aucune information de la part de leur médecin concernant le médicament qui leur a été prescrit.

... now at no stage did the GP say look we have to be careful 'cause these are addictive, or you'll get dependent on them.' (44)

Ce manque d'échange d'information semble associé au manque de temps de consultation.

[. . .] especially the older ladies and gentlemen, they are happy if they had seen the physician and left with a prescription of a new medication. And once they are asked what the physician explained to them, they say it was too fast and they had no time to ask questions.'(45)

4.3.2.3 *La raison vague de prescription du médicament*

De même que pour la définition de l'insomnie, il est difficile d'établir un schéma de prise médicamenteuse comme pour les autres maladies. Les raisons pour prendre ou non un médicament peuvent paraître opaques au patient.

To me as required is.. . for me personally as required is when – when I can't sleep. If I can't sleep or if I think I'm not going to sleep that's when I should take it but it is kind of a vague term I suppose. (35)

4.3.2.4 *Les non-dits qui créent un accord tacite*

Pour les patients, les re-prescriptions automatiques sans échange de mot sont interprétés comme un accord tacite de la part du médecin.

But I'm almost of the philosophy that if he doesn't say anything, then it's okay. And I find it very comforting that I've got them there for when I need them. But I do very much try and watch it myself. (46)

4.3.2.5 *Des effets insidieux*

Les benzodiazépines ont succédé aux barbituriques qui étaient bien plus dangereux, ce qui a renforcé l'idée qu'ils n'entraînaient d'effet indésirable.

Des médecins minimisent le problème de dépendance aux benzodiazépines.

GPs stated that dependence was not really a problem for first-time users. BZDs were seen as an efficient, cheap, and easy option that does not have too many side-effects: « People do not die from benzos. »(42)

Du côté des patients, certains n'en voient pas les effets négatifs sur leur santé.

If it's not doing any damage to my health, why should I go off it? (47)

4.3.2.6 *L'oubli du motif de prescription initial*

De rares fois, les patients rapportent qu'ils ne se souviennent même plus de la raison initiale de la prise du médicament, surtout quand la raison date de plusieurs années voire décennies.

I've been taking them for years. I couldn't even tell you [when I started taking them](48)

4.3.3 *Les facteurs extérieurs*

Les politiques de santé publique, la société, ses moyens de communication, la formation des médecins. Tous ces facteurs externes non exhaustifs ont leur importance pour la prise en charge du patient et influencent sa prise de médicament.

4.3.3.1 *Les recommandations*

Les recommandations sont généralement bien ancrées dans le corps médical et les médecins ont conscience des situations où la prescription de benzodiazépine n'a pas lieu d'être.

We do not prescribe BZD any more for people who have constant anxieties. We prescribe BZD in acute situations and always within a time limit. (42)

4.3.3.2 *La formation du médecin*

Les médecins font part de leur manque de formation pour la prise en charge des pathologies du sommeil.

The medical profession knows very little about sleep and sleep problems. It's just a neglected topic because nobody takes responsibility for it [...]. I think the whole medical training doesn't focus on non-pharmacological methods of treatment. (43)

Ainsi qu'au niveau de la prise en charge de troubles mineurs psychologiques.

In the majority of cases we don't have sufficient training; we have been trained in PH on how to explain to patients the basic concepts of how to change their behavior, in order, let's say, to reduce their anxiety. We're not trained in this either. (49)

Face à ces difficultés, les médecins sont plus tentés de prescrire des médicaments.

I have to do a lot of "psycho". Whether I want it or not but I haven't got the training for it. What do I do? I prescribe. ... (42)

4.3.3.3 *L'héritage des anciennes pratiques*

Les nouveaux médecins reprennent les ordonnances des anciens médecins, instaurant une continuité de la prescription débutée à une période où les benzodiazépines n'étaient pas aussi mal perçues.

I have been running this practice for twelve years. I took it over from an older colleague. I took over all his patients. They were mostly old people. Prescribing policy has been rather liberal, and I have continued this policy. (40)

4.3.3.4 *La réforme lente de la société*

La société se réforme plus lentement que l'évolution des connaissances scientifiques, expliquant que les prescriptions ne se réduisent pas aussi vite.

Moreover, the scandal surrounding the benzodiazepines and highlighted by the mid-1980s in the UK was much delayed, when the evidence about them is viewed with hindsight. Given that the first lawsuit about them appeared in 1967, it could be argued that undergraduate and postgraduate medical education was in a position to alter radically the trajectory of prescription levels, as early as 1970. But this did not occur. (50)

4.3.3.5 *L'influence des proches ou de la société*

L'environnement familial et sociétal dans lequel évolue le patient influence aussi sa consommation de benzodiazépine.

L'influence des proches est importante et peut aller dans les deux sens.

So I take the Valium to keep me calm.... Peace and calm. That's what my husband wants because frankly the kids get on his nerves, too. (37)

Ils leur arrivent de se partager les médicaments.

'I also realise that many patients know BZD, perhaps not the exact name but they have some knowledge, saying: "My husband has the same pill and I occasionally take some of it".' (45)

Mais les proches peuvent aussi préconiser au patient de ne plus prendre de médicament.

I started taking them when my father died and I tapered off when I got married. I sort of tried to taper off because my husband wasn't too crazy about my taking them (37)

De même, la société via les médias peut décourager la consommation médicamenteuse.

A recent TV programme about how one shouldn't have it (tranquillisers) did an awful lot to help us not have to prescribe it. They (patients) don't believe us but they'll often believe the telly (38)

Inversement, les laboratoires pharmaceutiques peuvent l'encourager, soit directement par les publicités sur les médicaments, soit en médicalisant certaines situations.

I think sometimes these direct-to-consumer commercials or advertising makes people think they have a problem when they don't. And then medicalises it and makes them want medicine when they don't necessarily need it. (41)

4.3.3.6 *La politique de santé*

Les mesures de politique de santé prises dans différents pays sont rarement mentionnées, quel que soit le pays étudié. Les rares fois où elles sont mentionnées, elles sont critiquées et semblent pointer du doigt un décalage entre les mesures politiques et la réalité du terrain.

The list is politically correct. Everything is on it that should be on it. (39)

4.3.3.7 *L'accès aux alternatives*

Les médecins constatent une difficulté d'accès à des structures appropriées pour prendre en charge l'insomnie ou des troubles anxieux.

Soit, car les structures sont trop éloignées.

I work in a small town with the nearest hospital 30 miles away. There is no possibility for patient referral to psychotherapy. (51)

Soit, car elles n'existent tout simplement pas dans la région.

There just isn't an alternative. And yes, I do admit we do prescribe too quickly. (42)

Sinon, l'aspect pécunier peut limiter l'accès aux alternatives des patients.

I would say that's probably like less than five per cent of my patients would actually go to someone to talk about their sleep issues, because of the cost, the cost limiting factor. (52)

4.3.4 Différence entre théorie et pratique

Même si les recommandations sont souvent comprises par les professionnels de santé, il y a un décalage entre les recommandations et la réalité perçue par les praticiens.

La prescription de médicament, même si elle est critiquée par les médecins reste la solution du moindre mal face à plusieurs situations où aucune solution idéale n'existe.

4.3.4.1 Une application des recommandations compliquée

La majorité des pays s'est doté de règles de prescriptions limitant la durée maximale de prescription des benzodiazépines et apparentés. Certains patients consultent pour une primo-prescription alors que leur trouble s'est déjà chronicisé, rendant le respect des durées de prescription compliqué.

So, by the time they are presenting their symptoms, their symptoms have already been described

as having a history that is out with the prescribing guidelines of the tablets. If you say "look, I've had this problem for three months now, I can't stand it anymore". And the doctor says "oh, I've got this solution, it lasts for three weeks." Well, realistically, how likely is it that this problem is going to go away in three weeks? (43)

Les médecins considèrent les personnes à l'origine des recommandations comme éloignés du terrain, n'ayant pas conscience de la difficulté et la complexité des situations.

Surely some are unjustly on the list because the experts who created the PIM list were no practitioners (39)

Ce non-respect des recommandations crée aussi un fossé entre le médecin et les autorités de santé, donnant l'impression au médecin qu'il a une conduite illégale.

The discomfort was stated as a feeling of doing something almost illicit with prescribing because of the restrictive attitudes both of society and of the health authorities. (40)

4.3.4.2 *Le choix du moindre mal*

Même si les patients et les médecins ont conscience des effets néfastes de certains médicaments, ils les acceptent, comme un moindre mal face à toutes les difficultés que créent l'insomnie ou les angoisses.

The thought of people being on long-term sleeping tablets is not what I think is good medicine but maybe it's the only answer in some cases (38)

Les médecins mettent en balance les effets secondaires des benzodiazépines et les répercussions de l'insomnie ou l'anxiété sur la santé.

It is such a vicious cycle, where she says "If I cannot sleep, my blood pressure goes through the roof, I get totally nervous, my depression gets worse when I don't sleep." In the end, the sleep-inducing medication is the lesser of two evils. [...]" (39)

Pour les médecins aussi si la situation marche très bien avec le médicament, il n'y pas lieu de perturber cet équilibre.

They live normal lives and many of them still work without restraints. There's no need for changing their treatment. (51)

4.3.4.3 *Le temps restreint de la consultation et la surcharge du médecin*

Les médecins font face à une surcharge de travail, avec des consultations de plus en plus complexes qui impliquent de gérer plusieurs problèmes en même temps.

You have to diagnose, figure out, what, who this person is, what's wrong with them. Get the diagnosis. Get their prescriptions written and write up your paperwork. And you've got 15 minutes to do it! (41)

Il est délicat dans un temps limité de faire une prise en charge psychologique appropriée, et beaucoup plus rapide de prescrire un médicament.

'I have 5 minutes per patient. When one patient sits there and cries, it makes me nervous and aggressive, as I know that there are 20 other patients waiting for their doctor's appointment outside. These are not good conditions for making a differentiated decision.' (45)

Ce manque de temps pour pouvoir se consacrer aux patients est aussi pointé du doigt par d'autres professionnels de santé.

"Most pharmacists find it difficult because they are restricted by time to go through [information] in more details ..." (53)

4.3.4.4 *La solution simple et efficace de la prescription médicamenteuse*

La prescription de benzodiazépines et apparentés est souvent évoquée comme une solution de facilité pour le médecin.

I do try and talk to my patients, but it takes time. It is so much easier just to prescribe than to listen and talk to them for three-quarters of an hour. (42)

Mais aussi pour les patients à la recherche d'une réponse efficace rapidement.

Sometimes it's the easiest choice for people to feel best quickly. They feel better fast. (54)

4.3.4.5 *La hiérarchisation des motifs de consultation*

Les médecins font face à des situations de patients complexes, présentant des pathologies multiples. Ils doivent donc hiérarchiser les problèmes, dans ces situations la prise en charge non médicamenteuse des troubles anxieux et d'insomnie passent au second plan.

The sad fact is their primary care doctors make choices... there's almost sort of a running tally going on in your head when you're talking to a patient. Do I want to open this can of worms right now or do I want to deal with these four other things that are gonna result in a heart attack if I don't deal with them, or a stroke. (54)

Are you spending more time talking about their insomnia than you could be talking about ... their preventive medicine or other things that might be more of an impact on their health? (41)

4.3.5 *La relation médecin-patient*

La relation médecin-patient déjà très importante dans la pratique en devient un pilier pour la prise en charge de l'insomnie et de l'anxiété. Si les médecins peuvent sous-estimer l'importance qu'ils ont dans le choix des patients, ces derniers soulignent à quel point l'avis et le soutien des médecins est important pour eux.

4.3.5.1 *L'influence du médecin*

Même les conseils qui semblent les plus basiques pour les médecins peuvent donner des ressources aux patients.

Sometimes we give advice that, to us, seems ridiculously simple and the patient comes back and says they're totally cured, and it's all wonderful, and we feel we haven't done much. (52)

Ce constat est partagé par les patients qui accordent beaucoup d'importance à ce que leur médecin prenne soin d'eux.

He's marvelous, and I wish there were many more primary care doctors like him. Because he's given me so many resources, from books, things like associations, to recommending a psychologist. There are a lot of alternatives and I like that. (49)

4.3.5.2 *Pudeur et vie privée du patient.*

La pudeur peut freiner certains patients à aller voir des professionnels de santé pour discuter de leurs problèmes.

I just don't want to. I'm not one of those people who can sit around and talk about my problems with strangers. (55)

La pudeur, aussi envers l'entourage peut justifier la demande et la prise de médicament.

They think I'm all right because I'm always bright and happy, so no I don't discuss it with them. They wouldn't understand anyway, I don't think they probably realise I take sleeping tablets. (48)

I think patients in my office are much more ready to admit the fact that taking this medicine now is cheaper and simpler and easier and less stigma, nobody knows about, etcetera (54)

4.3.5.3 *La relation de soin*

Les études citent l'importance pour les patients de voir un médecin qui les connaisse pour la décision et le choix thérapeutique.

the GP would prescribe it probably after a prolong conversation about, knowing what's going on with someone, they would prescribe what's required as opposed to just walking into a pharmacy and someone who may not fully understand in full what's going on and prescribes medication that could cause problems. (35)

Dans ces situations de difficulté psychologique, ils expriment le besoin de se sentir écoutés.

The majority of the patients who took part in our study mentioned the importance of feeling that they are being listened to. (49)

Pour les médecins aussi, en particulier lorsqu'ils ont une approche centrée sur le patient.

For example, for physicians, there is an evident need for improved clinician–patient communication, which is essential for patient-centered care. It is necessary to actively involve patients in the treatment process. (45)

4.3.5.4 *Le soutien du médecin*

Les médecins peuvent apporter leur soutien moral aux patients en situation de détresse, ce qui peut éviter une prescription médicamenteuse.

Part of it is just listening and either acknowledging that it needs dealing with or that they don't – it's not a disease and it's only part of normality... half the people don't need pills, they just need to talk about how they're feeling. (38)

Dans les situations où les patients prennent déjà des médicaments, le soutien garde son importance. Ils apprécient un médecin qui fait preuve de compréhension et d'empathie.

'If I take a double dose, then I say to her "I've had to double up", she understands. I mean, because she has studied up on it [medical condition], and she's said to me "I'm really proud of you, what you're taking" the low doses I'm taking of everything, compared to what she has read that others are taking. So, that made me feel good.' (44)

4.3.6 *La place du médecin généraliste*

Le statut du médecin est particulier. Il a accès à de nombreuses connaissances médicales qu'il essaie d'appliquer et se doit de soigner du mieux possible ses patients. Dans certaines situations le médecin se sent tiraillé par ses multiples devoirs.

La place du médecin généraliste a également la particularité d'être centrale, pour coordonner la prise en charge des patients en regroupant les avis des différents professionnels de santé s'occupant du patient.

4.3.6.1 *Devoir et déontologie du médecin*

Les médecins font parfois face à des injonctions paradoxales :

- D'un côté, ils veulent éviter à leurs patients de devenir dépendant d'une substance voire les soigner de leur addiction quand elle est installée,
- D'un autre, ils estiment que leur devoir est aussi de soulager leur patient.

Well the reduction of medications is certainly a high priority, in my opinion a GP's greatest skill, taking away medications. (39)

I don't like people to become dependent on thing, so I'd hate to be the cause of an addiction, but, at the same time, people value sleep so well, that it has its use, it has its place.' (56)

Pour certains, ne pas prescrire de médicament revient à minimiser les symptômes des patients, voire à ne pas les croire.

I chose to believe my patients. That is quite basic for my work here. It would be far too demanding if I should mistrust everybody coming in that door (40)

4.3.6.2 *L'autorité du médecin*

La parole du médecin a un poids particulier pour le patient.

I have complete faith in Dr. _____. I mean we go back a lot of years. Whatever he says, goes (55)

4.3.6.3 *Le filtrage par profil de patients*

Les médecins évitent de prescrire des médicaments chez les patients plutôt jeunes avec des antécédents de consommation de drogue ou d'alcool.

Certainly anybody with a history of addiction of alcohol abuse, drug abuse of any kind those would be the main ones [to be excluded]. (50)

D'un autre côté, il existe des catégories de patients chez lesquelles les médecins sont plus enclins à prescrire des traitements :

Les patients qui souffrent de plusieurs autres maladies.

Most patients for whom I prescribe are not only users of these drugs; they have several other diseases. If someone comes here only to get a prescription, and has no other complaints, I think I would be more negative about giving him a prescription. (40)

Mais aussi des patients plus âgés, de genre féminin et atteints de maladie chronique.

Most of the benzodiazepine users are elderly, chronically ill females. Many of them I have taken over from other family physicians and psychiatrists. Most of them suffer from anxiety disorders and chronic pain syndrome. (51)

Ceci peut conduire à une catégorisation des patients. Ceux qui ont bénéficié de la prescription du médicament sont des patients méritants.

Every one of the participants who had taken prescription medication to help them sleep acted to present themselves as deserving of a pharmaceutical solution for their sleep problem. (46)

4.3.6.4 *Les convictions personnelles du médecin*

L'identification de ces profils fait écho à leurs convictions des médecins qui affectent aussi leur prescription. Dans certaines situations, les médecins ne voient pas d'intérêt à diminuer la prescription médicamenteuse de leur patient.

'I have a patient [female, aged 85 years], I have been prescribing drugs to for years and I will continue prescribing BZD to her for the rest of her life. I do not see the point in discontinuing.'
(45)

Quand d'autres médecins estiment que les benzodiazépines sont inefficaces et qu'il ne sert à rien de les prescrire.

I think it doesn't work, it's not effective. (38)

Pour certains, la dépendance au médicament n'est pas quelque chose de fondamentalement mauvais.

I believe that the controversy has been blown up slightly out of proportion by pharmacological and medical purists who for some moral reason disapprove of drug dependency. There have been some overdoses – some people have died from taking these drugs, but by and large the drugs are harmless. (50)

Les consommations personnelles de médicament sont reconnues comme influentes chez les médecins. Les médecins reconnaissent qu'ils prescrivent plus facilement des médicaments qu'ils prennent eux-mêmes.

Your own attitude towards and experience of the product definitely has an effect on prescribing. We, ourselves, take a lot of benzodiazepines. (Followed by general agreement in the group) (42)

4.3.6.5 *Le partage des responsabilités*

Au vu des recommandations qui préconisent d'éviter de prescrire ces médicaments, les médecins adoptent une justification de partage des responsabilités. Ainsi, la culpabilité est moins dure à supporter.

La responsabilité peut être partagée avec un autre spécialiste.

OK, those who take them in big amounts and on a regular basis, but those are induced by a psychiatrist. (42)

Ou alors à une institution comme les laboratoires pharmaceutiques.

I think part of the responsibility lies in the drug companies that produce them in the first place and I don't think, well in those days there weren't that many trials and things into these sorts of medications and their side-effects. I don't think, well I don't think doctors knew how addictive they were at the time, 'cos otherwise I think they'd have definitely thought twice about prescribing ... (50)

4.3.6.6 *Les relations entre les différents professionnels de santé*

La collaboration entre les différents acteurs de santé est un point essentiel et qui peut être amélioré. Les médecins ont conscience de l'importance du travail d'équipe des différents professionnels de santé pour une prise en charge optimale du patient.

The system needs teams which support each other and communicate with each other more, with mental health, with nursing, with social workers (49)

Les médecins suivent en général l'avis que leur donnent leurs pairs.

"When I send someone to a specialist, then I want to make use of that specialist's expertise, it would be absurd if I would say "That's nice, but we aren't doing any of that." [...] (39)

Mais il existe encore des barrières dans ce travail d'équipe.

La perception qu'ont les médecins de certains professionnels de santé peut diminuer la probabilité qu'ils leur adressent des patients.

I also have the feeling that a psychotherapist is a bit like a tape recorder. He/she says to the patient "tell me your story" but in the end he doesn't do anything with it. (42)

I wouldn't necessarily refer someone to a sleep physician for this. I don't even know if they – now, that I'm talking to you, maybe they do it, maybe they don't. I actually have no idea. (52)

Certains professionnels, comme des pharmaciens, évitent de recontacter le médecin quand ils remettent en question certaines prescriptions, car ils estiment que leur rôle n'est pas d'intervenir dans la prescription du médecin ou dans la relation médecin-patient.

'If we refer the patient back to the physician, this is often perceived as an encroachment. We're not supposed to interfere in things that don't concern us.' (45)

4.3.7 Les pressions exercées sur le médecin

Les médecins doivent faire face aux émotions liées à la particularité des motifs de prescription des benzodiazépines et apparentés. Les médecins doivent alors gérer ce bagage émotionnel.

Ces sentiments sont parfois spécifiques aux consultations qui peuvent aboutir à la prescription de benzodiazépines et apparentés, mais aussi retrouvées dans la pratique quotidienne de la médecine générale.

4.3.7.1 *L'empathie du médecin*

Les médecins éprouvent de l'empathie pour leurs patients, ce qui peut jouer dans la tendance à prescrire de médicament pour les soulager, par exemple dans les situations de deuil.

The caveat here is that I just saw a woman yesterday, actually, who is a 78-year-old woman; very nice older lady with diabetes, and her daughter-in-law is dying of ovarian cancer. So she is under a lot of stress right now and that is understandable. She is having trouble falling asleep so I gave her a prescription for clonazepam. (41)

Restaurer le sommeil des patients donne aux médecins un sentiment d'accomplissement.

they have finally managed to sleep. That is so important, it makes you feel good. (42)

Le refus de prescription est plus dur quand les médecins connaissent les patients de longue date.

GPs find it difficult to say "no" to well-known patients. They empathize with the suffering of their individual patients and empathy is shown by giving a prescription. (42)

4.3.7.2 *L'évitement du conflit avec le patient*

Les médecins préfèrent, autant que possible éviter de potentiels conflits avec des patients, craignant de dégrader leur relation.

I don't think it's worth getting into a big knock-down drag-out [fight] with them or having them leave my practice over this issue (54)

4.3.7.3 *L'insistance et exigence des patients*

Les médecins sont parfois mis sous pressions par l'insistance des patients, et il est alors plus difficile de ne pas prescrire.

I think there is a pressure on doctors to prescribe and people have unreal big expectation and don't understand the limitations of drug (57)

4.3.7.4 *La peur de la perte du patient*

La perte d'un patient peut être la conséquence d'un refus de prescription. Certains l'appréhendent et cherchent à l'éviter, d'autres y sont moins sensibles, d'autres ont une posture intermédiaire avec une recherche de compromis, ou de « contrat ».

I try to be quite clear cut. If I am too tough, they are free to choose another doctor. I don't care. That's no problem. (40)

I can't lose patients over this. (54)

I just feel like I have to continue, but I will only agree to be their doctor – part of the deal is we try and wean [benzodiazepines] down. So – have had some – you lose a bunch of patients, because of that. (52)

4.3.7.5 *La peur du changement*

Un patient qui prend un médicament depuis un certain temps a trouvé un certain équilibre, qu'il peut craindre de rompre, tout comme leur médecin.

Well, back in the sixties, everyone got that, so everyone was addicted, and so you have a lot of

people in their seventies...[that] have been on things like that for 20 years, and you are a brave person to try and change the direction the wind blows. (52)

4.3.7.6 *La récompense pécuniaire*

Les médecins abordent l'impact financier de ces prises en charge psychologiques, qui donnent lieu à des consultations plus longues, et un revenu moindre dans un paiement à l'acte. Il y a peu de reconnaissance pécuniaire pour les prises en charge orientées sur des problématiques psycho-sociales.

You're kind of taking on a time bomb [providing insomnia management], because...if you can put through three people every 15 min, you're going to get paid a lot more than those really long extended consults. So while it's rewarding, it's not financially rewarding. That's the sticking point. (52)

Reimbursement is very low... I think if it was something that we did get reimbursed on I think you would see physicians' attitudes a lot different. You'd be more willing to spend time. (54)

4.3.7.7 *La zone de confort du médecin*

Les médecins ont appris lors de leurs études à prescrire des médicaments. Cela crée une zone de confort dans leur pratique, de laquelle il peut être difficile d'y sortir.

... my view is that in the 80s doctors were feeling just as they do now, that many of the emotional problems patients come with, they're relatively poorly equipped to deal with and if somebody comes along and says, 'Here's a good drug' and the patients like it, then people are tempted to use it because it treats our own pain as well as our patients' pain, 'cos we want to help people and make people feel better. So if we give people something and make them feel better, then everybody seems to be happier. (50)

4.3.8 *Les moyens donnés aux patients*

Pour combattre leur consommation de médicament, les patients ont des armes multiples. Certaines sont propres aux patients et dépendent de leur personnalité, leur expérience et leur vécu, d'autres viennent des différents professionnels de santé qu'ils ont croisé. Cependant, Les moyens mis à disposition des patients pour réduire leur consommation de benzodiazépines et apparentés peuvent être améliorés.

4.3.8.1 *L'éducation du patient*

Cela fait partie des outils des professionnels de santé dans la prise en charge des maladies chroniques, en particulier les règles hygiéno-diététiques dans l'insomnie.

I tend to concentrate on non-pharmacological means looking at things like sleep hygiene and you know just education educating people about sleep. (57)

Le médecin peut aussi donner au patient des exercices pour essayer de réguler son cycle de sommeil.

Sometimes I would do something like sleep restriction with them, getting them to work out how many hours of sleep they're actually getting and then delaying bedtime until that and bringing it back however many stepwise. (52)

Les professionnels doivent aussi déconstruire des idées reçues, par exemple qu'un médicament vendu en pharmacie ne présente pas d'effets secondaires.

They rather think "Well if I can buy them like that they cannot be that bad. (39)

4.3.8.2 *Des faibles connaissances sur le médicament*

Les professionnels de santé estiment que les patients prenant des médicaments n'ont pas suffisamment de connaissances sur ces derniers.

Maybe they do not even know what they are taking. They get it prescribed and they take it. I think it has less to do with memory than with the fact that they have no idea about the medication.'
(45)

Les patients quant à eux, estiment que les professionnels de santé ne leur donnent assez d'informations sur les effets potentiels des médicaments prescrits.

... in the ten years I have been on them, I have never actually been informed or educated on the pros or cons of long-term benzodiazepine use, ever. (36)

Le principal effet secondaire évoqué par les patients est le risque addictif du médicament, qui doit se limiter à de courtes périodes d'utilisation.

Most participants knew that BZRAs were not recommended for long-term use ('Knowledge'). All participants knew of potential risks associated with long-term BZRA use (e.g., dependence, withdrawal symptoms). (36)

4.3.8.3 *La place de la thérapie cognitivo-comportementale.*

Les médecins ont peu recours aux TCC dans la prise en charge de l'insomnie ou de troubles anxieux simples. Ils les conçoivent d'avantage pour les patients souffrant de pathologie plus lourde.

I know CBT is something that can help with insomnia ... and we have got ... a mental health practitioner who's offering CBT, but I don't think they'd be particularly impressed being referred insomnia, they sort of want to deal with people who are just very anxious or agoraphobic or whatever and not able to work. I don't know how high up on their list of priorities insomnia is, I don't remember seeing it on their list of things they offer their service to.' (56)

4.3.8.4 *La stratégie du patient pour le sevrage.*

Une stratégie fréquemment rapportée par les patients pour le sevrage est la réduction progressive des doses.

Gradual dosage reduction was one of the most commonly reported strategies (36)

4.3.9 *Les sensations vécues par le patient*

La prise ou la non-prise de médicament conduit le patient à vivre plusieurs émotions et sensations. Certaines encouragent la consommation du patient par leur confort, tandis que d'autres encouragent la réduction voire l'arrêt du médicament à cause de leur inconfort.

4.3.9.1 *Les effets ressentis du médicament*

Les patients décrivent un bienfait procuré par le médicament, qui leur permet de se sentir détachés de leurs émotions négatives comme le stress.

And it did; 1 felt very detached so that the next day the situation hadn't changed, but 1 felt very detached and able to cope without feeling so full of stress and tension. (37)

Les médecins ont conscience de la sensation de bien-être que peuvent induire ces médicaments à leurs patients.

I think they enjoy the effects of the benzodiazepine and they don't want to have that taken away. It's literally like taking candy from a baby and people that have enjoyed the effects of that class of drugs don't wanna give it up. (54)

Des effets indésirables sont aussi décrits par les patients. Ces effets sont souvent de l'ordre de la somnolence diurne ou du ralentissement.

I've noticed that if I rely on having more than say two half tablets of diazepam in a day, I tend to be a bit too zonked out the following day. So, I try to limit myself to, say a half in the morning or a half at lunch (44)

Ils peuvent avoir comme conséquence l'arrêt de la prise du traitement, mais certains continuent à les prendre malgré ces effets.

I don't know what it was he gave me – but it gave me such an awful ... it used to knock me out for two hours. And then I'd wake up wide awake, so I don't take them anymore. (46)

4.3.9.2 *La culpabilité de la prise du médicament*

Certains patients ont aussi exprimé un sentiment de culpabilité vis-à-vis de leur consommation de benzodiazépines perçue comme immorale par la société.

I shouldn't be taking pills. Other people manage to sleep every night and get through a night without pills. (46)

4.3.9.3 *L'expérience vécue ou anticipée du sevrage.*

Les patients rapportent souvent que leur tentative de sevrage s'est soldée par un échec, avec un syndrome de sevrage comme un rebond d'insomnie.

On numerous occasions I've tried to go off it. And the reaction is I can't sleep and I'm totally wired. I'm up all night. (55)

Le sevrage est redouté par des patients à cause des symptômes qu'il procure ou bien qu'il pourrait donner.

I'm afraid if I was taken off them what would happen to me and I think it would cause me more stress and worry and I don't know whether the panic attacks would kick in again. (36)

Rarement, les patients évoquent un sevrage réussi sans souffrance.

I just overnight stopped taking the [zopiclone] tablets and I never looked back. No side-effects. No nothing (36)

4.3.9.4 *La présence rassurante procurée par le médicament*

Avoir des médicaments à leur portée donne aux patients un sentiment de sécurité.

I feel safe having it in the house. (55)

Le médicament peut alors être pris par exemple lors d'un réveil nocturne.

I go to bed but then I think 'well I might not need it ' so I leave it [on the dresser] and if I wake up at half past 1, I give myself time to go to sleep but if I don't ... then I'll take it. (48)

4.3.10 Le début d'un cycle de dépendance.

Le commencement de la prise de médicament est chargé d'émotions lourdes à supporter par le patient. La consommation de benzodiazépines est addictive à cause de propriétés pharmacologiques, mais aussi par le biais de plusieurs sentiments souvent pessimistes qui entretiennent cette situation. Les patients peuvent être dans le déni de leur dépendance au médicament et à quel point ce dernier les affecte.

4.3.10.1 L'élément perturbateur déclencheur

Les situations qui permettent le début de la prescription médicamenteuse sont multiples et variées.

On retrouve une maladie qui donne des symptômes favorisant l'insomnie.

I'm waiting for a hip replacement. When I get in to bed it starts to ache. (47)

Des personnes décalant leur rythme de sommeil, car travaillant de nuit.

With shift work insomnia, I may use a benzodiazepine, and I give them at the start of a – you know, when they finish their nightshift, and they're trying to get their sleep/wake cycle back to normal. (52)

Mais le plus souvent, la raison principale est une situation de stress aiguë, par exemple des divorces, des deuils, des dettes.

It would be very short term, always. So, like an acute stressful situation, loss of a relative, or things like that. I might use it short term in people where they are depressed, and you are trying a sedative anti-depressant and they're not sleeping well. (43)

With me it was I didn't sleep at the time my husband died. He died suddenly and I just struggled along for a number of years but various problems that I had, not really coping all that well at the time. (46)

4.3.10.2 *La tolérance du médicament*

Des patients décrivent qu'avec le temps, ils tendent à minimiser les effets indésirables des benzodiazépines. Certains ont conscience de ceci allant jusqu'à se qualifier d' « arrogant ».

I was pretty sure I wasn't meant to be driving and I did you know just built- you know I just got used to them um... yeah so I've been arrogant, very arrogant about that stuff. (35)

4.3.10.3 *Le manque de confiance en soi*

Les patients parlent de leur manque de confiance et de leur absence de force pour se sevrer du médicament.

I wouldn't be too confident at all... I honestly don't think I would be able to get off it because I've tried it, and it's just the brain zaps (36)

4.3.10.4 *Le fatalisme*

Les patients rapportent un certain fatalisme, constatent qu'ils ont besoin de ces médicaments et n'y voient pas d'alternatives.

I can't leave them and because I can't leave them I'm sticking to the Valium. That's my escape.
(37)

Ce fatalisme est aussi vécu par les médecins.

long term users, people that are obviously benzodiazepine dependent, who need their benzodiazepines, there is nothing much you can do about it. (58)

4.3.10.5 *L'installation d'une routine*

La prise de médicament devient un rituel dans leur quotidien.

I take them every night, yeah, about nine o'clock at night, 8.30 at night. I see them as placebo.
(46)

4.3.10.6 *Le déni de la dépendance*

Quand les patients prennent leur médicament depuis longtemps, ils finissent par entretenir un lien particulier.

Si des patients expriment leur dépendance au médicament.

...I feel that I am addicted to them... (36)

D'autres minimisent au maximum l'impact du médicament.

It's just a small, little, tiny white pill. (55)

Ou en se comparant à d'autres patients prenant de plus fortes doses de médicament.

I'm not addicted to them by any means. Some of my friends, the doctor just lets them [take them] every night. (48)

4.4 Vue d'ensemble de l'étude :

Le logiciel Nvivo 14 nous permet de réaliser un nuage de mot avec tous les codes réalisés. Ce nuage de mot nous montre les principaux sujets exprimés dans l'ensemble des études sélectionnées.



Figure 2 : Nuage de mots

Le tableau ci-dessous, permet d'apprécier la répartition des codes sur N Vivo sur un échantillon de sous thème. Nous pouvons voir pour chaque sous-thème le nombre d'étude sur le corpus où le sous-thème est mentionné. Mais également, pour chaque fois qu'il apparait, celui qui le mentionne, selon son statut social, son genre et son âge.

Tableau 5 : Répartition des codes sur échantillon

Sous-thème	Nombre d'étude	Nombre de participants	Répartition des participants selon le statut social							Selon le genre			Selon l'âge			
			Patient	Médecin généraliste	Psychiatre	Expert du sommeil	Pharmacien	Chercheur	Femme	Homme	Inconnu	18-40 ans	41-60 ans	61+ ans	Inconnu	
Pharmaceuticalisation	15	19	4	6	0	1	3	5	3	1	15	0	0	0	19	
Âgisme	7	8	0	5	0	0	0	3	0	2	6	0	0	0	8	
Fatalisme	9	9	4	1	0	0	0	4	2	1	6	0	0	2	7	
Culpabilité	3	7	3	0	0	0	0	3	1	2	3	0	0	0	6	
Différence entre théorie et pratique	8	11	0	2	0	1	0	7	0	2	8	0	0	0	10	

5 DISCUSSION :

5.1 Principaux résultats :

Cette étude est une métasynthèse qualitative d'un corpus de 31 études se déroulant en Amérique du Nord, en Europe et en Australie, de 1979 à 2022. Elle a pour but de comprendre les éléments influençant la quête de médicament pour lutter contre l'insomnie et les troubles anxieux chez les patients d'une part, et leur prescription chez les médecins d'autre part.

Du fait de la localisation et des époques différentes, nous avons pu voir des points de vue variés sur la situation, mais aussi des similitudes qui s'y retrouvent. Ceci nous permet d'acquérir une vision holistique du problème.

Nous voyons que malgré des recommandations assimilées par les médecins généralistes et leur volonté de ne pas prescrire des benzodiazépines et apparentés, les médecins généralistes sont confrontés à des obstacles variés qui favorisent la prescription de ces médicaments.

Du côté des patients, nous avons pu identifier certains facteurs qui favorisent leur demande de médicament pour lutter contre leur trouble anxieux et du sommeil.

Ainsi, nous pouvons écrire un scénario général qui conduit dans les grandes lignes à la consommation des benzodiazépines et apparentés.

Nous avons des patients, anxieux ou insomniaques, qui évoluent dans une culture qui crée des idées préconçues, que ce soit de l'âgisme, de la pharmaceuticalisation, ou de la sacralisation du sommeil. Les troubles anxieux et l'insomnie ayant des critères diagnostiques avant tout subjectifs, les professionnels de santé ne trouvent pas toujours de consensus sur leur diagnostic. Ces patients consultent leur médecin généraliste pour la prise en charge de ces troubles, mais certains plus spécifiquement dans l'attente d'une prescription médicamenteuse de benzodiazépines et apparentés, dont les effets secondaires sont relativement insidieux.

Les recommandations et politiques de santé publique essaient de limiter la prescription dans ce genre de problème. Les médecins et les patients en font rarement mention dans les études analysées. La réalité du terrain est un obstacle à leur application, en particulier l'accès aux alternatives non médicamenteuses, que ça soit par la distance géographique, le coût pour les patients ou tout simplement l'absence de structure. Ainsi, les TCC sont rarement prescrites.

Si les médecins estiment que leur devoir est de limiter la prescription médicamenteuse, ils se heurtent à plusieurs limites. Ils font parfois face aux pressions de leurs patients, voire la perte de leur patient face à un refus de prescription. Ils éprouvent aussi de l'empathie pour les problèmes de leur patient. Etant dans une culture de pharmaceuticalisation, ils ont tendance à rester dans une logique de prescription médicamenteuse.

Une partie de ces patients se retrouvent donc avec une prescription de benzodiazépine et apparentés et peu de moyens pour réduire leur consommation. Les patients sont souvent mal informés sur les effets secondaires des médicaments ainsi que sur des stratégies à appliquer pour tenter un sevrage.

La prise du médicament en elle-même engendre des sensations de bien-être et le sevrage quant à lui des sensations désagréables comme le syndrome de sevrage favorisant sa prise au long court. Tout ceci amène à une réaction d'engrenage : le contexte initial de prescription est souvent très difficile. Lors de consommations longues, que ce contexte perdure ou soit oublié, le patient comme le médecin entretiennent un certain fatalisme.

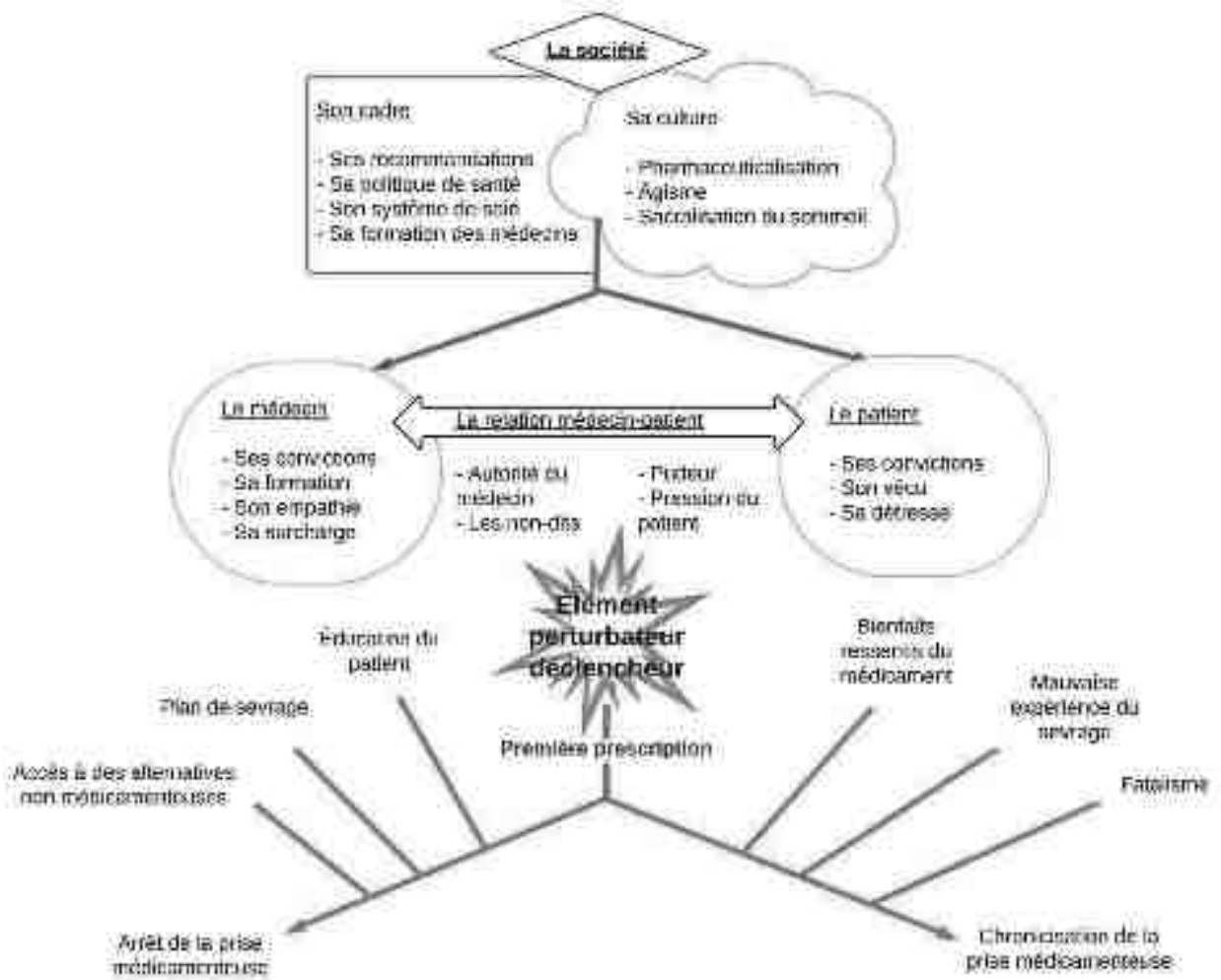


Figure 3 : Carte conceptuelle

5.2 Forces et faiblesses de l'étude :

Une des forces de cette métasynthèse est son corpus avec un total de 31 études. Ce nombre d'études a permis de valider une saturation des données essentielle dans la recherche qualitative. Nous avons pu constater que non seulement les études qualitatives sur le sujet sont de plus en plus nombreuses, mais aussi qu'elles sont de plus en plus exhaustives et méthodologiquement rigoureuses.

La sélection des études retenues pour la métasynthèse a été réalisée par consensus entre deux chercheurs. 5 articles ont fait l'objet d'une double lecture et analyse pour une triangulation des résultats.

Cette étude présente aussi des limitations. C'était ma première étude qualitative et je n'ai jamais utilisé de logiciel d'analyse d'études qualitatives auparavant. Seules les études publiées en anglais et en français ont pu être sélectionnées. Ce faisant, cette métasynthèse traite essentiellement du monde occidental. Le faible nombre d'études publiées avant l'an 2000 limite aussi notre recul quant à l'évolution du point de vue aussi bien des médecins que des patients sur ces problèmes.

Enfin, si la richesse des points de vue entre médecins et patients est très intéressante, elle rend d'autant plus difficile de synthétiser le nombre pléthorique d'avis, même si des divergences et des convergences ont pu être appréciées.

5.3 Comparaison avec la littérature :

5.3.1 L'âgisme :

Comme nous avons vu dans notre étude, l'âgisme joue sur la prescription de benzodiazépines et apparentés. Lorsque les médecins généralistes décrivent le patient-type bénéficiant d'une prescription, ils parlent souvent d'un patient de sexe féminin et d'un âge avancé. Ils l'expliquent par plusieurs éléments : un certain fatalisme lié à la durée d'usage, la notion persistante de moindre mal, et la moindre importance hiérarchique de cette prescription par rapport la complexité médicale grandissante de leur situation.

La littérature retrouve cette notion, les benzodiazépines sont prescrites de manière inappropriée chez les patients âgés (59). D'autant plus chez les patients porteurs de pathologies chroniques qui sont plus à risque de développer une consommation chronique de ces médicaments (60).

Une étude aux États-Unis a montré que quand les patients sous benzodiazépine ne peuvent plus s'en procurer, en cas d'exclusion du remboursement, ils ont tendance à les substituer par un autre médicament comme du zolpidem (61). La peur de changement dans les habitudes de vie est aussi retrouvée dans les études quantitatives : dans une étude réalisée en EHPAD en

Belgique, la raison principale du refus de sevrage des benzodiazépines chez les patients est la réticence au changement.(62)

Pourtant, chez les personnes âgées, un sevrage avec un plan de soin peut se révéler efficace même lorsque celles-ci sont en institution (62). Une étude longitudinale sur 2 ans a obtenu un sevrage de benzodiazépine plus important chez les patients âgés de plus de 85 ans que sur le reste de la population (63).

5.3.2 La culture de prescription :

La pharmaceuticalisation de la société est un phénomène sociétal qui tend à la médicalisation accrue d'aspect de la vie quotidienne, qui aboutit à la volonté de résoudre un problème par la prise d'une substance souvent pharmacologique. La pharmaceuticalisation s'est développée en occident par l'influence de l'industrie pharmaceutique. Elle a un impact considérable sur la recherche médicale, mais aussi la formation des professionnels de santé et la promotion des médicaments, ce qui peut influencer les pratiques médicales. La société et les patients se sont aussi approprié cette « culture », et beaucoup de patients sont devenus des consommateurs de médicament. Alors que dans le cas des troubles anxieux et de l'insomnie, le rôle du médecin serait avant tout une prise en charge globale, et ainsi limiter la prescription médicamenteuse, les patients les voient avant tout comme des prescripteurs (64). Dans le cas de notre étude, les médecins prescrivent ces médicaments même s'ils ont conscience qu'ils doivent aussi exercer un rôle de « gardien ».

Parmi des facteurs favorisant la prescription de médicament retrouvés dans d'autres études, il y a la peur de la perte du patient (65). Le manque de temps à consacrer pour la prise en charge de ces pathologies, et pour pouvoir organiser un sevrage est un facteur récurrent (66). Chez les patients, les réticences principales retrouvées dans les études sont leur non-perception d'effets secondaires ainsi que celle de la dépendance qui s'est développée (67).

D'autres études, plus centrées sur l'anxiété, montrent que les patients atteints d'anxiété ont tendance à s'automédiquer par phytothérapie en complément de leur traitement pharmacologique. Ils signalent rarement ces traitements pris à leur professionnel de santé, s'exposant potentiellement à des interactions médicamenteuses.(68,69)

Ceci peut s'expliquer parce que les patients qui prennent de la phytothérapie ont plus tendance à chercher des conseils au sein de leur famille et de leurs proches plutôt que chez un médecin (69). Les participants utilisant des alternatives comme la phytothérapie ont aussi tendance à donner beaucoup de valeur aux traitements naturels, car ils seraient plus sains et donneraient moins d'effets secondaires.(70)

5.3.3 Communication et relation avec les patients :

Un point central dans notre métasynthèse est la relation médecin-patient et la communication qu'ils réussissent à développer.

Dans la littérature, nous retrouvons qu'un dialogue constructif et une compréhension de la plainte du patient sont vus comme importants pour les médecins généralistes, pour réduire la prescription inappropriée de médicament. (29)

Quand les médecins refusent de prescrire les médicaments que demandent les patients, il peut en résulter un conflit. Motivé par des raisons diverses (maintien de la relation sur le long terme, peur du conflit, lassitude...), l'évitement de ces conflits potentiels avec leurs patients, est un facteur qui tend à majorer la prescription médicamenteuse en consultation (71).

Cette notion est retrouvée dans les facteurs majorant la prescription de benzodiazépines et apparentés par les médecins généralistes interrogés dans les différentes études sélectionnées.

Une précédente métasynthèse ciblée sur les médecins généralistes avait pointé l'importance d'une bonne relation médecin-patient, au prix d'accepter la prescription chez ces patients. Cette étude associait la relation médecin-patient avec l'empathie d'une part mais aussi d'autre part la notion de « patient méditant » (deserving patient). Certains patients étaient spontanément identifiés comme « méritant » une prescription de benzodiazépines, schématiquement les patients âgés, polymorbides, observants, contrairement aux patients jeunes, aux tendances addictives, pour lesquels ils ressentaient aussi une responsabilité morale et légale (32). Cette notion de patient « méritant » peut être reconstruite à partir de

remarques implicites à propos des situations typiques où les médecins vont mieux « résister » à une demande de prescription, ou à l'inverse plus facilement l'accepter.

La communication entre les différents professionnels de santé et l'héritage des anciennes pratiques abordées dans notre étude, se retrouvent dans la littérature. Les médecins trouvent que les exigences de certains de leurs patients sont souvent le fruit de pratique de leurs confrères, souvent d'anciennes générations (72). Les médecins peuvent alors se référer à une instance supérieure (comme la sécurité sociale ou le contrôle médical), pour appuyer un refus de prescription.

Dans notre synthèse, nous soulignons qu'il y a un manque de connaissance des patients sur le médicament. D'autres études soulignent aussi ce point, en particulier sur la méconnaissance des effets secondaires du médicament et du développement d'une dépendance psychologique.(59) Les patients déclarent d'ailleurs qu'ils désirent être mieux informés lors de la prescription des médicaments et que le dialogue avec leur médecin est important. Les patients affirment aussi qu'ils sont plus enclins à accepter la dé-prescription si on leur donne un plan de diminution et qu'on les informe des potentiels symptômes que le sevrage peut induire(73).

Les études trouvées dans la littérature concluent elles aussi que des pistes à améliorer sont la mise en place de TCC, l'éducation des patients et l'amélioration de la communication entre le médecin et son patient (59).

5.3.4 Disparité entre recommandations des hautes instances et réalité du terrain :

Il existe des tensions entre les attentes d'autonomie des médecins généralistes dans l'exercice de leur profession et une volonté de régulation de la part des organismes de santé (74).

Sans doute, historiquement parce que le corps médical avait une indépendance très forte sans être sous des injonctions extérieures (75). Mais aussi parce que les médecins généralistes sont en désaccords avec une pratique de la médecine reposant uniquement sur des recommandations. Ces dernières sont établies par le biais de données purement scientifiques sans tenir compte de l'individualité de chaque patient, qui a son importance dans les décisions

qu'ils prennent (74). Cette vision de la pratique médicale fait écho à la triade de l'Evidence Based Medicine (EBM), selon laquelle une décision médicale se prend en accord avec les preuves scientifiques, mais aussi avec l'expérience du praticien et la volonté du patient (76).

Les médecins sont donc sceptiques quant à l'application à la lettre des recommandations, car elles ne peuvent pas toujours s'appliquer au cas particulier d'un patient.(65)

Pour compléter, comme dans la précédent métasynthèse, nous retrouvons que les médecins généralistes ressentent un manque d'alternative non médicamenteuse pour la prise en charge de ces pathologies. Et lorsqu'elles existent, elles sont souvent difficiles d'accès.(32) Au total, ils perçoivent les consultations qui aboutissent potentiellement à une prescription de benzodiazépines comme chronophages, complexes et contraignantes (32).

Pour autant, s'ils sont critiques sur l'applicabilité de ces recommandations, ils ne les rejettent pas. Ils peuvent d'ailleurs utiliser les recommandations des hautes instances comme un argument d'autorité pour éviter que leur refus de prescription entraîne un conflit direct avec le patient qui détériorerait leur relation. La responsabilité du refus est alors assumée par ce tiers extérieur, dédouanant celle des médecins (72).

5.4 Implication pour la recherche future :

5.4.1 Quel avenir pour la consommation de benzodiazépines et apparentés ?

Plusieurs éléments nous laissent suggérer qu'il est possible que cette consommation reste un problème de santé publique.

Premièrement, la population à risque de consommation de benzodiazépine est majoritairement la population âgée. Les benzodiazépines arrivent en tête des prescriptions médicamenteuse chez les patients de plus de 75 ans avec une prévalence de 26.9% en France, en 2019 (26). Selon les rapports démographiques, il y a en France à la date du 1^{er} janvier 2020, 20.5% de la population française de plus de 65 ans, qui tend progressivement à augmenter. (77).

Concernant la population active, le nombre de travailleurs de nuit habituels et occasionnels a augmenté durant ces dernières décennies passant de 3.3 millions de personnes (15,0% des actifs) en 1990 à 4.3 millions de personnes (16.3% des actifs) en 2013. Le travail de nuit, qui peut entraîner des insomnies et prescriptions récurrentes de somnifères touche essentiellement les professions de secteur tertiaire (infirmiers, aides-soignants, policiers)(78).

Ensuite, les crises sanitaires sont pourvoyeuses d'anxiété et d'insomnie. La consommation des benzodiazépines a augmenté suite à la crise de la COVID 19 (27,28). Plusieurs rapports estiment que le risque de pandémie infectieuse risque d'augmenter dans le futur pour cause environnementale (79,80).

Concernant l'aspect socio-économique, les crises économiques ont tendance à aggraver la santé mentale de la population, en particulier dans le domaine des troubles anxieux et dépressifs, augmentant aussi la prescription et consommation de médicament anxiolytique (81).

De manière générale, les classes socio-économiques les plus basses sont plus à risque de consommer des benzodiazépines (82). Mais malheureusement, si le taux de pauvreté a initialement baissé en France depuis les années 1980, il est de nouveau en hausse en comparaison aux années 2000, suite en particulier à la crise de 2008(83). Si en France, le taux de pauvreté est de 14% en 2018, d'autres pays comme l'Allemagne, la Belgique ou encore l'Italie, affichent des taux respectivement de 15, 15 et 20%(84).

5.4.2 Quelles solutions ?

En 2017 en France, la prescription de zolpidem est passée en ordonnance sécurisée. Cela a conduit à une diminution de sa prescription. Si en parallèle, la prescription de zopiclone a augmenté, elle n'a pas compensé la diminution de prescription de zolpidem (85). Cette décision de santé publique restrictive limite l'accès au médicament. On peut penser qu'en limitant encore plus l'accès, on résout le problème de la consommation inappropriée.

Mais il y a des contre-exemples. En 2003 aux États-Unis, une tentative de diminution de la consommation de benzodiazépines a été effectuée en déremboursant ces médicaments. Cette méthode a été critiquée, car elle induit non seulement une sélection de la population qui peut avoir accès à ces médicaments via leurs moyens économiques, mais crée un risque de sevrage brutal et non contrôlé des benzodiazépines (86).

Nous rappelons que les sevrages sont plus efficaces en cas de réduction de dose très graduelle jusqu'aux doses les plus faibles disponibles (comme par exemple, une diminution de 25% toutes les 2 semaines voire plus lentement pour certains patients), suivies de jours sans médicament périodiques (87).

De même en Allemagne les patients ont une limitation sur le remboursement de ces substances, mais les médecins peuvent les prescrire hors remboursement : la conséquence semble la même qu'aux États-Unis, avec en plus une perte de contrôle et de mesure des consommations réelles de la population, comme les médicaments non remboursés sont plus difficiles à suivre.

De plus dans des cas de dépendance forte à la benzodiazépine, les consommateurs peuvent se tourner vers des moyens illégaux pour se procurer le médicament comme le marché noir (88).

Ainsi quand il y a une demande forte de médicament, les moyens contournés pour se fournir se développent. Un exemple extrême d'une autre molécule est l'épidémie de mésusage de fentanyl aux États-Unis, avec développement de laboratoire illégaux, vente sur le darknet (89).

La restriction est limitée par la demande de la population générale.

Diminuer la demande de la population peut se faire de plusieurs manières.

- On peut lutter contre la pharmaceuticalisation de la société. Par exemple, en France, une campagne d'information contre l'utilisation inappropriée des antibiotiques avait permis de diminuer les prescriptions de ces médicaments (90).
- Favoriser l'accès aux alternatives non médicamenteuses en permettant une prise en charge psychologique et par TCC remboursée par la sécurité sociale.
- Améliorer l'accès des patients aux connaissances sur leur médicament, en particulier ses effets secondaires et sa durée d'utilisation recommandée.

- Améliorer l'accès des patients aux connaissances sur les étapes d'un sevrage médicamenteux optimal, via les professionnels de santé mais aussi les médias.
- Impliquer les patients dans leur prise en charge permet d'établir des objectifs et des préférences quant à la déprescription de benzodiazépines et apparentés. Cette prise de décision partagée autour de la déprescription est essentielle pour le succès du sevrage (91).

Une métasynthèse quantitative pourrait nous aider à mieux percevoir l'efficacité de ces solutions appliquées, ou nous éclaircir quant à l'évolution du mésusage des benzodiazépines et apparentés à la suite des différentes politiques de santé publique mises en place dans les pays.

6 CONCLUSION :

Les troubles anxieux et l'insomnie sont fréquents dans la population. On estime que 10% de la population générale souffrirait d'insomnie et 5% de trouble anxieux généralisé. Face à ces problèmes, des solutions médicamenteuses ont été développées. Les barbituriques, très utilisés les siècles derniers avaient de lourds effets secondaires et ont laissé place à d'autres médicaments comme les benzodiazépines et les Z-drugs. Si ces nouveaux traitements sont moins dangereux que les barbituriques, ils ont aussi montré leurs failles. L'efficacité de ces derniers médicaments s'estompe dans le temps et une accoutumance peut se développer. Ces médicaments ont aussi divers effets secondaires, ils augmentent le risque de fracture sur chute, ou encore d'accident de la voie publique.

Aujourd'hui, les benzodiazépines ne devraient pas être utilisées dans les troubles anxieux et du sommeil aigus en première intention au profit de thérapie non médicamenteuse, et devraient être évitées chez les patients âgés chez qui les effets secondaires sont plus lourds. De même, leur prescription chronique est contre-indiquée dans ces indications, et les utilisateurs chroniques devraient bénéficier d'un sevrage. Le sevrage se fait avec des réductions de dose très graduelles jusqu'aux doses les plus faibles disponibles en évitant l'arrêt abrupt de la prise de médicament. Pourtant, les pratiques médicales montrent que les benzodiazépines et apparentés sont encore largement prescrits pour ces motifs, en prise en charge aiguë et chronique.

À la suite de ce constat, nous avons voulu comprendre les éléments conduisant les médecins à prescrire ou non des benzodiazépines ou apparentés dans les troubles anxieux et les troubles du sommeil chez leurs patients et aux patients d'éprouver le besoin de prendre ces médicaments.

Pour cela, nous avons mené une analyse de la littérature des recherches qualitatives sur ce sujet, selon la méthode de la méthasynthèse qualitative. Nous avons recherché dans les moteurs de recherche Pubmed, Psycinfo, Jstor, Socindex, Proquest et Cairn les études jusqu'au 11/10/2022. De manière à avoir un maximum d'études en rapport avec la prescription de benzodiazépines et apparentés dans le cadre de l'anxiété et de l'insomnie.

Ainsi, nous avons obtenu un corpus de 31 études. L'analyse a été réalisée d'abord manuellement puis à l'aide du logiciel Nvivo 14. Une partie des articles a fait l'objet d'un double codage, avec mise en commun pour obtenir un consensus. Les codes et thèmes ont aussi fait l'objet d'une triangulation. Nous avons retenu 53 codes regroupés en 10 thèmes : la culture et croyance, le flou de la situation, les facteurs extérieurs, la différence entre théorie et pratique, la relation médecin-patient, la place du médecin traitant, les pressions exercées sur le médecin, les moyens donnés au patient, les sensations vécues par le patient, le fatalisme entretenant la consommation.

Nous voyons que les patients et les médecins sont influencés par des croyances comme la pharmaceuticalisation et l'âgisme qui favorisent la prise de médicament pour combattre les troubles. La subjectivité de la définition des diagnostics, en particulier de l'insomnie, mais aussi le manque d'information transmis au patient par les professionnels de santé rend la situation floue pour les patients qui ont l'impression de manquer d'encadrement. Les recommandations quant à elles si elles sont bien assimilées par les professionnels de santé, leur semblent en décalage avec la réalité du terrain, le manque de temps, de moyen et d'alternative. La prescription médicamenteuse reste alors la solution du moindre mal.

La relation médecin-patient est un pilier dans la prise en charge des troubles anxieux et du sommeil, de manière générale l'empathie est une qualité très appréciée des patients. Le médecin généraliste dans cette situation doit endosser plusieurs responsabilités, il doit à la fois respecter les recommandations, aider ses patients, leur fournir une solution à leur problème. Ces devoirs peuvent entrer en conflit les uns avec les autres. En effet, le médecin subit beaucoup de pression dans cette situation, la peur du conflit avec le patient voire la perte de ce dernier en cas de non-prescription médicamenteuse est souvent citée.

Les moyens donnés aux patients pour combattre la consommation de benzodiazépines et apparentés sont encore insuffisants. Les alternatives comme les TCC sont rarement accessibles. Ils sont aussi peu informés sur les effets secondaires des médicaments et sur les conduites à tenir pour un sevrage optimal. Le patient vit parfois l'expérience d'un sevrage trop rapide mal toléré, qu'il met en balance avec l'expérience d'efficacité voire de bien-être que leur procure le médicament. Ce qui conduit à un fatalisme tant de la part des patients que des médecins, persuadés que toute tentative d'arrêt de la consommation est vouée à l'échec.

Pourtant, la littérature a des exemples où des sevrages médicamenteux, même chez une patientèle âgée, peuvent être efficaces. Les conditions nécessaires sont la motivation du patient, un bon encadrement, et un personnel soignant qui puisse consacrer suffisamment de temps pour le soutenir. De même, la littérature identifie fréquemment le manque de temps comme motivation de prescription médicamenteuses des professionnels de santé. Les patients eux aussi restent dans une logique de consommation de médicament puisqu'ils ont tendance à s'automédiquer dans les cadres des troubles anxieux et de l'insomnie, parfois en parallèle des médicaments déjà prescrits par leur médecin.

Aussi, la relation médecin-patient est au cœur de la prescription de benzodiazépines et apparentés. Du côté du médecin, l'empathie comme la peur de dégrader la relation avec son patient peut majorer ses prescriptions. Du côté du patient, son attente d'une réponse habituelle par prescription médicamenteuse et le manque d'information sur leurs effets aboutit à un manque d'éducation sur le médicament prescrit et ses alternatives. Il ne dispose pas de toutes les armes nécessaires pour appréhender la consommation inappropriée de benzodiazépines et apparentés.

Concernant l'application des recommandations par les médecins, il y a toujours eu des tensions entre les directives des grandes instances et la volonté des médecins d'une certaine liberté de prescription pour adapter leur conduite au cas par cas selon le patient, son environnement, son vécu. Dans le cas de la prescription de benzodiazépines et apparentés, une restriction de ces prescriptions, si elle a eu un petit effet, entraîne aussi des contournements par les médecins et les patients. Risquant de compliquer la surveillance des prescriptions et consommations de ces molécules, ou des produits utilisés en remplacement. De fait, le déremboursement des benzodiazépines aux États-Unis en 2003 a été critiqué, car il aurait causé un sevrage abrupt du médicament qui peut être dangereux pour la santé. De plus, des moyens de procuration illégaux existent et peuvent être utilisés par des patients, en particulier les consommateurs chroniques.

La place des benzodiazépines et apparentés pour soigner ces troubles dans nos sociétés interroge sur une culture de pharmaceuticalisation de la société. De même, l'âgisme, et un certain fatalisme sur cette situation, tant de la part de la population que des professionnels de santé semblent liés à cette culture. Cela est d'autant plus problématique qu'elle touche la

frange de la population qui est plus susceptible de consommer ces médicaments, comme les personnes âgées, les travailleurs de nuit ou les personnes appartenant aux classes économiques les plus modestes. Cette population est en augmentation, de fait éduquer ces personnes à risque, et ouvrir l'accès aux prises en charge non médicamenteuses pourrait contenir de futurs problèmes de santé publique.

Strasbourg, le 20 octobre 2023

Le président du jury de thèse

Professeur Patrice BOURGIN



VU et approuvé

Strasbourg, le 26 OCT. 2023

Le Doyen de la Faculté de

Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



7 ANNEXES :

7.1 Annexe 1 : échelle de sévérité de l'insomnie :

Index de Sévérité de l'Insomnie (ISI)

Nom: _____

Date: _____

Pour chacune des questions, veuillez encercler le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Veuillez estimer la **SÉVÉRITÉ** actuelle (dernier mois) de vos difficultés de sommeil.

a. Difficultés à s'endormir:

Aucune Légère Moyenne Très Extrêmement

0 1 2 3 4

b. Difficultés à rester endormi(e):

0 1 2 3 4

b. Problèmes de réveils trop tôt le matin:

0 1 2 3 4

2. Jusqu'à quel point êtes-vous **SATISFAIT(E)/INSATISFAIT(E)** de votre sommeil actuel?

Très Satisfait Satisfait Plutôt Neutre Insatisfait Très Insatisfait

0 1 2 3 4

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **PERTURBENT** votre fonctionnement quotidien (p. ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur)?

Aucunement Légèrement Moyennement Très Extrêmement

0 1 2 3 4

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **APPARENTES** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?

Aucunement Légèrement Moyennement Très Extrêmement

0 1 2 3 4

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **INQUIET(ÈTE)/préoccupé(e)** à propos de vos difficultés de sommeil ?

Aucunement Légèrement Moyennement Très Extrêmement

0 1 2 3 4

Copyright C. Morin (1993)

Échelle de correction/interprétation:

Additionner le score des sept items (1a+1b+1c+2+3+4+5) = _____

Le score total varie entre 0 et 28

0-7 = Absence d'insomnie

8-14 = Insomnie sub-clinique (légère)

15-21 = Insomnie clinique (modérée)

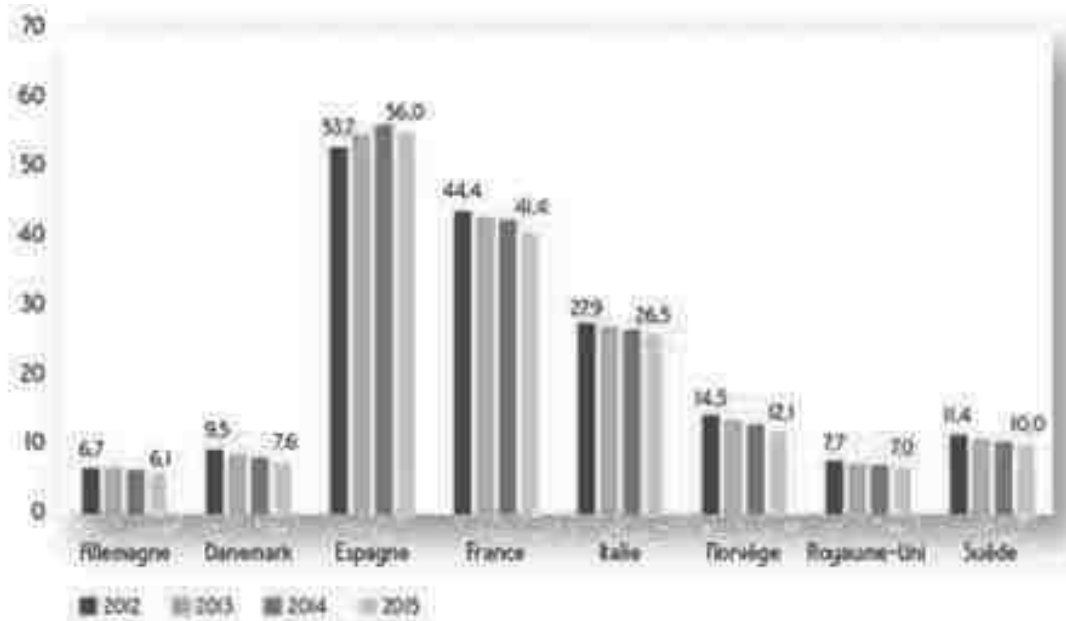
22-28 = Insomnie clinique (sévère)

7.2 Annexe 2 : Recommandation de prescription de benzodiazépines de la Haute autorité de santé :

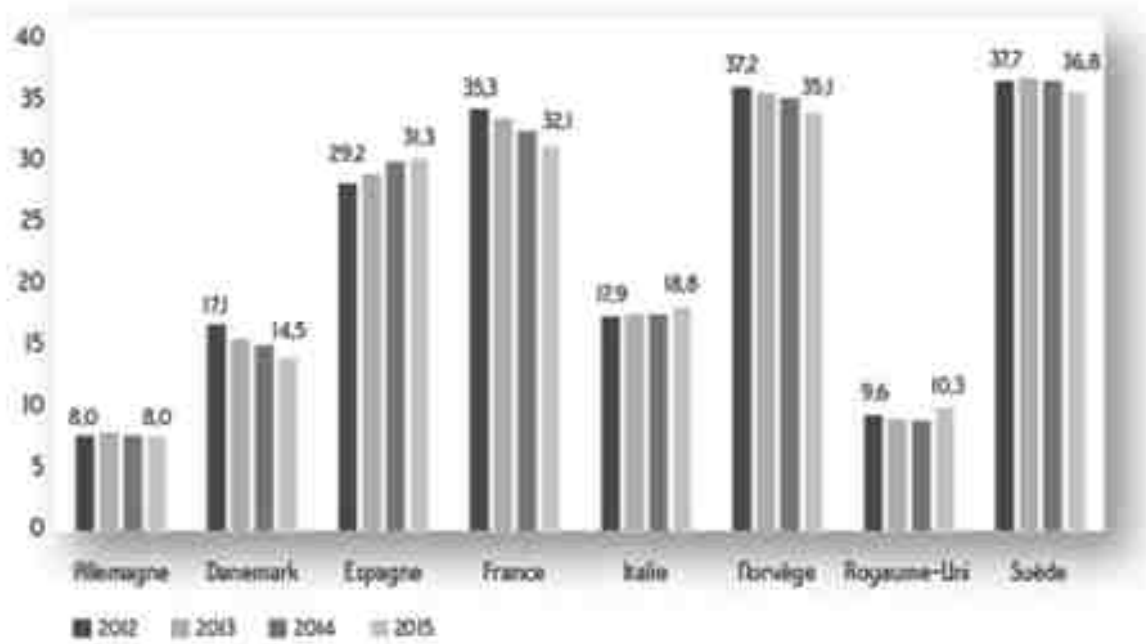
Règles de prescription des benzodiazépines

- 7.2.1
- ⌚ 1. Evaluer la situation du patient :
 - ⌚ rechercher et prendre en charge spécifiquement une dépression ou un autre trouble psychiatrique à l'origine des manifestations anxieuses,
 - ⌚ rechercher une origine somatique (hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, hypoglycémie...) ou toxique (caféine, stimulants, alcool, drogues...) des symptômes anxieux,
 - ⌚ confirmer la nécessité du traitement par benzodiazépine anxiolytique.
 - ⌚ 2. Limiter la prescription à **12 semaines**. Dans l'anxiété et l'insomnie, les benzodiazépines ont montré leur efficacité sur des durées brèves de traitement. Elles perdent leur intérêt thérapeutique en cas de traitement prolongé qui, dans la plupart des cas, devient injustifié alors qu'en parallèle les effets indésirables persistent.
 - ⌚ 3. Débuter par les **doses les plus faibles** adaptées à la situation clinique.
- 7.2.2
- ⌚ 4. Ne pas associer plusieurs benzodiazépines anxiolytiques ou hypnotiques.
 - ⌚ 5. **Dès l'instauration d'un traitement par benzodiazépine**, expliquer au patient :
 - ⌚ la durée brève du traitement,
 - ⌚ ses modalités d'arrêt,
 - ⌚ les risques associés : sédation, dépendance, interaction avec l'alcool, risque de la conduite automobile
- 7.2.3
- ⌚ 6. En complément du traitement par benzodiazépine :
 - ⌚ expliquer et vérifier le respect des règles hygiéno-diététiques,
 - ⌚ proposer une prise en charge psychologique adaptée.
 - ⌚ 7. Ne pas reconduire une prescription sans **réévaluation régulière** de sa nécessité.
 - ⌚ 8. **Arrêter progressivement** le traitement (voir infra).

7.3 Annexe 3 : État des lieux de la consommation des anxiolytiques en Europe, exprimée en dose définie journalière pour 1000 habitants/jour. (Source : Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM))



7.4 Annexe 4 : État des lieux de la consommation des hypnotiques en Europe, exprimée en dose définie journalière pour 1000 habitants/jour. (Source : ANSM)



7.5 Annexe 5 : Échantillons de citations sur quelques sous-thèmes :

Sous-thème	Statut social	Citation
Pharmaceuticalisation	Chercheur	But the resolution of these problems does not always belong within the medical sphere; nevertheless, GPs look for a medical solution and they find BZDs to be the “lesser evil” (42)
	Médecin	Sometimes we give patients a phytotherapeutic agent. We give it because it looks like a pill. So if it works for them, so much the better.(42)
	Patient	I think the thing that upset me most about the way drugs were used with me was that in the early years when I was so obviously unhappy with what was happening in my life the solution to the doctors was so obviously a drug solution.(37)
	Chercheur	However, it was also common for GPs to say they would prescribe a short course of hypnotics alongside another medication (e.g. antidepressants) while waiting for the other medication to take effect. (43)
	Patient	so I went to a doctor and I just said, you know ‘I need something [emphasis added] to get me to sleep’ so they gave me some tablets.(46)
	Patient	A: Oh, definitely. My mother-in-law who was then in her nineties said ‘those sleeping pills aren’t going to work’, so she went onto the red wine. B: A nice big sleeping pill in a glass then (38)
	Pharmacien	“Some people have strong beliefs of medication ... I would say one of the hard points is that we actually need to change the perception of the patient.” (53)
	Chercheur	In addition to gradual dosage reduction, some previous users reported substituting BZRAs for other medications (36)
	Patient	Because other people prescribe pills, my doctor will listen to me, he will hear me and he will give me other resources and not pills. And when I went to the psychiatrist, he didn’t even make eye contact, he just wrote... (49)
	Médecin	"I know that there are treatments for this and I know that it will solve the problem". So, effectively, in many cases, they come to you to prescribe something for them (49)
	Pharmacien	For them, it is self-evident. When I am hungry, I eat a piece of bread. When I have a headache, I take a pill. When I cannot sleep, I take a pill. That’s it. (45)
	Pharmacien	‘Being a physician includes addressing alternative treatment options. I think that this is a problem for many physicians.’ (45)
Médecin	Every time [insomnia] comes up I give them the sleep hygiene talk. And I get these looks back at me like, “I just want a medicine” (41)	

Âgisme	<p>Médecin</p> <p>Médecin</p> <p>Médecin</p> <p>Chercheur</p> <p>Médecin</p> <p>Médecin</p>	<p>We do not suggest counselling to the elderly. They don't know any psychologists and they have never been to one.(42)</p> <p>so as patients get older I become much more lenient with my prescribing... maybe I can empathize with them more... they're now pretty much set in their ways. (54)</p> <p>You want them to keep their minds clear, but on the other hand I do have a tendency to be permissive to old patients (40)</p> <p>There was agreement that the elderly were more likely to receive benzodiazepines, (58)</p> <p>"Oh, I'm already so old now, what does it matter now." Right? And when I tell them that they can become dependent on [sleep-inducing medications] and that they then won't sleep more but increase their risk offalling and reduce their cognitive abilities. "Oh well, what does that matter now?". (39)</p> <p>They have chronic problems, but at their (old) age the drugs are not that addictive. I just give them what they ask for, because I don't have time for an explanation (51)</p>
Fatalisme	<p>Patient</p> <p>Patient</p> <p>Chercheur</p> <p>Patient</p> <p>Médecin</p> <p>Chercheur</p>	<p>I think if it wasn't for the chemicals I wouldn't be chugging along. I don't mentally think I would have survived without it and that's the truth.(55)</p> <p>I can't leave them and because I can't leave them I'm sticking to the Valium. That's my escape. (37)</p> <p>They identified common mild alternatives [...] to be ineffective for elderly people with chronic problems and thought that psychotherapeutic approaches were "doomed to failure."(92)</p> <p>I was with Dr [name] at the time and she told me when she prescribed them 'you realise that you are on these for life?' I said 'yes' (46)</p> <p>long term users, people that are obviously benzodiazepine dependent, who need their benzodiazepines, there is nothing much you can do about it. (58)</p> <p>pessimism about the success of taper withdrawal techniques (47)</p>
Culpabilité	<p>Patient</p> <p>Patient</p> <p>Patient</p> <p>Chercheur</p>	<p>I shouldn't be taking pills. Other people manage to sleep every night and get through a night without pills. (46)</p> <p>I have sinned occasionally. And done that when there has been a big day, a long travelling day or doing something and I haven't felt any side effects. (46)</p> <p>Some nights it's a real bad night [...] and I know I should only have one tablet but - it might happen about once every two or three months (46)</p> <p>saw the use of hypnotics as 'giving in' to strong medication, 'taking the easy route' or a 'lazy' way to deal with ones problems (46)</p>

	Chercheur	Moreover, the language used by women when describing their use of prescription sleeping medication suggests a stigmatized perception in the community surrounding drug use. (38)
Différence entre théorie et pratique	Chercheur	The interviews captured salient aspects of the disparities between practice guidelines [...] and routine clinical practice. (57)
	Chercheur	and guidelines were criticized as out of touch with real-world problems (54)
	Médecin	If you say “look, I’ve had this problem for three months now, I can’t stand it anymore”. And the doctor says “oh, I’ve got this solution, it lasts for three weeks.” Well, realistically, how likely is it that this problem is going to go away in three weeks? (43)
	Médecin	I do think that we all make up some guidelines suiting the way we work, I am afraid of that. (40)
	Chercheur	The discomfort was stated as a feeling of doing something almost illicit with prescribing because of the restrictive attitudes both of society and of the health authorities. (40)
	Chercheur	The idea of medical practice based on experience, rather than formal clinical practice guidelines, was repeatedly remarked on by medical professionals (49)
	Chercheur	While some GPs appreciated the list, others had a more negative view, because they felt (severely) restricted in their freedom to choose medications. (39)
	Médecin	Surely some are unjustly on the list because the experts who created the PIM list were no practitioners (39)

8 BIBLIOGRAPHIE :

1. Amar E, Pereira C., Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Études et résultats. 2005;
2. Le Pen C, Lemasson H, Rouillière-Lelidec C. La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens : une réévaluation. Paris : Les Entreprises du Médicament. 2007;
3. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).
4. Buysse DJ. Insomnia. JAMA J Am Med Assoc. 20 févr 2013;309(7):706-16.
5. Fernandez-Mendoza J, Vgontzas AN. Insomnia and Its Impact on Physical and Mental Health. Curr Psychiatry Rep. déc 2013;15(12):418.
6. Kalmbach DA, Anderson JR, Drake CL. The impact of stress on sleep: Pathogenic sleep reactivity as a vulnerability to insomnia and circadian disorders. J Sleep Res. déc 2018;27(6):e12710.
7. Boivin DB, Boudreau P. Impacts of shift work on sleep and circadian rhythms. Pathol Biol. oct 2014;62(5):292-301.
8. Demirci K, Akgönül M, Akpınar A. Relationship of Smartphone Use Severity with Sleep Quality, Depression, and Anxiety in University Students. J Behav Addict. 4(2):85-92.
9. López-Muñoz F, Ucha-Udabe R, Alamo C. The history of barbiturates a century after their clinical introduction. Neuropsychiatr Dis Treat. déc 2005;1(4):329-43.
10. Benzodiazepines drug profile | www.emcdda.europa.eu [Internet]. [cité 7 juin 2023]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/benzodiazepines_fr
11. Fiche Imovane disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-08/imovane_-_ct-7947.pdf.
12. Baldwin DS, Aitchison K, Bateson A, Curran HV, Davies S, Leonard B, et al. Benzodiazepines: risks and benefits. A reconsideration. J Psychopharmacol Oxf Engl. nov 2013;27(11):967-71.
13. Gunja N. The clinical and forensic toxicology of Z-drugs. J Med Toxicol Off J Am Coll Med Toxicol. juin 2013;9(2):155-62.
14. Brett J, Murnion B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. Aust Prescr. oct 2015;38(5):152-5.
15. Ashton H. The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. Curr Opin Psychiatry. mai 2005;18(3):249-55.

16. Gustavsen I, Bramness JG, Skurtveit S, Engeland A, Neutel I, Mørland J. Road traffic accident risk related to prescriptions of the hypnotics zopiclone, zolpidem, flunitrazepam and nitrazepam. *Sleep Med.* déc 2008;9(8):818-22.
17. Khong TP, de Vries F, Goldenberg JSB, Klungel OH, Robinson NJ, Ibáñez L, et al. Potential impact of benzodiazepine use on the rate of hip fractures in five large European countries and the United States. *Calcif Tissue Int.* juill 2012;91(1):24-31.
18. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ.* 19 nov 2005;331(7526):1169.
19. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ.* 9 sept 2014;349:g5205.
20. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 31 mai 2023]. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete
21. Arrêté du 7 janvier 2017 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants aux médicaments à base de zolpidem administrés par voie orale.
22. Inchauspe JA. Crise économique, politiques d'austérité et soins en santé mentale en Espagne. *Inf Psychiatr.* 2012;88(3):167-75.
23. Ritterband LM, Thorndike FP, Ingersoll KS, Lord HR, Gonder-Frederick L, Frederick C, et al. Effect of a Web-Based Cognitive Behavior Therapy for Insomnia Intervention With 1-Year Follow-up: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 1 janv 2017;74(1):68-75.
24. L'OMS publie des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme [Internet]. [cité 8 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>
25. Psychotropic Substances 2021 - Substances psychotropes 2021 - Sustancias sicotrópicas 2021. Disponible sur: incb.org
26. Drusch S, Le Tri T, Ankri J, Zureik M, Herr M. Decreasing trends in potentially inappropriate medications in older people: a nationwide repeated cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2 nov 2021;21(1):621.
27. Annual Report 2022 [Internet]. [cité 1 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2022.html>
28. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report 2022: trends and developments. [Internet]. LU: Publications Office; 2022 [cité 1 juin 2023]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2810/75644>
29. Duffaud S, Liébart S. Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Étude qualitative par entretiens collectifs. *Santé Publique.* 2014;26(3):323-30.
30. Maust DT, Lin LA, Blow FC. Benzodiazepine Use and Misuse Among Adults in the United States. *Psychiatr Serv Wash DC.* 1 févr 2019;70(2):97-106.

31. Beaucher V, Jutras F. Étude comparative de la métasynthèse et de la méta-analyse qualitative. *Rech Qual.* 2007;27(2):58.
32. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Fam Pract.* 13 déc 2013;14:191.
33. Meta-Synthesis of Qualitative Findings - Louise A. Jensen, Marion N. Allen, 1996 [Internet]. [cité 10 juin 2023]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104973239600600407>
34. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol.* 10 juill 2008;8(1):45.
35. Cheung JMY, Bartlett DJ, Armour CL, Ellis JG, Saini B. People with insomnia: experiences with sedative hypnotics and risk perception. *Health Expect.* 2016;19(4):935-47.
36. Lynch T, Ryan C, Cadogan CA. 'I just thought that it was such an impossible thing': A qualitative study of barriers and facilitators to discontinuing long-term use of benzodiazepine receptor agonists using the Theoretical Domains Framework. *Health Expect.* 2022;25(1):355-65.
37. Cooperstock R, Lennard HL, Cooperstock R, Lennard HL. Some social meanings of tranquilizer use. *Sociol Health Illn.* 1979;1(3):331-47.
38. Hislop J, Arber S. Understanding women's sleep management: beyond medicalization-healthification? *Sociol Health Illn.* nov 2003;25(7):815-37.
39. Pohontsch NJ, Hesel K, Löffler A, Haenisch B, Parker D, Luck T, et al. General practitioners' views on (long-term) prescription and use of problematic and potentially inappropriate medication for oldest-old patients-A qualitative interview study with GPs (CIM-TRIAD study). *BMC Fam Pract.* 17 févr 2017;18(1):22.
40. Dybwad TB, Kjølsvrød L, Eskerud J, Laerum E. Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway. *Fam Pract.* oct 1997;14(5):361-8.
41. Moloney ME. 'Sometimes, it's easier to write the prescription': physician and patient accounts of the reluctant medicalisation of sleeplessness. *Sociol Health Illn.* 2017;39(3):333-48.
42. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: a qualitative study on GPs' perspectives. *Scand J Prim Health Care.* déc 2007;25(4):214-9.
43. Coveney C, Williams SJ, Gabe J. Medicalisation, pharmaceuticalisation, or both? Exploring the medical management of sleeplessness as insomnia. *Sociol Health Illn.* févr 2019;41(2):266-84.
44. Oldenhof E, Mason T, Anderson-Wurf J, Staiger PK. Role of the prescriber in supporting patients to discontinue benzodiazepines: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 15 juin 2021;71(708):e517-27.
45. Mokhar A, Kuhn S, Topp J, Dirmaier J, Härter M, Verthein U. Long-term use of benzodiazepines and Z drugs: a qualitative study of patients' and healthcare professionals' perceptions and possible levers for change. *BJGP Open.* avr 2019;3(1):bjgpopen18X101626.

46. Gabe J, Coveney CM, Williams SJ. Prescriptions and proscriptions: moralising sleep medicines. *Social Health Illn.* 2016;38(4):627-44.
47. Williams F, Mahfouz C, Bonney A, Pearson R, Seidel B, Dijkmans-Hadley B, et al. A circle of silence: The attitudes of patients older than 65 years of age to ceasing long-term sleeping tablets. *Aust Fam Physician.* juill 2016;45(7):506-11.
48. Walker RB, Luszcz MA, Hislop J, Moore V. A gendered lifecourse examination of sleep difficulties among older women. *Ageing Soc.* févr 2012;32(2):219-38.
49. Marquina-Márquez A, Olry-de-Labry-Lima A, Bermúdez-Tamayo C, Ferrer López I, Marcos-Marcos J. Identifying barriers and enablers for benzodiazepine (de)prescription: a qualitative study with patients and healthcare professionals. *An Sist Sanit Navar.* 17 août 2022;45(2):e1005.
50. Rogers A, Pilgrim D, Brennan S, Sulaiman I, Watson G, Chew-Graham C. Prescribing benzodiazepines in general practice: a new view of an old problem. *Health Lond Engl* 1997. avr 2007;11(2):181-98.
51. Subelj M, Vidmar G, Svab V. Prescription of benzodiazepines in Slovenian family medicine: a qualitative study. *Wien Klin Wochenschr.* août 2010;122(15-16):474-8.
52. Haycock J, Grivell N, Redman A, Saini B, Vakulin A, Lack L, et al. Primary care management of chronic insomnia: a qualitative analysis of the attitudes and experiences of Australian general practitioners. *BMC Fam Pract.* 22 juill 2021;22(1):158.
53. Jomaa I, Odisho M, Cheung JMY, Wong K, Ellis JG, Smyth T, et al. Pharmacists' perceptions and communication of risk for alertness impairing medications. *Res Soc Adm Pharm RSAP.* janv 2018;14(1):31-45.
54. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. *J Gen Intern Med.* mars 2007;22(3):303-7.
55. Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC. Older Patient Perspectives on Long-Term Anxiolytic Benzodiazepine Use and Discontinuation: A Qualitative Study. *J Gen Intern Med.* août 2007;22(8):1094-100.
56. Everitt H, McDermott L, Leydon G, Yules H, Baldwin D, Little P. GPs' management strategies for patients with insomnia: a survey and qualitative interview study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* févr 2014;64(619):e112-119.
57. Cheung JMY, Atternäs K, Melchior M, Marshall NS, Fois RA, Saini B. Primary health care practitioner perspectives on the management of insomnia: a pilot study. *Aust J Prim Health.* 2014;20(1):103-12.
58. Parr JM, Kavanagh DJ, Young RM, McCafferty K. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis. *Soc Sci Med* 1982. mars 2006;62(5):1237-49.
59. Sirdifield C, Chipchase SY, Owen S, Siriwardena AN. A Systematic Review and Meta-Synthesis of Patients' Experiences and Perceptions of Seeking and Using Benzodiazepines and Z-Drugs: Towards Safer Prescribing. *The Patient.* févr 2017;10(1):1-15.

60. Luijendijk HJ, Tiemeier H, Hofman A, Heeringa J, Stricker BHC. Determinants of chronic benzodiazepine use in the elderly: A longitudinal study. *Br J Clin Pharmacol.* avr 2008;65(4):593-9.
61. Chen YC, Kreling DH. The effect of the Medicare Part D benzodiazepine exclusion on the utilization patterns of benzodiazepines and substitute medications. *Res Soc Adm Pharm RSAP.* 2014;10(2):438-47.
62. Bourgeois J, Elseviers MM, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RH. Feasibility of discontinuing chronic benzodiazepine use in nursing home residents: a pilot study. *Eur J Clin Pharmacol.* oct 2014;70(10):1251-60.
63. Bell JS, Lavikainen P, Korhonen M, Hartikainen S. Benzodiazepine discontinuation among community-dwelling older people: a population-based cohort study. *Eur J Clin Pharmacol.* 1 janv 2011;67(1):105-6.
64. Abraham J. Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology.* 2010;44(4):603-22.
65. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract.* 1 déc 2007;57(545):971-8.
66. Dalleur O, Feron JM, Spinewine A. Views of general practitioners on the use of STOPP&START in primary care: a qualitative study. *Acta Clin Belg.* 1 août 2014;69(4):251-61.
67. Bourgeois J, Elseviers MM, Azermai M, Van Bortel L, Petrovic M, Vander Stichele RR. Barriers to discontinuation of chronic benzodiazepine use in nursing home residents: Perceptions of general practitioners and nurses. *Eur Geriatr Med.* 1 juin 2014;5(3):181-7.
68. Knaudt PR, Connor KM, Weisler RH, Churchill LE, Davidson JR. Alternative therapy use by psychiatric outpatients. *J Nerv Ment Dis.* nov 1999;187(11):692-5.
69. Alderman CP, Kieper B. Complementary medicine use by psychiatry patients of an Australian hospital. *Ann Pharmacother.* déc 2003;37(12):1779-84.
70. McIntyre E, Saliba AJ, Moran CC. Herbal medicine use in adults who experience anxiety: A qualitative exploration. 2015 [cité 17 oct 2022];10. Disponible sur: <https://www.proquest.com/sociology/docview/1753059013/abstract/7DF6C4C9838747D8PQ/568>
71. An PG, Rabatin JS, Manwell LB, Linzer M, Brown RL, Schwartz MD, et al. Burden of difficult encounters in primary care: data from the minimizing error, maximizing outcomes study. *Arch Intern Med.* 23 févr 2009;169(4):410-4.
72. Walter A, Chew-Graham C, Harrison S. Negotiating refusal in primary care consultations: a qualitative study. *Fam Pract.* 1 août 2012;29(4):488-96.
73. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient Barriers to and Enablers of Deprescribing: a Systematic Review. *Drugs Aging.* 1 oct 2013;30(10):793-807.
74. Prosser H, Walley T. Perceptions of the impact of primary care organizations on GP prescribing: The iron fist in the velvet glove? *J Health Organ Manag.* 27 mars 2007;21(1):5-26.

75. Harrison S, Ahmad WIU. Medical Autonomy and the UK State 1975 to 2025. *Sociology*. 1 févr 2000;34(1):129-46.
76. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
77. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
78. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 14 juin 2023]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/2019_8-9_3.html
79. Schnell IB, Bohmann K, Schultze SE, Richter SR, Murray DC, Sinding MHS, et al. Debugging diversity - a pan-continental exploration of the potential of terrestrial blood-feeding leeches as a vertebrate monitoring tool. *Mol Ecol Resour*. nov 2018;18(6):1282-98.
80. Bitome-Esson PY, Ollomo B, Arnathau C, Durand P, Mokoudoum ND, Yacka-Mouele L, et al. Tracking zoonotic pathogens using blood-sucking flies as « flying syringes ». *eLife*. 28 mars 2017;6:e22069.
81. Avčin BA, Kučina AU, Sarotar BN, Radovanović M, Plesničar BK. The present global financial and economic crisis poses an additional risk factor for mental health problems on the employees. *Psychiatr Danub*. sept 2011;23 Suppl 1:S142-148.
82. Stein BD, Mendelsohn J, Gordon AJ, Dick AW, Burns RM, Sorbero M, et al. Opioid Analgesic and Benzodiazepine Prescribing Among Medicaid-Enrollees with Opioid Use Disorders: The Influence of Provider Communities. *J Addict Dis*. 2017;36(1):14-22.
83. L'essentiel sur... la pauvreté | Insee [Internet]. [cité 15 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045>
84. Salaires, niveaux de vie et pauvreté en Europe – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 15 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5426654?sommaire=5435421>
85. Bourbon C, Pinaud P, Buno L, Deloute A. Impact de l'ordonnance sécurisée sur la prescription du zolpidem. *exercer* 2020;163:204-10. [Internet]. [cité 29 août 2023]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/1440
86. Bambauer KZ, Sabin JE, Soumerai SB. The Exclusion of Benzodiazepine Coverage in Medicare: Simple Steps for Avoiding a Public Health Crisis. *Psychiatr Serv*. sept 2005;56(9):1143-6.
87. Voshaar RCO, Gorgels WJM, Mol AJJ, Balkom AJLMV, Lisdonk EHVD, Breteler MHM, et al. Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: three-condition, randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. juin 2003;182(6):498-504.
88. Liebrez M, Schneider M, Buadze A, Gehring MT, Dube A, Caflisch C. High-Dose Benzodiazepine Dependence: A Qualitative Study of Patients' Perceptions on Initiation, Reasons for Use, and Obtainment. *PLoS One*. 2015;10(11):e0142057.
89. Jannetto PJ, Helander A, Garg U, Janis GC, Goldberger B, Ketha H. The Fentanyl Epidemic and Evolution of Fentanyl Analogs in the United States and the European Union. *Clin Chem*. 1 févr 2019;65(2):242-53.

90. Chahwakilian P, Huttner B, Schlemmer B, Harbarth S. Impact of the French campaign to reduce inappropriate ambulatory antibiotic use on the prescription and consultation rates for respiratory tract infections. *J Antimicrob Chemother.* déc 2011;66(12):2872-9.
91. Jansen J, Naganathan V, Carter SM, McLachlan AJ, Nickel B, Irwig L, et al. Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. *BMJ.* 3 juin 2016;353:i2893.
92. Damestoy N, Collin J, Lalande R. Prescribing psychotropic medication for elderly patients: some physicians' perspectives. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 27 juill 1999;161(2):143-5.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

médicamentaire et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : EVANCE Prénom : Maxime

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit étant constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1993 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été averti(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

de pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À Strasbourg, le 24/10/2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.