



HAL
open science

Perceptions et attitudes envers les benzodiazépines chez les 18-55 ans

Afif Zbitou

► **To cite this version:**

Afif Zbitou. Perceptions et attitudes envers les benzodiazépines chez les 18-55 ans. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01734391

HAL Id: hal-01734391

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734391>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Afif ZBITOU

le 5 Octobre 2015

<p>PERCEPTIONS ET ATTITUDES ENVERS LES BENZODIAZÉPINES CHEZ LES 18-55 ANS</p>
--

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Raymund SCHWAN

M. le Professeur François PAILLE

Mme le Maître de Conférences Elisabeth STEYER

M. le Docteur Nicolas ROBIN

Président

Juge

Juge et Directrice

Juge



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -

François CERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de

LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre

LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise

MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN

- Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - François PLENAT - Jean-Marie POLU -

Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel

RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC -

Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE

Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUSSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
Docteure Nelly AGRINIER

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique))

Docteur Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'Urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

55^{ème} Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN

Professeur de Psychiatrie
Centre Psychothérapique de Nancy

Vous nous faites l'honneur d'assurer la présidence de ce jury.
Nous vous adressons nos remerciements pour avoir accepté de nous
accorder votre confiance sur la réalisation de ce projet.
Soyez assuré de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur en Thérapeutique option Clinique

Nous vous exprimons nos profonds remerciements pour avoir
accepté de juger ce travail.

Soyez assuré de notre sincère respect.

À NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THÈSE

Madame le Docteur Élisabeth STEYER

Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
Médecin Généraliste

Vous nous faites l'honneur d'accepter cette direction de thèse.
Nous vous remercions pour vos conseils avisés et tout ce temps passé
à nous orienter dans ce travail.
Soyez assurée de notre profonde gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET JURY DE THÈSE

Monsieur le Docteur Nicolas ROBIN

Médecin généraliste

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Votre intérêt pour ce sujet rend votre présence et votre jugement sur ce travail d'autant plus importants.

Aux patients qui ont participé à ce travail

Je vous remercie de m'avoir accordé du temps et de vous être confiés.

Aux médecins qui ont contribué au recrutement

Je vous remercie d'avoir pris le temps de m'aiguiller vers vos patients.

A mon père...

A ma mère et ma sœur,

Pour leur soutien indéfectible et pour leur accompagnement au cours de ce long et tortueux chemin

Je leur témoigne ma reconnaissance et mon profond respect.

A mon épouse,

Pour son réconfort bienveillant et son optimisme infailible dans le sprint final

Je la remercie de tout coeur

Je lui souhaite de mener brillamment à terme sa passionnante recherche.

SERMENT

« **A**u 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 ».

Table des matières

INTRODUCTION	17
PATIENTS ET METHODES	19
RESULTATS	21
A. MODALITES DE CONSOMMATION DANS UN CADRE THERAPEUTIQUE	21
1. CONTEXTE D'INITIATION	21
A) LE MEDECIN TRAITANT	21
B) LE PSYCHIATRE	22
C) L'HOPITAL	22
D) AUTOMEDICATION	22
E) IMPORTANCE DU CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL	22
F) RAISONS DE L'INSTAURATION ET TYPES D'UTILISATION	23
G) ANCIENNETE DE LA PREMIERE UTILISATION	24
2. GESTION PERSONNALISEE ET EVOLUTION DE LA CONSOMMATION	24
A) AUTOREGULATION ET ADAPTATION INDIVIDUELLE DE LA POSOLOGIE	24
B) USAGE CIRCONSTANCIE	25
C) SUIVI ET COMPREHENSION DE LA PRESCRIPTION	25
D) PERSPECTIVES D'ARRET	26
E) MODALITES DE SEVRAGE	27
F) ATTITUDES HYPOTHETIQUES FACE A UN MANQUE DE BENZODIAZEPINE	28
3. APPROPRIATION DU TRAITEMENT PAR LA BENZODIAZEPINE	29
A) RELATION ETROITE AVEC LE PATIENT	29
B) LE MEDICAMENT RENDU BANAL	29
C) IMPORTANCE DE SA PRESENCE PHYSIQUE ET DE SES CARACTERISTIQUES	30
4. LES MOTIVATIONS DE LA PRISE DE BENZODIAZEPINE	30
4.1 PERTURBATIONS DE LA SANTE MENTALE PAR LE TRAVAIL	30
A) INTERACTIONS TRAVAIL-PSYCHISME	30
B) EPUISEMENT PROFESSIONNEL	31
C) CONFRONTATION A LA VIOLENCE MORALE	32
D) RETENTISSEMENT MORAL DE L'INCAPACITE AU TRAVAIL	32
E) PROJECTIONS EN MATIERE D'EMPLOI	33
4.2 TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES	33
A) ANXIETE ET DEPRESSION	33
B) TROUBLES DU SOMMEIL	34
C) PSYCHO-TRAUMATISMES	34
D) LA DETRESSE PSYCHOLOGIQUE A SON APOGEE	35
E) ANTECEDENTS DE TROUBLES ANXIEUX	36
F) CONSOMMATION ANTERIEURE D'UNE BENZODIAZEPINE	37
B. PERCEPTIONS DE L'EFFET PRODUIT PAR LA PRISE DE LA BENZODIAZEPINE	38
1. PERCEPTION FAVORABLE	38
A) MEDICAMENT PERÇU COMME BENEFIQUE	38
B) NATURE DES EFFETS POSITIFS DE LA PRISE	38
C) MAITRISE DE SOI PERMISE PAR LA PRISE DU TRAITEMENT	40
D) VERTU SALVATRICE DU MEDICAMENT ET POUVOIR MAGIQUE	40
2. PERCEPTION DEFAVORABLE	41
2.1 CRAINTES ET DOUTES ENVERS LA BENZODIAZEPINE	41

A) MEFIANCE ENVERS L'EFFET DELETERE	41
B) CRAINTES D'UNE ACCOUTUMANCE	42
C) CRAINTES D'UNE DEPENDANCE	42
D) PEUR DE L'INSTALLATION D'UNE PATHOLOGIE INDUITE PAR LE TRAITEMENT PROLONGE	43
2.2 EFFETS DEFAVORABLES RESSENTIS LORS DES PRISES DE BENZODIAZEPINE	44
A) SENSATION D'ALTERATION COGNITIVE	44
B) SENSATION D'ALTERATION DES AFFECTS	45
C) SENSATION D'ETRE DROGUE	45
D) EBRIETE APPARENTEE A LA PRISE D'ALCOOL	45
E) RETENTISSEMENT NEGATIF SUR L'ACTIVITE SOCIALE	46
C. INFLUENCES EXTERIEURES SUR LA PERCEPTION DE LA BENZODIAZEPINE	47
1. SOURCES D'INFORMATIONS	47
A) VECTEURS HUMAINS	47
B) VECTEURS ECRITS	47
C) VECTEURS NUMERIQUES	47
D) SAVOIRS PROFESSIONNELS	48
E) TRANSMISSION PAR LA RUMEUR	48
2. INFLUENCES DES SOIGNANTS	49
A) RECEPTION DU DISCOURS MEDICAL PAR LE PATIENT	49
B) RAPPORTS DE CONFIANCE MEDECIN-PATIENT	49
C) LE MONDE HOSPITALIER	50
3. INFLUENCES DE LA FAMILLE	51
A) INFLUENCES EN FAVEUR DU MEDICAMENT	51
B) INFLUENCES EN DEFAVEUR	51
4. INTERACTIONS AVEC L'ENVIRONNEMENT : POIDS DU REGARD EXTERIEUR	52
D. REACTIONS ET ACTIONS DU PATIENT	53
1. RESISTANCE CONTRE LA PRISE ET ABDICATION EVENTUELLE	53
2. ALTERNATIVES A LA BENZODIAZEPINE	54
A) GESTION DIFFERENTE DU STRESS	54
B) SOUTIEN DANS LE COUPLE ET LA FAMILLE	55
C) PRISE EN CHARGE PSYCHOTHERAPIQUE	55
D) ALTERNATIVES MEDICAMENTEUSES A LA BENZODIAZEPINE	56
<u>CONCLUSION DES RESULTATS</u>	<u>58</u>
<u>DISCUSSION</u>	<u>61</u>
<u>CONCLUSION</u>	<u>67</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>68</u>
<u>ANNEXE 1 : GRILLE DE DIVERSITE DES PATIENTS et ENTRETIENS</u>	<u>72</u>
<u>ANNEXE 2 : GUIDE DES ENTRETIENS</u>	<u>74</u>
<u>ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT</u>	<u>75</u>

INTRODUCTION

Les benzodiazépines représentent une classe médicamenteuse couramment utilisée en France et dans le monde ³⁻²¹⁻³⁰. Il s'agit d'une famille médicamenteuse connue depuis fort longtemps sur laquelle on dispose d'un recul scientifique conséquent. Leurs propriétés pharmaco-chimiques étendues constituent un arsenal thérapeutique pour le prescripteur. Au début des années 90, elles étaient majoritaires parmi les psychotropes en terme de vente et leur prescription concernait essentiellement les patients âgés de plus de 60 ans.

Cette consommation représente un enjeu majeur de Santé Publique en France. En effet, son poids économique ne cesse de croître à l'heure où le déficit de l'Assurance Maladie continue à se creuser inexorablement. L'offre en benzodiazépines est pléthorique : on dénombre au moins 20 molécules disposant de l'autorisation de mise sur le marché sans compter l'offre hors filière sanitaire.

De nombreux travaux ont étudié la prévalence de la consommation en benzodiazépine ⁵⁻²¹. L'addiction et la dépendance ont fait l'objet de recherches approfondies ²⁻²⁹⁻³⁸. Les effets produits ont largement été décrits ³⁻¹⁹⁻²³. Le sevrage est une question fondamentale dans la prise en charge du patient ⁴⁻²³. L'implication prégnante de la substance dans la survenue de chutes chez le senior est démontrée ³⁻³⁷. De même, le lien entre consommation prolongée et démence semble se préciser ³. La toxicomanie est un sujet incontournable qui affecte de plus en plus le jeune adulte. L'adolescent fait lui-même l'objet de recherches sur la déviance d'usage ³².

La prescription des benzodiazépines chez les personnes de moins de 60 ans est un phénomène en accentuation. En effet, on constate une hausse de la prévalence et de l'incidence d'utilisation de cette molécule au sein de la classe active ¹⁵⁻²⁰⁻²⁵. Les raisons invoquées sont une nécessité de surmonter un mal-être, un sentiment d'inconfort en société ou un besoin de se détendre rapidement. Ces molécules sont également une réponse rapide à des troubles du sommeil et de l'anxiété ¹³⁻²⁴. Elles sont utilisées lors du passage d'examens et de façon récréative ³². Les patients interrogés arguent de l'efficacité et de la rapidité d'action de la benzodiazépine dans des situations de la vie courante où un soulagement immédiat est recherché. Le Moigne évoque les « recours conjoncturels » ²². Néanmoins, il existe d'autres voies thérapeutiques en dehors du médicament produisant leurs effets dans un délai certes plus long ³⁻⁴. Les représentations du médicament et de sa consommation sont par ailleurs différentes de celles observées chez les plus de 50 ans ⁹⁻³¹, questionnant sur l'usage de ces thérapeutiques dans la classe d'âge des 18 à 55 ans.

Afin de mieux appréhender cet usage, il nous apparaît intéressant de recueillir les perceptions et les attitudes envers les benzodiazépines, de patients ayant moins de 60 ans. De nombreuses études se sont intéressées à l'usage des benzodiazépines comme produits d'addiction. La recherche portant sur l'usage dans un cadre thérapeutique est moindre pour cette catégorie de la population. Le témoignage individuel du patient semble être une approche judicieuse pour recueillir sa réflexion sur son utilisation personnelle du médicament. Cette étude est l'occasion d'identifier des facteurs qui influencent le recours et l'appropriation progressive de ces traitements.

Les résultats de ce travail exploratoire peuvent éclairer le praticien dans son questionnement sur sa pratique de prescription des benzodiazépines en améliorant sa compréhension du vécu de son patient pour adapter sa prise en charge.

PATIENTS et METHODES

Dans l'objectif de comprendre les perceptions et les attitudes des patients envers les benzodiazépines, nous avons mené une enquête qualitative prospective. Des médecins généralistes ont été contactés par téléphone et par courriel. Une présentation du travail exploratoire avec précision des critères de recrutement a été effectuée aux médecins qui ont donné leur accord. Ils nous ont orientés vers des patients éligibles après les avoir informés et recueilli leur accord. Les coordonnées des intéressés nous ont été transmises pour permettre de convenir d'un rendez-vous. Cette étude descriptive était multicentrique : le milieu de recherche concernait huit communes de départements lorrains, suite aux contacts des médecins contributeurs à la sélection des patients.

Le Comité de Protection des Personnes a été avisé au préalable de notre démarche. Ses préconisations ont été prises en compte. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être âgé de 18 à 55 ans ; être consommateur d'une benzodiazépine au moment de l'entretien ou dans les deux ans précédant l'entretien ; être consommateur dans un cadre thérapeutique (prescription ou automédication) ; ne pas être atteint de pathologie psychotique ou d'une toxicomanie ; être capable de converser sans barrière linguistique. Vingt patients ont été sélectionnés. Trois candidats âgés de plus de 55 ans n'ont pas été inclus. Deux patientes (PF-13 et PF-16) ont été interviewées mais la retranscription n'a pas été réalisée. Elles ne répondaient pas au critère d'âge.

L'investigateur a réalisé un entretien individuel semi-directif au domicile de chaque participant sauf pour une personne (PH-14) où le recueil de témoignage s'est déroulé sur son lieu de travail. Cette méthode permettait de soulever de nombreuses questions et d'amener des réponses variées. L'échantillon sélectionné a été diversifié dans cette optique. Au préalable, un formulaire de consentement était signé garantissant l'anonymat avec un rappel des modalités de l'étude. Une liste des dénominations des benzodiazépines (en DCI et nom commercial) a été montrée au patient pour s'assurer de la prise de ce type de médicament et pour identifier une éventuelle prise antérieure d'un produit de la même famille. Les enregistrements audio se sont déroulés entre Mars et Décembre 2014. Les contenus des demandes d'interruption d'enregistrement de la part de l'interviewé ont été notées lors de la production des verbatims. Nous avons recueilli 15 témoignages d'une durée comprise entre 28 et 63 minutes aboutissant à la saturation des données. En effet, les dernières rencontres ne semblaient pas apporter des éléments nouveaux.

Un guide d'entretien selon le modèle « tree and branch »³⁵ a été construit sur la base de quatre lignes conductrices : la genèse de la prise et son évolution, les effets ressentis, le niveau d'information, le regard du patient sur sa consommation. Au fur et à mesure des rencontres, des interrogations nouvelles sont venues enrichir les dialogues.

Les données des retranscriptions ont été anonymisées et ont fait l'objet d'une double lecture. L'analyse des informations collectées s'est appuyée sur la méthode phénoménologique. Une analyse individuelle et indépendante des verbatims a précédé la combinaison de l'ensemble du matériel des entrevues. Le directeur de la recherche a mené une analyse en parallèle en utilisant un outil informatique (N VIVO). Nous avons effectué une analyse inductive de contenu thématique.

Des codes ont été déterminés et confrontés lors de la triangulation d'analyse. Quatre thèmes généraux ont été dégagés à partir des unités de signification ayant émergé lors de la triangulation.

RESULTATS

Cette étude a inclus 15 patients : 9 femmes et 6 hommes. Leur origine socio-professionnelle était variée. La moyenne d'âge des femmes était de 48 ans. La moyenne d'âge masculine était de 42 ans. La majorité des participants appartenait à la classe active, hormis PF-15 et PH-10.

Tous les hommes prenaient le médicament au moment de l'entrevue sauf PH-17 dont le sevrage était très récent. PF-2 et PF-9 ne l'utilisaient plus. PF-12 prenait conjointement deux benzodiazépines.

Le tableau joint en annexe résume les caractéristiques individuelles de chaque participant. PF-13 et PF-16 n'y figurent pas. Les témoignages ont été collectés mais non retranscrits.

Cette enquête a permis de décrire comment s'effectuait la consommation du médicament, l'influence de l'activité professionnelle, le retentissement sur l'activité sociale, le terrain médical des patients, la perception des effets produits et le ressenti exprimé envers la molécule, les interactions et les canaux d'influences, les réactions et les actions du patient.

A. Modalités de consommation dans un cadre thérapeutique :

1. Contexte d'initiation

a) Le médecin traitant

Pour la plupart des participants, le médecin traitant était l'instigateur de la prise à la suite d'une consultation où la personne rapportait un problème. La réponse médicale était la prescription d'une benzodiazépine « *c'est ça qui m'inquiétait le fait de ne pas arriver à dormir. Donc j'ai été voir le médecin pour lui dire (...) mon problème et puis il m'a inscrit le LEXOMIL® pour m'aider à trouver le sommeil.* » PF-6 L 10-12 ; « *j'ai simplement été voir mon médecin traitant pour lui expliquer la situation dans laquelle j'étais : petite dépression, crises d'angoisse et donc il a adapté un traitement (...) y' avait la prise de LEXOMIL®* » PH-14 L 27-29.

Il pouvait s'agir du médecin de famille qui assurait le suivi depuis l'enfance « *la première personne qui me l'a prescrit c'était le médecin qui me suivait depuis que je suis toute petite, qui me connaissait donc très bien* » PF-9 L 709-710.

Des événements de vie difficiles à surmonter ont conduit la personne vers son praticien « *Après le coup de fil de... mon médecin traitant et... moi je pense que ça doit être au moment de mon divorce ou au moment du décès de mon père* » PF-15 L 5-6.

D'autres traitements utilisés n'étaient pas efficaces « *j'ai eu divers traitements différents qui n'ont rien fait du coup c'est mon médecin traitant qui m'a dirigé vers le SERESTA®.* » PH-17 L 9-10.

b) Le psychiatre

Le psychiatre était le prescripteur initial en relai d'un autre traitement « *j'ai voulu arrêter le TERCIAN (...) même progressivement, très progressivement ... Quand je l'ai arrêté je dormais plus du tout, donc mon psychiatre qui me suit m'a donné du LEXOMIL à la place. Donc là j'ai redormi tout de suite et ... depuis je l'ai toujours pris.* » PF-7 L 12-15.

Dans un cas, le médecin traitant a d'emblée orienté sa patiente vers une consultation spécialisée car il a jugé son état préoccupant « *Parce que j'étais tellement mal et comme je la connaissais* » PF-8 L 74. La benzodiazépine a été introduite par le spécialiste « *Le médecin psychiatre* » L 89.

c) L'hôpital

La prescription originelle était hospitalière « *Je pense que c'est à l'hôpital. Quand je suis monté là-haut* » PH-4 L 265. Le SERESTA® a par la suite été prolongé par son médecin attitré.

Une consultation aux urgences a été l'élément déclencheur « *Je me suis retrouvé aux urgences, sous perfusion, ECG... J'ai encore plus stressé je pense qu'autre chose. Se retrouver tout seul à l'hôpital* » PH-3 L 63-65, à l'étranger dans un contexte festif « *C'était un festival, en Allemagne. Et donc des soirées, de l'alcool* » L 30.

Cette crise d'angoisse l'a ensuite amenée chez le médecin de garde « *C'était un dimanche. J'ai été chez le médecin de garde qui m'a donc prescrit ça* » L 147-148. Le traitement lui a été prescrit pour une courte durée avec une prise à effectuer à la demande pour atténuer son anxiété « *C'est parce (...) j'étais encore je pense sous le choc de ce qui m'était arrivé (...). Je me sentais mal, bon il m'a rassuré, il m'a prescrit ça. Il m'a dit << bon pendant deux, trois jours prenez ça (...) >>. Il m'a dit << vous en prenez un le matin, un le midi, un le soir puis dans une semaine vous verrez ça ira mieux. >>* » L 156-161.

d) Automédication

Un patient a eu recours à l'automédication suite à une incitation « *c'était un restant de cachet qui devait traîner dans les tiroirs de ma mère. Elle m'a dit : << tiens prends ce truc là, ça va te faire du bien. >>* » PH-11 L 68-69, « *J'ai fini la boîte avant de parler au médecin. Une boîte ça fait un mois.* » L 75. Néanmoins, il a informé son médecin de cette pratique « *Je prenais sans avis du médecin. Après je suis allé le voir. Je lui en ai parlé.* » L 79. Ce dernier l'a rassuré « *Il m'a dit que si je sentais que ça allait mieux avec ça, un quart c'était pas une dose.* » L 80.

Une substitution de LEXOMIL® par un autre anxiolytique a été tentée mais rapidement abandonnée en l'absence de bénéfice ressenti « *Il a essayé de me faire passer à un autre produit STRESAM® je crois, et qui ne m'a pas fait l'effet escompté c'est à dire au bout d'une semaine je suis tout de suite repassé au LEXOMIL®* » L 81-83.

e) Importance du contexte socio-familial

Les tracas familiaux et personnels ont été souvent l'occasion de l'initiation. Le bouleversement ne touchait pas toujours directement l'intéressé.

Par exemple, une maladie grave a été diagnostiquée à l'époux d'une interviewée « à partir du moment où on a appris la maladie de mon mari, je l'ai quand même pris rapidement » PF-2 L 294-295. Elle a indiqué que le médicament était indispensable pour faire face « j'ai besoin de dormir, j'ai besoin de plus penser (...) Donc voilà, c'était toute une période où je ne voulais pas m'en passer. » L 386-387.

De même des tournants familiaux ont poussé vers la benzodiazépine « des événements assez douloureux familiaux : la maladie et la mort de mon beau-père, et la grand-mère de mon épouse. Donc c'était des périodes difficiles (...) qui m'ont amené à essayer de compenser avec ce genre de molécule. » PH-14 L 78-80.

Le contexte social de l'individu ne pouvait être ignoré dans son interaction avec sa santé. Un participant a connu de graves difficultés professionnelles « J'étais artisan, j'ai plus de boîte (...) elle a coulé » PH-4 L 586. Elles se sont compliquées d'une faillite pécuniaire « En 2012. Ils m'ont piqué mon camion (...) Et puis la bagnole » L 590, « j'étais en surendettement, ma famille maintenant l'est aussi (...) C'est tout le temps la galère » L 609-610. Cette faillite s'étendant à ses proches, est devenue collective « comme ma femme était co-emprunteuse donc ils se sont retournés contre elle. » L 615-616. De plus la santé de ses proches l'a affecté « la belle-mère a fait un AVC. Ma mère on l'a mise en maison de retraite en Juin de l'année dernière, elle est morte au mois de Décembre » L 604-605.

f) Raisons de l'instauration et Types d'utilisation

La dépression « J'étais déprimée » PF-15 L 37, et l'anxiété représentaient initialement des motifs d'instauration du médicament « C'est à partir de là que le médecin m'a prescrit ça, au cas où... les crises reprendraient, que ça pouvait me calmer tout de suite » PH-3 L 8-9 ; « j'ai commencé à prendre le médicament en 1997 suite à un divorce et puis les premiers symptômes de crise d'angoisse » PH-14 L 9-10.

Certains participants utilisaient une benzodiazépine pour répondre à un mal-être « pour me sentir mieux. Pour me détendre aussi » PF-15 L 118, et lors des crises d'angoisse « J'attends pour le XANAX® qu'il enlève toujours mon appréhension, ma peur, mes angoisses et tout. Et qu'il me canalise. » PF-8 L 540-541 ; « c'était juste pour ne pas avoir de crises d'angoisse parce qu'elles me faisaient peur. » PF-9 L 357, « J'étais incapable de gérer seule mes crises d'angoisse. » L 531-532.

D'autres l'utilisaient à visée hypnotique « c'était oui, trouver le sommeil » PF-2 L 392 ; « j'ai continué le LEXOMIL® pour pouvoir dormir » PF-7 L 25-26. Une participante le prenait avec les deux objectifs « J'en prends le soir pour apaiser mes angoisses et pour m'aider à dormir » PF-5 L 9.

Pour l'un des participants, c'était dans le cadre d'un sevrage éthylique avec le support de son médecin « j'ai commencé à prendre le SERESTA® pour des problèmes d'alcool » PH-17 L 4, « au départ c'était plus pour l'anxiété (...). Parce que (...) le problème de l'alcool vient justement de cogiter toujours (...) il me semble qu'on était parti sur la base du SERESTA® justement pour un peu calmer tout ce qui se passe là haut. » L 23-25.

D'autres consommaient la benzodiazépine pour se libérer de leurs pensées « je prends quand je sens que j'ai passé une nuit à mouliner et que j'ai besoin de ça au matin pour me mettre les idées au clair sinon toute la journée va être pareille et je ne ferai rien. » PH-11 L 318-320 ; « ça m'enlève les idées de la tête quoi un peu » PF-12 L 49.

PF-8 a commencé à prendre la benzodiazépine pour agir sur ses pensées « *Je voulais qu'il me prescrive quelque chose pour m'enlever les idées.* » L 146.

Dans certains cas, l'antalgie a été à l'origine de la benzodiazépine « *Dans le cadre d'une dépression et dans le cadre de multi-douleurs excessives (...). J'ai eu un gros traumatisme de la cheville gauche qui a été six fois opérée, et de mon épaule droite qui a été subluxée* » PH-10 L 9-11, « *le LEXOMIL® m'a été prescrit en tant que décontracturant* » L 26-27.

Un usage moins courant, anti-arythmique, a été cité « *ça m'arrive d'en prendre un quart de temps en temps parce qu'en ce moment j'ai des extrasystoles* » PF-15 L 190-191.

g) Ancienneté de la première utilisation

L'ancienneté de la première prise était variable selon le répondant « *j'ai commencé à le prendre y'a pas longtemps. Il y a un mois et demi* » PH-3 L 5 ; « *j'ai commencé (...) 2014* » PF-5 L 140-145 ; « *moi le SERESTA® j'ai dû le prendre que ..., là ça doit faire un an* » PH-17 L 10-11.

Pour d'autres, le début de prise remontait à plus d'un an « *il y'a (...) quatre ans* » PF-2 L 5 ; « *du fait d'un accident de travail, voilà qui m'est arrivé en 95* » PH-10 L 9-10 ; « *j'ai commencé à prendre le médicament en 1997* » PH-14 L 9 ; « *On va dire six, huit ans* » PF-15 L 19.

2. Gestion personnalisée et évolution de la consommation

a) Autorégulation et adaptation individuelle de la posologie

Une prise à la demande était parfois le mode d'utilisation « *parce que c'était trop et c'était vraiment quand moi je ressentais que j'en avais besoin que j'en prenais* » PF-1 L 152-153 ; « *Ça m'arrive d'en prendre des fois quand je me sens un peu tendu ou des choses dans le genre.* » PH-3 L 10-11.

Certains exprimaient l'intention de s'écarter de la prescription « *j'en prends pas de façon régulière, j'en prends pas le matin. J'en prends vraiment de façon ponctuelle et encore trois fois* » PF-5 L 376-377.

D'autres racontaient comment ils s'étaient détachés de la posologie définie au départ « *j'ai fait un quart, un quart, un demi. Rapidement je n'ai plus pris celui du matin, et ensuite aussi rapidement enfin peut-être dans une semaine, quinze jours je n'ai plus pris celui du midi. Celui du soir me suffisait* » PF-9 L 192-194 ; « *au départ j'en prenais un quart le matin, un quart le midi et deux quarts le soir. Et là ça fait bien... Je dis pas une année mais pratiquement, j'en prends pratiquement plus que deux quarts le soir* » PF-12 L 54-56.

Deux patients ont adapté leur posologie dès le commencement « *J'ai pris les deux premiers jours puis après j'ai diminué un peu par moi-même parce que je me sentais mieux.* » PH-3 L 175-176 ; « *Au départ il voulait me mettre matin midi et soir mais moi j'ai pas fait matin midi et soir, j'en ai pris un le soir, enfin 0,5 généralement en début de soirée et un quand je vais au lit.* » PF-5 L 106-108.

De nombreux participants ont ainsi pris en main leur traitement au fil du temps.

Une baisse a été effectuée pour certains « *le matin j'en prends plus, à midi j'en prends plus et je vous dis des fois le soir j'en prends plus qu'un ou des fois j'en prends même pas.* » PF-12 L 218-219. Une hausse pour plus d'effet était pratiquée pour d'autres « *Il m'avait inscrit déjà ça. Au début je prenais un quart. Après quand ça n'allait pas trop avec un quart, c'est dur pour dormir, je mets plus de temps alors après je prends la moitié* » PF-6 L 51-52.

Globalement, la majorité des participants, deux tiers ont réduit leur prise (dix contre trois).

b) Usage circonstancié

Le patient a régulé son utilisation en fonction de ses sensations et des situations inconfortables « *je l'ai pris en journée, le genre un quart en plus (...) Enfin je ressentais quand même un apaisement. C'est à dire quand j'étais en crise, larmes, pas bien, le fait de prendre ¼ de comprimé en plus, alors du coup j'augmente un peu la dose.* » PF-7 L 334-337.

Par exemple une réunion au travail s'accompagnait d'une prise de benzodiazépine « *Si je me sens mal alors j'en prends (...) J'étais un peu tendu, j'en ai pris un avant la réunion* » PH-3 L 198-200 ; « *Le jeudi c'est les réunions d'équipe donc on s'en colle un sous la langue.* » PF-8 L 249. L'entrée dans le lieu de travail était également une occasion pour elle « *Après j'en ai pris deux, un le matin une demi heure avant d'aller au travail, avant de franchir les grilles parce que j'avais plus de jambes. J'avais besoin de quelque chose. C'était mon soutien.* » L 185-187.

Un participant avait un usage « *calendaire* » c'est à dire corrélé au jour de la semaine, et en fonction de son type de tâche professionnelle « *Le week-end par exemple je ne prends pas. Le samedi matin je vends, je commercialise mes produits au marché (...) Je démarre ça pendant ma semaine de travail. Ce n'est quand même pas en continu : c'est du lundi au vendredi* » PH-11 L 319-325.

c) Suivi et compréhension de la prescription

L'évolution chronologique de la consommation a été limitée à certaines périodes pour une répondante « *j'en ai repris en BTS première année* » PF-9 L 102, « *je veux quand même juste vous dire entre parenthèse j'en ai repris en 1998.* » L 317, « *Enfin, je le prenais pas régulièrement mais je pense que je l'ai pris pendant trois ans, c'est même sûr. Oui! 1997 à 2000 plus six mois.* » L 327-328.

L'observance n'a pas toujours été de rigueur « *je prenais pas forcément comme elle m'a dit* » PF-1 L 153 ; « *J'ai pas vraiment respecté ce qu'il m'avait dit.* » PH-3 L 161-162 ; « *Je l'ai pas pris comme le médecin m'avait dit* » PF-5 L 113. Une personne a avoué son irrégularité de prise en raison d'une baisse de motivation « *au bout de quinze jours de traitement, j'étais beaucoup (...) moins régulier dans les prises de traitement.* » PH-17 L 254-255.

A l'inverse un intéressé a suivi les préconisations du médecin « *Oui avec le médecin. J'ai jamais fait de l'automédication par rapport à ça.* » PH-14 L 64. « *Non, j'ai jamais fait de surdosage.* » L 105.

Une patiente a indiqué son changement de posologie concerté avec son médecin « *de moi-même j'ai augmenté en parlant avec M. D. (...). Je lui ai dit j'en remets un deuxième.* » PF-5 L 484-485.

Une consommation cachée au médecin traitant était parfois rapportée « *Je lui ai pas dit que je prenais ça* » PF-15 L 204. A l'initiation, un interviewé a mentionné son usage en dehors de la connaissance du médecin « *J'ai fini la boîte avant de parler au médecin.* » PH-11 L 75.

PF-15 a fait part d'une accessibilité hors prescription au traitement si elle l'avait souhaité, du fait de son métier « *A la limite dans le cadre de mon travail oui j'aurais pu.* » L 71-72, « *j'étais aide-soignante* » L 76.

La confusion à l'égard de ses médicaments a été remarquée pour PH-4 « *Parce qu'en fait ils ont tous le même truc ... C'est un petit peu tous le même truc, que ce soit ATOR* » L 416-417, « *Alors lequel dire, je sais que ATOR c'est pour le cœur quand même pour la tension.* » L 425. Il a eu besoin d'interroger son épouse « *Alors là c'est des questions (...) Qui c'est qui prescrit le SERESTA® ?* » L 468.

d) Perspectives d'arrêt

Les participants ont abordé leur motivation et leur perspective quant à l'arrêt du psychotrope.

Certains ont souligné que la benzodiazépine était une étape dans leur cheminement thérapeutique « *Je veux juste passer cette phase et puis rebondir.* » PF-5 L 709-710 ; « *J'espère que ce n'est que passager* » PH-11 L 410 ; « *Parce que j'étais mal. Voilà. Donc ça m'a aidée à passer le cap. Parce que je crois qu'il faut y passer par un moment (...) Ça aide.* » PF-15 L 59-61, « *ça peut aider ... A un certain moment de la vie oui (...) Pour surmonter certaines épreuves mais après je pense qu'il faut savoir gérer la posologie* » L 463-465.

PH-11 envisageait un usage saisonnier « *Alors peut-être que l'hiver est plus calme, j'aurai plus besoin de LEXOMIL®. (...) Je pense que je pourrai m'en passer pendant l'hiver.* »

Le but à atteindre était la cessation définitive en faisant une décroissance « *j'espère que j'arriverai à baisser les doses et de ne pas en prendre du tout. Mon but à moi (...) aller mieux* » PF-5 L 575-576. Cet arrêt accompagnait une amélioration de la vie « *Du moins j'espère plus en prendre. (...) Je pense que comme ça va déjà mieux là dans ma vie je pense que ça ira mieux* » PF-12 L 567-568.

Dans cette optique, la présence matérielle du médicament était symboliquement rejetée « *J'espère qu'il fera plus partie, bon j'ai pas beaucoup de médicaments mais qu'il en fera plus partie (...) de ma boîte à pharmacie* » PF-15 L 698-699.

L'objectif de soins a été très clairement défini et l'espoir de guérison a été placé dans la benzodiazépine « *en fait j'ai pris l'initiative pour déjà sauver ma santé personnelle.* » PH-17 L 161, « *moi c'est fini. Je suis parti sur une base que je touche plus une goutte d'alcool (...). Je referai plus jamais la connerie là* » L 682-683.

Le retour à l'équilibre professionnel ou personnel était un prérequis à l'arrêt du traitement « *J'espère que ce n'est que passager. Je pense que lorsque j'arrive à me stabiliser avec ma nouvelle dimension, ma nouvelle d'activité. Là je suis dans une année de transition. J'espère que je n'aurai plus besoin de cette chose là.* » PH-11 L 410-412 ; « *Y'a eu l'alcool, y'a eu le SERESTA® et après l'objectif c'était plus rien. C'était les étapes que je m'étais fixées. Pour moi ça devait pas être un traitement à vie.* » PH-17 L 512-513.

A contrario, la conservation de la voie médicamenteuse était annoncée en l'absence d'amélioration patente de la situation du patient « *Pour l'instant j'ai jamais envisagé d'arrêter le LEXOMIL®. Ça c'est vrai.* » PF-7 L 882 ; « *je suis sûre encore de le prendre trois ans à moins qu'il y a un truc miraculeux qui se produise.* » PF-8 L 883-884. De même, un patient a rencontré des difficultés pour arrêter en raison d'une recrudescence algique « *Je l'ai arrêté sur une semaine mais à la fin de la semaine c'était infernal* » PH-10 L 159.

Le discours a parfois semblé plus nuancé « *il y a de fortes chances que dans quelques semaines peut-être quelques mois, je ne ressente plus le besoin de le prendre ou de l'avoir sur moi.* » PH-3 L 575-576. L'usage au long cours « *Si ça se trouve ça va durer longtemps* » L 736, et une conversion de la symptomatologie en maladie chronique étaient redoutés « *je vais être sujet à des crises d'angoisse toute ma vie. On se pose la question, c'est gênant d'en être arrivé là (...) je vais avoir ce genre de crises pendant vingt ou trente ans sans pouvoir rien (...) Je veux dire c'est pas une maladie* » L 737-739.

e) Modalités de sevrage

La réalisation du sevrage pouvait être envisagée sans accompagnement médical « *même pour le sevrage je pourrais le faire tout seul, j'aurais pas besoin de mon médecin traitant.* » PH-14 L 481-482, « *Le jour où j'aurai décidé, je ferai un sevrage, je prendrai plus ce médicament* » L 496-497. Néanmoins, un résultat insatisfaisant conduirait à une reprise « *si jamais ça marche tant mieux et puis si ça marche pas j'en reprendrai.* » L 497.

Pour certains, un conseil du médecin était recherché pour guider le sevrage « *J'en ai déjà discuté avec le Dr B. Il faut faire un sevrage, on peut pas arrêter comme ça du jour au lendemain* » PH-14 L 199-200. Le sevrage pouvait être prescrit « *C'est le médecin qui me l'a arrêté de façon progressive. Il m'avait mis en place un planning* » PF-5 L 812-813.

Un sevrage transitoire s'est parfois produit. Quelques uns ont essayé de faire une fenêtre thérapeutique « *j'étais pas tout le temps sous LEXOMIL®. J'ai fait des coupures.* » PF-9 L 97-98 ; « *L'arrêter quelques jours (...) oui j'ai déjà essayé. Les matins où ça va mieux, y'a des semaines moins compliquées, moins lourdes à gérer et là je ne le prends pas pour le prendre* » PH-11 L 315-318. Une période de congés a permis sa suspension « *j'ai une courte période où je suis partie une dizaine de jours en vacances toute seule juste avec ma petite chienne et là j'ai réussi à plus rien prendre du tout* » PF-1 L 737-739. A l'occasion d'un changement d'environnement pour retrouver son compagnon, PF-5 a fait l'essai « *Je suis partie une semaine sur P. (ville) chez mon petit ami. Et là je l'ai pas pris.* » L 584-585.

Une démarche strictement personnelle a été parfois observée « *je me suis dit qu'il fallait quand même que j'essaye de l'arrêter donc j'ai essayé de le faire progressivement en faisant un jour sur deux.* » PF-2 L 449-451, « *Je prenais un quart au lieu d'un demi et puis après oui un jour sur deux.* » L 460.

Une décroissance lente a été établie « *j'ai diminué. J'ai fait un quart le matin, puis à midi et un demi le soir, ensuite pendant quinze jours comme ça. Ensuite, plus le matin, ni le midi mais que le soir, et puis celui du soir après j'ai coupé en deux. Et puis après voilà, sur une période de peut-être deux mois j'ai arrêté* » PF-9 L 70-73.

Parfois la benzodiazépine a été suspendue par défaut de consultation « *l'autre fois (...) l'ordonnance, j'en avais plus, pis j'avais pas le temps d'aller voir Mme B. et pendant une paire de jours j'en ai pas pris et puis ça allait* » PF-12 L 172-173. Elle n'a pas été poursuivie par manque de médicament « *Pas systématiquement non. Si j'en ai plus, j'en ai plus* » PF-15 L 211, « *Y'a des fois j'en avais plus du tout donc ça peut être plusieurs mois* » L 487. Cela était confirmé par la même personne « *Il faut bien s'en détacher de toute façon. Il faut s'en passer quand on en n'a pas.* » L 677.

Certains décrivaient un sevrage complet « *Pendant à peu près deux ans, y'a eu une grosse période de sevrage où j'ai diminué les doses tout doucement.* » PH-14 L 50-51, « *Je pense que pendant une ou deux années ça a été mieux et puis après j'ai dû reprendre. Donc je pense que depuis 2002-2003 j'en prends régulièrement* » L 64-66, mais il a connu une rechute « *puis je suis reparti dedans parce que voilà, à cause du stress* » L 52-53.

Dans le cadre d'un sevrage éthylique, la guérison a été obtenue « *j'ai plus jamais touché une goutte d'alcool* » PH-17 L 539, « *à l'heure d'aujourd'hui pour moi c'est loin derrière.* » L 692-693.

Une utilisation résiduelle lors de certaines occasions était décrite par certains « *j'ai pris ça pendant deux, trois ans. Et ensuite, j'ai eu des périodes où j'en prenais plus et puis après je reprenais parce que (...) j'ai tendance à faire des crises d'angoisse* » PH-14 L 18-20 ; « *j'ai diminué. (...) Et après c'était occasionnellement quoi, c'était quand j'étais pas bien* » PF-15 L 124-125.

f) Attitudes hypothétiques face à un manque de benzodiazépine

Face à une hypothétique indisponibilité du produit émergeaient des réponses contrastées.

Une alternative personnelle serait recherchée « *j'essayerai de faire par moi même autrement* » PF-12 L 412 ; « *Je m'orienterais plus vers (...) des remèdes à base de plantes* » PF-15 L 504-505. La même molécule serait recherchée « *J'essaierais de m'en procurer ailleurs* » PH-14 L 345, ou une orientation par le médecin vers une autre méthode serait requise « *si c'est pas possible parce que c'est pas raisonnable, y'a aucune sécurité à se procurer des médicaments ailleurs, j'irais voir mon médecin traitant et essayer de trouver une solution avec lui, de trouver un autre traitement ou une molécule de substitution ou travailler sur mon comportemental.* » PH-14 L 345-348.

PF-7 s'est pertinemment questionnée sur les conséquences d'une non prise « *La question qui serait intéressante serait plutôt : qu'est-ce qui se passe quand je le prends pas ? Et je crois que ça m'est rarement arrivé* » L 323-324. Elle était tiraillée entre ses appréhensions et l'aspect incontournable de sa benzodiazépine « *la question que je me pose c'est (...) est-ce qu'avec le temps ça agit tous les jours et est-ce que ... Comment ça serait si je le prenais pas ?* » L 524-525, « *est-ce que ça a pas son effet anxiolytique sur la journée et que si je le prenais pas ce serait pire ?* » L 549-550.

Malgré le doute sur un oubli de prise, en relativisant les conséquences elle ne succombait pas à une prise supplémentaire « *je me demande si je l'ai pas oublié parce que y'a des fois les soirs, je me souviens plus et je dis << j'ai oublié tanpis je vais pas mourir pour ça, au pire je dormirai pas. >>* » L 604-606.

Le besoin du maintien d'un équilibre remettait en cause la non prise « *y'a aussi un confort de vie qui fait que. Alors après si c'est pour me retrouver encore plus angoissée que je peux l'être (...), à plus pouvoir dormir hum, je me dis ça vaut pas le coup non plus* » PF-7 L 894-896 ; « *moi je veux bien arrêter mais après il faut voir quelles sont les conséquences. Après si ça m'empêche d'être bien dans ma famille, d'être bien dans mon boulot, y'a aucun intérêt à arrêter.* PH-14 L 333-334 »

3. Appropriation du traitement par la benzodiazépine

a) Relation étroite avec le patient

La benzodiazépine était incontournable et créait un lien possessif avec son détenteur « *J'ai une petite boîte dans mon sac à main. Y'en a toujours trois ou quatre, indispensable. Je ne partirai pas sans.* » PF-8 L 785-786 ; « *J'ai toujours ma petite boîte verte. Si je suis invité pour prendre l'apéro et qu'il y'en a qui me disent de rester manger, au moins je suis sûr j'ai mon traitement avec moi* » PH-10 L 650-652.

Ces patients éprouvaient le besoin de la transporter en permanence avec eux « *Quand je pars en voyage, je pense à le prendre, il est dans la trousse de toilette* » PH-14 L 218-219.

Elle occupait une place prépondérante dans la vie de certains participants au point que l'un d'entre eux anticipait minutieusement l'éventuel manque en comprimés « *toutes les boîtes sont faites, puis le petit paquet il est ici. (...) Et là y'a la recharge qui est là tout le temps, alors dès qu'il manque une boîte...* » PH-4 L 961-963. Il comptait sur un tiers pour maintenir une consommation sans interruption imprévue « *Le pharmacien il est juste à côté, c'est un copain il donne des boîtes sans truc* » L 1080 ; ce qui était aussi le cas pour PF-6 « *Des fois j'appelle ma fille qui est pharmacienne avant qu'elle sorte, je dis attention tu me l'amènes après je te donne l'ordonnance. Tu me l'avances pourvu que je l'aurais à la maison quand je rentre* » L 406-407.

PH-11 a exprimé sa tentative de contrôle sur la relation entretenue avec le comprimé. Il a relaté son observation curieuse en expérimentant la non prise ponctuelle « *Il m'est déjà arrivé de me dire, quelques jours je ne le prends pas* » L 257-258. Son but était de mesurer l'impact sans benzodiazépine sur son fonctionnement « *Je me demandais...(...) est-ce que j'étais un peu plus à fond dans mon activité sans en prendre ? Si je travaillais plus ou moins ?* » L 265-266, « *C'est pour voir aussi si sans en prendre je suis plus mal. C'est une sorte de test avec moi même.* » L 270-271.

b) Le médicament rendu banal

La prise s'est banalisée « *si j'oubliais de le prendre je redescendais pour aller le prendre.* » PF-2 L 166-167, « *parce que j'avais l'impression que si je ne le prenais pas, j'arriverais pas à dormir aussi.* » L 171-172.

Elle devenait un réflexe « *des fois c'est tellement automatique que je sais même plus si je l'ai pris ou pas. Mais je me rends pas compte.* » PF-7 L 333-334, « *parce que c'est l'habitude. J'ai pas cherché, je me suis pas posé la question de l'arrêter, de changer* » L 744-745.

L'aspect rituel était remarqué « *un quart tous les matins avant de démarrer la journée* » PH-11 L 23, « *C'est un réflexe le matin (rire).* » L 241, « *C'est la première chose le matin que je fais en me levant. Enfin, après la douche je prends mon cachet avant de partir.* » L 248-249.

A contrario, la crainte de dévier vers une prise routinière a été soulignée par d'autres « *je voudrais pas rentrer dans une routine, rentrer dans la facilité en me disant j'en prends un tous les matins et puis ça va aller. Je veux pas rentrer dans ce jeu du tout* » PH-3 L 728-730.

c) Importance de sa présence physique et de ses caractéristiques

La boîte assurait une présence matérielle rassurante « *je l'ai toujours sur moi (...) Ça doit avoir un petit côté rassurant de savoir qu'on l'a toujours sur soi.* » PH-3 L 196-198 ; « *Et puis mon problème c'est qu'une fois que je sais qu'il est dans ma chambre, j'arriverai à dormir mais s'il y est pas, je dormirai jamais.* » PF-6 L 55-56.

L'effet placebo a été évoqué « *Le placebo aurait la même forme et la même couleur, peut-être que des fois ça me ferait le même effet je pense* » PF-15 L 431-432.

Un participant a soulevé l'importance décisive des caractéristiques du produit dans sa consommation. En effet, la dénomination, la couleur, la galénique semblaient manifestement conditionner la prise « *y'a une autre boîte que j'aime bien. C'est une boîte verte. Vert et blanc ça passe bien aussi. Oui je pense que ça joue ça.* » PH-4 L 850-851, « *Même le nom SERESTA®, je sais pas ça colle bien quoi. Un nom comme ATOR ça fait peur.* » L 947-948, « *je me souviens il est rond il passe bien oui* » L 1128.

Ces déterminants de l'image du médicament n'ont été exprimées que par un seul participant : elles semblaient faire appel à des réflexes primaires de l'intéressé, mais évoquaient des éléments connus de marketing.

L'impact de la dénomination a été souligné « *C'est un médicament que je connaissais de nom depuis longtemps. Ce n'était pas un médicament inconnu* » PH-11 L 392-394.

4. Les motivations de la prise de benzodiazépines

4.1 Perturbations de la santé mentale par le travail

a) Interactions travail-psychisme

L'investissement dans l'exercice de leur métier et l'altruisme étaient notables pour un grand nombre de nos participants « *ce besoin d'aller aider la personne* » PF-1 392 ; « *J'ai travaillé dans l'insertion professionnelle donc l'accompagnement des jeunes qui sortaient de l'enseignement supérieur vers l'emploi. Donc j'étais (...) très investie. J'aimais énormément, ça faisait cinq ans que j'y étais.* » PF-7 L 254-256.

L'influence du travail sur la santé mentale du patient semblait étroitement liée au besoin du médicament « *Quand on a une réunion là des fois on essaye (...) de trouver la combine pour pas y aller, de trouver le collègue qui y aille à la place* » PH-3 L 109-111, « *Les symptômes s'accroissent en pensant que durant la réunion, ça va se produire et que du coup je vais être obligé de sortir (...) alors qu'en fait ça se passe pas.* » L 127-129.

Une participante a vécu difficilement les étapes conduisant à la perte de son emploi « *je crois que j'ai vraiment accumulé, même avant la liquidation judiciaire. (...) J'avais un peu des crises d'angoisses comme ça un peu infondées avec des malaises* » PF-7 L 233-235, « *l'automne dernier j'ai perdu mon travail. Tout a été liquidé en fait donc j'ai accusé le coup peu de temps après. Bon je suis retombée en dépression* » L 229-230.

Une délocalisation professionnelle « *c'est P. (ville) qui m'a déclenché toutes mes crises d'angoisse* » PF-9 L 425-426, et des rapports non apaisés entre une patiente et son supérieur ont contribué à l'émergence de la symptomatologie « *j'étais tombée dans un labo (...) avec un PU-PH (...) il m'a fait revenir tout ce qui n'allait pas. Lui, et mon travail ne me convenaient pas du tout. J'ai eu des crises (...) que je n'avais pas eues depuis des années.* » L 692-694.

b) Épuisement professionnel

Une forte emprise professionnelle était palpable notamment pour PH-11 et PH-14. Ils ont traversé un burn-out et leur carrière a subi une reconversion ou une réorientation.

PH-11 a expliqué avoir pris sur lui longtemps « *Haa (soupir). Je tenais sans rien jusqu'à ce que je craque. J'ai tenu pendant dix ans* » L 425-426. Son épuisement moral l'a conduit à changer radicalement de secteur d'activité et son cadre de vie « *Auparavant j'étais trader à la bourse à P. (ville) et j'ai changé de vie, le temps de me reconvertir. (...) car j'ai fait une dépression à cause de mon ancien métier* » L 40-42, « *Il a fallu trouver ma nouvelle voie* » L 53-54.

PH-14 a décrit précisément son profond mal-être « *j'ai pété un câble. (...) avant j'étais fonctionnaire, chercheur à l'université et j'ai créé une boîte, et en 2010 j'ai fait un burn-out* » L 266-267. Son épuisement a nécessité un coup d'arrêt professionnel « *La saturation, trop de boulot, trop de problèmes, trop de tout, ras le bol. Burn-out complet, donc j'avais décidé d'arrêter la recherche et de plus revenir au labo.* » L 277-278.

La mise au repos accompagnée du médicament a permis sa guérison « *j'ai eu quatre mois d'arrêt de travail, non cinq mois durant lesquels j'ai pris ce traitement plus d'autres traitements antidépresseurs* » L 267-268. Sa carrière professionnelle a opéré un virage « *j'ai réorienté ma carrière pour faire, pas dans la recherche en tout cas* » L 279, « *Ca m'a pris cinq mois pour revenir en me disant je vais revenir mais pas dans les mêmes conditions pour faire la même chose. Je vais changer alors j'ai créé une boîte. Ca a été une période difficile* » L 280-282.

Cependant, le stress du travail était gérable sans médicament pour une participante « *On arrive à gérer son stress dans le cadre du travail on n'a pas besoin de prendre de LEXOMIL®* » PF-15 L 384-385, « *En travaillant on oublie certains stress, c'est pas les mêmes stress peut-être.* » L 394.

c) Confrontation à la violence morale

Des participants rapportent avoir été confrontés à une brutalité et à une violence morale dans le domaine du travail.

Une répondante a souffert d'une dépréciation de la part de collègues « *c'est venu petit à petit. Par des mots, des phrases (...). Bon ils ont essayé de me faire passer pour une, pas pour une dingue mais presque (...). C'est moi qui était néfaste, c'est moi qui voyais le mal partout.* » PF-8 L 34-37. Elle a traversé cette épreuve avec d'autres membres de son équipe « *nous étions trois et nous sommes tous les trois dans le même état.* » L 41. En effet, elle a été soumise à des pressions insoutenables « *j'allais au travail avec la peur au ventre parce qu'on a eu des menaces aussi, verbales. On nous a menacés même pour l'extérieur (...)* » L 45-47.

Un syndrome anxio-dépressif sévère s'était installé « *ça n'allait plus parce que je mangeais plus, je pleurais. J'étais trop angoissée, j'avais une boule au ventre* » L 59-60, « *parce que j'étais tellement mal (...). Elle sait que je suis une personne vivante qui a peur de rien, pleine de vitalité, pleine de force, pleine d'humour et là y'avait plus rien* » L 74-76.

Son mal-être a atteint un haut degré de détresse psychologique au point d'aboutir à une réflexion suicidaire « *me suicider sur le lieu de travail* » L 121, jusqu'à être une martyre « *je voulais faire un exemple. J'étais prête à me sacrifier* » L 452.

Par ailleurs, elle a avancé le rôle du médicament dans la préservation de son emploi « *Sans le traitement, je serais déjà dehors depuis longtemps.* » L 396.

La profession exercée par PF-1 « *Le milieu carcéral c'est un milieu bien particulier* » L 311, a soulevé une réflexion animée par une incompréhension et une révolte « *C'est des gens (...) c'est jamais leur faute mais ils rejettent la faute à vous et ils vous agressent. (...) Intérieurement même si vous voulez rester calme, il y a un moment où ... Bon stop faut arrêter de (...) dire que c'est la faute des autres alors que si vous êtes en prison c'est pas pour n'importe quoi quand même.* » L 315-319.

Dans le même temps, elle apportait un avis nuancé « *on est pas là pour juger mais on n'est pas là pour se faire agresser constamment, alors qu'on est là pour les garder* » L 319-320. Cependant ce sentiment de révolte agrémenté d'une impuissance « *quand vous vous rendez compte que c'est plus de la malice qu'autre chose, c'est une certaine révolte quand même parce que c'était pour embêter le monde.* » L 392-394, réapparaissait à l'occasion d'une anecdote au sujet d'une détenue « *mais je me souviens de la nuit où j'ai eu une fille qui a mis le feu et où elle avait bouché l'œilletton (...) Vous êtes ... impuissant parce que vous n'avez pas les clés donc vous ne pouvez pas ouvrir la porte pour aller la sortir et vous entendez le feu, la fumée et même... le temps, le temps est long !* » L 331-335. L'envie de porter secours s'est heurtée à une violence sensorielle.

En effet, l'odeur et la vue du feu constituaient un agresseur par le biais de deux canaux sensoriels.

d) Retentissement moral de l'incapacité au travail

La douleur physique et la douleur morale représentaient un thème rémanent à travers cette enquête. Elles étaient intimement intriquées.

Un tableau polyalgique rythmait la vie d'un participant « *Au départ du fait des douleurs au niveau de mon pied qui étaient importantes* » PH-10 L 26, « *La douleur d'épaule est venue en 2004.* » L 73. La souffrance morale était marquante, de surcroît parce que la douleur a interféré avec son activité.

En effet, sa dynamique personnelle et professionnelle ont sérieusement été entravées « *depuis l'âge de 17 ans (...) j'ai commencé à travailler, j'étais un hyper actif (...). Je faisais du VTT, je faisais de la moto (...) Ça m'a limité* » L 241-243, « *après comme j'étais musicien dans mes jeunes années, je me suis remis à la musique. Voilà, c'est ce qui m'a permis de me sortir un peu de tout ça* » L 248-249.

Il a illustré sa situation par un handicap fonctionnel « *Même pour écrire un texte, ça me fait souffrir et j'ai une écriture d'un gosse de 10 ans* » L 253-254. Son élan autant personnel que professionnel a été grevé d'une succession d'incidents de santé « *Après il m'est arrivé l'épilepsie* » L 243-244, « *lors de ma première crise d'épilepsie mon épaule a été sub-luxée. Comme je suis guitariste voilà quoi ...* » L 250-251.

Par conséquent, l'empreinte psychologique lors du coup d'arrêt professionnel était saisissante « *j'ai fait une dépression du fait qu'on m'a mis en retraite pour invalidité totale et définitive.* » L 82-83. Il a exprimé son besoin d'avoir une place active au sein de la société « *Parce que du fait que j'ai perdu mon travail, du fait de mon accident de travail et (...) de mon épilepsie (...) on a du mal à supporter de se retrouver à 40 ans en retraite pour invalidité totale et définitive* » L 214-216. Il a fermement insisté sur la notion de « retraite pour invalidité totale et définitive » « *je dis bien le terme parce qu'après on parle toujours de retraite pour invalidité. Faut pas oublier totale et définitive c'est très important.* » L 609-611.

e) Projections en matière d'emploi

L'avenir professionnel a été évoqué par une participante, qui nous avait expliqué plus tôt combien le médicament avait été primordial dans le maintien de son emploi « *Après j'ai le chômage, y'a six mois de carence et j'ai le chômage.* » PF-8 L 877, « *Sauf que je suis un peu trop jeune. Parce que la rupture conventionnelle au chômage, trois ans. Parce que j'ai plus de 55 ans jusqu'à la retraite. Il m'en manque encore un peu donc faut que je résiste trois ans.* » L 881-883.

4.2 Troubles psychopathologiques

a) Anxiété et Dépression

Ces deux troubles ont été évoqués en détail.

Les symptômes de la crise d'angoisse étaient bien décrits « *Du mal à respirer, étouffement, le cœur qui se met à battre très rapidement, une sensation de malaise enfin général (...) jusque plus me tenir debout, fourmis dans les pieds, dans les doigts. Je ne sentais plus mes pieds, je sentais plus ma langue, et à plus pouvoir parler.* » PH-3 L 33-36. La première crise l'a sérieusement ébranlé « *depuis que je suis me retrouvé à l'hôpital ça s'est un peu accentué les semaines qui ont suivi.* » L 355-356.

Cette situation préoccupante a engendré un inconfort dans des cas de figure plus ordinaires « *j'ai eu plus de mal à me retrouver dans des lieux fermés. Les deux, trois premières semaines c'était vraiment difficile, et du coup tous les symptômes là sont passés* » L 356-358.

Les perceptions cardiaques et neuro-végétatives apparaissaient dans d'autres entretiens « *Le cœur qui déconne, une montée noire, un voile noir devant les yeux, blanc et les sueurs, puis à trembler* » PH-4 L 114-115 ; « *Et bien c'était des tachycardies, bouffées de chaleur, perte de contrôle de mes membres.* » PF-9 L 40-41, « *Beaucoup de difficultés à respirer* » L 45.

Une réaction de fuite a été relatée « *des fois ça m'arrivait sur l'autoroute, alors je m'arrêtais, je marchais à pieds. Haha (rires), même en pleine ville, (...) le fait de marcher ça allait mieux.* » PH-4 L 115-118.

Les traductions de la dépression, parfois mêlée d'angoisse, étaient bien connues de deux personnes « *Ça n'allait plus, parce que je mangeais plus, je pleurais. J'étais trop angoissée, j'avais une boule au ventre* » PF-8 L 59-60 ; « *On va dire deux, trois mois où je me réveillais la nuit en pleurs (...) je contrôlais plus.* » PF-5 L 123-124. Cette dernière n'entrevoit pas une issue « *j'ai l'impression que ça se termine pas. (...) je suis presque désespérée* » L 202-203. Un changement physique s'est opéré « *Depuis cet incident j'ai perdu plein de poids.* » L 417.

L'élan vital s'amenuisait « *Parce que j'étais tellement mal (...). Elle sait que je suis une personne vivante, qui a peur de rien, pleine de vitalité, pleine de force, pleine d'humour, et là y'avait plus rien.* » PF-8 L 74-76, « *Y'a des choses que j'ai plus envie de faire* » L 481.

b) Troubles du sommeil

Des difficultés pour trouver ou conserver le sommeil étaient rapportées par plusieurs interviewés « *parce que c'est vrai que je dors très mal. Oh les pleines lunes terrible* » PH-4 L 857, « *La dernière il a fallu trois jours pour me calmer. Trois jours, trois nuits sans dormir* » L 861-862.

Une répondante a connu des nuits agitées « *J'ai pas un sommeil de bonne qualité (...): des réveils nocturnes, un sommeil très léger (...) Des cauchemars quasiment toutes les nuits assez violents.* » PF-7 L 348-350.

Un intéressé a expliqué aussi à son tour que le médicament ne prévenait pas d'une nuit mouvementée « *Non. Ça m'empêche pas. (...) je prends un traitement pour dormir et quelques fois ça m'arrive de cauchemarder.* » PH-10 L 386-387.

Le traitement hypnotique a été instauré en milieu hospitalier suite à une insomnie « *en hospitalier. (...). Parce que j'ai eu des moments de la vie assez difficiles. Et je suis insomniaque.* » PF-8 L 313-314.

c) Psycho-traumatismes

- Addition d'événements traumatisants

Une conjonction de séquences traumatiques a été relevée chez deux patientes. Une certaine similitude faisait correspondre leurs confidences. En effet, le feu représentait la source traumatique directe.

Elles nous ont livré leurs expériences sensorielles de cette violence « *de toute façon chaque fois qu'il y a le feu c'est quand même assez traumatisant parce que le feu vous bouche tout* » PF-1 L 383-384, « *l'odeur du feu c'est quelque chose de ...* » L 467.

Elle a rapproché son émotion, lors du feu déclenché dans la cellule d'une prisonnière « *l'odeur du feu, le feu c'est... il faut pouvoir aider tout de suite et c'est pas possible en prison.* » L 342-343, avec ce qu'elle a ressenti durant un épisode de sa jeunesse « *Il y a eu plusieurs fois où il y a eu le feu (...) c'est quelque chose de particulier (...) pour moi toujours parce que quand j'étais jeune il y a eu le feu chez ma grand mère mais c'est quelque chose qui m'a marquée* » L 340-342.

PF-5 a aussi connu un incendie « *ma maison qui a brûlé au mois de Mars* » L 5, « *Hyper douloureux. (...) Comment vous dire une partie de ma vie qui part en fumée* » L 22-23. Ce drame l'a sérieusement ébranlée « *Y'avait un espèce de traumatisme, de post-traumatique qui était là et je dormais pas la nuit donc je l'utilise essentiellement pour dormir* » L 7-8.

Sur ce traumatisme s'est agrégée la disparition d'un être vivant cher « *le facteur déclenchant qui m'a fait aller moins bien c'est quand j'ai perdu mon chien. C'était le truc de trop quoi puis à un mois d'intervalle.* » L 33-34, « *il y avait ce chien que j'avais réussi à sortir de la maison parce que mon frère avait réussi à le sortir de l'incendie. J'ai failli perdre mon frère et ce chien le jour là (...).* » L 52-54.

Il est apparu que ces deux patientes ont eu une expression très proche de leur vécu de ces situations. Elles ont exprimé un sentiment d'impuissance et d'injustice.

- **Reviviscence d'un traumatisme**

Un traumatisme du passé se manifestait encore dans la vie actuelle d'un patient.

Il a mentionné que des images de guerre se rappelaient à lui « *je fais des cauchemars par rapport (...) au Liban en 82-83. J'ai vu des choses atroces ; j'y ai été en tant que sniper* » PH-10 L 341-342, « *Les angoisses du Liban je les ai la journée et la nuit. Ça c'est de paire.* » L 594-595.

Son comportement présent était sur certains points conditionné par des attitudes et des réflexes militaires « *je suis toujours sur mes gardes (...) comme des fois, les mouvements de foule. Ça peut me ... pas me faire peur mais ça me fait avoir une appréhension, plus de (...) de mégarde.* » L 454-458. Il était en permanence en alerte « *comme si un événement allait arriver. Ce qu'on nous avait appris.* » L 462, « *Parce qu'il fallait tout le temps qu'on soit sur le côté défensif. (...), à avoir toujours un œil à droite à gauche.* » L 481-482.

d) **La détresse psychologique à son apogée**

La benzodiazépine a parfois été prescrite en réponse à une souffrance morale, à son paroxysme avec une volonté d'autolyse « *je voulais qu'il m'aide ou je me flinguais* » PF-8 L 97. Les idées noires étaient très explicites « *c'était noir* » L 101, « *j'avais plus envie de vivre* » L 105, jusqu'à chercher un secours médicamenteux « *J'ai supplié le psychiatre qu'il m'aide* » L 450-451.

Dans le même registre, une participante rapporte un cheminement suicidaire qui s'est concrétisé « *en 2010 j'avais pris des cachets pour... partir quoi, j'en avais marre, j'étais fatiguée* » PF-12 L 7-8, « *j'étais fatiguée de la vie, j'en avais marre* » L 16.

L'acte était prémédité « j'avais même laissé une lettre » PF-12 L 28-29, mais pas clairement expliqué « je peux pas vraiment expliquer le geste » L 240-241.

La profondeur de sa détresse a été décrit en ces termes par PF-5, qui présentait de violentes crises suivies d'un état de fatigue intense « je suis dans les pleurs mais (...) incessants et ... ça s'arrête que quand je suis épuisée. (...) Je vais déverser mais ça va s'arrêter (...) je vais vider mon sac et ça s'arrête. Je suis fatiguée (...) Je suis capable de pleurer une heure. (...) Et je tombe quand je suis épuisée. » L 671-676, « Je tombe, je me mets dans le lit en boule et puis je... Je déverse et je finis par m'endormir mais je suis vide quoi. C'est le terme. » L 681-682.

Le caractère fort et incontrôlable des crises nécessitait l'intervention d'un tiers pour leurs résolutions « là j'étais dans un état catastrophique, c'était pas du tout comparable (...) aux crises d'angoisse que je faisais étant jeune » PF-9 L 333-334, « Elles étaient incontrôlables puisque je faisais même venir les pompiers à la maison. » L 334-335.

e) Antécédents de troubles anxieux

Des participants ont fait allusion à leur enfance et leur adolescence.

Des souvenirs scolaires en cour de récréation semblaient souligner un trait de personnalité plutôt solitaire pour PH-4 « Je me rappelle que tout petit j'étais assis tout seul sur mon banc d'école. Les profs, ils allaient voir les parents (...) : << Il est pas bien? Qu'est-ce qu'il a ? >> Mais rien. Mais courir après un ballon (...) ça me tentait pas » L 672-674.

Cette facette de sa personnalité paraissait être toujours d'actualité « l'envie de voir personne (...), je me plais que dans mon jardin » L 666-667, « J'ai déjà eu une invitation surprise comme ça où y'avait plein de monde ... J'étais pas bien. » L 688-689.

Un trouble psychiatrique a été décelé dans la jeunesse d'une participante « c'est vrai que les problèmes psy bon j'en ai eu à l'adolescence sous forme d'anorexie mentale » PF-7 L 36-37. Elle a été hospitalisée dans un service dédié « J'avais été suivie dans une clinique » L 760, « le médecin là dont je vous parlais au CMP ça remonte déjà à un certain nombre d'années. » L 791-792.

Le trouble anxieux pour PF-9 « le psychiatre de P. (ville) m'a dit que c'était de l'agoraphobie et (...) même pendant ma jeunesse » L 427-428, a débuté à l'école « je faisais mes crises d'angoisse (...) à la cantine. » L 430. Son mal-être « j'étais vraiment mal dans ma peau étant jeune » L 588, semblait prendre ses racines dans l'enfance « dans l'enfance y'a des choses qui se sont pas bien passées » L 394-395.

Cette sensation s'est exacerbée vers la majorité « Je devais avoir 17, 18 ans parce que je faisais des crises d'angoisse » L 5-6, « c'est une accumulation ... d'un mal être de mon enfance. Et puis ça s'est déclenché là à partir du moment où j'ai voulu partir de chez moi (...) forcément les parents ne veulent pas » L 87-89.

Une vulnérabilité psychologique se dessinait au travers de ruptures sentimentales parfois « l'élément déclencheur ont été à chaque fois des ruptures amoureuses donc y'en a vraiment eu beaucoup en peu de temps. Ça c'était le truc qui me touchait le plus » PF-7 L 109-111 ; « Par le fait qu'il fallait que je quitte mon petit ami » PF-9 L 130.

Une blessure psychologique du passé encore ouverte était à demi confiée « *J'ai eu une cassure y'a trois ans (...) Ça aide, mais ça réparera jamais ce qui a été cassé.* » PF-8 L 472-473.

PH-10 a exposé deux aspects de la blessure : corporelle « *Tout ce qui est le côté Liban, on en a parlé quand je suis revenu parce (...), je suis revenu allongé. J'ai été blessé.* » L 627-628, et psychologique « *Toujours. Ça m'a toujours poursuivi* » L 381, à travers un conflit de valeurs entre son devoir militaire et son sentiment personnel de culpabilité dans la permission de tuer « *la première fois que vous tirez sur quelqu'un, (...) vous ressentez (...) le recul du fusil* » L 359-360, « *après vous prenez conscience que vous avez tué quelqu'un* » L 364.

Il exprimait son impression d'avoir été dupé « *on nous disait que c'était pour la sécurité de la population mais on nous a pas appris à voir des choses horribles* » L 345-346, et sa révolte envers l'Institution militaire « *vous avez beau en parler au niveau de la base, là-bas y'a pas de psychiatres ni rien* » L 372-373. « *En plus l'Etat-Major m'avait déclaré pour mort, vous voyez l'effet que ça peut faire sur une mère.* » L 629-630.

f) Consommation antérieure d'une benzodiazépine

Ils ont relaté un contact antérieur avec une autre benzodiazépine « *j'ai pris à une époque du LEXOMIL®.* » PH-4 L 22, « *C'était dans les années (...) 80-90* » L 27 ; « *ça remonte à longtemps. J'ai dû avoir du STILNOX® que j'ai pris vraiment très (3x) ponctuellement* » PF-7 L 47-48 ; « *il était en binôme avec du MYOLASTAN®* » PH-10 L 100.

A contrario deux intéressés ont déclaré ne jamais avoir eu ce type de médicament « *du tout c'est la première fois* » PH-3 L 182 ; « *Jamais de ma vie, j'avais pris un cachet de ce type.* » PH-11 L 138-139.

Au moment de l'entretien, une co-médication psychotrope était prodiguée pour certains « *je suis sous SEROPLEX® 15 mg (...). Donc j'avais les deux* » PF-5 L 637 ; « *je prends le CYMBALTA® parce que j'ai de la fibromyalgie* » PF-12 L 186.

Certains patients prenaient plus d'une benzodiazépine « *J'ai du NUCTALON®* » PH-10 L 391.

L'utilisation d'autres molécules anxiolytiques a été notifiée « *Mais les gouttes j'en prends plus. (...) THERALENE®.* » PF-12 L 99-100, « *ATARAX® je crois. (...) j'en prends plus. J'en ai pris peut-être deux, trois mois* » L 491-492 ; « *Mon médecin traitant m'avait mis sous anti dépresseur* » PF-15 L 243-244.

Dans l'optique d'un sevrage éthylique des produits consommés ont été indiqués « *le tout premier c'était l'AOTAL (...) je n'ai jamais trouvé que ça a changé quelque chose dans ma vie* » PH-17 L 178-182, « *Le BACLOFENE® c'était vraiment la dernière étape* » L 187-188.

B. Perceptions de l'effet produit par la prise de la benzodiazépine.

1. Perception favorable

a) Médicament perçu comme bénéfique

La benzodiazépine était prise dans une démarche positive parce qu'elle apportait un mieux-être « *puisque ça m'apporte du bien pourquoi pas. Au lieu d'être mal ou au lieu d'être dans un état de ne pas dormir la nuit, être mal la journée, être fatiguée et tout. Pourquoi pas ?* » PF-6 L 476-478, conduisant parfois à le proposer à d'autres « *lui il arrive pas à dormir, je lui dis << prends quelque chose >>. Il dit non.* » L 448.

Certains interviewés ont vanté le mérite de leur molécule « *le LEXOMIL® c'est plus fort. Je sens c'est plus d'efficacité* » PF-6 L 522. Pour ceux qui avaient utilisé d'autres traitements au préalable, la benzodiazépine montrait une efficacité supérieure « *je suis plutôt du côté bouddhiste, relaxation, (...), mais malgré ça le médicament m'apporte un confort.* » PH-10 L 551-553, « *J'ai essayé de l'homéopathie mais ça n'a pas (marché)* » L 587.

La perception de l'effet bénéfique était souvent très rapide « *Puis j'ai vu tout de suite qu'à la première prise y'avait quelque chose de différent* » PH-11 L 401-402, apparaissant pour l'un des participants comme une issue à un problème d'alcool qu'il ressentait comme insoluble « *les toutes premières sensations que j'ai eues (...) je me suis dit ça y'est là je pars sur quelque chose de concret* » PH-17 L 347-349, « *je me suis dit : si je suis dans cet état là, ben j'ai plus besoin de prendre d'alcool.* » L 352-353.

Le bénéfice de ce traitement était apprécié car il libérait des limitations créées par le trouble anxieux « *Et puis tu te sens mieux avec. C'est mieux comme ça parce que sinon y'aura du pire.* » PF-6 L 329-330, « *Parce que voilà, on peut quand même pas cracher dessus, il m'a quand même beaucoup aidée.* » PF-9 L 504-505 ; « *je me sens mieux quoi, je revis un peu* » PF-12 L 50.

Néanmoins, il n'y avait pas d'illusion quant à l'effet atténuateur de souffrances, et non curateur « *l'avantage c'est que forcément il empêche la crise d'angoisse de venir, il vous fait vous sentir bien pendant un moment mais (...), c'est pas comme ça qu'on résout ses problèmes.* » PF-9 L 466-468. Les soucis ne s'effaçaient pas « *Les ennuis sont toujours là. (...) on est bien sur le coup : on fera pas de crise mais finalement on est dans les vapes ok. On est bien deux, trois heures et puis après dans la tête ça tourne toujours.* » L 243-245.

Beaucoup exprimait des opinions très favorables à leur remède « *Oui je vois qu'il y'a un effet positif. C'est pour ça que je continue à le prendre sinon je chercherai autre chose.* » PH-11 L 224-225 ; « *Je trouve que c'est un médicament qui au début (quand) j'ai pris, vraiment c'était la solution à mon problème.* » PH-17 L 458-459 ; « *C'est ce que je cherchais, je l'ai trouvé* » PF-6 L 392.

b) Nature des effets positifs de la prise

Les effets positifs mentionnés au cours des entretiens étaient de différents types.

L'effet somatique bénéfique du médicament lors d'une crise était exprimé par l'un « *la crise qui passe c'est le cœur qui redevient normal, la respiration qui redevient normale donc oui le fait d'être détendu* » PH-3 L 306-308 ; « *j'ai l'impression que ça me calme. (...) ça me stresse d'avoir des extrasystoles* » PF-15 L 199-200.

Pour un autre participant, l'action mise en avant était la réduction du mal-être « *C'était le moment de rentrer à la maison, c'était le mal être qui reprenait le dessus.* » PH-17 L 135-136, créé par la solitude « *C'était vraiment le soir, du moment que je rentrais à la maison je savais de toute façon que j'allais être à la maison à me prendre la tête (...) C'était une échappatoire.* » L 140-142, « *c'était surtout le fait de rentrer. (...) parce que j'ai une conjointe qui travaille énormément, qui n'est jamais présente et du coup ça a créé un trou dans ma vie (...) Au bout d'un moment il y a eu un manque (...) complété justement par le fait de consommer de l'alcool.* » L 36-39.

La réduction de l'anxiété liée à la solitude, par le médicament a été abordée « *c'est sûr que c'est plus prégnant quand on est voilà dans le noir dans le calme, quand y' a pas l'environnement* » PF-2 L 399-400. Il s'agissait de l'angoisse produite par l'arrivée de la nuit « *c'est sûr que le soir dans mon salon, là, y'a plus de sollicitation extérieure.* » PF-12 L 403.

Pour d'autres, l'action prédominante était la réduction de l'agitation psychique anxieuse empêchant le déroulement normal de la pensée. Le médicament était vécu comme un assistant d'orchestration des pensées « *Je me suis rendu compte qu'un quart de LEXOMIL® me permettait de mettre de l'ordre dans mes idées.* » PH-11 L 13-14. Il servait « *à apaiser la tête des mauvaises choses* » PF-6 L 439.

Il facilitait l'amorçage d'une journée de travail chargée « *à savoir quand je démarre le matin et que j'ai deux cents choses à faire, bien souvent je ne sais pas par où commencer. Du coup on a tendance à patiner et à pas avancer.* » PH-11 L 14-16, « *Je pense que ça me libère le cerveau.* » L 163.

Il exprimait cette action comme une « réinitialisation » mentale « *C'est le matin! En fait ça mouline toute la nuit. Je dors mais je dors pas vraiment parce que j'essaie d'organiser ma journée toute la nuit et puis ce cachet le matin me permet de dire : << on tire un trait sur tout ce que tu as pensé toute la nuit et maintenant ça va être comme ça! Comme ça! Comme ça! >> (il tape sur la table) Et ça marche très bien.* » L 107-110.

Un autre participant le ressentait comme une « purge » mentale « *le soir ça me permet de m'endormir parce que ça m'aide à évacuer peut-être tout ce que j'ai dans la tête (...) accumulé dans la journée. Ça fait une coupure.* » PH-14 L 123-125, tout en permettant une conscience plus claire « *Dans la tête y'a un peu tout qui cogite, on est un peu plus lucide* » PH-17 L 351-352.

L'action sur le sommeil permettant une récupération nocturne était également citée « *Au contraire je récupère bien la nuit. J'affronte bien la journée, y'a pas de problème.* » PF-6 L 418.

Selon elle, l'aide fournie à son entourage en plus d'elle-même était très précieuse « *Il aide les gens. (...) il m'aide beaucoup. Il m'aide à déstresser, à me relaxer, à apaiser la tête des mauvaises choses, de penser que du bien, ça aide à dormir.* » L 438-439.

Présenter une bonne apparence ou ne pas laisser les tracasseries professionnelles envahir le domaine familial constituait des moyens pour protéger ses proches de sa souffrance personnelle « *Quand j'arrive à la maison, et encore quand mes parents sont présents ... Je suis honnête, je dissimule. Je fais que tout va bien parce que (...) je veux pas les inquiéter* » PF-5 L 537-539 ; « *il faut pas que je rapporte ce qui se passe au travail. De toute façon quand j'ai passé une mauvaise journée ça se voit. Mais c'est pas pour autant que j'explose. (...), je veux pas faire profiter ma famille.* » PF-8 L 421-423.

La benzodiazépine pouvait agir sur deux composantes « *qu'il m'apporte un confort tant physiologique que psychologique* » PH-10 L 539-540 ; « *extérieurement et intérieurement. Plus calme. Plus détendue* » PF-15 L 277.

c) Maîtrise de soi permise par la prise du traitement

La maîtrise de la vie interne de l'individu était permise par le médicament « *je pense que ça m'aidait sur le fait que ça contrôlait l'intérieur de moi.* » PF-1 L 28. Elle permettait d'avoir un quotidien organisé « *Mais il fallait quand même tout gérer. Puisque c'est moi qui gère tout. Donc il fallait bien une aide (...) pour arriver à continuer le quotidien* » L 81-83, « *Moins de rébellion intérieure ... moins révoltée intérieurement, plus calme.* » L 262-263, « *Je pense que ça m'aidait à être plus calme et avoir le verbe moins haut.* » L 639 ; « *ça m'apaise. On va dire que ça me ramollit. Je suis consciente. Mais mon cerveau me dit, (...). Il reste calme. Mes gestes restent calmes. A la limite je me ferai « agresser » verbalement, je minimise.* » PF-8 L 389-392

La confiance et l'assurance en soi dans les échanges humains étaient plus affirmées « *je me sens plus sûre de moi (...), j'arrive plus à aller vers les gens. (...) parce qu'avant j'étais plus renfermée, j'osais pas dire non et tout ça et je sais pas si c'est peut-être du fait de prendre les médicaments mais maintenant ça va mieux, on peut dire que je suis libérée.* » PF-12 L 298-302.

La benzodiazépine était décrite comme évitant des conflits graves « *Sans le traitement je serais déjà dehors depuis longtemps.* » PF-8 L 396 », « *si j'avais pas ça pour affronter ce que je dois affronter, ce serait un massacre* » L 560, ou la perte de contrôle de soi « *On a l'impression qu'on va péter un câble, terrible quoi. On est plus maître, ouais on arrive plus ... C'est limite.* » PH-4 L 634-635. Cette peur en cas de suspension du remède était explicite « *Ce serait la peur de me dire si j'arrête, j'ai peur que ça n'aille plus du tout* » PF-7 L 915-916.

Grâce au traitement, des participants ont déclaré conserver une attitude normale. Leurs interlocuteurs n'ont pas remarqué un changement dans leurs interactions « *Je suis comme j'étais avant d'en prendre. Sauf que la plupart des gens ne le savent pas donc je reste moi-même (...). Détendu, je discute avec tout le monde.* » PH-3 L 345-347 ;

d) Vertu salvatrice du médicament et Pouvoir magique

Pour certains participants le médicament a endossé un rôle salvateur « *un moment de ma vie où j'ai dérapé, où il a fallu que j'ai un traitement pour m'aider à remonter la pente.* » PF-1 L 26-27,

« je pense qu'il a vu que j'étais à un point (...) Il me fallait un suivi pour m'aider à reprendre pied. » PF-1 L 68-69, « Donc il fallait bien une aide (...) pour arriver à continuer le quotidien » L 82-83.

Une participante présentait des crises d'angoisse incontrôlables « J'ai recours à ce médicament là quand je suis débordée. » PF-5 L 198, « Il m'a dit << bon il faut mettre un anxiolytique >> (...) Depuis la maison, je me réveillais en plein milieu de la nuit » L 102-104. Elle admis la nécessité de prise « A l'heure actuelle, dans l'état où je suis, j'en ai conscience que j'en ai besoin. » L 566-567. De même, PF-9 s'est résolue à suivre le traitement malgré des réticences « Je savais pertinemment qu'il ne fallait pas mais j'étais trop dans la détresse » L 716-717.

Cette qualité salvatrice a été identifiée dans d'autres témoignages « Parce que vraiment quand on se sent très (...) mal je crois qu'il faut faire appel à un traitement pour s'en sortir » PF-15 L 50-51 ; « se dire que ce médicament là, ça m'aidait surtout à avancer, d'avoir un but pour essayer d'être guéri. » PH-17 L 297-298. Elle l'a empêché de sombrer de nouveau dans l'alcool « C'était vraiment le soir, du moment que je rentrais à la maison je savais (...) que j'allais être à la maison à me prendre la tête (...) C'était une échappatoire. » L 140-142. Avec la force du désespoir, la benzodiazépine a été saisie comme une bouée de sauvetage « Je pense que je serais retourné (...) de toute façon immédiatement à la bouteille » PH-17 L 482-483.

Certains témoignages évoquaient un pouvoir magique de la benzodiazépine « On se sent plus rassuré hop c'est un miracle ! (...) on le prend la vie est pas rose, tout se passe bien » PH-3 L 527-529 ; « J'ai supplié le psychiatre qu'il m'aide, qu'il fallait qu'il me donne quelque chose de miraculeux. » PF-8 L 450-451. La vertu magique a été soulignée « Je considère ça comme une poudre de perlin pimpim » PH-11 L 131.

2. Perception défavorable

2.1 Craintes et doutes envers la benzodiazépine

Ils ont largement été exprimés.

a) Méfiance envers l'effet délétère

Une méfiance envers le médicament était nettement perceptible « Y'a toujours des effets indésirables (...) on vous soigne d'un côté pour vous détraquer d'un autre. La plupart des médicaments c'est ça » PF-1 L 687-688, « en vous bourrant de médicaments, je pense pas que ce soit la solution idéale. » L 851-852.

Un patient a déclaré qu'il essayait d'éviter médicament et consultation « Après c'est ma philosophie du médicament, j'en prends très peu, je suis plutôt contre. J'essaie de jamais aller chez le médecin. (...) Je veux pas rentrer dedans voilà. » PH-3 L 381-385.

L'information détenue a accru cette méfiance « je suis un petit peu méfiante sur ces produits. (...) Je connais le risque de dépendance du fait qu'on puisse augmenter pour avoir le même effet, et là dessus j'ai été vigilante » PF-7 L 214-216.

Le produit ne devait pas être une solution de facilité « *ce que je veux pas c'est aller dans cette escalade là. En prendre un et puis recourir au médicament tout de suite (...) je veux pas que ça devienne la solution facile* » PF-5 L 490-492 ; « *J'ai pas envie de m'envoyer des cachets comme ça à tout va si y'a pas de raison* » PF-8 L 664.

Cette méfiance a été parfois exprimée avec véhémence « *C'est une cochonnerie. Oui oui.* » PF-1 L 615 ; « *la satanée boîte là.* » PF-8 L 511.

b) Craintes d'une accoutumance

La crainte d'une augmentation de dose a été discutée. Il a été ajouté qu'un effet négatif pouvait alors apparaître dans ce cas « *J'ai l'impression qu'avec le temps, il faut pas en prendre beaucoup parce que ça fait l'effet contraire.* » PF-1 L 181-182, « *Depuis le début si vous en prenez trop, je pense que ça fait plus l'effet contraire. Ça tape sur les nerfs. Vous êtes plus à cran... qu'apaisée.* » L 496-497. La crainte de cette accoutumance était partagée « *tout ce que j'espère c'est que je vais pas être obligé d'augmenter les doses pour pouvoir conserver les effets.* » PH-14 L 291-292.

Le glissement vers une accoutumance était fortement redouté « *Je me rends compte que depuis quelques temps (...) je suis obligée de le prendre le soir pour dormir et que si je le prends pas je me relève pour le prendre. Je trouve qu'il y'a une accoutumance et ça c'est pas bien.* » PF-1 L 601-603 ; « *il m'apaise le soir mais d'un autre côté j'ai une grande crainte par rapport à ce médicament (...) provoquer une accoutumance.* » PF-5 L 440-442, « *C'est d'entraîner vraiment une dépendance et d'augmenter les doses et puis après l'accoutumance et puis après on y va crescendo* » L 496-497.

Cette hausse était également redoutée par un répondant « *Oui, oui j'ai peur de devoir un jour arriver à prendre une deuxième moitié, puis une troisième, puis quatrième.* » PH-11 L 351-352.

c) Craintes d'une dépendance

La dépendance au psychotrope était perçue par certains « *parce que j'avais l'impression que si je ne le prenais pas, j'arriverais pas à dormir (...). Après c'est aussi une sorte de dépendance.* » PF-2 L 171-172, « *je ne pouvais pas m'en passer oui* » L 384 ; « *Honnêtement moi je suis accro* » PH-4 L 804 ; « *c'est comme une drogue effectivement donc à la limite le mieux c'est de pas le commencer. (...) Après, je me sens tellement mieux avec* » PF-6 L 326-327 ; « *Pour l'instant, je le considère comme essentiel. C'est une drogue forcément car tous les matins j'en prends un quart* » PH-11 L 246-247.

Cette perception était confirmée par l'expérience du manque « *Je sais que je vais avoir des symptômes de manque, quelque part je suis accro* » PH-14 L 360-361 ; « *on a l'impression, (...) que c'est comme une drogue (...) On en prend, on en prend encore et après on se sent mieux* » PF-15 L 151-152, « *parce que j'ai déjà vu des gens consommer des benzodiazépines (...) puis après on est dépendant* » L 473-475.

L'idée d'être dépendant était pour certains inadmissible « *Que je devienne dépendante. Et ça je veux pas* » PF-5 L 446. Elle était source d'inquiétude « *mais quand même je m'inquiète un petit peu pour la dépendance* » PF-6 L 430-431 ;

« dépendante je sais que j'y suis pas parce que je sais que je peux l'arrêter quand je veux : un mois, deux mois. En arrêt maladie ou en vacances j'en prends pas du tout, ça me manque pas du tout. » PF-8 L 668-670 ; « je pense pas qu'il y ait un risque de dépendance (...) Pour moi personnellement j'ai pas ressenti ça comme une sensation de bien-être. » PH-17 L 502-503.

Le risque addictif a été admis par d'autres « addictogène, on m'a dit que oui. » PH-10 L 513. Cependant, une nuance y était immédiatement adjointe « Mais quel traitement à long terme ne l'est pas ? » L 513-514, car cette personne a établi une comparaison avec son sevrage complet d'une ancienne benzodiazépine « Je me suis bien passé du MYOLASTAN® alors que je le prenais depuis 95 jusqu'à son arrêt définitif. J'ai bien dû m'en passer brutalement. » L 514-515.

A l'inverse, un participant a affirmé n'avoir ressenti aucun signe d'addiction « T'as une addiction à un médicament et tout, moi je sais qu'au cours du traitement j'ai pas eu le besoin personnellement de rentrer à la maison et de me dire il me faut mon médicament » PH-17 L 513-515.

Pour certains, la perception de la dépendance remettait en question l'usage de la benzodiazépine « Je sais pas comment d'autres personnes réagissent mais moi je pense que s'il y'avait autre chose (...) qui rende moins... qui rende pas dépendant (...) quelque chose de plus efficace » PF-1 L 678-680 ; « Pour en avoir pris je me rends bien compte que... Il faut que ce soit occasionnel (...). Il ne faut pas que ce soit un traitement de fond (...) Un traitement long » PF-9 L 502-504 ; « je suis pas sûre qu'à certains moments les effets soient bénéfiques. On pourrait s'en passer certainement. » PF-15 L 615-616.

La réponse à ces craintes a été pour d'autres une réduction de posologie ou des prises discontinues « j'ai essayé d'en prendre le moins possible parce qu'il y a des problèmes d'accoutumance voire de dépendance, c'est ce qu'on m'a expliqué. » PH-3 L 166-167, « Je peux m'en passer pendant quelques jours sauf qu'il y'a des jours où ça revient et je sens que j'en ai besoin. » PH-11 L 271-272, ou l'arrêt du produit « à un moment il est vrai que j'ai souhaité quand même l'arrêter. Je me suis dis que plus longtemps je le prenais et plus longtemps la dépendance allait s'installer, plus ce serait difficile d'arrêter » PF-2 L 445-447.

A contrario PF-5 n'envisageait pas la suspension « je vous dis sincèrement je pourrais pas l'arrêter. A l'heure actuelle ça m'est impossible, le soir ça m'est impossible. » L 509-510.

La réassurance du thérapeute pouvait apaiser la peur de cet effet indésirable « y'a toujours la peur de la dépendance, de ce qu'on entend sur les potentiels risques à long terme, etc. Même si j'en ai parlé à mon psychiatre et que là dessus il a été parfaitement rassurant je dois dire. » PF-7 L 526-528.

d) Peur de l'installation d'une pathologie induite par le traitement prolongé

Le caractère prolongé de l'utilisation faisait craindre un effet nocif « Je dis c'est peut-être trop le LEXOMIL®, ça fait longtemps que je le prends, ça va peut-être me faire du mal. » PF-6 L 519-520.

La peur d'une maladie chronique touchant le cerveau a été exprimée. La dépression était vivement redoutée « *C'est d'être malade chronique. J'ai pas envie de... je me dis c'est des événements de vie douloureux. Il faut les affronter ça fait partie de la vie. Elle est pas toujours rose, mais je veux pas devenir dépressive chronique (...) Je veux pas devenir malade* » PF-5 L 706-709.

La possibilité d'induire une maladie neuro-dégénérative a été évoquée « *c'est plutôt les effets à long terme. (...) : maladie d'Alzheimer et compagnie ; même si bon je vous dis mon psychiatre a été rassurant là dessus mais c'est vrai que, enfin je sais que voilà tout médicament à long terme... Enfin je suis pas trop pour* » PF-7 L 563-566.

2.2 Effets défavorables ressentis lors des prises de benzodiazépine

a) Sensation d'altération cognitive

La benzodiazépine était perçue par certains comme nocive en particulier à cause de la sensation d'altération cognitive.

Certains décrivent une sidération des capacités cognitives « *y'a des moments on a l'impression que j'ai le cerveau à côté de la table. Plus moyen de penser. Ça fait peur* » PH-4 L 624-625 », « *on est plus capable de (...) se tenir, à raisonner* » L 629.

Une asthénie a été remarquée « *C'est peut-être une simple illusion mais j'ai l'impression d'être plus fatigué.* » PH-3 L 316-317 ; « *Je pense qu'on est mou. On a beaucoup moins de vigueur* » PF-9 L 253.

Un effet secondaire sur la vigilance a été ressenti initialement « *ça assomme quand même* » PF-1 L 247 ; « *Enfin la première heure (...) on est vraiment ... Somnolent (...). J'ai toujours trouvé ça, au début de la prise.* » PF-9 L 275-277, « *On est mou mais cet effet là passe (...) au bout d'une semaine de prise.* » L 286-287. Elle confirmait cette altération de la vigilance « *on est dans un état second avec du LEXOMIL®.* » L 249.

Un défaut de concentration lors de la conduite a été rapporté « *ça me faisait un peu des petits laps de temps d'inattention* » PH-17 L 437-438, « *en journée je roule beaucoup (...) donc j'avais vraiment un peu peur de...* » L 286-287, altérant la maîtrise du véhicule « *on est beaucoup plus posé, (...) moins stressé, (...) plus tranquille, du coup y'a des choses qu'on fait même au volant qui peuvent être dangereuses* » L 438-440.

Certains ont fait l'expérience d'un effet amnésiant « *j'ai l'impression que c'est un traitement qui fait que vous oubliez beaucoup de chose* » PF-1 L 110-111, « *je pense que ce médicament là il vous efface beaucoup de mémoire.* » L 448-449. Le parallélisme avec des consommations passées a été fait « *j'ai toujours (...), enfin une bonne mémoire et une bonne attention. Mais là j'ai vraiment l'impression qu'il y a des flous (...) les toutes premières fois quand j'ai pris du STILNOX® et puis y'en avait un autre : SERESTA®. (...) Alors là effectivement (...) les premières fois où j'ai pris ça, j'ai eu des trous de mémoire en une ou deux prises.* » PF-7 L 443-448.

Pour des répondants, ces effets secondaires n'étaient pas ressentis « *Je ne ressens pas les troubles du comportement, de la mémoire, des troubles de concentration.* » PH-14 L 307-308.

Même quand ils étaient signalés, ces effets ne mettaient pas en cause la poursuite du traitement « *Celui ci me convenait. J'avais pas d'effets indésirables autre que la somnolence donc je me suis contentée de celui-ci.* » PF-9 L 234-235.

b) Sensation d'altération des affects

Une sensation d'anesthésie psychique a été décrite « *Peut-être que c'est les anesthésies effectivement* » PF-5 L 315, « *c'est comme ça c'est moi qui me sens vide (...) Pas sédaturée mais un peu... Un peu tassée je sais pas comment vous dire ça. (...) Oui comme si j'étais anesthésiée mais en étant présente.* » L 319-322, « *mes ressentis sont à côté. (...) Je (ne) suis plus dans l'émotion comme je pouvais l'être.* » L 307-308. Elle a souhaité mettre sous silence ses affects « *Je crois que je cherche à anesthésier mes émotions.* » L 402. Cette notion d'anesthésie cérébrale a été corroborée « *j'avais l'impression (...) que ça m'anesthésiait le cerveau.* » PF-7 L 507-508 ; « *Ça a fait écho et du coup pour me protéger je pense (...) j'ai mis mon affect de côté.* » PF-5 L 340-341.

Un fonctionnement automatique mental a été ressenti « *je me suis aperçue de ça il y'a pas longtemps en réfléchissant, je fonctionne par automatisme. C'est bizarre je ... J'ai l'impression que je suis là sans être là. (...) je fais les choses parce qu'il faut les faire (...). Enfin c'est une drôle d'impression. Je fais mais je suis à côté (...).* » PF-5 L 304-310, « *Je me dis tant que je suis dans l'action (...) Enfin je suis dans la vie, je suis dans ce qu'il faut faire* » L 359-361.

Ceci pouvait être décrit parfois comme un sentiment de dépersonnalisation « *vous avez plus aucun... C'est pas des sentiments c'est... Vous ressentez plus rien. Vous avez comme un encéphalogramme plat. Donc vous vivez mais vous vivez parce qu'il faut vivre, mais vous êtes plus vous. Vous faites les choses parce qu'il faut les faire* » PF-1 L 168-171.

c) Sensation d'être drogué

Certains participants rapportaient une sensation d'être « drogué » : « *on le prenait vingt minutes après quoi ça faisait l'effet shooté.* » PH-4 L 196-197. D'autres le craignaient en voyant le comportement de certaines de leurs connaissances prenant le produit « *Ca je me refuse (...) Je veux pas devenir un zombie (...) c'est ma plus grande crainte, (...) de tomber dépendante de ce médicament là.* » PF-5 L 463-465 ; « *Je veux pas devenir comme elle.* » PF-8 L 758, « *Parce que j'ai une collègue de travail elle en prend plein et elle est complètement abrutie. Elle travaille plus. Elle est toujours en arrêt maladie.* » L 729-731, « *Elle est vide. Elle rabâche toujours les mêmes choses. (...) Elle souffre énormément. Elle a changé psychologiquement, physiquement et quand je lui parle c'est une coquille vide.* » L 735-737 ; « *Ma tante en a pris après une cure de désintoxication, ça lui a fait énormément de bien mais alors elle a des doses telles qu'elle était une larve.* » PF-9 L 569-570.

d) Ebriété apparentée à la prise d'alcool

L'effet de la benzodiazépine était ressenti comme superposable à l'effet procuré par l'alcool « *comme l'alcool quoi un peu déphasé* » PH-4 L 192, « *On est pas bien. On prend un verre, deux verres, on se fout de tout, la vie est plus cool, ça fait le même truc* » L 209-210.

La sensation d'ébriété était parfois ressentie comme franche « *ça faisait une paire de fois où j'avais l'impression que c'était comme si j'avais bu en fait. Quand j'ai commencé à prendre le traitement au tout début, (...), c'était vraiment l'impression d'avoir bu* » PH-17 L 305-307. La prise du soir a entraîné un réveil embrumé « *Je suis pas zoquée, je suis réactive, je me lève le matin. Mais je suis un peu entre deux eaux. (...) c'est comme si j'avais bu sans avoir bu* » PF-5 L 238-239, « *Le matin, j'ai l'impression d'être embuée par... Pas tout le temps quand je dors mal, (...) j'ai l'impression d'avoir un casque. (...) d'avoir la bouche un peu pâteuse (...)* » L 219-221.

La prise de benzodiazépine a eu pour l'un des participants un effet révélateur de son image quand il était auparavant ivre « *ça m'a fait peur parce que bon quand on boit, on est pas vraiment conscient de son état mais là en étant conscient de son état, ça fait vraiment une sensation d'être ivre mais tout en ayant les pieds sur terre.* » PH-17 L 311-313, « *c'est ça qui fout la trouille parce qu'en fait c'est là qu'on ouvre vachement les yeux en se disant << voilà à quoi tu ressembles quand t'as bu >>. Bon c'est quand même vachement conscient on est pas dans un état léthargique* » L 337-339.

e) Retentissement négatif de cette utilisation sur l'activité sociale

Un changement de l'activité sociale a été constaté depuis l'instauration de la benzodiazépine « *j'arrive plus à faire les choses comme je les faisais. Et ça, ça m'interpelle parce que je me dis qu'il y a vraiment quelque chose qui va pas quoi.* » PF-1 L 594-596.

Un impact sur l'activité au travail a été relevé « *je pense que ça devait me ralentir* » PF-15 L 357, « *On peut pas être à la hauteur de son travail (...) on peut pas être réactive* » L 378-379. Cela a amené à une baisse de la dose « *par rapport à mon boulot, bon, ça commençait à me gêner donc j'ai réduit les doses* » PH-17 L 359-360, pour lever une inhibition « *au niveau du boulot, je trouvais que j'étais beaucoup plus freiné et que je me fatiguais beaucoup plus vite. Des journées avant où je pouvais faire de (...) 10, 12 heures de travail (...) et ben j'arrivais des fois au bout de six heures et j'avais les pattes coupées* » L 376-378, « *le problème de me dire : je travaille, je fais une activité à l'extérieur qui est vachement physique et du coup pour moi dans mon activité professionnelle je trouvais que (...) Ça me bloquait.* » L 266-268.

Le médicament contribuait pour certains à restreindre leur action et à étendre celle de leurs subordonnés « *Faut admettre que quand je n'en prends pas, le cerveau est peut-être moins organisé mais le corps est un peu plus en activité. (...) quand j'en prends, j'ai tendance à faire travailler un peu plus mes ouvriers et quand je ne prends pas, je mets un coup un peu plus moi même* » PH-11 L 267-270.

Par prudence, des participantes ont également veillé à encadrer leur prise durant leur exercice professionnel « *Jamais dans la journée. Je travaille avec deux enfants, je prends pas le risque.* » PF-6 L 208-209 ; « *j'ai jamais pris de médicament comme ça dans le cadre de mon travail* » PF-15 L 367.

C. Influences extérieures sur la perception de la benzodiazépine :

1. Sources d'informations

Les intéressés disposaient de nombreuses sources d'informations.

a) Vecteurs humains

Le professionnel de santé était un relai précieux d'informations « *Mon médecin et mon entourage. Mon pharmacien.* » PF-6 L 600. Lorsque la personne faisait ses propres recherches, elle se tournait dans un second temps vers son interlocuteur privilégié « *les informations que j'ai c'est surtout moi qui les ai cherchées et après j'en ai parlé avec mon médecin* » PF-7 L 839-840 ; « *C'est que moi j'ai toujours eu la chance de bien discuter avec mes médecins* » PF-9 L 736-737.

Le praticien était parfois la seule source de données sur le traitement « *Non, j'en connais que les quelques mots échangés avec mon médecin à savoir que c'est un traitement sur lequel il y'aurait de la dépendance. C'est pour ça qu'il a essayé de me faire changer.* » PH-11 L 365-367.

b) Vecteurs écrits

A l'inverse, certains se satisfaisaient des supports bibliographiques dédiés « *J'ai jamais demandé à mon médecin traitant quoi que ce soit sur le traitement parce que j'ai un VIDAL chez moi* » PH-14 L 470-471, en s'appuyant sur leurs connaissances développées à titre personnel « *on travaille sur le système nerveux central et la mémoire donc ... On a certains produits analogues ici qu'on utilise sur les animaux donc je sais la pharmacologie, je connais ce médicament, je connais ses récepteurs, je connais (...) les effets secondaires* » L 471-474.

L'écrit était donc un moyen direct de renseignement « *j'ai lu plein de choses, tout ce que vous avez dit au départ...* » PF-9 L 778. La recherche pouvait être très approfondie « *j'ai lu le VIDAL qui est à la maison* » L 782.

Les données pharmaceutiques du laboratoire étaient consultées attentivement « *C'est moi qui ai lu les notices.* » PH-4 L 362, « *J'ai lu toutes les notices, à peu près les mêmes effets indésirables les mêmes trucs...* » L 421. Une attention toute particulière était portée aux effets indésirables « *rien que quand on lit les notices avec les effets indésirables c'est grave* » L 830. Ces explications relatives aux propriétés de la molécule prêtaient à interrogation soucieuse « *ce que je lis sur les notices aussi, les benzodiazépines, on les prend pas (...). C'est marqué « limiter la durée de la prise à quelques semaines » et quand on se dit mince quelques années, mince où je vais ?* » PF-7 846-849.

c) Vecteurs numériques

D'accès simple et rapide, les cybertechnologies étaient plébiscitées « *Par internet. J'ai tapé le nom* » PH-3 L 715. Une patiente a ajouté que sa recherche était sous-tendue par des précautions « *Internet. (...) je fais bon usage de ce que je trouve, en essayant quand même pas trop de lire tout et n'importe quoi* » PF-7 L 844-845.

Un participant s'est défendu d'une prise aveugle en insistant sur sa capacité de recherche et son libre arbitre « *J'ai fait des recherches sur internet, je me suis bien renseigné. Je suis pas un âne (...) le médecin me dit de prendre ça, je prends ça.* » PH-10 L 499-500.

d) Savoirs professionnels

Le niveau d'études et le métier conditionnaient singulièrement le degré d'information sur le sujet « *de par mon métier, de par ma formation. Je suis Docteur en Sciences et en Neurosciences.* » PH-14 L 478-479, ainsi que les certitudes avancées par des participants de par leurs connaissances « *très précise au niveau cellulaire, moléculaire* » L 478.

Une patiente appartenant au corps sanitaire a renforcé ce constat « *moi je suis déjà infirmière alors je sais que ça entraîne des accoutumances* » PF-5 L 733-734, « *J'ai lu des choses quand j'étais étudiante infirmière* » L 749-750.

Néanmoins, un haut niveau de savoir notamment sur les risques potentiels ne prémunissait pas d'un recours prolongé au médicament « *je travaille dans le domaine des neurosciences donc je connais bien les benzodiazépines, leurs effets secondaires, les potentiels effets sur la mémoire, le vieillissement cérébral.* » PH-14 L 297-298 ; « *J'ai fait de la biologie, je connais les effets secondaires, (...) donc je savais qu'il fallait plus.* » PF-9 L 654-655. Une connaissance préalable de la question pouvait être un avantage dans la compréhension de la gestion du traitement dispensé « *parce que je connais un peu le domaine donc c'est plus simple je pense. Quelqu'un qui n'y connaît rien ... lui dire un quart, un quart, un demi...* » PF-9 L 737-739.

e) Transmissions par la rumeur

L'origine des images rapportées sur la benzodiazépine prise était parfois la rumeur.

Certaines croyances défavorables étaient alimentées par des messages extérieurs « *C'est vrai qu'on entend, on a quand même là des campagnes médiatiques par rapport aux effets néfastes de certains médicaments après x années de ...* » PF-2 L 619-621, « *Voilà c'est comme des produits chimiques les médicaments ; c'est la même chose ça a des bons effets mais ça peut aussi en avoir des mauvais parfois* » L 617-619.

Les rumeurs venaient parfois au-delà des frontières « *Mais même les gens t'en parlent d'autres médicaments qui ressemblent à ça. Y'a chez nous le TEMESTA.* » PF-6 L 133-134. Elle a cité un exemple de molécule de la même famille « *Donc j'entends parler mais je l'ai jamais pris.* » L 138, « *En A. (pays)* » L 142.

L'image véhiculée d'un produit sédatif était rapportée « *Pas sur le coup comme on pourrait le penser. Voilà dans ma tête au début je me disais que ce genre de médicament ça assomme, ça endort et compagnie. Mais je trouve pas que ce soit vraiment le cas en fait !* » PH-3 L 331-333, « *c'est l'image populaire qu'on a des anxiolytiques. On se dit voilà c'est le truc qui assomme, pour se calmer, puis tout compte fait non pas du tout.* » PH-3 L 337-338.

L'efficacité de la stimulation mentale dans le cadre de son travail était considéré comme une façon de prévenir les effets secondaires sédatifs « *Le boulot que je fais m'oblige à être concentré, à avoir de la mémoire (...). Je travaille beaucoup avec mon cerveau ce qui limite quand même vachement les effets secondaires.* » PH-14 L 308-310.

La rumeur poussait parfois à la prise du médicament, les troubles du sommeil qu'elle combat, ceux-ci ayant une réputation maléfique « *Parce que j'ai déjà entendu que le fait de ne pas dormir ça peut créer, (...) une dépression (...)* » PF-6 L 107-108, « *Ils disent que la dépression des fois, commence par ne pas dormir tout le temps (...). Donc j'ai eu peur. (...) je me suis dis je préfère passer une nuit de sommeil à dormir tranquille et aborder une journée normale, que de ne pas dormir toute la nuit et puis des soucis la journée ou être perturbée.* » L 109-112.

2. [Influences des soignants](#)

a) [Réception du discours médical par le patient](#)

Nous avons pu mesurer la portée du discours du médecin traitant et sa résonance.

Il était décrit comme le premier recours « *je suis allée le voir le matin même où j'ai perdu la chienne* » PF-5 L 91 ; « *ça allait pas de trop. J'ai craqué (...) tout de suite j'ai appelé mon médecin traitant et Mme B. m'a dit << allez tout de suite à l'hôpital et ils sauront quoi faire >>.* » PF-12 L 246-247.

La seule vue du médecin était rassurante « *pareil anxieux, le fait de voir le docteur ça va déjà mieux quand même un petit peu (rire franc).* » PH-4 L 316-317.

Son influence dans la poursuite de la prise était rapportée « *j'ai voulu l'arrêter et effectivement j'avais passé une nuit blanche vraiment complète et quand j'ai appelé mon médecin il m'a dit : << faut le reprendre >>.* » PF-7 L 139-141 ; « *quand je dis à mon médecin traitant que je dors pas, elle me dit de prendre (...) donc elle m'en represcrit. Et puis voilà c'est reparti, j'en ai un peu* » PF-15 L 496-498. C'est le praticien qui proposait la reconduction du médicament « *Oui elle me l'a proposé, mais pas systématiquement. Elle me demande des fois si j'en veux* » L 688-689.

Dans certaines situations, le médecin traitant a proposé une substitution « *Il m'a dit qu'il y avait une certaine dépendance. Il a essayé de me faire passer à un autre produit : STRESAM* » PH-11 L 81-82. Dans une autre situation, il a conseillé l'arrêt de la prise « *c'est vrai que le médecin qui m'avait conseillé d'arrêter m'avait dit que ça pouvait provoquer un manque de concentration.* » PF-2 L 316-317. La patiente a accepté la suspension du traitement « *j'ai vu une remplaçante du Dr M. qui m'a dit << (...) progressivement il faudrait essayer de vous en débarrasser >> (...) Donc c'est ce que j'ai fait.* » L 115-117.

Le médecin traitant était décrit comme source de recommandations sur la gestion du traitement « *Il m'a dit que si je sentais que ça allait mieux avec ça, un quart c'était pas une dose* » PH-11 L 80 ; « *elle m'avait dit qu'il y'aurait peut-être une accoutumance et puis que (...) il faut pas l'arrêter net mais progressivement* » PF-12 L 520-521.

b) [Rapports de confiance médecin-patient](#)

La relation de confiance était déterminante dans l'observance du traitement. La parole du médecin était reçue avec intérêt « *Même si j'ai toujours écouté mon médecin. Mes médecins m'ont toujours dit << K. prends en quand t'en as besoin. >>* » PF-9 L 771-772 ;

« je lui fais confiance même si je sais qu'on a pas forcément toutes les cartes en main pour connaître tout ce qui est à connaître sur cette molécule » PH-14 L 326-328 ; « C'était vraiment la confiance du patient au docteur. » PH-17 L 592-593.

La confiance placée en lui était parfois décrite comme totale « dans la mesure où ça a été prescrit par mon médecin, j'ai pensé que ça devait être justifié. (...) je me suis pas excessivement posé de question. » PH-10 L 662-663, limitant une quête personnelle de renseignements « au niveau de mes recherches (...) j'ai pas vraiment poussé très loin. J'ai fait confiance à mon médecin. » L 674-675 ; « c'est vraiment la confiance du médecin au patient. » PH-17 L 673-676.

Dans le même temps, certains exprimaient une opinion plus nuancée.

Ils regrettaient le manque de discussion « C'était : tu prends ça, pose pas de question, donc je prends. Le seul truc qu'il y'avait, c'était que je prenais le médicament, s'il devait me refaire une ordonnance, je disais voilà le médicament ça marche pas donc du coup on met de côté et on va essayer ça » PH-17 L 675-677 ; et d'autre part la reconduction « automatique » de la prescription « Je vais le voir tous les cinq mois pour renouveler mon ordonnance, y'a pas d'alerte de sa part, il me dit pas << Stop, maintenant, ça suffit, ça fait trop longtemps que vous le prenez, il faut changer >> » PH-14 L 323-326.

c) Le monde hospitalier

Certains témoignages ont rapporté un sentiment d'angoisse lors de l'immersion dans le monde hospitalier.

La technicité médicale a favorisé cette perception angoissante de l'hôpital « Je me suis retrouvé aux urgences sous perfusion, ECG donc j'ai encore plus stressé (...). Se retrouver tout seul à l'hôpital » PH-3 L 63-65 ; « Le plus frappant c'est quand j'ai été faire (...) la Médecine Nucléaire. C'est assez violent la décharge qu'on signe (rire) : effets indésirables, mort subite. On sait plus trop si on ... Alors c'est de voir les autres qui reviennent et on se dit que bon y'a pas tant de morts que ça finalement. » PH-4 L 836-839. La perception du traitement anxiolytique lors d'un accident aigu était assez violente « ils m'ont mis directement sur le brancard, ils m'ont déjà shooté là haut » L 324, « ils m'ont mis tout ça par grosses seringues » L 343-344.

Ce sentiment d'angoisse pouvait être accentué par un changement des repères familiers géographique et linguistique « c'était en Allemagne et j'ai rien compris de ce qu'ils m'ont dit. Donc je pense que ça n'a pas en plus arrangé mon cas. Parce que se trouver dans un pays qu'on ne connaît pas, une langue qu'on connaît pas... » PH-3 L 57-59.

L'expérience hospitalière a été mieux vécue par une participante. Il s'agissait d'une hospitalisation libre à la suite de consultations aux urgences « ils m'ont proposé (...) rien d'office. C'est à dire que j'avais dû atterrir aux urgences psychiatriques encore une fois (...) ça avait dû faire la deuxième fois que j'étais venue. Ils m'ont dit << Écoutez voilà on vous a déjà vu il y a un mois, vous voulez pas faire un petit séjour à l'hôpital ? >> Et j'étais tellement perdue, tellement désespérée que j'ai dit bon ok. » PF-7 L 805-809. Ce séjour a permis de restaurer un équilibre « ça m'a coupé de mon milieu habituel. Alors c'est vrai que c'est un petit peu le dépaysement qui fait que voilà ça rebooste un peu. » L 813-815, « cette coupure (...) m'a permis de prendre un peu de recul. » L 822-823.

3. Influences de la famille

Des influences directes sur la consommation de la benzodiazépine ont été constatées.

a) Influences en faveur du médicament

Certains étaient orientés vers une prise « *la belle mère qui me dit << Mais prends du SERESTA® tu dormiras mieux >>* » PH-4 L 856-857 ; « *Mes parents étaient soulagés quand j'ai décidé de prendre quelque chose parce qu'ils ont vu un petit changement dans mon comportement, le fait que je m'apaise un peu. Mon frère, pareil. Mais ils m'incitent à pas arrêter le traitement. Mon compagnon aussi (...)* » PF-5 L 759-762 ; « *je demande à ma fille s'il y a des inconvénients, elle me dit : <<Non, il y a plein de gens qui le consomment ça va pas te faire du mal ça y'est tu le prends et puis c'est tout >>*. » PF-6 L 328-329,

L'entourage diplômé, de surcroît dans le domaine de la santé, influait grandement sur la prise « *Y'a ma belle-sœur qui est médecin. On est dans un milieu où y'en a qui ont fait des études : ma fille qui est ingénieur, ma fille qui est pharmacienne donc pour les médicaments, et pour ce qui est soins et traitements, ma belle mère aussi.* » PF-6 L 158-161, « *Ma fille qui est dans le domaine aussi. Elle est pharmacienne elle me dit prends le.* » L 464 ; « *j'ai des amis pharmaciens (...) C'est vrai que mon amie m'a dit << ben tiens essaie ça >>*. » PF-9 L 621-622.

L'influence était très prégnante au point d'entraîner une obéissance « *Elle me dit << prends le et sois tranquille, laisse moi tranquille >>. Elle me dit << tu prends pas beaucoup, un demi chaque soir c'est pas trop, c'est pas trop méchant. Donc tu le prends et tu te tais. Y'a plein de gens qui le prennent et puis c'est tout >>. Je m'inquiète pas beaucoup.* » PF-6 L 466-469.

b) Influences en défaveur

La famille se montrait dans certains cas contre la prise « *Mon mari me déconseille toujours ; je veux le prendre et il me dit << non c'est pas la peine tu vas arriver à dormir >>* » PF-6 L 324-326 ; « *elle sait que je prends beaucoup de médicaments alors après c'est des remarques du genre << tu prends trop de trucs >>* » PF-7 L 641-642, « *tout ce qui est psychotrope, j'évite de lui demander parce que c'est assez conflictuel.* » L 653-654 ; « *ils pensaient que j'en avais pas besoin.* » PF-9 L 595, « *Juste parce qu'ils avaient décrété que voilà << t'as pas besoin de ça, tout va bien. Il faut que tu te gères toute seule >>*. » L 599-600.

L'entourage conseillait parfois une utilisation non systématique « *Elle savait que je faisais des crises d'angoisse donc elle m'a dit << oui ok ça te fait du bien sur le moment, tu en prends un et le reste tu bazardes quoi. >>* » PF-9 L 755-756.

Des patients se sont heurtés à une opposition réelle de membres de leur famille « *Moi à chaque mois il me dit : << non ne prends pas, ne prends pas ! >>*. » PF-6 L 459-460 ; « *J'ai une maman médecin spécialisée en gynécologie donc qui est totalement opposée. Alors parfois il m'arrive de lui demander de me faire des renouvellements d'ordonnance et c'est toujours très conflictuel alors j'évite (...) parce que c'est des médicaments qu'elle aime pas.* » PF-7 L 627-633.

Le regard défavorable des proches était parfois très marqué « *Oui, ben mon amie pharmacienne m'a toujours dit << (...) Qu'est-ce que c'est que ça ?? >> Quand elle le voyait dans mon sac à main, elle m'a dit << Jamais il faut que tu commences à prendre une m**** pareille >>. »* PF-9 L 752-754, « *Je pensais déjà qu'il fallait pas, mais quand quelqu'un vous le dit encore et qui est dans la profession, ben forcément on écoute. »* L 766-767 ; « *Et après pour le XANAX®, ma famille ... Ils se sont demandés parce que j'en ai parlé quand même. Ils ont eu un peu peur. Quand ils me voient comme ça ils me disent << toi vivante comme t'es, c'est pas possible que tu aies besoin de ça >> »* PF-8 L 705-707.

4. Interactions avec l'environnement : Poids du regard extérieur

L'interviewé comparait souvent sa prise du médicament à celle des autres en général, comme pour ne pas apparaître marginal. Le besoin d'intégrer sa démarche à celle de la communauté semblait très important. Il cherchait à se rassurer sur l'innocuité de la benzodiazépine.

Certains relativisaient leur dose en supposant que les autres en consommaient plus « *plus que raisonnable comparé à d'autres qui doivent en prendre beaucoup plus. »* PH-3 L 269-270 ; « *je me suis dis moi je suis dans la moyenne je suis pas trop ... »* PF-6 L 429-430 ; « *Je pense qu'il y a des gens qui doivent tourner à plus forte dose. »* PH-11 L 373-374.

Ils relaient leur consommation de psychotropes comme les autres « *il y a plein de gens qui sont dépendants aux médicaments, aux anxiolytiques, aux antidépresseurs, somnifères et autres »* PH-3 L 380-381 ; « *Je suis pas le seul quand même, ils ont a peu près tous les mêmes trucs. »* PH-4 L 1117 ; « *je connais plus de gens qui prennent des antidépresseurs que des benzodiazépines. »* PF-7 L 863-864.

Le regard extérieur avec prise en compte d'une différence selon les personnes, a été discuté « *j'ai parlé de ça à un couple d'amis qui devait pas savoir que je prenais ça. (...) la réaction ça a été << Ah bon tu prends ça ? Tous les soirs depuis des années ? >>. Oui. »* PF-7 L 864-866 ; « *Surtout des autres. Je me dis que si ça m'arrive ici c'est pas grave personne le saura. Ça a toujours un côté gênant c'est sûr de faire un malaise devant tout le monde, c'est un peu stigmatisant. »* PH-3 L 487-489, « *C'était des amis donc c'était pas gênant. C'est la peur que les mêmes symptômes se produisent en société. »* L 505-506. Le regard d'amis était donc moins dérangeant que celui d'étrangers.

La représentation d'un type de maladie par le médicament a été ressentie « *on se dit que la personne qui sera en face, elle sait très bien à quoi ça sert donc du coup on essaye de faire un peu... Prendre le médicament et puis se barrer pour éviter justement d'avoir l'étiquette sur le dos (...) d'alcoolique »* PH-17 L 620-623. Cette identification par le produit occasionnait un dérangement pour l'intéressé « *Ça doit sûrement venir du manque d'information et du coup c'est vrai que le fait d'aller chercher ce médicament là, on se colle une étiquette avec automatiquement le nom sur le dos. »* PH-17 L 626-628 ; « *j'ose pas dire aux gens que je prends des ALPRAZOLAM® ou des choses comme ça, c'est pas... »* PF-5 L 754-755.

L'utilisation de benzodiazépines représentait dans certains cas un sujet tabou, obligeant à un silence parfois très pénible pour le patient « *Ni ma conjointe ni rien, c'est un sujet qui est toujours resté tabou. Et y'a jamais eu de discussion. »* PH-17 L 408-409.

Il lui semblait impossible d'en discuter librement « *J'ai toujours dit qu'il faudrait qu'on en discute* » L 413. Il était mal à l'aise, ressentant une exclusion par rapport à son milieu « *c'est les familles d'agriculteurs. Tout le monde se voile la face.* » L 417-418. Il se sentait en dehors des convenances.

Pour quelques répondants, seul le conjoint était au courant « *il n'y a que ma femme qui sait que je prends ça. Je n'ai parlé à personne. Je ne vais pas dire à des amis que je prends un cachet, un calmant tous les matins.* » PH-11 L 298-303 ; « *y'a personne qui le sait sauf mon épouse. Et mon épouse est très vigilante (...). Elle sait que j'en ai besoin et donc elle le comprend.* » PH-14 L 332-335.

L'importance de l'approbation du conjoint soulignait le caractère particulier de cette prise médicamenteuse « *On en parle ouvertement donc y'a pas de rejet de sa part, y'a pas de critique* » PH-14 L 335-336.

Plusieurs participants estimaient que l'usage d'anxiolytiques relevait de la sphère privée, et refusaient que cela se sache autour d'eux « *Mes parents je les vois pratiquement plus et les amis, (...), j'en cause pas de trop quoi.* » PF-12 L 452-453. Ils redoutaient les jugements défavorables « *j'ose pas dire aux gens que je prends des ALPRAZOLAM® ou des choses comme ça* » PF-5 L 754-755 ; « *Après oui ça a une assez mauvaise image (...), après je le cache pas plus que ça mais j'évite de le crier sur tous les toits* » PF-7 L 654-656.

Un patient a fermement exprimé l'appartenance de cette prise médicamenteuse à la sphère privée « *Personne ne sait que je prends du LEXOMIL® (...). Ça c'est mon traitement je vais pas l'étaler. Je prends des médicaments comme d'autres en prennent et puis qui vont pas étaler (...) leur traitement.* » PH-10 L 641-643.

D. Réactions et Actions du patient :

1. Résistance contre la prise et Abdication éventuelle

En raison des craintes et des effets négatifs, une lutte de diverses façons contre la prise a sérieusement été menée « *Même si j'arrive pas à dormir je prends le demi et puis c'est tout (...) même si je reste jusqu'à une heure, une heure trente, deux heures* » PF-6 L 218-219, « *Si j'arrête de le prendre deux jours, le troisième c'est évident que je le prends.* » L 550 ; « *Je dis oui ou je dis non. Si je suis forte je dis non. Mais non je dis non bien souvent. Je dis pas oui pour en avoir d'avance* » PF-15 L 693-694.

Des patients étaient résignés et fatalistes car ils semblaient poursuivre le traitement à contre cœur « *J'aimerais bien m'en passer naturellement parce que ça reste un traitement* » PH-11 L 233-234 ; « *Ça me dérange mais j'ai pas le choix.* » PF-6 L 483 ; « *Mais maintenant je suis à un stade où je suis dedans (...) Après j'ai pas le choix* » PF-8 L 555-556. Certains témoignaient de la poursuite de la prise du médicament malgré leur connaissance éclairée du risque « *moi je suis déjà infirmière alors je sais que ça entraîne des accoutumances* » PF-5 L 733-734 ; « *Même si on a de l'éducation, même si on a des connaissances, même si on est scientifique, ça nous empêche pas d'avoir ce vice et d'être dépendant* » PH-14 L 494-496.

2. Alternatives à la benzodiazépine

a) Gestion différente du stress

Chaque participant disposait de ses moyens pour gérer une situation génératrice d'un stress ou d'un inconfort et pour retarder la prise médicamenteuse « *C'est vraiment quand je sens que vraiment ça va s'accroître que j'en prends un.* » PH-3 L 282-283 ; *ça évite d'aller chercher les médicaments* » PF-5 L 606.

La communication avec un proche permettait le désamorçage d'une crise « *Généralement quand je suis prise j'essaie ... d'appeler une amie* » PF-5 L 453, « *d'avoir quelqu'un qui vous rassure, ça évite d'aller chercher les médicaments.* » L 605-606 ; « *non elle passe parce qu'on arrive à discuter avec d'autres collègues (...), qui me recanalisent* » PF-8 L 405-406.

Les méthodes mises en œuvre étaient graduées en fonction de l'intensité des symptômes « *J'essaie la relaxation (...) mais... Ça dépend du niveau d'anxiété que j'ai. Si le niveau d'anxiété est bas, j'arrive à gérer avec la respiration avec du yoga, (...). Par contre si le niveau est très haut là je ... (j'utilise le médicament).* » PF-5 L 660-662.

Une stratégie d'auto-apaisement plusieurs fois citée consistait à pratiquer des techniques de relaxation et de gestion de sa respiration « *j'essaie souvent de prendre sur moi au début. (...) Quand je sens qu'une crise pourrait commencer, j'essaie déjà de me détendre en respirant un grand coup, penser à autre chose ... Faire autre chose.* » PH-3 L 280-283, « *Le fait de se détendre, de se coucher, de respirer par le ventre. Des petites techniques comme ça inspirées (...) du yoga, de la sophrologie ou autre.* » L 414-415 ; « *je suis plutôt du côté bouddhiste, relaxation* » PH-10 L 551-552, « *J'ai été auprès d'une personne qui m'a appris (...) des modes de relaxation* » L 557-558 ; « *on fait du yoga* » PF-8 L 583 ; « *on prend sur soi quand on a rien, quand on a pas de LEXOMIL® (...). Par la respiration aussi ou par (...), d'autres méthodes de relaxation.* » PF-15 L 220-222.

Positiver ses pensées, libérer son esprit était ainsi un autre moyen de gérer le stress « *quand je sens que je me sens un peu angoissé c'est le fait de penser à autre chose, de se décentrer, (...) si on reste un peu obnubilé là-dessus en disant on y pense, on y pense.* » PH-3 L 424-426, « *penser à des choses positives. Penser à un endroit où on se sent bien.* » L 431-432 ; « *c'est de l'exercice mental mais (...) vraiment de se détendre, d'essayer de penser à rien, d'essayer de se libérer de mes pathologies.* » PF-10 L 569-570.

Un travail sur soi s'appuyant sur un soutien psychologique facilitait la gestion de situations de stress dans un cadre privé ou public « *J'ai fait pas mal d'art-thérapie* » PF-7 L 823 ; « *j'ai beaucoup travaillé ... en psychologie comportementale (...) pour être moins stressé et interagir différemment surtout au niveau du travail, et même beaucoup dans ma famille* » PH-14 L 156-158. Ce dernier est parvenu à appliquer les résultats de son travail spécifique « *j'ai au fur et à mesure travaillé tout seul, géré le stress avec plus ou moins de réussite* » L 437-438.

Des activités plus ordinaires étaient pratiquées comme le sport « *le fait d'aller courir c'est assez efficace. Ça vide l'esprit, ça détend.* » PH-3 L 396-397 ; « *c'était ma bouée d'évacuation au niveau de la piscine.* » PF-5 L 785-786. La marche constituait une échappatoire « *quand j'ai commencé à aller mal, la seule chose qui m'a aidée à tenir c'est... Je prenais ma petite chienne (...) au bout d'un certain temps, vous sentez que tout s'en va en*

vous. Vous vous sentez bien. » PF-1 L 784-788 ; « *Je vais faire une marche de 15 km c'est pour ça que j'essaye par d'autres moyens de me changer les idées* » PF-12 L 561-562.

L'activité soutenue a été citée également comme réponse alternative à l'angoisse « *je voulais pas rester inactive, c'était trop dur pour moi donc j'ai continué à travailler* » PF-5 L 77-78, « *La journée comme j'étais occupée j'avais pas le temps de cogiter.* » L 124-125. Le contraste était manifeste lorsque l'activité professionnelle était achevée « *Tant que je suis au boulot j'arrive à gérer mais à l'extérieur j'arrive pas, je suis débordée et là je suis obligée de prendre quelque chose. Je suis prise d'une crise d'angoisse* » L 187-188.

b) Soutien dans le couple et la famille

La solidarité du couple dans l'adversité était un facteur majeur dans le soulagement « *Y'avait pas tous ces problèmes autour de moi et j'étais vraiment ailleurs et j'étais avec mon compagnon donc du coup je pense que (...) je me suis sentie apaisée.* » PF-5 L 586-588 ; « *Parce qu'avec mon mari, ce qu'on partage, je risque rien. Je risque pas de perdre mon travail ni de gagner moins d'argent.* » PF-8 L 841-843 ; « *parce que je suis bien accompagnée, parce que j'arrive bien aussi à relativiser* » PF-15 L 647-648.

L'absence d'encouragement pouvait au contraire être difficile à vivre « *Malgré toutes les démarches que j'ai faites, j'ai jamais personne non plus qui était là pour justement me donner de la motivation.* » PH-17 L 410-411, notamment de la part de sa concubine « *elle a jamais trop fait de démarche non plus juste (...) pour essayer de discuter.* » L 425, « *Si la personne elle est encouragée des deux côtés, son conjoint et la personne qui prend le traitement pour faire le truc.* » L 457-458.

Paradoxalement sa partenaire a contribué au maintien de l'observance « *y'avait ma conjointe qui était là pour me pousser (...) en disant << tu prends, tu prends, tu prends >> et ça c'est vrai que tous les soirs le médicament je l'ai pris.* » L 284-286.

Le soutien vis-à-vis de l'angoisse pouvait être réciproque dans le couple « *c'est donnant-donnant parce qu'elle aussi a eu des problèmes de dépression. C'était moi qui étais là pour l'aider. En fait on a absorbé réciproquement, (...) les angoisses et donc elle allait mieux, c'était moi qui craquais un peu quoi et vice versa. Donc on a une longue histoire tous les deux, de périodes difficiles où on s'est entr'aider* » PH-14 L 451-455.

Le refuge parental indéfectible pouvait être d'un grand réconfort « *je suis chez les parents là* » PF-5 L 32, « *j'ai perdu ma maison, ensuite on est venu ici chez mes parents.* » L 42-43.

c) Prise en charge psychothérapique

Un accompagnement spécialisé a été bénéfique « *A partir du moment où j'ai été suivie par un bon psychologue je n'ai plus eu de soucis.* » PF-9 L 372-373. L'association médicament et soutien spécifique semblait nécessaire « *avec la prise on me trouvait pas mieux tant que je n'ai pas suivi de psychothérapie. Attention à partir du moment où je suis allée chez un psy, forcément au bout d'un moment j'ai commencé à changer, un peu beaucoup quand même.* » PF-9 L 383-385 ; « *Le psychiatre m'a dit que ça devrait m'apaiser, qu'il fallait que je l'essaie un, deux mois je crois et qu'on fasse le point. Dès les quinze premiers jours je*

devais ressentir quelque chose (...) il m'a dit si je ressentais un mal-être il fallait que je le signale. » PF-8 L 763-765.

Les psychothérapeutes sont intervenus directement dans la continuité des soins.

Les soignants sollicités étaient parfois multiples *« je pense que mon psychiatre de l'époque, c'était une dame, a pris le relai. Et quand j'ai changé de médecin, de psychiatre ... Mon psychiatre a pris le relai. »* PF-7 L 168-169 ; *« J'ai consulté en 2004, 2005, 2006, deux ans je pense »* PH-14 L 406 ; *« J'ai été voir une bonne femme à B. (nom d'hôpital). J'y allais une à deux fois par semaine, j'ai été aux alcooliques anonymes et j'y ai été une seule fois. Et je me suis dit alors là plus jamais. C'est l'endroit le plus glauque de la planète »* PH-17 L 553-556.

D'autres nous ont livré leur histoire personnelle du suivi spécialisé *« C'est une personne qui ne parlait absolument pas, elle vous écoutait et ne parlait absolument pas (...) de toute façon j'ai rompu parce que je trouve que ça sert à rien. »* PF-1 L 823-825.

Il semblait que leurs attentes n'avaient pas toujours été comblées *« Un dialogue pour m'aider à comprendre et m'aider à continuer mon chemin mais en m'ouvrant les yeux, alors que là y'avait pas de dialogue »* PF-1 L 850-851 ; *« on passe des heures et des heures à vider notre sac. On en ressort complètement lessivé, troublé. Parce que y'a des choses qui sont enfouies depuis longtemps et ça fait ressortir des trucs et y'a jamais de synthèse. En fait on sort de là, on a pas de conseil, on a pas de méthode »* PH-14 L 424-427. Il y'avait probablement des incompréhensions, un manque de congruence entre la démarche spécifique des professionnels et les désirs des patients.

Certains propos traduisaient une déception avec une impression d'aggravation de la problématique *« pour moi c'est des gens qui savent rien, à part vous grogner de médicaments et vous faire parler. »* PF-1 L 838-839 ; *« Enfin ça a fait plus de mal que de bien je pense. Y'a pas longtemps là j'ai reconsulté un psy aussi pour essayer de trouver un changement de comportement, changer ma vie, ma façon de vivre. Ca a été une catastrophe encore une fois donc (...) j'ai pas de bonnes expériences à ce niveau là. »* PH-14 L 407-410 ; *« Pour des gens qui veulent s'en sortir c'est pas le meilleur endroit. Je suis désolé. »* PH-17 L 556-557, *« tu discutes ça règle pas le problème à part qu'on t'enfonce le clou un tout petit peu plus. »* L 560-561.

d) Alternatives médicamenteuses à la benzodiazépine

La phytothérapie et l'homéopathie ont été citées par des interviewés *« Dr M. m'a donné de l'homéopathie »* PF-9 L 7, *« j'ai réessayé des plantes, des tisanes, les oligo-éléments. »* L 612-613, *« tout ce qui est à base de passiflore »* L 626 ; *« j'avais déjà essayé des plantes. »* PH-14 L 364, *« Ouais de l'EUPHYTOSE®. »* L 386.

Elles n'ont pas toujours produit le résultat escompté *« j'ai juste vraiment pris le traitement homéopathique et il est arrivé vraiment au bout des trois mois où ça me convenait pas, ça calmait pas les angoisses »* PH-10 L 592-594 ; *« j'ai essayé (...) plusieurs semaines (...). Et puis je suis passée aussi par des tisanes, tout ce qui est EUPHYTOSE®, jusqu'au moment où ben mes crises continuaient »* PF-9 L 27-28.

Certains se montraient dubitatifs envers ces alternatives thérapeutiques « *c'est vrai que l'homéopathie j'ai un peu des doutes* » PF-2 L 536, « *S'il y a des méthodes alternatives de ce type là pourquoi pas mais bon l'homéopathie...* » L 554-555 ; "*La phytothérapie j'ai acheté des gélules de plantes mais je crois (...) elles sont encore complètes dans la boîte.* » PF-7 L 706-707, « *je m'étais acheté aussi trois boîtes de passiflore aubépine, (...) je sais même pas pourquoi je les ai pas prises* » L 723-724.

Un complément à la benzodiazépine plus qu'une réelle alternative, était parfois souhaité « *j'ai pas cherché à remplacer le LEXOMIL®, j'ai cherché à compléter le médicament.* » PF-7 L 663-664.

Conclusion des résultats

Chez la majorité des participants, la benzodiazépine prise a été initiée par le médecin traitant, plus rarement par un psychiatre ou un service hospitalier. Dans un cas, l'initiation s'était faite en automédication à l'invitation d'un proche.

Les premières prises survenaient souvent lors de perturbation du statut familial ou social, parfois dans une prise en charge antalgique.

L'ancienneté de la première prise était très variable parmi nos interviewés : un groupe avait recours au traitement depuis moins d'un an, et un autre groupe distinct depuis plus d'un an.

La gestion de la consommation a été personnalisée parfois très précocément avec pratique d'une prise à la demande, le plus souvent en réduction nette par rapport aux doses prescrites.

Le plus souvent, l'usage était directement corrélé aux circonstances génératrices d'anxiété et la prise modulée de façon très personnelle avec une faible observance de la prescription. Pour l'un des participant, une observance plus stricte s'accompagnait d'une faible compréhension des finalités des différents produits de son traitement. Lorsque la benzodiazépine était reconnue par le patient comme anxiolytique, il modulait le plus souvent son traitement en le réduisant en fonction de ses besoins réels.

Le sevrage a été abordé sous différentes modalités parmi lesquelles : le sevrage transitoire, la suspension complète, la démarche personnelle de l'intéressé ou le plan de sevrage concerté avec le référent de santé. Un patient qui utilisait la benzodiazépine comme substitut à l'alcool, a obtenu à un sevrage définitif.

La benzodiazépine occupait une place prépondérante, incontournable dans la vie de nombreux participants. Ils entretenaient réellement une relation étroite avec leur remède, dont la présence physique procurait une véritable réassurance. La prise devenait banale, parfois automatique, parfois rituelle.

L'adaptation au milieu du travail a été mentionnée comme une motivation importante de la prise de benzodiazépine : soulagement d'épuisements professionnels ou support dans la confrontation à la violence morale vécue.

Dans la plupart des discussions, les indications habituelles : anxiété, dépression, altération du sommeil étaient retrouvées comme motifs de ce traitement, avec parfois des perturbations profondes : des psycho-traumatismes jusqu'à la détresse psychologique extrême dans certains cas. Les antécédents psychiatriques et une consommation antérieure d'une autre benzodiazépine étaient rares parmi nos répondants.

Les perceptions des effets produits par la benzodiazépine prise et le ressenti exprimé envers celle-ci ont longuement été discutés. Elle a été perçue comme bénéfique lorsqu'elle était prise dans une démarche positive, entraînant un soulagement des symptômes et permettant d'accomplir des tâches rendues impossibles par les troubles anxieux, avec parfois un statut salvateur, presque magique du médicament.

Les effets délétères ont été fréquemment une sensation d'altération cognitive, parfois un effet déshumanisant par soustraction des sentiments et « robotisme » mental, une sensation d'altération des affects et d'anesthésie psychique. L'effet du médicament pouvait être ressenti comme une drogue, rappelant à certains les effets de la prise d'alcool.

Nous avons également relevé le retentissement négatif de cette utilisation sur l'activité sociale.

Les craintes et les doutes envers les effets de la molécule consommée ont largement été exprimés : méfiance envers les effets délétères, craintes d'accoutumance et de dépendance, peur d'une pathologie chronique induite par la benzodiazépine.

Certains ont décrit une lutte entre résistance contre la prise et bénéfices perçus avec une décision vécue comme une abdication malgré la connaissance explicite du risque encouru.

Les canaux d'influences favorisant la poursuite du médicament apparaissaient nombreux et divers.

Les sources d'informations comprenaient des vecteurs humains dont le professionnel de santé, relai précieux pour la transmission d'informations, des vecteurs écrits et des supports télématiques. Il est apparu que le degré d'information était en partie conditionné par le niveau d'études et le métier exercé. Par ailleurs, les croyances concernant la benzodiazépine prise étaient indissociables des informations détenues et de leurs provenances. La consommation d'une benzodiazépine est apparue sujet tabou pour certains participants.

La relation médecin-patient, reposant sur la confiance, a été réaffirmée comme influente sur le suivi du traitement. L'accompagnement spécialisé était parfois indispensable mais il était incompris et mal vécu.

La perception du monde hospitalier a été associée à l'anxiété qu'il pouvait générer.

Le soutien du patient par sa famille était un facteur significativement rapporté dans le processus de soins. L'impact familial était manifeste en faveur ou en défaveur de la prise d'autant plus que l'entourage était diplômé, et plus particulièrement dans le domaine sanitaire.

En dehors de la sphère familiale, le regard du patient sur la benzodiazépine était influencé par d'autres éléments extérieurs comme le partage de son expérience de consommation avec un autre utilisateur ou le jugement de l'entourage sur sa consommation.

Notre échantillon était remarquable par certains traits de caractères. Ces patients montraient pour la plupart, malgré leurs souffrances, une capacité de protection de l'autre. La solitude était difficilement supportée.

Les réactions suscitées par la consommation de la benzodiazépine étaient une modification de leur comportement permettant la maîtrise de soi, le maintien d'un rôle social normal et d'une bonne image de soi.

Les participants ont mis en place des parades anti-stress multiples pour gérer des situations inconfortables, essayant d'éviter le recours médicamenteux. Dans cette optique, des alternatives comme l'homéopathie et la phytothérapie ont été tentées.

Leurs attitudes dans la démarche de soins étaient souvent marquées par la perception de la benzodiazépine comme une étape avec construction de perspectives d'arrêt.

DISCUSSION

Forces et faiblesses de cette étude

Le recours au médiateur de terrain qui se trouve au plus près des préoccupations de son patient, en milieu rural ou citadin, a permis de diversifier l'échantillon de l'étude et de réduire un éventuel biais dans la sélection des participants. En effet ceux-ci n'ont pas été sollicités directement par l'investigateur pour participer à une enquête dans leur intérêt. Par conséquent, il ne s'agissait pas d'un mode de recrutement randomisé, mais ciblé pour s'inscrire dans cette démarche qualitative. Il apparaissait plus pertinent que le recrutement via les officines ou un média.

L'étude qualitative a reposé sur les témoignages de 15 participants. Initialement 20 volontaires ont été sélectionnés. Trois n'ont pas été recrutés en raison du critère d'âge et deux entrevues ont été enregistrées mais non retranscrites pour le même motif.

Au final, l'analyse s'est donc basée sur un échantillon restreint de 15 personnes. Néanmoins, la sélection minutieuse de l'échantillon a offert une diversité suffisante des interviewés par rapport aux critères que l'analyse de la littérature a fait apparaître comme susceptible d'influencer les réponses ; et nous avons abouti lors des derniers entretiens à des critères de saturation des données. Ces éléments nous semblent témoigner de la validité externe de l'étude.

La moyenne d'âge des patients se situait entre 40 et 50 ans, c'est à dire plutôt dans la tranche haute de recrutement des 18-55 ans. Seulement trois interrogés avaient moins de 40 ans. L'accès aux patients jeunes était limité car il s'agit d'une fraction de la population qui consulte très peu. La proportion selon le genre était inégale, l'échantillon se répartissant entre neuf femmes et six hommes mais elle se rapproche du sex-ratio des patients consultant en médecine générale. Des études épidémiologiques retrouvent de façon assez constante un rapport entre les hommes et les femmes, de un à deux, dans la consommation de psychotropes dès l'adolescence ³⁻⁵.

Le guide d'entretien n'a pas été testé au préalable pour identifier d'éventuelles incompréhensions que le répondant aurait pu rencontrer. Néanmoins, la structuration de l'entrevue s'appuyant sur la méthode « tree and branch » permettait de ne pas confiner les réponses apportées ³⁵. En effet, quatre thèmes généraux encadraient la discussion et constituaient son fil conducteur. De cette manière, l'interlocuteur avait une liberté pour s'exprimer. L'investigateur a prévu des questions de relance afin de l'aider dans ses initiatives et d'éviter un éloignement de la problématique de l'étude. Ces questions modulables se sont étoffées au fur et à mesure des témoignages.

Les données recueillies ont fait l'objet d'une double lecture. Des codes ont été déterminés à l'issue de deux analyses indépendantes et individuelles menées par le directeur de la recherche et l'investigateur. Une analyse s'est appuyée le logiciel NVivo, l'autre sur un logiciel de traitement de texte (Word). Deux types d'analyse étaient ainsi proposés à l'issue desquelles les codes ont été confrontés, et ont produit des unités de signification communes.

Discussion des résultats

L'initiative des premières prises

Nous avons remarqué que la première prise a très souvent été initiée par le médecin traitant du patient. De même, le maintien de la consommation à travers la prescription a été de son ressort. Par conséquent, il est possible d'agir sur la première prise et sa reconduction en mettant l'accent sur le référent de santé qui détient un rôle crucial dans la mise en route de la benzodiazépine ³³.

Une étude réalisée par Cormack et al. s'est penchée sur l'impact d'une lettre du médecin traitant sur la réduction de la prise. Un groupe de volontaires a reçu une lettre demandant la réduction progressive voire l'arrêt ; et le deuxième a reçu des fiches d'informations accompagnant la lettre. Une différence statistiquement significative a été constatée entre les deux groupes avec intervention et le groupe contrôle. En effet, une baisse de la prise dans les deux groupes avec intervention était notable. De plus, 18 % des volontaires n'ont pas eu recours à une prescription au cours de la période de suivi ⁷.

La pratique de l'automédication dans notre groupe était très peu fréquente.

Les conduites d'automédication tendent vers un usage autonome, intime de produits prescrits. Les anxiolytiques sont conseillés à d'autres voire donnés ¹⁶. Le patient décide d'arrêter son traitement quand les conditions de vie changent car il attribue son problème de sommeil ou d'anxiété à des causes événementielles ¹⁶.

Contrairement à notre groupe de patients qui reste dans le circuit thérapeutique, Fischer et al. ont décrit les voies détournées d'obtention du produit en Amérique du Nord dans le cadre d'un usage non thérapeutique ¹¹.

Nous avons constaté qu'un brouillage des repères familiaux et géographiques a alimenté des troubles psychologiques et une utilisation du médicament. Les motifs de prise renvoient au conflit dans le couple notamment lors de la rupture conjugale ou du morcèlement familial ²².

Une gestion personnalisée du traitement

Cette étude a montré que le patient s'impliquait pleinement pour sa santé. Il prenait son traitement quand il en ressentait l'usage comme bénéfique, ce qui nous éloigne du mésusage du toxicomane ³⁴. En effet, les participants ont souvent mis en place une gestion personnelle de leur médicament en adaptant la posologie selon les circonstances et leur ressenti. La tentative de contrôle pouvait être très précoce avec une prise à la demande. Le but était parfois de se détacher rapidement de la prise. En effet, le risque était bien perçu et la crainte amenait à la réduction de posologie.

Les risques d'effets secondaires et de dépendance n'encouragent pas le médecin et son patient vers un renouvellement de la benzodiazépine ²².

Cette crainte devrait permettre d'insister plus sur les autres modes de soulagement de l'anxiété. L'organisation du sevrage, des parades anti-stress, un traitement à base de plante ou un travail psychologique constituent d'autres moyens pour intervenir sur la régulation de la consommation des anxiolytiques.

Gosselin et al. ont montré l'apport de la thérapie cognitivo-comportementale dans le sevrage des benzodiazépines ¹⁴, mais ceci est controversé par Voshaar et al. qui affirment que le taux de réussite pour l'arrêt n'est pas augmenté lors de l'ajout de la thérapie cognitivo-comportementale ³⁹ (TCC).

Nos entretiens soulignent la place prépondérante de la benzodiazépine dans le quotidien des participants et la création d'une relation ambiguë. En effet, la molécule est devenue un partenaire dont on a besoin, dont on anticipe l'absence, qu'on surveille, et dont on essaie de se défaire. Sa présence physique est incontournable. Il semble exister une personnification du remède car une existence est donnée à un objet inanimé. Le patient peut montrer une fascination car une couleur de boîte, une forme de comprimés ou la sonorité d'une dénomination font appel à des réflexes infantiles. Ces caractéristiques du médicament ont été mentionnées comme influant sur la prise dans deux de nos entretiens.

Helman retrouve de même à travers le questionnement de 50 usagers chroniques que la benzodiazépine a une part importante dans l'image personnelle et les relations sociales des patients qui en reçoivent ¹⁷.

L'usage de la benzodiazépine était décrite par la plupart de nos répondants comme une phase temporaire, éventuellement renouvelée en cas de retour des circonstances anxiogènes. Le désir et les modalités d'arrêt sont fréquemment évoqués avec des schémas précis de réalisation.

La recherche menée par Pérodeau et al. explique que chez une catégorie définie de patients « les réalistes », la motivation de cesser de consommer le médicament reflète probablement le fait qu'ils entament une période moins stressante de leur vie. Ces consommateurs sont plus critiques sur le traitement et ils n'hésitent pas à chercher des renseignements pour l'aide au sevrage ³¹.

Deux sources majeures d'indications : le travail et les psycho-traumatismes

Les interactions entre le travail et la santé mentale ont été illustrées comme occasion fréquente de prise de benzodiazépine. La benzodiazépine y prenait part activement. Le désir de valorisation humaine à travers une place active dans la société est palpable.

En effet, la souffrance psychique est considérée comme une vulnérabilité et une « déficience personnelle » qui entraîne une « dévalorisation sociale » et un « discrédit moral » ¹⁰.

Dans la littérature, la consommation du médicament varie selon le secteur d'activité ¹⁵. Afin d'améliorer leurs capacités, des travailleurs montrent une conduite dopante par l'usage de benzodiazépines pendant leur exercice professionnel ²⁰. La profession et le nombre d'heures travaillées ont une influence significative dans la consommation de benzodiazépines ²⁵.

Des psycho-traumatismes ont été rapportés entraînant parfois des éléments du syndrome de stress post-traumatique comme la reviviscence et des symptômes d'hyperéveil, particulièrement chez un répondant. La violence morale et la violence sensorielle ont été évoquées. La détresse psychologique a été paroxystique dans certains cas et l'effet positif du médicament a alors eu une vertu salvatrice.

Une étude qualitative s'intéressant à la première ordonnance de benzodiazépine révèle que des patients demandent de l'aide à leur médecin en raison de leur détresse. La molécule est alors perçue comme seule solution ³⁶.

Les effets perçus du traitement

Les effets sur le comportement social perçus dans notre échantillon se partagent entre effets bénéfiques de la prise d'une part, permettant la maîtrise de soi et la conservation d'une attitude normale, parfois la réorganisation de la pensée, et d'autre part des effets nuisibles : un effet réducteur de l'activité sociale, avec parfois un retrait émotionnel, une altération cognitive et un automatisme mental avec soumission au remède. La soustraction émotionnelle et le « robotisme » mental constituent des résultats originaux. Dans la littérature, un effet désinhibant grave est décrit : le passage à l'acte criminel est favorisé par l'utilisation de la benzodiazépine ²⁶. Ce résultat est nuancé par Le Moigne qui rapporte que cette dernière rend service dans le cadre de la « participation sociale » de l'intéressé ²². Le médicament lui permet de faire face, de maintenir ses échanges ou ses engagements ⁶⁻¹⁰. Il rend raison à ses difficultés individuelles ⁶. Par exemple, Koumjian présente le Valium comme un moyen de contrôle social en calmant l'anxiété. Les croyances et les « vertus » attribuables au Valium poussent à médicaliser l'anxiété ¹⁸. Une enquête diligentée par le Comité Permanent de Lutte contre la Toxicomanie (québécois) suggère les répercussions négatives de la prise d'une benzodiazépine au travail notamment sur la réduction du rendement, la nuisance des relations aux autres avec émergence de conflits et la survenue d'accidents de travail ²⁸.

Les craintes usuelles d'assuétude et de dépendance sont largement exprimées par nos répondants, associées parfois à la peur de la chronicisation des troubles anxieux. Ils décrivent une lutte entre ces peurs et l'attente des effets bénéfiques, dont la résolution est parfois décrite comme une abdication.

Faizang soulève les représentations du médicament selon les groupes culturels. Les participants sont très réticents : ils craignent une altération du corps en cas de prise. Il existe une véritable résistance à la prise ¹⁰.

La perception de la benzodiazépine est décrite par nos répondants comme soumise à de multiples influences extérieures : les informations émanaient de sources orales en particulier le médecin, et de sources écrites ou télématiques. Le degré d'information semblait proportionnel au niveau d'études et au métier. L'impact de l'avis familial était majeur en faveur ou en défaveur de la prise de ce médicament. Le regard extérieur, la connivence avec ceux qui partagent l'expérience de la prise de benzodiazépine, ou le jugement dévalorisant, étaient rapportés comme une influence importante.

Peu de recherches ont évalué l'influence des relations familiales et sociales sur la consommation de médicaments. Osterweis et al. ont démontré chez une population jeune que la consommation de médicaments par les autres membres de la famille semble être le meilleur prédicteur de la consommation chez les individus ¹. Un groupe de patients se questionne lors de la réception d'informations néfastes sur la benzodiazépine. Elles peuvent émaner des médias, de l'entourage ou des professionnels de la santé. Malgré tout, estimant un bénéfice supérieur au risque, ils la poursuivent ³¹.

Pistes de réflexion

Notre travail suggère de replacer le patient au centre de la prise en charge et le médicament à sa place d'outil car son appropriation matérielle peut être responsable d'un asservissement mental. Des laboratoires pharmaceutiques évoquent la dépendance et l'accoutumance alors que les patients parlent d'asservissement lors d'une consommation itérative ¹⁰.

Nous avons relevé l'importance des croyances du patient, des informations et l'influence de la famille. L'appropriation du savoir sur le médicament, sur la maladie et les méthodes peuvent aider l'individu à mieux appréhender les nombreuses données reçues. A ce titre le praticien peut proposer des supports d'informations validés, et orienter vers des groupes de parole par exemple.

Nous avons constaté le rôle majeur de la première prescription. Le médecin dispose ainsi d'une mission de prévention dans l'initiation de la prise. Il lui importe d'ôter le fantasme du « pouvoir » du médicament. La relation médecin-patient est un point clé dans la consommation de la benzodiazépine. A ce titre, l'entretien motivationnel souligne l'importance de développer la communication entre les deux protagonistes ²⁷. Un travail conduit par Quenel et al. s'oriente dans cette direction : les pratiques éducationnelles du médecin sont destinées à une meilleure compréhension et acceptation de la pathologie par le patient, et à le motiver dans son action dans le protocole défini ³³.

Il est pertinent de poser un diagnostic précis avant la mise en route du traitement, au lieu de céder à l'appel du soulagement immédiat de la douleur ²⁴. Notre enquête a illustré que les précédents médico-psychologiques du sujet sont à prendre en compte. Pour cela, il convient de discerner pathologie et sensations d'inconfort. Nous rappellerons que le sentiment de mal-être est accessible à des moyens non médicaux comme la sophrologie, la relaxation, le sport. Comprendre le contexte socio-familial et professionnel permet de mieux appréhender la problématique ³³. Pour cela, il serait intéressant d'évaluer l'impact familial, et de s'appuyer davantage sur les acteurs sociaux et l'expertise des professionnels de la santé au travail.

Nous avons remarqué le besoin du patient de se tourner vers son médecin pour un accompagnement à une procédure de sevrage par exemple. Un programme de soins établi conjointement avec l'intéressé peut le responsabiliser et renforcer la continuité du suivi des soins ⁵. Gerson a observé la baisse de posologie voire le sevrage total chez des participants auxquels on confiait un livret comportant des explications sur les risques liées à la prise, des alternatives et une proposition de décroissance ¹².

Le cheminement est personnel, individuel et variable selon les situations. Informer sur le rôle des intervenants dans le programme de soins et sur leur contribution peut réduire l'incompréhension du patient entre ses attentes et l'apport concret des soignants spécialisés. En effet notre attention a été attirée sur le fait que le patient n'a pas l'impression d'être aidé suffisamment lors du suivi spécifique.

Le travail en équipe pluridisciplinaire avec le médecin traitant coordonnateur de la prise en charge peut porter un plan personnalisé de soins.

Un essai clinique très récent s'est intéressé à l'association entre cure thermale et programme psycho-éducatif dans la prise en charge de l'anxiété. L'objectif annoncé était le sevrage en benzodiazépines grâce à une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire ⁸.

Conclusion de la discussion

Notre enquête suggère le rôle déterminant du médecin traitant dans l'initiation du traitement. Ce fait est confirmé par Cormack et al. La pratique de l'automédication est peu commune dans notre étude comparée aux travaux d'Haxaire ¹⁶. Il n'était pas question d'étudier les déviances. En effet, diverses voies d'accès au médicament sont recensées ¹¹.

Les interviewés se sont appropriés l'outil majoritairement dans un but de réduire la posologie. Ils nous ont exprimé leurs craintes.

La personnification du médicament semble être une connaissance nouvelle. Elle n'est pas abordée dans les recherches consultées. L'usage temporaire rapporté lors des entretiens semble corroboré par Pérodeau ³¹.

Les indications de la benzodiazépine mises en évidence comportent les troubles anxieux générés par certaines expériences de travail et les psycho-traumatismes. Elles sont comparables aux indications relevées dans d'autres études, et le caractère incontournable de la benzodiazépine est appuyé.

Nous avons identifié des effets cognitifs très peu rencontrés dans la littérature. Notre travail exploratoire met en lumière une maîtrise de soi, une réorganisation des pensées grâce au médicament, d'autre part un automatisme mental et un retrait émotionnel. La portée sociale du médicament est expliquée par Le Moigne ²² et Koumjian ¹⁸. Les effets délétères conduisent à des réticences et des résistances soulignées par le travail de Faizang ¹⁰.

Les interactions, plus particulièrement avec la famille qui influe directement sur l'évolution de la consommation apparaissent sous évaluées.

CONCLUSION

En complément des nombreux travaux consacrés à l'usage des benzodiazépines par les sujets jeunes dans une perspective addictive, l'objectif de notre enquête était de décrire les perceptions et les attitudes de quinze patients de 18 à 55 ans envers les benzodiazépines prescrites dans un cadre thérapeutique.

Le rôle perçu de la benzodiazépine correspond bien à son indication : le trouble anxieux perturbant la vie quotidienne. Il est parfois salvateur dans les cas de détresses psychologiques, le plus souvent il permet au patient d'assumer son rôle social, familial ou professionnel. L'étude met en avant la personnification du médicament : la benzodiazépine devient un partenaire incontournable sur lequel le patient tente d'agir. Le rôle du médecin dans l'initiation et le maintien du traitement est primordial.

Par ailleurs, notre travail suggère que l'intéressé met en place une gestion individualisée de sa consommation qui est dépendante des circonstances anxiogènes et adaptée au contexte professionnel. L'usage thérapeutique de la molécule est souligné par le fait que la personne baisse sa posologie rapidement si elle a l'impression que le résultat n'est pas bénéfique, à la différence du mésusage addictif. Les entretiens mettent en avant l'implication du participant dans la gestion de sa santé par l'expérimentation d'alternatives à la benzodiazépine, et par des tentatives et des projets concrets de sevrage, en particulier en réponse à des effets cognitifs non attendus ou au sentiment de dépendance. L'influence de l'entourage en particulier de la famille semble majeure dans la perception et l'évolution de la consommation de l'intéressé.

L'étude de la littérature renforce le rôle socio-professionnel et familial appuyé par la benzodiazépine. Elle retrouve le rôle déterminant du médecin traitant dans l'initiation de la molécule, le rôle salvateur du médicament dans la résolution de détresses psychologiques, la réduction de posologie par crainte de dépendance, et la recherche d'alternatives. Comparée à d'autres travaux, notre enquête souligne avec force la place prépondérante de la benzodiazépine dans le quotidien de l'intéressé, jusqu'à sa personnification. Notre enquête insiste sur la prise en main individualisée et circonstanciée de la consommation du médicament.

Elle met en lumière des effets cognitifs positifs et des effets néfastes peu explicités dans les études consultées, ainsi que l'aura familial d'influence sur l'évolution de la consommation.

Ces connaissances issues d'une étude exploratoire offrent aux soignants une amorce de compréhension pour appréhender la traduction des maux et des attentes des patients prenant des benzodiazépines dans un cadre thérapeutique. Cette démarche mérite d'être approfondie sur une population plus étendue par des essais cliniques futurs dans le but de cerner davantage la consommation des jeunes actifs et sa représentation. De cette manière, des stratégies d'interventions adaptées au profil de consommation du patient pourront être proposées dans le cadre d'un plan personnalisé de soins par exemple, et améliorer la qualité de la prescription pour des troubles nécessitant ou non le recours aux benzodiazépines.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) ALLARD J, ALLAIRE D, LECLERC G, LANGLOIS SP
L'influence des relations familiales et sociales sur la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées
Santé mentale au Québec, 1997, 22, 1, pp 164-182
- (2) BARTHELEME B, POIROT Y
Niveau d'anxiété et de dépendance des primoconsommants d'anxiolytiques : une étude de psychométrie
Presse Médicale, 2008, 37, pp 1555-1560
- (3) BRIOT MY
Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes
OPEPS, Assemblée nationale, 2006, 3187
- (4) COCHE MH, CORNILLIE H, DECLERCQ T, et al.
Anxiété, stress, troubles du sommeil
Manuel d'aide aux médecins généralistes. Campagne fédérale pour l'usage rationnel des benzodiazépines, 2005
- (5) COHIDON C, ALLA F, CHAU N, MICHAELY JP, et le groupe LORHANDICAP
Tabac, alcool et médicaments psychotropes en Lorraine, Enquête épidémiologique en population générale
Santé Publique, 2005, 17, 3, pp 325-338
- (6) COOPERSTOCK
Some social meanings of tranquilizer use
Sociology of health and illness, 1979, 1, 3, pp 331-347
- (7) CORMACK MA, SWEENEY KG, HUGHES-JONES H, FOOT GA
Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice.
British Journal of General Practice, 1994, 44, 378, pp 5-8
- (8) DUBOIS O, HERGUETA T, DIALLO A, SALAMON R, VAUGEOIS C, MARICOURT PD, GALINOWSKI A
Protocole psycho-éducatif en cure thermale pour sevrage de benzodiazépines : mise en place, faisabilité
Annales Médico-psychologiques, 2015, 173, 6, pp 525-530
- (9) DUCOUSSO-LACAZE A, KELLER PH
Clinique d'une consommation de médicaments psychotropes: la part de l'inconscient
Cliniques méditerranéennes, 2008, 77, 1, pp 111 à 124
- (10) FAINZANG S
Réticences vis à vis du médicament. La marque de la culture
Revue française des affaires sociales, 2007, 3, 3-4, pp 193-209

- (11) FISCHER B, BIBBY M, BOUCHARD M
The global diversion of pharmaceutical drugs non-medical use and diversion of psychotropic prescription drugs in North America : a review of sourcing routes and control measures.
Addiction, 2010, 105, 12, pp 2062-2070.
- (12) GERSON M
L'éducation du patient réduit la consommation de benzodiazépines au long cours
Médecine, 2014, 10, 9, p 392
- (13) GREBOT E, BERJOT S, LESAGE FX, DOVERO M
Schémas précoces inadaptés, activisme professionnel et épuisement professionnel chez des internes en médecine
JTCC, 2011, 21, 2, pp 43-52
- (14) GOSSELIN P
Apport de la thérapie cognitivo-comportementale dans le sevrage des benzodiazépines : analyse des études d'efficacité
Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 2006,16, 4, pp 131-145
- (15) HA-VINH P, REGNARD P, SAUZE L
Consommation de médicaments psychotropes par les travailleurs indépendants français en activité
Presse médicale, 2011, 40, 4, pp 173-180
- (16) HAXAIRE C
« Calmer les nerfs » : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes
Sciences sociales et Santé, 2002, 20, 1, pp 63-68
- (17) HELMAN CG
Patients' perceptions of psychotropic drugs
Journal of Royal College of General Practitioners, 1981, 31, 223, pp 107-112
- (18) KOUMJIAN K
The use of Valium as a form of social control
Social Science and Medicine, 1981, 15, 3, pp 245-249.
- (19) LADER M
Effectiveness of benzodiazepines: do they work or not?
Expert Review of Neurotherapeutics, 2008, 8, 8, pp 1189-1191
- (20) LAPEYRE-MESTRE M, SULEMP, NIEZBORALA M, et al.
Conduite dopante en milieu professionnel : étude auprès d'un échantillon de 2106 travailleurs de la région toulousaine
Thérapie, 2004, 59, pp 615-623

- (21) LECADET J, VIDAL P, BARIS B, VALLIER N, FENDER P, ALLEMAND H, et le groupe MEDIPATH
Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales 2000
Revue Médecine de l'Assurance Maladie, 2003, 34, 2, pp75-84
- (22) LE MOIGNE P
La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ?
Déviance et Société, 2003, 27, pp 285-296
- (23) LEMOINE P
Tranquillisants, hypnotiques, vivre avec ou sans ? Risques et bénéfices de la sérénité chimique
Paris, Flammarion, 1999, 133 p
- (24) LIPPMANN S, YUSUFZIE K, NAWBARY MW, VORONOVITCH L, MATSENKO O
Problems with sleep : what should the doctor do?
Comprehensive Therapy, 2003, 29, 1, pp 18-27
- (25) MARCHAND A, BLANC ME
Chronicité de la consommation de psychotropes dans la main d'œuvre canadienne : quelle est la contribution de la profession et des conditions de l'organisation du travail ?
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2010, 58, pp 89-99
- (26) MICHEL L, LANG JP
Benzodiazépines et passage à l'acte criminel
Encephale 2003, 29, 6, pp 479-485
- (27) MILLER WR, ROLLNICK S
L'entretien motivationnel : aider la personne à engager un changement. 2 ème édition
Paris, InterEditions, 2013, 425 p
- (28) MOISAN J, CHABOT I, GREGOIRE JP
Usage des médicaments psychotropes chez les travailleurs : prévalence, déterminants et conséquences
Comité de Lutte Permanent à la Toxicomanie, 2000
- (29) O'BRIEN CP
Benzodiazepine use, abuse and dependence
J Clin Psychiatry 2005, 66, 2, pp 28-33
- (30) PELISSOLO A, BOYER P, LEPINE JP, BISSERBE JC
Epidémiologie de la consommation des hypnotiques en France et dans le Monde
Encephale, 1996, 22, 3, pp 187-196.

- (31) PERODEAU G, GRENON E, SAVOIE-ZAJC L, FORGET H, GREEN-DEMERS I, SUISSA A
Attitudes envers les benzodiazépines et intentions de sevrage des personnes âgées de 50 ans et plus
Drogues, santé et société, 2008,7,1, pp 349-437
- (32) PHAN O, BASTARD-DAGHER N
Consommation de psychotropes à l'adolescence
Enfances & Psy, 2004, 25, pp 56-64
- (33) QUENEL M, GARNIER C, MARINACCI L
Représentations sociales et médicaments psychotropes
Enjeux psycho-sociaux de la santé, 2003, 18, pp 249-260
- (34) REYNAUD-MAURUPT C, REYNAUD J
La consommation de Rohypnol hors protocole médical depuis Février 2001. Zoom sur les conséquences de l'arrêté relatif à la restriction de mise sur le marché du flunitrazepam sur la vie quotidienne de ses consommateurs
TREND, OFDT, 2003
- (35) RUBIN H J, RUBIN I
Qualitative interviewing : the art of hearing data (Second ed.)
Sage Publications, 2005, 291 p
- (36) ANTHIERENS S, HABRAKEN H, PETROVIC M, DEVEUGELE M, DE MAESENEER J, CHRISTIAENS T
Première ordonnance de benzodiazépine. Etude qualitative de l'opinion des patients
Canadian Family Physician, 2007, 53, pp 1200-1201
- (37) TAMBLYN R, ABRAHAMOWICZ M, DU BERGER R, MCLEOD P, BARTLETT G
A 5-Year Prospective Assessment of the Risk Associated with Individual Benzodiazepines and Doses in New Elderly Users
Journal of the American Geriatrics Society, 2005, 53, 2, pp 233–241
- (38) VERBANCK P
Assuétudes aux benzodiazépines et antidépresseurs
Revue médicale de Bruxelles, 2009
- (39) VOSHAAR RC, GORGELS WJ, MOL AJ, VAN BALKOM AJ, VAN DE LISDONK E H, BRETELER MH, VAN DEN HOOGEN HJ, ZITMAN FG.
Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: three-condition, randomised controlled trial
British Journal of Psychiatry, 2003,182, pp 498-504

Annexe 1 : Grille de diversité des patients

	Age	Statut familial	Nbre enfants	Niveau études	Métier	Revenus du foyer/mois €	Activités I/C*	Habitat	BZD**	TTT# associé	Suivi médical	Alcool	Tabac (pq/j)
PF1	55	Mariée	2	Brevet llèges	Surveillante pénitentiaire	3000 à 4000	Oui/Oui	Misn urbine	XANAX®	Antalgique	Peu fréquent	Osiennelle	0
PF2	52	Veuve	2	B	Assistante en service travail terrestre	2200	Oui/Oui	Misn rurale	Zolpide	Auun	Quotidien	0	0
PH3	26	Conubin ge	0	B +3	Étudiant spécialisé (enfants)	1200	Oui/Oui	Appart urbain	Alprazolam	Auun	rien	Osiennelle	0
PH4	52	Mari	3	CAPT urneur- justeur	Développeur informatique	600***	Oui/Nn	Misn urbine	SERESTA®	Ttptst-inf r tus	Mensuel	Régulière	épig
PF5	41	Libérée	0	B +3	Infirmière en psychiatrie	1900	Oui/Oui	Misn urbine	Alprazolam	Anti- pressur Tttrtiel	Mensuel	0	Un quart
PF6	49	Mariée	6	Terminale	Assistante maternelle à domicile	1500	Oui/Oui	Appart urbain	LEXOMIL®	Tttrtiel	Mensuel	0	0
PF7	34	Conubin ge	0	Master	Chercheur en sciences de l'environnement	2800	Oui/Oui	Appart urbain	LEXOMIL®	- Anti- allergique - Anti- pressur	Mensuel	Régulière	0
PF8	55	Mariée	3	BEP-CAP ventouse	Aide psychologique	2800	Oui/Nn	Misn rurale	XANAX®	Anti- pressur	Trimestriel	0	Un et un et un
PF9	43	Mariée	3	BTS + 1 semestre pratiques	Enseignante en biologie	7000	Oui/Oui	Misn rurale	LEXOMIL®	Auun	Bimonsuel	Osiennelle	Un et un et un
PH10	49	Divorcé	1	B +2, SSIAP****	Environnementaliste	<1000	Oui/Oui	Appart urbain	LEXOMIL®	Anti- épileptique Anti- pressur Brysonite	Mensuel	Irrégulière	épig
PH11	43	Mari	2	B +6 (financé)	Marketing	6000	Oui/Nn	Misn rurale	LEXOMIL®	Antihypertenseur	Bimestriel	Quotidienne	Sevrage régulier
PF12	49	Divorcé	3	CAP	Agent de préfecture	1000	Oui/Oui	Appart rural	Brazop + MOGADON®	Anti- pressur	Bimestriel	0	Un et un et un
PH14	48	Mari	3	Doctorat (biologie)	Directeur scientifique	8500	Oui/Oui	Misn rurale	LEXOMIL®	Anti- pressur	Semestriel	Très Osiennelle	Un et un et un
PF15	54	Veuve	4	BEP-CAP santé	Retraité (infirmière)	Ne se pensionne pas	Oui/Oui	Misn rurale	LEXOMIL®	Ophtalmique thyroïdienne	Nrégulier	0	0
PH17	37	Conubin ge	0	CAP psychologue	Psychologue	2000	Oui/Nn	Appart rural	SERESTA®	Auun	Mensuel	Sevrage régulier	Environ nemental

* Individuelles / Collectives

** Benzodiazépines noms commerciaux et génériques (DCI) :

XANAX® : Alprazolam, STILNOX® : Zolpidem, SERESTA® : Oxazépam, LEXOMIL® : Bromazépam, MOGADON® : Nitrazépam

*** revenu mensuel de l'épouse non renseigné

****Service de Sécurité Incendie et d'Assistance à Personne

traitement

- Les 15 entretiens figurent dans le CD Rom joint au manuscrit.

Annexe 2 : Guide des entretiens

1. Dans quelles circonstances avez-vous commencé à prendre ce médicament ?
 - Le jour où tout a commencé
 - Manière de procuration du médicament
 - Le début de prise et la façon de l'utiliser
 - Evolution de la consommation. Survenue d'un surdosage
 - Type d'usage

2. Quels sont les effets ressentis : positifs et négatifs ?
 - Obtention de l'effet recherché. Ressenti avec son traitement
 - Effets sur le patient, son entourage, son environnement
 - Effets inattendus, indésirables. Frein dans des activités

3. Quel regard ? Quel avis portez-vous sur cette prise ?
 - Attitudes face à la benzodiazépine
 - Comportement vis à vis de la molécule
 - Importance qu'elle revêt dans la vie du patient
 - Préoccupation de l'obtention et de la consommation du médicament
 - Manières de contrôle sur la prise
 - Alternatives thérapeutiques
 - Avis de l'entourage sur la consommation. Connaissance d'une personne qui utilise la benzodiazépine

4. Concernant ce médicament, quelles informations avez-vous ? Que savez-vous ?
 - Informations reçues par une personne physique
 - Informations reçues des médias
 - Relations entretenues avec le médecin, l'entourage, le travail

5. Questions brèves à réponses courtes pour préciser le profil sociodémographique du patient :
 - statut marital, nombre d'enfants
 - niveau d'études, métier et revenu mensuel du foyer
 - centres d'intérêts
 - type d'habitat et localisation
 - co-médication
 - fréquence des consultations médicales
 - tabac et alcool



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

CONSENTEMENT A UNE ETUDE SUR LES BENZODIAZEPINES

_____, le _____

Je soussigné(e), Monsieur, Madame _____ accepte de participer après discussion avec mon médecin traitant, à une étude anonyme dans le cadre de la thèse en Médecine Générale de M. Afif ZBITOU .

J'autorise M. ZBITOU à me contacter pour la tenue d'un entretien.

Signature

VU

NANCY, le **1^{er} septembre 2015**
Le Président de Thèse

Professeur Raymund SCHWAN

NANCY, le **3 septembre 2015**
Pour le Doyen de la Faculté de Médecine
Le Vice-Doyen,

Professeur Karine ANGIOI

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE / 7073

NANCY, le **7 septembre 2015**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THESE

Les benzodiazépines figurent parmi les psychotropes les plus prescrits et consommés en France. Dans la population active (18-55 ans), leur usage a été surtout étudié dans le cadre des toxicomanies. Leur usage dans le cadre de prescription est beaucoup moins étudié. Leur perception et les attitudes des patients d'âge « actif » envers les benzodiazépines prescrites a donc fait l'objet de ce travail.

Une étude qualitative a été conduite avec des patients recevant des benzodiazépines dans un cadre thérapeutique par enregistrement d'entretiens semi-directifs, puis retranscription et analyse méthodique. La majorité des intéressés a développé une gestion individualisée de la prise avec réduction des doses par crainte des nuisances de la benzodiazépine. Une relation ambiguë entre le participant et son traitement a été constatée, mêlant besoin prégnant et résistance à son usage avec des schémas d'auto-sevrage. Des perceptions d'effets bénéfiques ont été relevées. Des ressentis d'effets indésirables notamment cognitifs ont été soulignés. Les influences extérieures sur les représentations des participants envers leur benzodiazépine ont montré l'implication directe de l'entourage dans l'observance. Les participants ont adapté leur traitement en répondant à leur anxiété par des thérapeutiques alternatives.

Cette enquête exploratoire sur un groupe restreint mais offrant une large diversité des profils, propose un aperçu des représentations et des attitudes en dehors du mésusage addictif des benzodiazépines. Des essais cliniques pourraient cerner davantage les profils des consommateurs pour optimiser la prise en charge des troubles anxieux.

TITRE ET RÉSUMÉ EN ANGLAIS

PERCEPTIONS AND ATTITUDES TOWARDS BENZODIAZEPINES AMONG THE 18-55 YEARS OLD

Benzodiazepines are among the most prescribed and consumed psychotropic in France. In the working population (18-55 years old), their use had been mainly studied in drug addiction. Their use in context of prescription has been much less studied. The perceptions and attitudes of patients of the working-age population towards the prescribed benzodiazepines are therefore the subject of this work.

A qualitative study was conducted with patients receiving benzodiazepines in a therapeutic environment through recording semi-structured interviews and methodical transcription and analysis.

The majority of the patients developed an individualized management in the decision of dose reduction by fears concerns benzodiazepine. An ambiguous relationship between the participant and his treatment was observed, mixing need and resistance to its use with self-weaning patterns. Perceptions of benefits were identified. The feelings of particular cognitive side effects were highlighted. External influences on the representations of participants towards their benzodiazepine showed the direct involvement of the support. The participants adapted their treatment by relieving their anxiety through alternative therapies. This exploratory investigation into a small group but offering a wide range of profiles provides an overview of representations and attitudes outside the misuse of addictive benzodiazepines. Clinical trials could further identify consumer profiles to optimize the management of anxiety disorders.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2015

MOTS CLEFS :

Benzodiazépine, troubles anxieux, perception du médicament, observance

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9 , avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
