



HAL
open science

Evaluation de la perception qu'ont les patients âgés des risques liés à leur consommation chronique en benzodiazépines et Z drogues : étude quantitative menée sur les patients de plus de 65 ans, consommateurs de benzodiazépines ou Z drogues depuis plus d'un an

Paul Selton

► **To cite this version:**

Paul Selton. Evaluation de la perception qu'ont les patients âgés des risques liés à leur consommation chronique en benzodiazépines et Z drogues : étude quantitative menée sur les patients de plus de 65 ans, consommateurs de benzodiazépines ou Z drogues depuis plus d'un an. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01931800

HAL Id: hal-01931800

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931800>

Submitted on 23 Nov 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

Paul SELTON

Le 29 mai 2018

Evaluation de la perception qu'ont les patients âgés des risques liés à leur consommation chronique en benzodiazépines et Z drogues

Etude quantitative menée sur les patients de plus de 65 ans, consommateurs de
benzodiazépines ou Z drogues depuis plus d'un an.

Membres du jury :

Madame la Professeure Christine Perret-Guillaume

Présidente

Monsieur le Professeur François Paille

Juge

Monsieur le Maitre de Conférence des universités Cédric Baumann

Juge

Monsieur le Docteur Bruno Bouvel

Juge et Directeur



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 Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

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

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU
Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL
- Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS -
Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSSEDIER Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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 médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

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

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

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

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

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

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

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

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 - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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 ALBUISSON - 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 Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

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)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

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

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAER

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

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

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 Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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 Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

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)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

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

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

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

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

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

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 Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

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)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

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

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 - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

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 Corentine ALAUZET - Docteure Héléne JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

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

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

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

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*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

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

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

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

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

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

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

Docteur Nicolas GIRERD

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

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

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

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

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

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

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

Docteur Cyril PERRÉNOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

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

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

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

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)

Remerciements

Madame la Professeure Perret Guillaume, merci d'avoir accepté de présider cette thèse. Vos conseils et encouragements ont été d'un véritable réconfort, merci également pour vos réponses rapides. Au plaisir de vous croiser pendant les promenades de golden dans les sentiers laxoviens.

Monsieur le Professeur François Paille, vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie de votre présence et vos enseignements pendant mes études. Trouvez ici, l'assurance de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Cedric Baumann, vous me faites également l'honneur de juger cette thèse. Merci de l'intérêt que vous lui avez porté, notamment en acceptant de prendre part à ce jury. Recevez ici l'expression de ma sincère reconnaissance et considération.

Monsieur le Professeur Paolo Di Patrizzio, merci pour votre enseignement et votre soutien à ce travail. Ma pratique de la médecine générale vous doit beaucoup.

Monsieur le Docteur Bruno Bouvel, merci d'avoir accepté, il y a fort longtemps, diriger cet écrit. Merci également pour votre soutien et vos remarques. Je vous souhaite une heureuse retraite, au plaisir de vous recroiser dans cette fameuse rue laxovienne.

Marine, mon amour, merci de m'avoir supporté pendant tout le cheminement de cette thèse, désolé pour la procrastination. Ton soutien, ta joie de vivre, ta gentillesse et ton amour sont une bénédiction de chaque instant et m'émerveillent toujours un peu plus. Vivement l'année prochaine !!

Papi et Papapi, j'aurais aimé que vous soyez là aujourd'hui, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi et pour ce que vous m'avez apporté, je vous embrasse.

Mamamie et Naï, merci pour l'héritage culinaire, merci pour la petite maison, j'espère que nous continuerons d'avoir ces repas tous les 3 encore longtemps.

Maman, merci à la meilleure des statisticiennes, pour ton soutien, ta patience et ton aide dans ce travail.

Papa, merci d'être là pour moi et d'être ce conseiller tranquille mais avisé en toutes situations.

Merci à tous les deux de m'avoir élevé et fait de moi ce que je suis actuellement, les valeurs que vous m'avez transmises me servent à chaque instant. Merci pour ces fabuleuses vacances, au ski, en bateau, et à travers le monde que vous nous avez offertes. Je suis fier d'être votre fils et de vous retrouver pour les repas dominicaux.

Bapt, Marion, mes petits frère et sœur chéris, merci de nous avoir apporté Matthieu et Anaïs dans la famille, vivement les prochaines vacances en bateau, au ski, et d'autres bons moments qui nous réunissent.

Martoune, Boulou, Oliv, Audrey, Loulou, Chouche et le reste de la famille Jannot Parcollet, merci de m'accueillir dans votre famille, vivement de nouvelles vacances ensemble !

Oncles et tantes Suty et Selton, merci pour les vacances passées ensemble, pour les retrouvailles en famille, et pour tout ce que vous nous avez offert et apporté pendant toutes ces années.

Cousins Selton et Suty, merci d'abord à Adrien de m'avoir aidé pour le recueil des patients. Merci aux promeneurs de chien, et aux autres, je suis pressé de vous revoir aux prochaines réunions de familles qui nous rassemblent pour notre plus grand plaisir à tous.

Quentin, Bisous.

Nono même si tu as passé ta thèse avant moi, tu as plus redoublé que moi, donc finalement je ne t'en veux pas. Vivement de nouvelles soirées gastronomiques quand tu seras installé. C'était cool d'être à tes cotés pendant toutes ces années +/- studieuses.

Bribri, merci d'être ce copain toujours disponible pour aider, quelques soient les situations, depuis toutes ces années.

Antoine, bribri, Lison, Jb, Val merci aux vieux copains pour toutes les soirées passées ensemble.

Adrien, Alex, Apo, Beber, Buzz, Chab, Christelle, Clem, Fifi, Laura, Linda, Marc, Marion, Marjo, Mathieu, Mel, Nico, Petit Frere, Pouyou, Rirou, Sev, Tara, non je ne ferai pas un remerciement par personne. Merci à vous tous pour tous ces moments passés ensemble. Ces petites bulles d'oxygène, les apparitions des noeuneuil, barjo, clepto, olives, les pièces de théâtre, simone, les pirates, la salle bleue, les vacances... bref j'espère que nous aurons encore beaucoup de choses à écrire dans les remerciements des futures thèses que nous ne ferons pas. J'espère surtout que vous arriverez un jour à skier correctement.

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

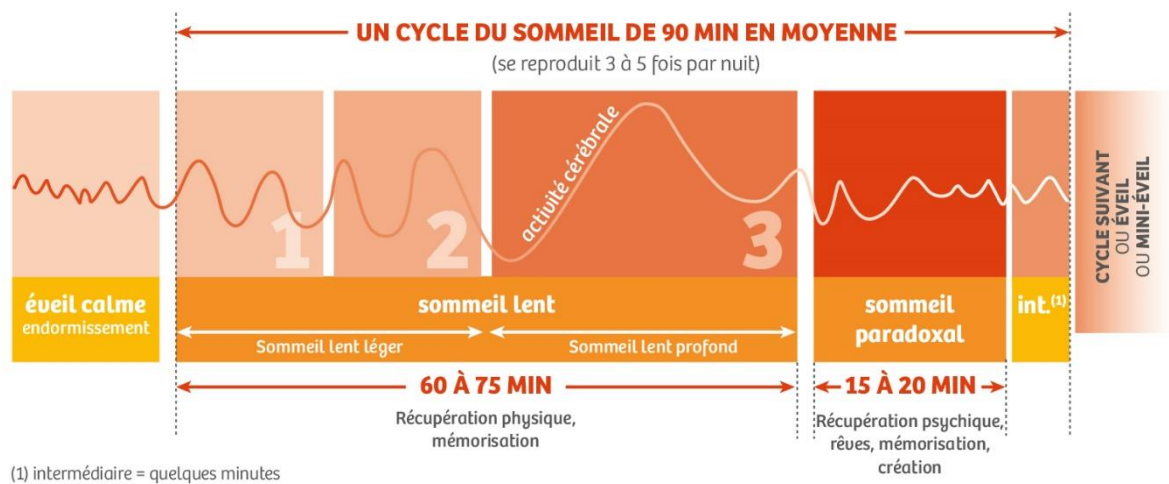
Remerciements	8
Rappels sur le sommeil et les benzodiazépines	15
1 Le sommeil	15
2 Les insomnies	16
2.1 Définition et classification.....	16
3 Prise en charge	16
3.1 Moyens non médicamenteux	16
4 Les benzodiazépines et hypnotiques	18
4.1 Mécanisme d'action.....	19
4.2 Métabolisation et élimination	19
4.3 Classification	19
4.4 Indications/durée de traitement.	20
4.5 Règles de prescription.....	21
4.6 Contre-indications.....	22
4.7 Effets indésirables	22
4.8 Efficacité au long cours	23
5 Pharmacologie chez le sujet âgé et polymédication.....	23
6 Diagramme de prise en charge des insomnies	23
Notre travail	25
Résumé.....	27
Introduction.....	28
Matériel et méthodes	28
Population, échantillon	28
Centres recruteurs.....	29
Recueil des données.....	29
Analyse statistique	30
Résultats	30

Population	30
Données médicamenteuses	31
Caractéristiques du sommeil.....	31
Evaluation du degré d'addiction	31
Ressenti des patients.....	31
Données comparatives.....	32
Discussion	33
Population	34
Demi-vie courte	35
Danger	35
ECAB/addiction.....	36
Stratégies d'arrêt.....	37
Limites	37
Conclusion	37
Tableau 1 : nombre de réponses aux différents items du score ECAB.	39
Tableau 2 : comparaison entre patients ne souhaitant pas ou souhaitant arrêter leur médicament	40
Tableau 3 : comparaison des scores ECAB	41
Bibliographie	42
Annexe 1 : Score ECAB (6)	45
Annexe 2 : Questionnaire sur les médicaments pour le sommeil ou l'anxiété	46
Annexe 3 : recueil libre du ressenti des patients	52
Résumé.....	55

Rappels sur le sommeil et les benzodiazépines

1 Le sommeil

Le sommeil est composé de cycles qui durent environ 90 minutes, entrecoupés d'une phase de semi-éveil. Dans la nuit, 4 à 6 cycles se succèdent. Un cycle de sommeil est lui-même composé de cinq phases. Les trois premières phases correspondent au sommeil lent. Ensuite vient la phase de sommeil paradoxal suivie d'une phase intermédiaire. L'architecture normale du sommeil est résumée dans la figure suivante.



Les cycles du sommeil.

Le sommeil de la personne âgée se modifie et se caractérise par une augmentation des stades 1 et 2 ainsi qu'une diminution des stades 3 et 4 dits de sommeil profond (1), le délai moyen d'endormissement restant identique. Cette augmentation du temps de sommeil superficiel explique une plus grande susceptibilité aux événements extérieurs et augmente le risque de réveil en nombre et durée.

Nous notons également une sensation de sommeil qui intervient plus tôt dans la soirée, provoquant un réveil plus précoce (2). Ces modifications sont en partie expliquées par une avance de phase de l'évolution de la température corporelle, caractérisée par une baisse précoce puis une augmentation au milieu de la nuit (normalement la température corporelle baisse au début de la nuit et remonte en fin de période nocturne).

2 Les insomnies

2.1 Définition et classification

L'insomnie se définit comme le ressenti d'une insuffisance de l'installation ou du maintien du sommeil, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associée à des retentissements diurnes à l'état de veille : fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreurs dans la réalisation de tâches.

Les insomnies sont classées en différentes catégories :

- Insomnie par hygiène du sommeil inadéquate : elle dure environ 1 mois, en rapport avec des horaires impropres, des consommations ou des activités inappropriées par rapport au sommeil.
- Insomnies d'ajustement : ce sont des insomnies occasionnelles durant de quelques jours à 3 mois, liées à des événements stressants ou à des situations nouvelles équivalant à un stress.
- Insomnies chroniques sans comorbidité :
 - Insomnies psychophysiologiques : elles sont caractérisées par un conditionnement mental et physiologique qui s'oppose au sommeil, indépendamment de pathologies anxieuses ou dépressives.
 - Insomnies paradoxales : les plaintes d'insomnie sont associées à des résultats normaux des enregistrements du sommeil.
 - Insomnies idiopathiques : débutant dans l'enfance, elles sont permanentes et stables.
- Insomnies chroniques avec comorbidité liée à une pathologie mentale ou physique.
- Insomnies secondaires à la prise d'un médicament ou d'une substance perturbant le sommeil.

3 Prise en charge

Plusieurs modes de prise en charge sont disponibles en fonction des situations cliniques, la tenue d'un agenda de sommeil permet d'identifier plus facilement ces situations. (2)(3) (4) (5)(6). La HAS propose un algorithme

3.1 Moyens non médicamenteux

3.1.1 Règles hygiéno-diététiques (RHD)

Les règles suivantes doivent être systématiquement associées à toute prise en charge de l'insomnie.

Dormir selon les besoins, mais pas plus ; éviter les siestes trop longues (> 1 h) ou trop tardives (après 16 h).

Adopter un horaire régulier de lever et de coucher. Pour les personnes âgées, retarder le coucher.

Limiter le bruit, la lumière et une température excessive dans la chambre à coucher.

Éviter la caféine, l'alcool et la nicotine.

Pratiquer un exercice physique dans la journée, mais en général pas après 17 h.

Éviter les repas trop copieux ou trop gras le soir.

3.1.2 La restriction de sommeil

Le but de la restriction de sommeil est d'obtenir un coefficient d'efficacité du sommeil ([temps total de sommeil / temps passé au lit] x 100) égal au moins à 85 %. Pour ce faire, il faut calculer le temps moyen de sommeil du patient à partir de l'agenda qu'il aura tenu pendant au moins 8 jours, et prescrire un temps passé au lit égal à cette durée.

La restriction de sommeil se pratique en retardant l'heure du coucher par tranches de 15 minutes, mais en maintenant constante l'heure du lever. Si au bout de 10 jours, l'efficacité du sommeil ne s'améliore pas (<80%), on retarde l'heure du coucher de 15 minutes supplémentaires. Durant cette période, le temps passé au lit ne doit jamais être inférieur à 5 heures et les siestes diurnes sont interdites.

Par la suite, en fonction de l'amélioration obtenue (ratio>85%), le temps de sommeil peut être augmenté progressivement, de 15 minutes en 15 minutes, en avançant l'heure du coucher.

3.1.3 Techniques de médecine parallèle comme la sophrologie, le yoga et l'acupuncture

3.1.4 Thérapies cognitivo-comportementales

Elles sont effectuées par des professionnels formés et qualifiés, et sont régies par des protocoles bien définis en 3 étapes (4) :

- identification des croyances erronées du patient sur le sommeil.
- confrontation et défis de ces croyances.
- mise en place de méthodes pour remplacer ces croyances erronées par des pensées rationnelles.

Elles associent des règles hygiéno-diététiques, une restriction du temps passé au lit, et des techniques de relaxation.

3.1.5 Moyens médicamenteux

Si les moyens médicamenteux semblent être les plus utilisés car plus faciles et moins chronophages à utiliser, leur fréquence d'utilisation reste difficile à quantifier. Une récente thèse montre que les patients attendent uniquement des conseils sur l'hygiène de vie dans 29% des cas, ils reçoivent malgré tout des somnifères dans 52% des cas. (7)

3.1.5.1 La phytothérapie et l'homéopathie

Ces thérapeutiques n'ont pas montré de preuves significatives de leur efficacité dans les différentes études comparatives. Néanmoins, un effet placebo permettant de surseoir à l'utilisation de molécules comportant de nombreux effets indésirables (EI) n'est pas à supprimer de notre éventail thérapeutique.

Nous citerons la valériane, la passiflora®, et la teinture mère Avena sativa®.

3.1.5.2 La mélatonine

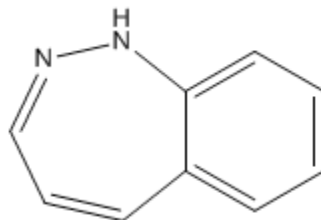
La mélatonine est une hormone produite par la glande pinéale, qui participe au contrôle des rythmes circadiens et favorise le sommeil (8).

En France, le Circadin® est indiqué en monothérapie, chez des patients de 55 ans ou plus, pour le traitement à court terme de l'insomnie primaire, caractérisée par un sommeil de mauvaise qualité. Cette molécule n'est pas remboursée par la sécurité sociale.

3.1.5.3 Les benzodiazépine et hypnotiques

4 Les benzodiazépines et hypnotiques

Les benzodiazépines (BZD) appartiennent à la classe des psycholeptiques. Ils sont composés d'un cycle benzène dont deux atomes de carbone sont remplacés par un atome d'azote, associé à un cycle benzénique.



Structure commune aux benzodiazépines

Cette structure peut être modifiée afin de conditionner les effets de la molécule finale, en jouant sur la demi-vie, ou en favorisant les effets anxiolytiques ou hypnotiques. Les benzodiazépines ont été découvertes dans les années 50 et la première mise sur le marché date des années 60 avec le Chlordiazépoxyde (Librax).

La France est le deuxième prescripteur européen de ce type de molécules (9). L'instauration de ces médicaments est effectuée en cabinet de médecine générale dans 82% des cas. Malgré une diminution de la consommation de 10% entre 2012 et 2015, elle reste élevée avec 13.4% de la population française ayant consommé au moins une fois une BZD toutes indications confondues en 2015, et concerne majoritairement les femmes. Entre 2012 et 2014, les nouveaux utilisateurs de BZD, sur une durée supérieure à 1 an, correspondent à environ 2% des cas. Les molécules les plus consommées sont l'alprazolam, le zolpidem et le bromazépam.

Certaines molécules sont soumises à une prescription sécurisée comme le clonazépam depuis 2011 (ce qui a permis une diminution de sa prescription d'environ 84%) et plus récemment le zolpidem depuis avril 2017.

4.1 Mécanisme d'action

Les benzodiazépines (et les Z-drogues) sont des molécules GABAergiques. En se fixant sur la sous-unité GABA-A du récepteur GABA, elles potentialisent l'action inhibitrice du GABA en augmentant la fréquence d'ouverture du canal chlore. Ce récepteur correspond à près de la moitié des récepteurs du cerveau (10).

Les sous-unités alfa du récepteur GABA induisent des actions sédatives, anxiolytiques et myorelaxantes à l'origine des effets des BZD. Cet effet dépend également du pourcentage de fixation sur les récepteurs : un pourcentage de fixation inférieur à 20% provoque un effet anxiolytique et anticonvulsivant, une fixation entre 30 et 50% des récepteurs provoque un effet sédatif et amnésiant, et un taux supérieur à 60% provoque un effet hypnotique.

4.2 Métabolisation et élimination

Les benzodiazépines sont des molécules liposolubles avec métabolisme hépatique et élimination urinaire (11).

4.3 Classification

Les benzodiazépines sont classiquement classées en fonction de leur demi-vie, courte ou intermédiaire jusqu'à 20h, et longue, plus de 20h Le tableau suivant rapporte la classification des différentes molécules benzodiazépines et associées(9).

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

Classification des différentes benzodiazépines et associés

4.4 Indications/durée de traitement.

La principale indication des benzodiazépines reste le traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes. Elles peuvent être utilisées à l'initiation de traitement antidépresseur en attendant l'action de ce dernier, et en prévention de la levée d'inhibition.

Il existe également une indication dans la prévention et le traitement du delirium tremens et des autres manifestations du sevrage alcoolique et des syndromes confusionnels. (12)

Le traitement de la crise d'épilepsie concerne le clobazam (urbanyl).

Certaines molécules possèdent une indication dans le traitement des troubles sévères du sommeil en cas d'insomnie transitoire ou occasionnelle, en particulier les Z-drogues.

4.5 Règles de prescription

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques indiquent des durées de traitements, toutes indications confondues, limitées. Ainsi, nous retiendrons 4 semaines dans le cadre d'une insomnie, 8 à 12 semaines dans l'anxiété, incluant la période de sevrage, et 8 à 10 jours pour la prévention du delirium tremens. (13)

L'HAS a établi des règles de prescription d'un traitement hypnotique qui sont les suivantes :

- Ne pas prescrire d'hypnotique de manière systématique ; la prescription réflexe d'un hypnotique est une attitude malheureusement trop fréquente.
 - Les hypnotiques doivent être prescrits seulement pour de courtes périodes, en accord strict avec les indications autorisées : de quelques jours à 4 semaines maximum, incluant la période de diminution de la dose ; le patient doit en être informé.
 - Commencer par la dose la plus faible, pour atteindre la dose minimale efficace.
 - Augmenter progressivement la dose, la marge thérapeutique de ces médicaments étant étroite.
 - La date d'arrêt doit être déterminée lors de la prescription.
 - Le cumul de plusieurs médicaments à effet sédatif est à éviter : ne pas prescrire deux anxiolytiques ou deux hypnotiques simultanément.
 - Lors d'un renouvellement d'hypnotique, il est nécessaire d'en réévaluer l'indication de manière systématique. Toute demande de renouvellement de traitement doit être l'occasion de s'interroger sur la mise en œuvre d'un arrêt.
 - Il est recommandé aux médecins généralistes de réévaluer les prescriptions d'hypnotiques effectuées par un autre prescripteur, notamment chez les patients venant d'effectuer un séjour en institution (hôpital, maisons de personnes âgées) et revenant à leur domicile, les conditions de sommeil pouvant fortement différer.
 - Ne pas arrêter brutalement un traitement hypnotique, surtout chez les sujets âgés à risque de syndrome confusionnel.
 - Privilégier les molécules à demi-vie courte chez le sujet âgé.
- Un traitement discontinu est à envisager selon les cas car il pourrait éviter des prises de médicament inutiles. (7)

4.6 Contre-indications

- Absolues :

myasthénie, allergie aux BZD, insuffisance respiratoire grave, encéphalopathie hépatique, syndrome d'apnée du sommeil.

- Relatives :

insuffisance respiratoire modérée, insuffisance hépatique et/ou rénale nécessitant l'adaptation des doses, âge avancé, alcoolisme et toxicomanie, grossesse et allaitement.

4.7 Effets indésirables

Outres les réactions allergiques communes à toute thérapeutique, les BZD présentent des effets indésirables (EI) propres, principalement au niveau neuropsychiatrique, dus à leur action sur le SNC (12) (14) (15) (16) (17):

- Amnésie antérograde, dose et molécule dépendantes, survenant surtout au début du traitement.
- Effets paradoxaux fréquemment recherchés en cas de toxicomanie avec une hyperactivité, insomnie.
- Troubles du comportement avec modifications de la conscience (irritabilité, agressivité, agitation).
- Dépendance physique et psychique avec syndrome de sevrage ou de rebond à l'arrêt brutal du traitement.
- Sensations ébrieuses, ataxie et céphalées.
- Somnolence, baisse de la vigilance, confusion, voire coma lors de situations à risque (IMV, Co prescription, sujet âgé).
- Hypotonie musculaire, asthénie, malaise, chute et diplopie.

Compte tenu de la demi-vie de certaines molécules, qui ne correspond pas à la durée moyenne de sommeil, les effets sur la vie diurne peuvent être préoccupants, tant pour le patient que pour l'entourage, par exemple, en augmentant le risque accidentogène de la conduite automobile (6).

Différentes études montrent une augmentation du taux de fractures du col du fémur chez les consommateurs de benzodiazépines, ainsi qu'un plus grand taux de syndromes démentiels (17)(18). L'imputabilité des benzodiazépines dans ces syndromes démentiels diffère selon les études, entre cause et signe d'entrée dans la maladie, qui s'associe en général à une anxiété

et des troubles du sommeil. A noter une amélioration cognitive après sevrage des utilisateurs au long cours de benzodiazépines, sans forcément un rétablissement complet (19).

4.8 Efficacité au long cours

Les benzodiazépines et Z drogues sont responsables d'une tolérance (capacité de l'organisme à supporter sans effet gênant l'administration de substances chimiques ou de traitements par les agents physiques) et d'une accoutumance (obligation pour le sujet, de répéter les doses pour faire disparaître les troubles qui se manifestent quand la drogue a cessé d'agir) importantes. Ces effets sont à l'origine du syndrome de sevrage, survenant rapidement après l'arrêt du traitement, qui comprend une récurrence de l'anxiété, de dépression, et de l'insomnie, voire un syndrome confusionnel. De plus, il convient de retenir que les benzodiazépines perdent en partie leur efficacité après environ un mois de traitement, par « down regulation » des récepteurs GABA A. (18)

Si ces éléments nous laissent penser que la consommation quotidienne devrait augmenter afin de maintenir le même effet, les différentes études ne montrent pas d'augmentation significative des doses au cours de la prise au long cours. (20)

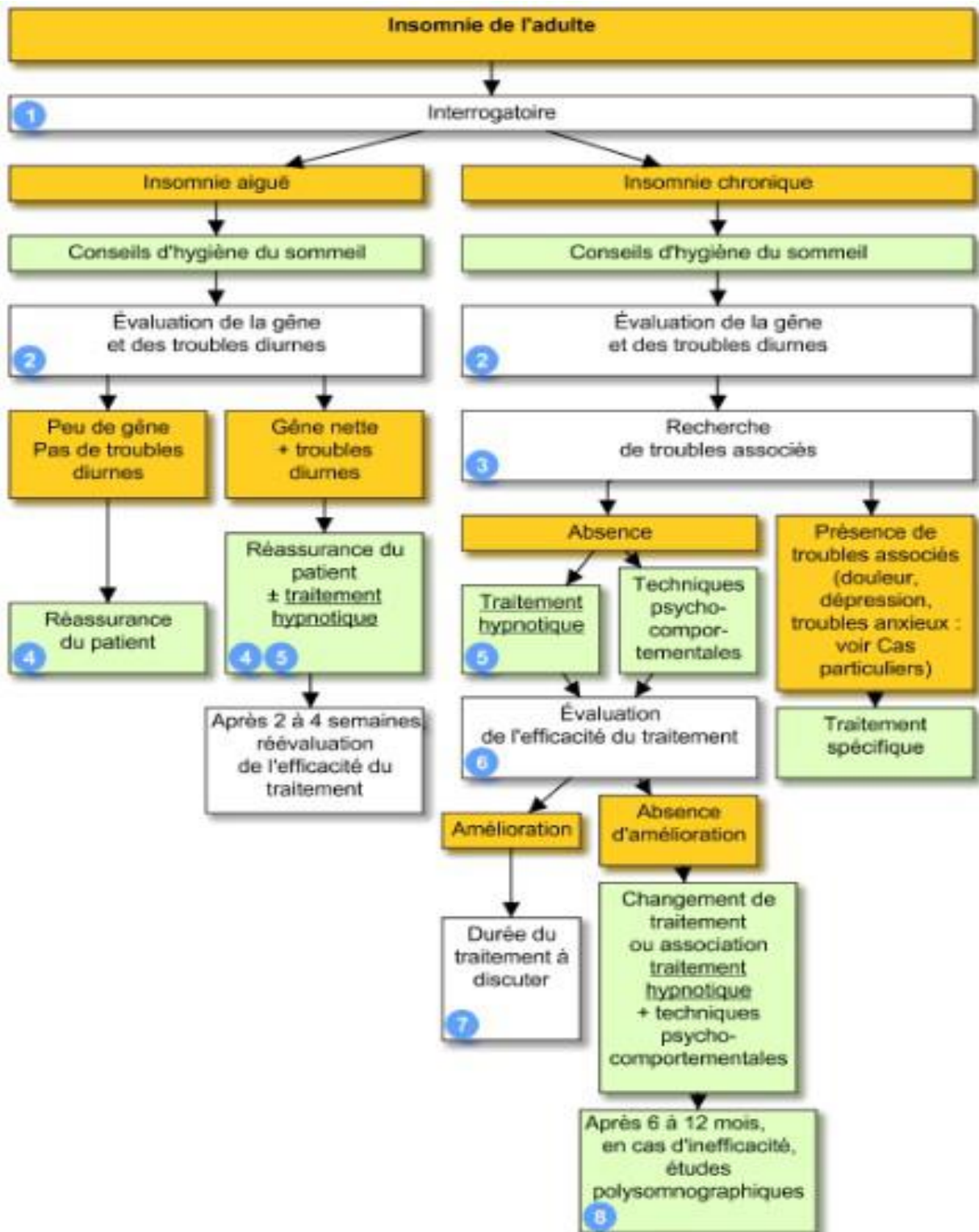
5 Pharmacologie chez le sujet âgé et polymédication

Chez le sujet âgé, l'augmentation de la masse grasse, liée à la perte musculaire et à l'augmentation de l'indice de masse corporelle conduit à une modification des volumes de distribution des médicaments liposolubles, qui ont tendance à être stockés puis relargués entraînant une augmentation de leur demi-vie. (21)

La polymédication de cette population joue également un rôle non négligeable, les ordonnances comportent entre 3 et 7 médicaments en moyenne selon les études chez les patients de plus de 65ans. Cette polymédication peut entraîner des potentialisations d'effet, ou une modification pharmacocinétique des paramètres d'absorption, de distribution, de métabolisation ou d'élimination des benzodiazépines. Nous retiendrons particulièrement les antalgiques de palier 2 et 3, et les inhibiteurs du cytochrome P3A4 comprenant les macrolides, et les anti-arythmiques comme l'amiodarone et le verapamil.

6 Diagramme de prise en charge des insomnies

La HAS propose l'algorithme suivant pour la prise en charge des insomnies(6), où l'on voit que la discussion sur la durée du traitement est évoquée, mais sans plus de précision. Il est d'ailleurs fait mention de traitement de 6 à 12 mois dans le cas d'insomnies chroniques.



Notre travail

Evaluation de la perception qu'ont les patients âgés des risques liés à leur consommation chronique en benzodiazépines et Z drogues

P. Selton, A. Thomas, C. Perret-Guillaume, F. Paille, P. Di Patrizzio, C. Baumann, C. Selton-Suty, B. Bouvel

Dr Paul Selton, médecin généraliste

Dr Adrien Thomas, docteur en Pharmacie

Pr Christine Perret-Guillaume, service de gériatrie, CHRU Nancy

Pr François Paille, département de médecine interne, service d'alcoologie CHRU Nancy

Pr Paolo Di Patrizzio, département de médecine générale Nancy

Dr Cedric Baumann, Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique, CHRU Nancy

Dr Christine Selton-Suty, service de cardiologie, CHRU Nancy

Dr Bruno Bouvel, service de gériatrie, CHRU Nancy

Responsable de la correspondance

Mr Paul Selton

paul.selton@gmail.com

Résumé

Le but de notre étude est d'évaluer la perception par les patients de plus de 65 ans de leur dépendance à leur consommation chronique en BZD et Z drogues afin d'en faciliter l'arrêt.

Nous avons inclus 50 patients au cours de consultations en médecine générale. Le questionnaire comporte 3 parties : prise médicamenteuse, évaluation du sommeil, et ressenti du patient avec utilisation de l'Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB).

La moyenne du score ECAB est de 6,4. Les patients désirant arrêter leurs médicaments sont significativement plus jeunes et trouvent leur médicament dangereux.

Ces résultats nous laissent penser que les interventions les plus précoces, en insistant sur les dangers, permettent d'améliorer l'arrêt de ces molécules. Le meilleur moyen d'éviter la consommation chronique restant la prévention à l'introduction du traitement.

Summary : Our aim is to investigate elderly's perception of the risks of their chronic benzodiazepine and Z drugs consumption.

We included 50 patients during consultations of general practice. The survey is divided in 3 parts : drugs, sleep and feeling using l'Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB).

Mean of ECAB was 6.4. Patients who want to stop their drugs are significantly younger and acknowledged their drug was dangerous.

These results suggest that early interventions, insisting on potential danger of taking those pills, should improve acceptance of withdrawal of BZD. The best way to avoid chronic consumption is to inform patients on their risks at the time of initiation of the treatment.

Titre en anglais : Evaluation of elderly's perception of the risks of their chronic benzodiazepine and Z drugs consumption.

Mots clés : personnes âgées, addiction, benzodiazépines, hypnotiques, consommateur chronique

Keywords : elderly, addiction, benzodiazepine, chronic use

Introduction

La consommation de benzodiazépines (BZD) et de Z drogues (zolpidem et zopiclone) est un problème de santé publique dans de nombreux pays occidentaux, la France étant le second consommateur européen (9) (6). Ces molécules possèdent des indications dans le traitement de l'insomnie transitoire (3), des troubles anxieux (12) (22), des états confusionnels et dans la prévention du delirium tremens et des crises d'épilepsie. Les autorités sanitaires recommandent une durée de traitement de 4 à 6 semaines (13) incluant une période de sevrage progressif (6). Si ces traitements sont bien tolérés à court terme et présentent une efficacité rapide, ils sont dotés d'un fort potentiel addictogène (23) (24) (25), et ont de lourds retentissements personnels en cas de survenue d'effets indésirables, notamment chez les personnes âgées (26) (21) (27) (14). Malgré cela, ces drogues sont le plus souvent prescrites de façon prolongée, et renouvelées dans certains cas pendant plusieurs années (9) (26).

L'arrêt de ces thérapeutiques nécessite obligatoirement l'adhésion et la participation des patients (28) (29) et le rôle du médecin traitant, premier prescripteur de ces molécules, est primordial (30).

La littérature, à propos du mésusage des benzodiazépines chez les sujets âgés, est très fournie. Néanmoins, peu d'études explorent le point de vue et le ressenti des patients, pourtant les premiers concernés par ces problèmes d'addiction et d'effets indésirables.

Le but de notre étude est donc d'évaluer la perception par les patients âgés de leur dépendance à leur consommation chronique en benzodiazépines et Z drogues, et d'évaluer la relation patient-médicaments afin d'en tirer des pistes pour améliorer l'arrêt de ces thérapeutiques.

Matériel et méthodes

Population, échantillon

Nous avons proposé de manière prospective et consécutive à tous les patients de plus de 65 ans consommant une benzodiazépine ou une Z drogue depuis plus de 1 an de participer à l'étude, à l'exclusion des patients déments ou vivants en institution.

Les patients inclus ont été invités à répondre à un questionnaire au cours d'un entretien semi dirigé. Les inclusions ont été arrêtées après 50 patients du fait de la saturation des données.

L'identité du patient n'a pas été enregistrée, garantissant l'anonymisation des réponses. L'accord du CPP a été obtenu.

Centres recruteurs

Initialement, nous avons prévu de recruter les patients par l'intermédiaire des pharmacies afin de s'affranchir de tout biais de sélection. Cependant, à l'exception d'un seul d'entre eux, les pharmaciens sollicités n'ont pas adhéré au projet et n'ont pas fait d'inclusions. Les patients ont donc finalement été recrutés à l'occasion de renouvellements d'ordonnance, soit dans une pharmacie des environs de Strasbourg (1 interlocuteur pharmacien (AT) sur une période de 1 mois), soit dans huit cabinets médicaux de Meurthe et Moselle à l'occasion de remplacements en médecine générale (PS pendant 10 mois). Le recrutement en pharmacie a eu lieu pendant le mois de mai 2016, le recrutement en cabinet médical s'est effectué d'avril 2016 à février 2017.

Les cabinets médicaux étaient situés en zones rurale, semi rurale et citadine, avec des profils de médecins titulaires variés : 8 hommes, 2 femmes, âgés en moyenne de 56,7 ans [43-65].

Recueil des données

Les caractéristiques démographiques des patients (âge, sexe) ont été recueillies par questionnaire en plus des informations relatives à la prise médicamenteuse, à l'évaluation du sommeil et au ressenti du patient face à son traitement.

La partie prise médicamenteuse comprend le recueil des molécules prescrites ainsi que leur dose et l'ancienneté de prise.

La partie évaluation du sommeil recueille les horaires de coucher et de lever, une autoévaluation de la qualité du sommeil, le nombre de levers nocturnes et la difficulté à s'endormir.

Les paramètres perceptuels relatifs au traitement ont été mesurés par l'Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (score ECAB) (Annexe 1). L'échelle est constituée de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %. (6) Plus le score est élevé, plus les patients sont dépendants.

Les questions suivantes concernent le désir et les éventuelles tentatives d'arrêt, ainsi que la survenue d'effets indésirables liés au traitement.

Enfin, la dernière question est une question ouverte à propos du ressenti des patients face à leur traitement, que nous avons codée secondairement en fonction de l'idée principale qui ressortait de cette phrase selon 4 grands thèmes : addiction, aide au sommeil, béquille et

banalisation. Dès lors que le patient mentionnait la notion de dépendance à son médicament, l'idée principale de la question ouverte était cotée en addiction. Si le patient disait qu'il en avait absolument besoin pour dormir, elle était cotée en aide au sommeil. Si le patient pensait que ça l'aidait au quotidien, nous retenions la notion de béquille. Enfin, si le patient ne voyait pas où était le problème quant à la prise chronique de ce type de traitement, la variable était cotée en banalisation.

Analyse statistique

Les variables continues sont exprimées en moyenne \pm écart-type. Les variables qualitatives sont exprimées en nombre et pourcentage.

En fonction du type de variable, les analyses comparatives ont été effectuées à l'aide du test T de Student, du test du Chi² ou exact de Fischer. Afin de faciliter les analyses, nous avons procédé au regroupement de certaines modalités de variables. Ainsi, les médicaments sont classés en fonction de leur demi-vie (1,5 à 8 heures, supérieur à 8 heures) et du type de molécules en Z-drogues versus BZD, bromazépam versus les autres drogues. L'ancienneté de prise du médicament est divisée en terciles (moins de 7 ans, de 7 à 12 ans, et plus de 12 ans). Les notes de sommeil attribuées par les patients sont scindées en 2 classes (<6 et \geq 6).

Nous avons ensuite comparé les données recueillies en fonction de la note attribuée au sommeil, et en fonction du désir d'arrêter ou non le traitement. Nous avons aussi comparé les valeurs de l'ECAB en fonction des différents items recueillis.

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS Statistics for Windows (Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp)

Résultats

Population

Les 50 patients invités à participer à l'étude ont tous été inclus (23 hommes, âge moyen 71,8 ans (\pm 6,1) [65 – 87 ans]). Huit patients ont été recrutés à la pharmacie, 42 en remplacements de médecine générale. Sur la période de recrutement des 42 patients durant les remplacements en médecine générale, ont été faites au total 3829 consultations, ce qui permet d'estimer le nombre de consultations pour renouvellement de somnifères répondant à nos critères d'inclusion à 1,1% de l'activité de médecine générale sur la même période.

Données médicamenteuses

Quatorze personnes soit 28% de notre effectif prennent 2 thérapeutiques et 36 (72%) sont en monothérapie.

La durée moyenne de prise d'un somnifère dans notre population est de $12,0 \pm 10,8$ ans [1 - 60ans]. La posologie est restée stable chez 35 patients (70%) et a été augmentée chez 15 patients (30%) depuis le début de la prise.

Les principales molécules utilisées sont le zolpidem pour 25 patients (50%), puis le bromazépam pour 8 patients (16%), et enfin le zopiclone et l'alprazolam pour 6 patients (12%).

Quarante-six (92%) patients déclarent avoir commencé ces médicaments pour des problèmes de sommeil, 26 (52%) pour des problèmes d'anxiété, et 12 (24%) pour une dépression. Les raisons sont multifactorielles dans 54% des cas.

Six patients (12%) prennent aussi des antidépresseurs.

La totalité des médicaments a été initiée par le médecin traitant actuel ou précédent.

Caractéristiques du sommeil

Les patients ont déclaré dormir en moyenne $8,0 \pm 1,3$ h, et notent en moyenne leur sommeil à $5,9 \pm 1,6$ sur 10. Des difficultés d'endormissement sont signalées par 19 patients (38%). La majorité (33, 66%) des patients se considèrent comme reposés au réveil. La plupart des patients (41, 82%) se réveillent en moyenne $2,1 \pm 1,1$ fois par nuit.

Evaluation du degré d'addiction

Le score ECAB moyen dans notre échantillon est de $6,4 \pm 2,1$. Une majorité des patients (n=39, soit 78%) considère ces médicaments comme une drogue et pense qu'elle ne pourra jamais les arrêter, 40 patients (80%) déclarent ne plus pouvoir s'en passer. Treize sujets (26%) estiment en prendre trop. Le [tableau 1](#) présente les réponses aux différents items du score ECAB.

Ressenti des patients.

Trente patients (60 %) considèrent leurs médicaments comme dangereux. Seulement 14 patients (28%) rapportent avoir déjà ressenti des effets indésirables (EI). Chez ces derniers, ces EI ont remis en question la prise médicamenteuse dans seulement 21% des cas.

Seulement 16 patients (32%) se sont déjà vu proposer un arrêt de ces somnifères, tandis que 28 des personnes interrogées (56%) désirent arrêter leur traitement.

La notion de dangerosité thérapeutique est notée par 30 patients (60%). En envisageant un arrêt, 6 (12%) pensent qu'il ne se passerait rien de particulier, mais leur peur principale reste de ne plus dormir (44, 88%), de ne plus supporter leurs angoisses (11, 22%), et de s'énerver plus facilement (6, 12%). La rechute de dépression reste marginale chez seulement 3 patients (6%).

La réponse recodée à la question ouverte finale retrouve majoritairement une idée d'addiction chez 18 patients (36%), puis vient l'aide indispensable au sommeil chez 14 patients (28%), le concept de béquille pour 13 patients (26%), et enfin une banalisation pour 5 patients (10%).

Données comparatives

Les durées moyennes de sommeil, exprimées en heures, ne diffèrent pas significativement en fonction des molécules utilisées : zolpidem $7,7 \pm 1,2$; zopiclone $8,7 \pm 1,1$; bromazépam $8,7 \pm 1,1$; $p > 5\%$.

Comparaison selon la note attribuée au sommeil en deux classes.

Aucune différence significative pour les paramètres mesurés n'a pu être mise en évidence en fonction de la note de sommeil (≥ 6 ou < 6). En particulier, il n'y a pas de différence en termes d'ancienneté de prise médicamenteuse en fonction des groupes de notes de sommeil (note ≥ 6 : $14,0 \pm 11,9$ ans ; note < 6 : $10,8 \pm 9,4$ ans ; $p = 0,3$), ni en termes de molécules utilisées ($p = 0,6$ pour la prise de Z drogues versus les autres ; $p = 0,4$ pour la prise de bromazépam versus autres drogues, $p = 0,2$ pour les demi-vies courtes versus longues). De même, le score ECAB n'est pas significativement différent selon le sentiment de bien dormir ou non (note ≥ 6 : $6,8 \pm 2,2$; note < 6 : $6,2 \pm 2,1$; $p = 0,5$)

Comparaison des patients désirant ou non arrêter leurs somnifères.

Le tableau 2 récapitule les caractéristiques comparées des patients désirant ou non cesser la prise de leurs somnifères.

Les patients désirant stopper leurs médicaments sont significativement plus jeunes ($70,3 \pm 4,3$ vs $73,8 \pm 7,5$; $p = 0,05$). En revanche, il n'y a pas de différences en fonction de l'ancienneté de prise du médicament, du temps moyen de sommeil ($8,1 \pm 1,3$ h vs $8,0 \pm 1,3$ h ; $p = 0,5$) et de la note attribuée à leur sommeil ($5,6 \pm 1,7$ vs $6,3 \pm 1,6$; $p = 0,9$).

Les patients sous bromazépam rapportent moins fréquemment une envie d'arrêter que ceux consommant un médicament à demi-vie courte (bromazépam : $2/8$ 25% vs $26/42$ 62%, $p = 0,06$). Il en est de même pour les patients qui ont un médicament à demi-vie longue ($4/12$

33% vs 24/38 63% ; $p=0,07$.) A noter également l'absence de différence significative pour le zopiclone ou pour les drogues z vs non z.

Les patients chez qui la posologie a été augmentée ont significativement moins envie d'arrêter que les autres. (5/15 33%, vs 23/35 66% ; $p=0,03$).

Le score ECAB des patients qui ne souhaitent pas arrêter est plus élevé que celui de ceux qui souhaitent arrêter, sans atteindre la significativité ($7,0\pm 2,3$ vs $6,0\pm 2,0$; $p=0,09$). Les patients pensant que leur médicament est dangereux ont significativement plus envie d'arrêter que les autres (22/30 73% vs 6/20 30% ; $p=0,003$).

La survenue d'effets indésirables n'est pas significativement associée à une volonté d'arrêt.

Comparaison des scores ECAB en fonction de différents paramètres

La comparaison des scores ECAB en fonction de différents paramètres est résumée dans le tableau 3.

Nous observons une tendance non significative à un ECAB plus élevé chez les personnes ne voulant pas arrêter leurs médicaments. Les personnes qui se sont déjà vus proposer un arrêt de leur somnifère ont un score ECAB significativement plus élevé que les autres ($7,6\pm 1,5$ vs $5,9\pm 2,2$; $p=0,009$).

L'ECAB est significativement différent selon les terciles d'ancienneté de prise des médicaments (années) (≤ 7 : $5,7 \pm 2,0$; $[7-12]$: $5,9 \pm 2,5$; ≥ 13 : $7,7 \pm 1,3$; $p=0,009$).

Aucune différence significative du score ECAB n'a été mise en évidence en fonction des différents paramètres du sommeil.

Le score ECAB n'est pas significativement différent entre les différentes classes de la variable codée du ressenti des patients (addiction $7,3\pm 1,7$; sommeil $6,4\pm 2,5$; banalisation $5,8\pm 2,1$ et béquille $5,2\pm 2,2$; $p=0,1$).

Discussion

L'objectif de notre étude était d'évaluer la perception qu'ont les personnes âgées de leur consommation chronique en benzodiazépines afin d'en tirer des pistes pour en améliorer l'arrêt. Nous avons axé notre questionnaire selon 3 thèmes, l'évaluation de la qualité du sommeil, la quantification de l'addiction par le score ECAB, et le ressenti du patient face à sa prise médicamenteuse, en faisant une comparaison de ces caractéristiques entre les patients souhaitant ou ne souhaitant pas interrompre leur prise de benzodiazépines.

Les principaux résultats révèlent que la durée moyenne du traitement par benzodiazépines est très élevée chez les sujets âgés, avec souvent des prises de plusieurs drogues. La qualité du sommeil reste moyenne globalement, avec d'assez fréquents réveils nocturnes chez les sujets âgés. Ils ont également montré que les patients plus jeunes, prenant un somnifère à demi-vie courte, ayant un sentiment de danger par rapport à leur prise médicamenteuse ont significativement plus envie d'arrêter cette prise chronique de somnifère. Enfin, que la dépendance augmente, comme l'indique le score ECAB, avec l'ancienneté de prise de médicament, et est plus élevée chez les patients qui se sont déjà vus proposer un arrêt de ces molécules mais ne l'ont pas fait.

Population

Chez les personnes âgées, la prescription chronique de benzodiazépines est relativement fréquente. Ces patients représentent 1% de l'ensemble des patients vus en consultations sur la période d'étude. Il a été montré qu'environ 1,7% des nouveaux utilisateurs de somnifères ou anxiolytiques les poursuivent pendant plus de 1 an (9). Dans notre série, la durée moyenne de prise de traitement est de plus de 12 ans, ce qui montre bien la difficulté à interrompre ce type de traitement, une fois passé à la chronicité. Par ailleurs, la polymédication psychotrope est aussi fréquente. En effet, 12% des patients questionnés consomment un antidépresseur (contre 30% dans la population générale), un patient en consomme 2, et 28% au moins une autre benzodiazépine (contre 7% dans la population générale). Les molécules les plus utilisées dans la population générale chez les plus de 65 ans sont respectivement zolpidem, bromazépam, alprazolam et zopiclone, ce qui correspond aux données de notre étude.

Si les recommandations de bonnes pratiques préconisent l'utilisation de benzodiazépines à l'initiation du traitement de troubles anxieux ou dépressifs pour une durée limitée, il faut se poser la question de la place des antidépresseurs (31). En effet, ceux-ci ont en revanche une indication de traitement au long cours avec une efficacité continue et un but curatif final. Ils sont peut-être sous prescrits, en partie parce qu'ils véhiculent chez le patient et le médecin une image négative. La mauvaise image du recours à la psychothérapie (32), et l'isolement relatif de certains bassins de population à l'accès à ces spécialités font que le médecin généraliste reste l'interlocuteur privilégié pour les pathologies psychiatriques. Dans notre étude, la totalité des benzodiazépines et apparentées a été initiée par le médecin généraliste, contre 82% au niveau national (9).

Dans une étude qualitative, Anthierens et al. (32) interrogeaient les médecins traitants sur leurs prescriptions de benzodiazépines. Il en ressortait un manque de temps, de formation

adéquate et une facilité d'emploi de ces molécules. Les patients, qui en partie venaient chercher des conseils, repartaient avec un traitement efficace rapidement sans mise en garde sur les effets néfastes ou addictifs de celui-ci (7).

Notre étude intéressant exclusivement les personnes âgées, il faut donc mettre en avant l'évolution des pratiques et des connaissances médicales quant aux consommations médicamenteuses particulièrement longues et multiples, conséquence de prises en charges relevant du « un symptôme, un médicament »(32). Une patiente rapportait que l'origine de l'initiation de son traitement par alprazolam pris depuis des années était son médecin traitant de l'époque qui affirmait « tu es enceinte de ton 3^e enfant, il faudra que tu te reposes la nuit ». Une fois l'addiction installée, il est d'autant plus difficile de revenir en arrière que les interventions nécessaires pour aider le patient doivent être répétées (30) et sont donc très chronophages.

Malgré l'effet d'accoutumance, la littérature ne montre pas d'augmentation significative des doses journalières, soit par refus de la part des médecins prescripteurs, soit par prise de conscience de la part de patients qui considèrent comme dangereuse la prise médicamenteuse (60% dans notre étude) (20). Ceci correspond à nos données, car si 30% de notre échantillon a vu sa posologie augmenter, aucun patient ne montrait de consommation quantitativement abusive.

Demi-vie courte

Dans notre étude, les utilisateurs de molécules à demi-vie courte ont plus tendance à vouloir arrêter que les autres. Par ailleurs, la qualité perçue et la durée déclarée de sommeil n'étaient pas significativement différentes en fonction des différentes molécules. Ceci confirme les données de la littérature selon lesquelles l'utilisation de molécules à demi-vie courte est un facteur qui améliore les tentatives d'arrêt (6). Dans la mesure où il n'existe pas de différences à long terme sur le sommeil entre ces différentes molécules dans notre étude, il faut probablement privilégier les molécules à demi-vie courte dans la prescription aux personnes âgées.

Danger

Il s'agit donc d'un argument prépondérant à mettre en avant lors de la mise en route du traitement.

Notre étude a permis de déterminer que le sentiment de dangerosité de la prise au long cours est l'un des seuls éléments favorisant le désir de stopper la prise du médicament. Cet

argument est donc à mettre en avant chez les patients consommateurs chroniques qui ne remettent pas en question le bénéfice thérapeutique. Ainsi, les effets indésirables à type de troubles de la mémoire, d'aggravation du risque de chute, et d'absence d'efficacité persistante à long terme sur le sommeil doivent être régulièrement répétés. Le problème est que les patients n'ont pas conscience du danger car le médicament n'entraîne que très peu d'effets indésirables immédiats. Ainsi, l'adhésion du patient, qui ne ressent que les effets bénéfiques du médicament au discours de la dangerosité, n'est pas forcément optimale. De même, l'augmentation des doses en cas d'accoutumance renforce l'effet addictif et conforte le patient dans le bénéfice médicamenteux avec un risque d'effet paradoxal augmenté (33).

C'est pourquoi les interventions afin de faire adhérer le patient à la démarche d'arrêt doivent être effectuées au plus tôt, que ce soit en termes de durée de prise que d'âge du patient, avant que ne s'installe une addiction importante.

ECAB/addiction

Nous avons également montré que malgré la difficulté d'intervention nécessaire au niveau polyaddictif des patients, les médecins arrivent à juger de l'importance de l'addiction des patients et à proposer des sevrages. Aucun praticien titulaire interrogé a posteriori n'avait utilisé le score ECAB et pourtant, les patients les plus attachés à leurs somnifères s'étaient déjà vus proposer un arrêt, preuve que les médecins arrivaient intuitivement à juger l'importance de l'addiction. L'utilisation plus large de ce score par les médecins traitants les aiderait probablement à mieux détecter le niveau d'addiction des patients. Le score ECAB est un score validé par la HAS, qui entre dans une stratégie de réduction de consommation des benzodiazépines et Z drogues. Il faut cependant noter que, comme la littérature le montre, l'addiction s'installe à partir de 3 mois de prise (22).

Est-il donc nécessaire de réaliser ce score chez des patients consommateurs depuis plusieurs années, chez qui l'arrêt est de toute façon nécessaire ? C'est en tous cas le ressenti des médecins généralistes qui trouvent ces scores trop éloignés de la pratique quotidienne (34).

Plusieurs scores d'évaluation de l'addiction aux BZD sont disponibles (35) : The Benzodiazepine Refusal Self-Efficacy Questionnaire (BRSEQ), The Benzodiazepine Expectancy Questionnaire (BEQ) et Severity of benzodiazepine dependence (SDS-B). Ils comportent respectivement pour les 2 premiers 38 et 33 items, et le dernier 5 items. Ces questionnaires sont des auto-questionnaires à remplir par les patients mais ne sont pas utilisés en pratique quotidienne dans notre pays.

Stratégies d'arrêt

Les stratégies d'arrêt sont peu nombreuses. La HAS recommande dans son guide une réduction progressive des doses par paliers sur une durée qui peut s'étaler de 4 semaines à 1 an. Une substitution temporaire par diazépam peut être effectuée chez les patients prenant de fortes doses ou ayant déjà échoué à arrêter leur traitement. (6) Ces mesures, si elles sont associées à des prises en charge psychothérapeutiques, ont démontré une efficacité supérieure. (30)

Les aides médicamenteuses (antidépresseurs, valporate de sodium, pregabaline, flumazenil), explorées récemment par Baadrup et al (36), n'ont pas permis de mettre en évidence des améliorations significatives sur l'arrêt complet des traitements par BZD. De plus, l'ajout de molécules exposait les participants à des effets indésirables supplémentaires.

La décision d'arrêt des traitements ne pouvant se faire que conjointement avec le patient, la répétition des interventions, afin de sensibiliser aux risques et d'identifier les craintes liées au sevrage, est nécessaire afin de faire adhérer le patient.

Limites

Le biais principal de notre étude est la taille de notre échantillon. La faible proportion de résultats significativement différents résulte de cela.

Un second problème vient des cabinets de recrutement. Si les modes de fonctionnement sont différents (rural, semi rural, et citadin), les médecins traitants titulaires ont sensiblement le même âge et donc des pratiques similaires. Les nouvelles générations de médecins généralistes sont probablement plus sensibilisées à ces problèmes addictifs, et leurs patientèles seraient peut-être plus réceptives aux discours prônant l'arrêt des somnifères et anxiolytiques.

Enfin, notre étude ne s'est intéressée qu'à la seule région Grand Est, les résultats ne sont donc pas généralisables à la population française.

Conclusion

Notre étude confirme donc l'importante addiction des patients âgés à leur somnifère, addiction qui augmente avec le temps. Une fois l'addiction et l'accoutumance installées, les patients sont plus réticents à l'arrêt du traitement car ils n'en perçoivent pas les effets indésirables. Notre étude montre néanmoins que l'un des seuls éléments qui interviennent dans la décision de ces patients d'interrompre leur traitement est la notion de dangerosité. Il est donc très important d'expliquer et de sensibiliser les patients aux dangers du traitement

lors des propositions de sevrage. L'accent doit être mis sur la relation entre la prise chronique et les troubles de la mémoire, l'augmentation du risque d'accident de la route et l'augmentation du risque de chute.

Le meilleur moyen, permettant de limiter l'utilisation au long cours des benzodiazépines, reste bien sûr la prévention à l'initiation du traitement, en insistant clairement sur le caractère temporaire de la prescription et les risques d'un traitement prolongé. Ces mesures simples devraient permettre dans certains cas d'éviter le passage à la chronicité de la prescription.

Tableau 1 : nombre de réponses aux différents items du score ECAB.

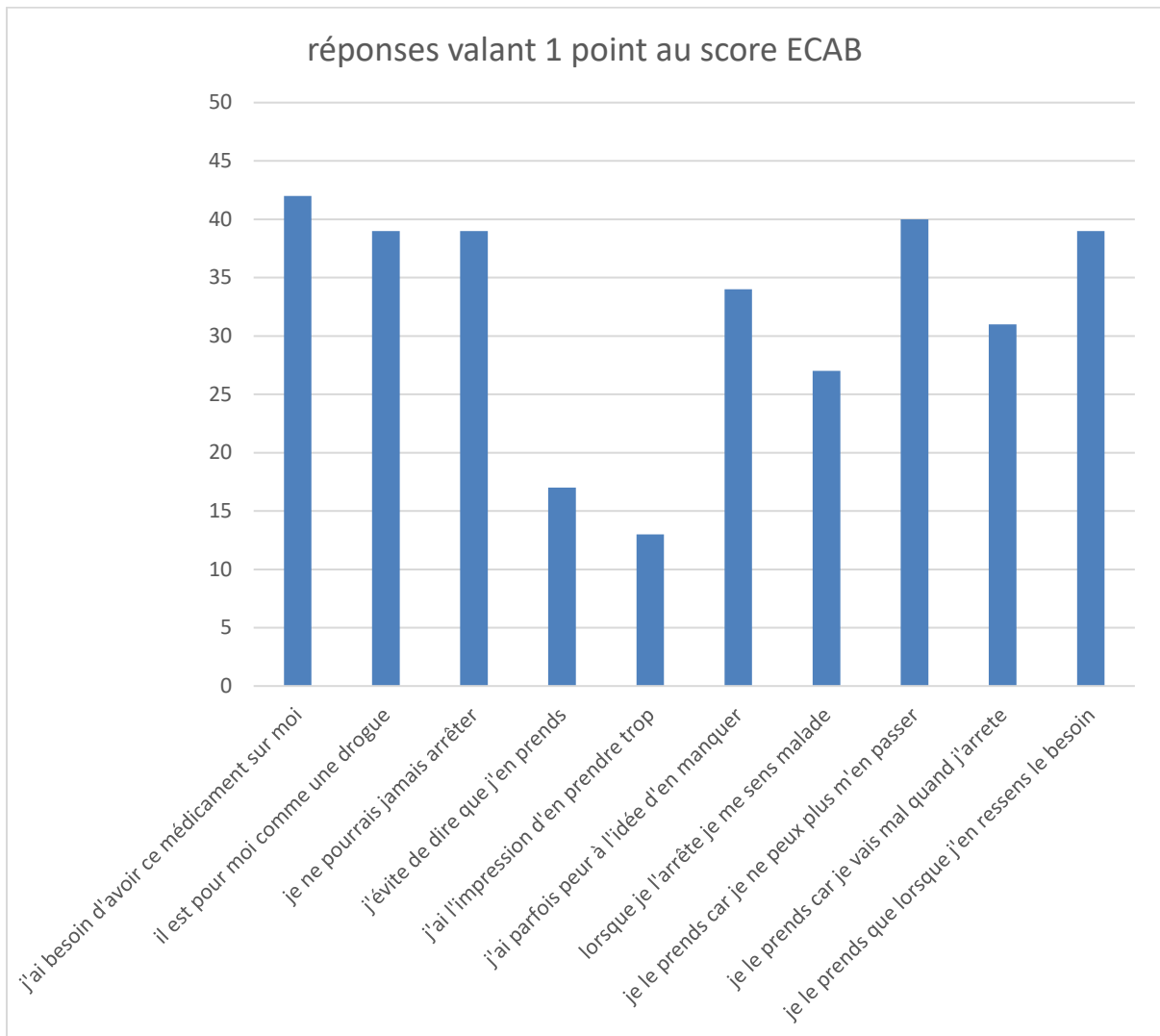
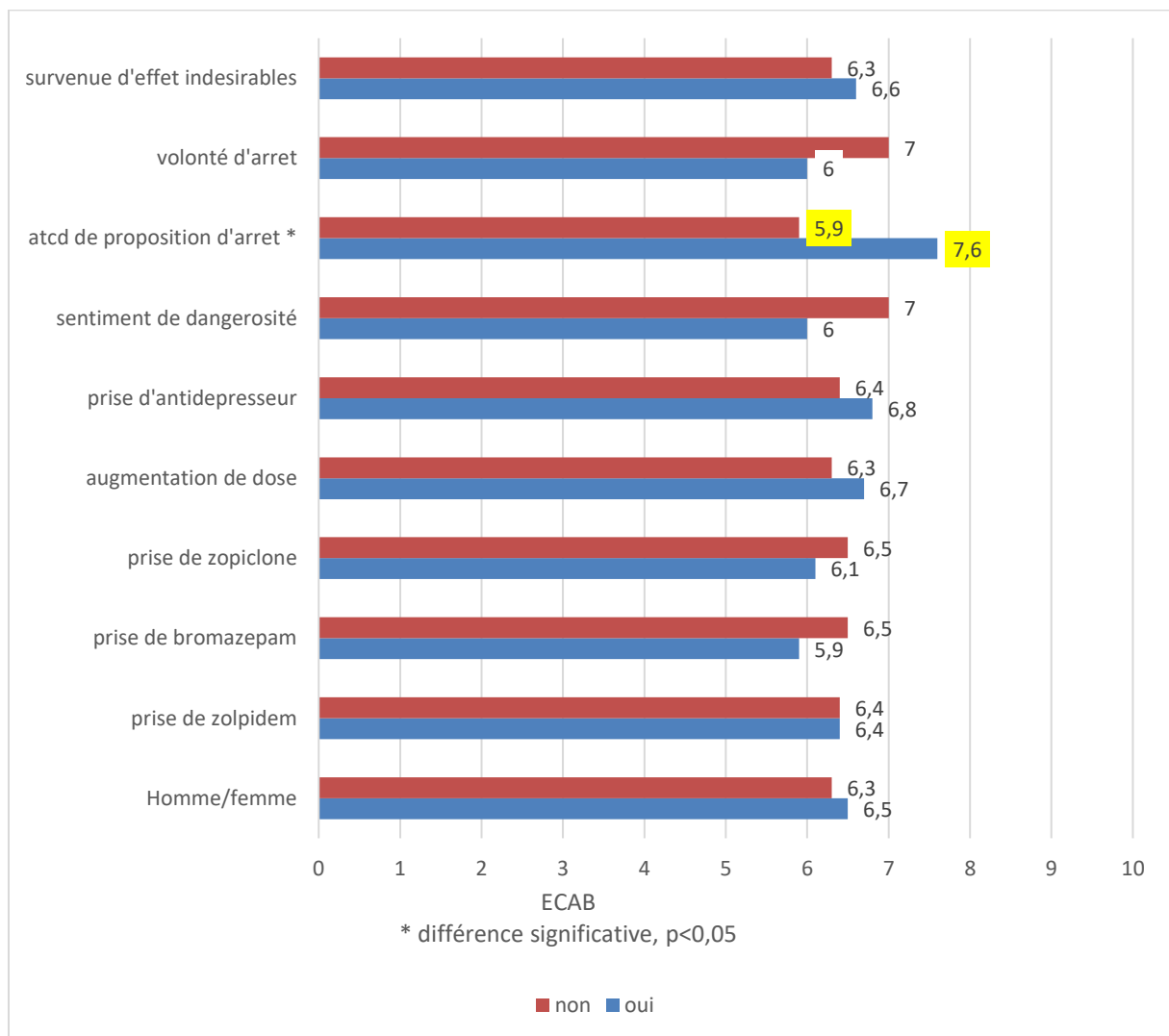


Tableau 2 : comparaison entre patients ne souhaitant pas ou souhaitant arrêter leur médicament

	Patients ne souhaitant pas arrêter	Patients souhaitant arrêter	Indice de confiance (p)
N	22	28	
Age	73,8±7,5	70,3±4,3	0,05
Homme/Femme	10(45%)/12	17(60%)/11	0,4
Prise de Z drogue	14 (63%)	17 (60%)	0,5
Prise d'antidépresseur	2 (9%)	4 (14%)	0,5
Ancienneté de prise (ans)	14,5±13,7	11,3±8,3	0,3
Augmentation de dose	10 (45%)	5 (18%)	0,03
Temps de sommeil (h)	8,1±1,3	8,0±1,3	0,9
Note de sommeil	5,6±1,7	6,2±1,6	0,2
Difficulté d'endormissement	7 (31%)	12 (42%)	0,3
Reposé au réveil	13 (59%)	20 (71%)	0,3
Fatigué dans la journée	8 (38%)	6 (21%)	0,2
Réveil nocturne	18 (81%)	23 (82%)	0,6
ECAB	7,0±2,3	5,9±1,9	0,09
Proposition d'arrêt	5 (23%)	11 (39%)	0,2
Effets indésirables	4 (18%)	10 (36%)	0,2
Sentiment de dangerosité	8 (36%)	22 (79%)	0,003

Tableau 3 : comparaison des scores ECAB



Bibliographie

1. Le sommeil des personnes âgées [Internet]. Réseau Morphée. [cité 15 févr 2018]. Disponible sur: <http://reseau-morphee.fr/le-sommeil-et-ses-troubles-informations/lorganisation-du-sommeil/sommeil-lage/sommeil-personne-agee>
2. Blain H, Dauvilliers Y. Prise en charge des troubles du sommeil chez le sujet âgé. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 févr 2010;10(55):14-20.
3. Sftg - Has. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Médecine Sommeil. déc 2007;4(14):5-27.
4. Belleville G, Bélanger L, Morin CM. Le traitement cognitivo-comportemental de l'insomnie et son utilisation lors de l'arrêt des hypnotiques. Santé Ment Au Qué. 2003;28(2):87.
5. Rouger C, Derbré S. Proposer les solutions de phytothérapie adaptées pour combattre les troubles du sommeil. /data/revues/05153700/v53i541/S0515370014003784/ [Internet]. 5 déc 2014 [cité 19 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/943177>
6. HAS. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire, Juin 2015 [Internet]. 2015 [cité 7 janv 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_rapport_elaboration_arret_benzodiazepines__2015_06_17.pdf
7. Favre C. Attente des patients lors de leur première consultation pour troubles du sommeil en médecine générale. 2017.
8. Haute Autorité de Santé - Quelle place pour la mélatonine (Circadin®) dans le traitement de l'insomnie ? [Internet]. [cité 19 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439922/fr/quelle-place-pour-la-melatonine-circadin-dans-le-traitement-de-l-insomnie
9. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
10. Bateson AN. Basic Pharmacologic Mechanisms Involved in Benzodiazepine Tolerance and Withdrawal. Curr Pharm Des. 1 janv 2002;8(1):5-21.
11. Landry P, Gervais M, O'Connor KP. Mise à jour sur les considérations pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et les interactions médicamenteuses dans le choix d'une benzodiazépine. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 août 2008;166(7):585-94.

12. NOCTAMIDE - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. [cité 15 avr 2018]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-nocta01-NOCTAMIDE.html>
13. Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotique et/ou anxiolytique dont la durée de prescription est réduite | Legifrance [Internet]. [cité 19 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000020690355>
14. Sithamparanathan K, Sadera A, Leung L. Adverse effects of benzodiazepine use in elderly people: a meta-analysis. *Asian J Gerontol Geriatr.* 2012;7(2):2012.
15. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ.* 17 nov 2005;331(7526):1169.
16. Schroeck JL, Ford J, Conway EL, Kurtzhals KE, Gee ME, Vollmer KA, et al. Review of Safety and Efficacy of Sleep Medicines in Older Adults. *Clin Ther.* nov 2016;38(11):2340-72.
17. Bourin M. Les problèmes posés par l'utilisation des benzodiazépines chez le patient âgé. *L'Encéphale.* sept 2010;36(4):340-7.
18. Bourin M. Faut-il encore utiliser les benzodiazépines ?, Do we have still to use benzodiazepines ? *PSN.* 18 juin 2014;me 12(2):7-17.
19. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ.* 9 sept 2014;349(sep09 2):g5205-g5205.
20. Willems IAT, Gorgels WJM, Oude Voshaar RC, Mulder J, Lucassen PLBJ. Tolerance to benzodiazepines among long-term users in primary care. *Fam Pract.* 1 août 2013;30(4):404-10.
21. Airagnes G, Pelissolo A, Lavallée M, Flament M, Limosin F. Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. *Curr Psychiatry Rep.* oct 2016;18(10):89.
22. Péliissolo A, Maniere F, Boutges B, Allouche M, Richard-Berthe C, Corruble E. [Anxiety and depressive disorders in 4,425 long term benzodiazepine users in general practice]. *L'Encephale.* févr 2007;33(1):32-8.
23. Canham SL, Gallo J, Simoni-Wastila L. Perceptions of benzodiazepine dependence among women age 65 and older. *J Gerontol Soc Work.* 2014;57(8):872-88.
24. Khong TP, de Vries F, Goldenberg JSB, Klungel OH, Robinson NJ, Ibáñez L, et al. Potential Impact of Benzodiazepine Use on the Rate of Hip Fractures in Five Large European Countries and the United States. *Calcif Tissue Int.* juill 2012;91(1):24-31.
25. Blanco-Reina E, García-Merino MR, Ocaña-Riola R, Aguilar-Cano L, Valdellós J, Bellido-Estévez I, et al. Assessing Potentially Inappropriate Prescribing in Community-Dwelling Older Patients Using the Updated Version of STOPP-START Criteria: A Comparison of

Profiles and Prevalences with Respect to the Original Version. Bachschmid MM, éditeur. PLOS ONE. 1 déc 2016;11(12):e0167586.

26. Janhsen K, Roser P, Hoffmann K. The Problems of Long-Term Treatment With Benzodiazepines and Related Substances: Prescribing Practice, Epidemiology, and the Treatment of Withdrawal. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(1-2):1.
27. Hill-Taylor B, Sketris I, Hayden J, Byrne S, O'Sullivan D, Christie R. Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. *J Clin Pharm Ther.* oct 2013;38(5):360-72.
28. Gier N de, Gorgels W, Lucassen P, Voshaar RO, Mulder J, Zitman F. Discontinuation of long-term benzodiazepine use: 10-year follow-up. *Fam Pract.* 6 janv 2011;28(3):253-9.
29. Pérodeau G, Grenon É, 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. *Drogue Sant233 Soci233t233.* 2008;7(1):391-437.
30. Gould RL, Coulson MC, Patel N, Highton-Williamson E, Howard RJ. Interventions for reducing benzodiazepine use in older people: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* févr 2014;204(2):98-107.
31. Pélissolo A, Maniere F, Boutges B, Allouche M, Richard-Berthe C, Corruble E. Troubles anxieux et dépressifs chez 4 425 patients consommateurs de benzodiazépines au long cours en médecine générale. *L'Encéphale.* 1 févr 2007;33(1):32-8.
32. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2007;25(4):214-9.
33. Peloso C, Polomeni P. Trente ans de Zolpidem : histoire d'un mésusage. *larevuedupraticien* [Internet]. déc 2017 [cité 8 févr 2018];67. Disponible sur: http://ns226617.ovh.net/RDP/2017/10/RDP_2017_10_1051.pdf
34. Di Patrizio P, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. [What use general practitioners do they tests and scales referred to geriatric?]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* mars 2013;11(1):21-31.
35. Parr JM, Kavanagh DJ, Young RM, Connor JP. Development of self-efficacy and expectancy measures for benzodiazepines. *Addict Behav.* sept 2009;34(9):751-6.
36. Baandrup L, Ebdrup BH, Rasmussen JØ, Lindschou J, Gluud C, Glenthøj BY. Pharmacological interventions for benzodiazepine discontinuation in chronic benzodiazepine users. *Cochrane Database Syst Rev.* 15 mars 2018;3:CD011481.

Annexe 1 : Score ECAB (6)

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

Annexe 2 : Questionnaire sur les médicaments pour le sommeil ou l'anxiété

Lieu de remplissage du questionnaire :

Informations générales

Sexe Femme Homme Age /___/___/ ans

Vos médicaments

Quels médicaments pour l'anxiété ou le sommeil prenez-vous ? Complétez une ligne pour un médicament

Nom du médicament	Posologie actuelle	La posologie a-t-elle augmenté depuis le début de la prise du médicament ?	Depuis combien de temps prenez-vous ce médicament ?	Prescripteur initial	Pourquoi avez-vous commencé à le(s) prendre ?
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	/___/___/ mois ou /___/___/ années	<input type="checkbox"/> Votre médecin traitant <input type="checkbox"/> Un service d'urgence <input type="checkbox"/> Un spécialiste lequel : <input type="checkbox"/> Je ne sais plus	<input type="checkbox"/> Trouble du sommeil <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Sevrage d'alcool <input type="checkbox"/> Autre :

		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	/___/___/ mois ou /___/___/ années	<input type="checkbox"/> Votre médecin traitant <input type="checkbox"/> Un service d'urgence <input type="checkbox"/> Un spécialiste lequel : <input type="checkbox"/> Je ne sais plus	<input type="checkbox"/> Trouble du sommeil <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Sevrage d'alcool <input type="checkbox"/> Autre :
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	/___/___/ mois ou /___/___/ années	<input type="checkbox"/> Votre médecin traitant <input type="checkbox"/> Un service d'urgence <input type="checkbox"/> Un spécialiste lequel : <input type="checkbox"/> Je ne sais plus	<input type="checkbox"/> Trouble du sommeil <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Sevrage d'alcool <input type="checkbox"/> Autre :

Prenez-vous des antidépresseurs ? Oui Non

Si oui, lesquels ? (nom(s))

.....
.....

Votre sommeil

A quelle heure vous couchez-vous en moyenne ? /___/___/ h /___/___/

A quelle heure vous levez-vous en moyenne ? /___/___/ h /___/___/

Avez-vous du mal à vous endormir ? Oui Non

Vous réveillez-vous la nuit ? Oui Non

Si oui, combien de fois par nuit en moyenne ? /___/___/

Sur une échelle de 0 à 10, comment jugez-vous la qualité de votre sommeil? /___/___/

Comment vous sentez-vous au réveil ? Reposé(e) Fatigué(e)

Vous sentez-vous fatigué(e) durant la journée ? Oui

Non, mais je fais une sieste

Non, et je ne fais pas de sieste

Vos impressions sur les médicaments (échelle ECAB)

Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments contre l'anxiété et/ou les somnifères que vous prenez.

Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.

Il est indispensable de répondre à toutes les propositions avec une seule réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.

Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi

VRAI FAUX

Ce médicament est pour moi comme une drogue

VRAI FAUX

Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament

VRAI FAUX

J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament

VRAI FAUX

J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament

VRAI FAUX

J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament

VRAI FAUX

Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade

VRAI FAUX

Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer

VRAI FAUX

Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête

VRAI FAUX

Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin

VRAI FAUX

Pensez-vous que ce(s) médicament(s) peuvent être dangereux pour la santé ? Oui Non
Avez-vous déjà ressenti un ou plusieurs de ces symptômes suite à la prise de ce(s) médicament(s) ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Perte de mémoire | <input type="checkbox"/> Sensations vertigineuses |
| <input type="checkbox"/> Agressivité / agitation | <input type="checkbox"/> Hallucination |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | |

Si oui, cela a-t-il remis en question la prise de ce médicament ? Oui Non

Si non, avez-vous ressenti d'autre(s) symptôme(s) que ceux cités ci-dessus ? Oui Non

Si oui,
lesquels ?

Vous a-t-on déjà proposé d'arrêter de prendre ce(s) médicament(s) ? Oui Non

Si oui, qu'avez-vous ressenti ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rien | <input type="checkbox"/> Mes douleurs sont devenues insupportables |
| <input type="checkbox"/> Je n'ai plus dormi | <input type="checkbox"/> J'ai eu des hallucinations |
| <input type="checkbox"/> J'ai eu des crises d'angoisse | <input type="checkbox"/> J'ai fait des cauchemars |
| <input type="checkbox"/> | Autre : |

.....

Si non, avez-vous essayé de l'arrêter seul ou de diminuer les doses ?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Oui j'ai essayé de diminuer les doses |
| <input type="checkbox"/> Oui j'ai essayé de l'arrêter |
| <input type="checkbox"/> Non |

Voudriez-vous arrêter de prendre ce(s) médicament(s) ? Oui Non

D'après vous, que se passera-t-il si vous arrêtez complètement de prendre ce(s) médicament(s) ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rien | <input type="checkbox"/> Mes angoisses seront difficilement supportables |
| <input type="checkbox"/> Je ne dormirai plus | <input type="checkbox"/> Je m'énerverai plus facilement |
| <input type="checkbox"/> Je déprimerai | <input type="checkbox"/> J'aurai peur |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

En quelques mots, comment définissez-vous ce(s) médicament(s) ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 3 : recueil libre du ressenti des patients

Addictif

Facilité de s'endormir

Une qualité de sommeil

Mauvais mais on ne peut pas s'en passer

Un médicament comme un autre

Nécessaire pour dormir

Aide à me rendormir

Aide au moral

Une habitude

Aide à supporter la maladie

Indispensable pour dormir

Un médicament comme un autre

Il est efficace pour dormir

C'est un bon médicament dont on ne peut pas se passer

Pour moi c'est bien comme ça

Une habitude dans ma tête

C'est ce qui me fait tenir le coup

J'aimerais pouvoir m'en passer mais je ne peux pas

C'est une drogue, mais je ne sais pas comment faire sans

C'est un bon médicament auquel on est accro

Une mauvaise habitude dont on n'arrive pas à se passer

Une habitude dont on ne peut pas se passer

Il faut que je le prenne pour supporter mes soucis

Un besoin dans la tête

Il aide un peu

Quelque chose pour aller mieux

Une assurance de pouvoir faire une bonne nuit quand on est fatigué et nerveux

Il aide à supporter la solitude (décès conjoint)

Une drogue

Il est nécessaire pour dormir

Pour moi il est indispensable

Une béquille nécessaire et obligatoire pour continuer d'avancer mais dont on n'arrive pas à se débarrasser complètement

C'est un médicament de confort

Ça m'aide à m'endormir

Ça me fait du bien quand je ne suis pas bien

Une aide pour dormir

Ça me fait toujours de l'effet, je me sens mieux moralement

C'est une aide pour m'assoupir et pour passer une nuit calme

Je ne peux pas me reposer sans

C'est comme une drogue car on ne peut plus s'en passer

Ça m'apporte la tranquillité pendant une paire d'heure

J'ai l'impression que ce médicament me décontracte

C'est dans ma tête mais ça m'aide à dormir

Une habitude sans laquelle on ne peut pas dormir

Il m'aide pour m'endormir

Il me fait dormir quand ça ne va pas

C'est un médicament efficace

Ça m'aide à trouver le sommeil

C'est une drogue

C'est une habitude dont on ne peut plus se passer

Résumé

Introduction : les personnes âgées dépassent fréquemment la durée recommandée de prise de benzodiazépines et Z drogues. Le but de notre étude est d'évaluer la perception par les patients de plus de 65 ans de leur dépendance à leur consommation chronique en BZD et Z drogues afin d'en faciliter l'arrêt.

Matériel et méthodes : nous avons inclus 50 patients consommant ces produits depuis plus d'un an au cours de consultations en médecine générale. Le questionnaire comporte 3 parties : prise médicamenteuse, évaluation du sommeil, et ressenti du patient avec notamment utilisation de l'Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines (ECAB).

Résultats : l'âge moyen des patients est de $71,8 \pm 6,1$ ans et comporte 54% de femmes. 72% sont en monothérapie avec une durée de prise de $12,0 \pm 10,8$ ans. La moyenne du score ECAB est de $6,4 \pm 2,1$. 60% considèrent leurs médicaments comme dangereux, 32% se sont déjà vus proposer un arrêt de traitement. Les patients désirant interrompre leur médicament ($n= 28$) sont significativement plus jeunes ($70,3 \pm 4,3$ vs $73,8 \pm 7,5$; $p=0,05$), et trouvent leur traitement dangereux ($22/30$; 73% vs $6/20$; 30% ; $p=0,003$). Les patients sous bromazépam ($2/8$; 25% vs $26/42$; 62% ; $p=0,06$) ou sous médicament à demi-vie longue ($4/12$; 33% vs $24/38$; 63% ; $p=0,07$) rapportent moins fréquemment une envie d'arrêter que les autres. L'ECAB est significativement différent selon les terciles d'ancienneté de prise des médicaments (années) (≤ 7 : $5,7 \pm 2,0$; $[7-12]$: $5,9 \pm 2,5$; ≥ 13 : $7,7 \pm 1,3$; $p=0,009$). Les personnes à qui a été suggéré un arrêt de leur somnifère ont un score ECAB significativement plus élevé que les autres ($7,6 \pm 1,5$ vs $5,9 \pm 2,2$; $p=0,009$).

Conclusion: ces résultats nous laissent à penser que les interventions les plus précoces, en insistant sur les effets indésirables à long terme, permettent d'améliorer l'arrêt de ces molécules. Le meilleur moyen d'éviter la consommation chronique reste la prévention à l'introduction du traitement.

Titre en anglais: Evaluation of elderly's perception of the risks of their chronic benzodiazepine and Z drug consumption.

Thèse de médecine générale année 2018

Mots clefs : personnes âgées, addiction, benzodiazépines, hypnotiques, consommateur chronique

Université de Lorraine

Faculté de médecine de Nancy

9 avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex