

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 11 septembre 2014 à Poitiers
par **Monsieur Arnaud FAURIE**

**Les déterminants du renouvellement des benzodiazépines et
apparentées au-delà de trois mois.**
Une étude quantitative auprès de 187 médecins généralistes de
Poitou-Charentes.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean Louis Senon

Membres : Monsieur le Professeur José Gomes
Madame le Docteur Virginie Migeot
Monsieur le Docteur Vincent Brunet

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bernard Frêche

RESUME

Contexte. La France est un grand consommateur de benzodiazépines et apparentées. Ces molécules, essentiellement prescrites en Médecine Générale, sont à l'origine de plusieurs problématiques, dont celle de l'utilisation prolongée. Malgré une durée maximale de prescription fixée à quatre semaines pour les hypnotiques, et douze pour les anxiolytiques, la durée moyenne de prescription est de cinq mois. L'objectif de cette étude était d'identifier quels déterminants ont un impact dans la décision de renouveler une benzodiazépine au-delà de trois mois.

Méthode. L'étude était quantitative, et a été menée auprès de 187 médecins généralistes. Dix-huit déterminants de la prescription médicamenteuse issus d'une revue de la littérature leur ont été soumis. Ils ont estimé l'impact de chaque déterminant sur leur pratique de renouvellement de benzodiazépines, à l'aide d'une échelle d'Osgood cotée de zéro à dix. Nous avons calculé l'impact médian de chaque déterminant, lorsqu'il était supérieur à cinq, nous avons considéré que son impact était important.

Résultats. Les déterminants: formation médicale initiale des étudiants en médecine, formation médicale continue, aptitudes professionnelles, contraintes de temps, exigences des patients, manque d'alternatives thérapeutiques, manque de coordination interprofessionnelle, vision optimiste du médicament et perception d'une pression sociale ou d'une augmentation des problèmes psycho-sociaux, avaient un impact médian strictement supérieur à cinq.

Conclusion. Neuf déterminants ont un impact sur la décision de renouveler une benzodiazépine au-delà de trois mois en Médecine Générale. Ils sont identifiables dans les trois composantes de la consultation de Médecine Générale : le médecin, le patient et l'environnement. Il serait intéressant de les porter à la connaissance des médecins et des étudiants en médecine en vue d'améliorer les pratiques.

MOTS CLES

Déterminants. Benzodiazépines. Prescription. Médecine Générale

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2014

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 11 septembre 2014 à Poitiers
par **Monsieur Arnaud FAURIE**

**Les déterminants du renouvellement des benzodiazépines et
apparentées au-delà de trois mois.**
Une étude quantitative auprès de 187 médecins généralistes de
Poitou-Charentes.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean Louis Senon

Membres : Monsieur le Professeur José Gomes
Madame le Docteur Virginie Migeot
Monsieur le Docteur Vincent Brunet

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bernard Frêche



Le Docteur

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (surnombre)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (surnombre)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (de septembre à décembre)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean Louis Senon

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur José Gomes

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de participer à mon jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Virginie Migeot

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect

A Monsieur le Docteur Vincent Brunet

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury et je vous en remercie. Je vous remercie également d'avoir fait partie de ceux qui m'ont fait découvrir et aimer la Médecine Générale.

A Monsieur le Docteur Bernard Frêche

Je vous suis sincèrement reconnaissant de m'avoir proposé le sujet de cette étude. Merci pour votre soutien, vos conseils et vos encouragements. Veuillez accepter l'expression de mon plus profond respect.

A mes parents

Merci pour votre amour, votre soutien, et les sacrifices que vous avez fait pour me permettre de prêter ce serment aujourd'hui, et d'exercer ce métier. Aucun mot ne pourrait suffire à vous exprimer tout mon amour et toute ma reconnaissance.

A mes regrettés grands-parents paternels et maternels

J'aurais tant aimé vous avoir près de moi en ce jour si important.

A Laure

Merci d'être toujours là dans les moments heureux comme dans ceux plus difficiles. Merci d'avoir supporté mes humeurs durant ces longs mois de travail. Un nouveau chapitre de notre vie va enfin s'ouvrir, je sais qu'il sera encore plus beau que les précédents.

A ma famille et mes amis

Pour votre soutien et votre affection

A Earl et Fripouille

Pour votre tendresse et votre fidélité

A mes maitres de stages, aux médecins qui m'ont enseigné ce métier durant ces années.

J'espère être digne de leur enseignement.

Aux médecins ayant participé à l'étude

Merci de m'avoir accordé un peu de votre temps.

A Madame Cousin de l'URML Poitou Charentes

Merci de m'avoir aidé à diffuser cette étude auprès des médecins généralistes de la région, et pour votre disponibilité.

A Safia Bousbaine

Merci pour votre aide en biostatistiques, qui me fut essentielle. Merci pour votre disponibilité.

PLAN

1.	Introduction	2
2.	Matériels et méthode	6
2.1	Objectifs	6
2.1.1	<i>Objectif principal</i>	6
2.1.2	<i>Objectifs secondaires</i>	6
2.2	Matériels.....	6
2.2.1	<i>Identification de déterminants</i>	6
2.2.2	<i>Sélection de déterminants.....</i>	7
2.2.3	<i>Réalisation du questionnaire</i>	13
2.3	Méthode.....	14
2.3.1	<i>Type d'étude</i>	14
2.3.2	<i>Population étudiée et échantillon :.....</i>	14
2.3.3	<i>Déroulement de l'enquête :</i>	15
2.3.4	<i>Analyse des données :.....</i>	15
2.3.5	<i>Considérations légales et éthiques</i>	16
3.	Résultats	17
3.1	Profil des médecins interrogés	17
3.2	Représentativité de l'échantillon :.....	18
3.3	Résultats principaux :.....	19
3.4	Résultats secondaires.....	23
4.	Discussion	30
4.1	Forces et faiblesses :.....	31
4.2	Discussion des résultats principaux :.....	32
4.3	Discussion des résultats secondaires	44
5.	Conclusion	46

1. Introduction

Dans son rapport « L'état des lieux de la consommation de benzodiazépines en France », l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) pointe l'importance de la consommation et de la prescription de benzodiazépines. (1) Commercialisées depuis les années soixante, les benzodiazépines ont vite rencontré un grand succès, tant auprès des prescripteurs que des patients. En 1977, le diazépam était le médicament le plus prescrit aux Etats Unis. En Europe, 4 à 8% de la population en consommait. (2)

Cependant, dans les années quatre-vingt, apparaissent des critiques, visant l'utilisation au long cours, ainsi que le risque de pharmacodépendance. (3) En 1984, Dutilleux dénonce leur banalisation, l'augmentation de la prévalence d'utilisation et de la consommation au long cours. (4) La prise de conscience de ces problèmes mena le Professeur Legrain à produire un rapport en 1990 sur l'utilisation des hypnotiques et des anxiolytiques. (5) Dans ce document, il recommande une amélioration de la formation des professionnels de santé, l'éducation des patients, et une réglementation de la prescription. Ce rapport conduisit à l'adoption de l'arrêté du 7 octobre 1991 réduisant la durée maximale de prescription des benzodiazépines hypnotiques à quatre semaines, et à douze semaines pour les anxiolytiques. (6) Cinq ans plus tard, dans un rapport sur la consommation de psychotropes en France, le Professeur Zarifian constate une consommation de benzodiazépines toujours aussi importante. (7) Parmi les recommandations du Professeur Legrain, seule la limitation de durée de prescription a été admise, n'empêchant pas le renouvellement des prescriptions.

Les premières recommandations émises par les autorités de santé furent les Références Médicales Opposables en 1998, puis les fiches de transparence de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), rappelant les principes généraux de prescription (durée de prescription, ne pas associer différentes molécules, dose minimale efficace...). (8) En 2001, la recommandation sur la prise en charge du Trouble Anxieux Généralisé de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) rappelait l'importance des moyens non médicamenteux. (9) La Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007, publiait une recommandation concernant les modalités d'arrêt des benzodiazépines chez le sujet âgé, et revenait également sur les modalités générales d'utilisation. (10)

En 2014, en France, vingt-deux benzodiazépines et apparentées sont commercialisées. Les benzodiazépines anxiolytiques sont indiquées dans le traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes. Les benzodiazépines hypnotiques et apparentées sont indiquées pour le traitement des troubles sévères du sommeil en cas d'insomnie transitoire ou occasionnelle. Les benzodiazépines ont aussi une indication dans la prévention et le traitement du délirium tremens et dans le traitement de la comitialité.

L'ANSM a actualisé en décembre 2013 son rapport sur l'état des lieux de la consommation de benzodiazépines en France. (1) Les Français consomment 50 DDJ/1000 habitants d'anxiolytiques et 35DDJ/1000 habitants d'hypnotiques (nombre de Doses Définies Journalières pour 1 000 habitants par jour). Au niveau européen, la France est le deuxième pays consommateur d'anxiolytiques après le Portugal, et le deuxième consommateur d'hypnotiques après la Suède. L'utilisation avait globalement diminué depuis l'an 2000 mais augmente de nouveau depuis 2012, notamment pour les hypnotiques. La durée moyenne d'exposition ne suit pas les recommandations, puisqu'elle est de cinq mois par an pour les anxiolytiques, et de quatre mois par an pour les hypnotiques. Parmi les consommateurs de benzodiazépines à visée anxiolytique, 16,3% d'entre eux en consomment de façon continue, et 50% pendant 5,9 ans sans interruption. Chez les consommateurs de benzodiazépines ou apparentées à visée hypnotique, 17,4% en utilisent de façon continue, 50% d'entre eux en consomment pendant 5 ans sans interruption. Vingt-deux pour cent des consommateurs ont recours à deux benzodiazépines simultanément.

Ce rapport apporte des précisions sur les caractéristiques des consommateurs. Ceux-ci sont majoritairement des femmes et l'usage de benzodiazépines augmente avec l'âge. Vingt-quatre pour cent des patients traités ont une reconnaissance en Affection Longue Durée. Certaines autres études ont permis de mieux caractériser les patients consommateurs de benzodiazépines. Elles retrouvent des patients porteurs de pathologies lourdes ou chroniques, de douleurs, d'un sentiment de mauvaise santé, et d'un âge élevé. (11) (12) D'autres études se penchent sur les caractéristiques des utilisateurs au long cours et elles retrouvent des caractéristiques similaires. (13)(14)(15) Quant aux prescripteurs, le rapport de l'ANSM précise que 88% des prescripteurs sont des médecins libéraux, dont 90% de médecins généralistes. (1)

La consommation de benzodiazépines pose problème puisqu'elle n'est pas dénuée de risques. Outre les effets notamment neuropsychiques mentionnés dans les Recommandations de Bonnes Pratiques, il existe d'autres risques. Récemment, l'étude Benzodem a mis l'accent sur l'augmentation du risque de démence chez les consommateurs chroniques de

benzodiazépines. (16) Les risques de pharmacodépendance et de toxicomanie sont connus et présentés dans un rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) de 2012. (17) Les benzodiazépines peuvent aussi être utilisées dans les cas criminels de soumission chimique. Il existe aussi un usage récréatif des benzodiazépines. D'après l'INSERM, la prévalence d'usage vie entière de benzodiazépines à des fins non médicales chez les adolescents français est estimée à 12,6%. Les effets souhaités des benzodiazépines (sédation, effet hypnotique...) peuvent être à l'origine d'accidents de la voie publique ; d'après Orriols ils entraîneraient un risque relatif d'accident de la voie publique de 1,49. (18)(19) D'autres auteurs se sont intéressés, chez la personne âgée, aux risques de chutes et de fractures, liés à la prise de benzodiazépines. Une revue de la littérature effectuée en 2012, a permis le calcul de la part de fractures évitables en l'absence de prise de benzodiazépine. Ce taux serait de 7,4% en France. (19)

D'autres études se sont intéressées à l'efficacité des benzodiazépines, notamment dans la prise en charge du trouble anxieux. (21) Leur efficacité versus placebo serait modeste, et surtout contre les signes somatiques d'anxiété. Un effet anxiolytique ne persisterait pas au-delà de quatre semaines d'utilisation. Dans une étude sur la prévalence des troubles anxieux et dépressifs chez 4425 patients traités par benzodiazépines au long cours en Médecine Générale, Pelissolo et al ont observé que chez ces patients, traités en moyenne depuis 17 mois, 2,2% des patients ne présentaient aucune symptomatologie anxieuse. (22)

Le Professeur Zarifian, dans son ouvrage nommé « Le prix du bonheur », ou le chercheur Ehrenberg dans « Médicaments psychotropes et individualité », critiquaient la consommation de psychotropes et de benzodiazépines. (23)(24) Pris non seulement pour des pathologies psychiatriques graves, ces médicaments sont aussi consommés pour affronter des événements traumatiques de la vie, pour oublier ou tolérer certains moments difficiles.

Parmi les problématiques liées aux benzodiazépines se dégage celle de la consommation prolongée. Ce sujet intéresse particulièrement la Médecine Générale puisque la majorité des benzodiazépines est prescrite dans cette spécialité. Nous avons voulu savoir pourquoi les médecins généralistes renouvelaient des prescriptions de benzodiazépines au-delà de trois mois, malgré les données actuelles de la science. Nous n'avons pas identifié dans la littérature, d'étude traitant directement des déterminants intervenant dans le renouvellement d'une prescription de benzodiazépine au-delà de trois mois ; bien que la littérature décrive des déterminants intervenant dans la prescription médicamenteuse en général, dans la prescription de certaines classes thérapeutiques ou dans la prescription initiale de benzodiazépines.

Ces déterminants, validés dans d'autres contextes que la prescription prolongée de benzodiazépines, ont-ils un impact sur la décision de renouveler un traitement par benzodiazépines ou apparentées au-delà de trois mois en Médecine Générale ?

2. Matériels et méthode

La première étape de ce travail était l'identification et la sélection de déterminants de la prescription dans la littérature. Nous avons évalué ensuite auprès de médecins généralistes, leur impact sur la décision de renouveler une benzodiazépine au-delà de trois mois.

2.1 Objectifs

2.1.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence quels déterminants issus de la littérature ont le plus d'impact sur la décision de renouveler une benzodiazépine au-delà de trois mois en Médecine Générale.

2.1.2 Objectifs secondaires

Dans ce travail, nous avons aussi cherché s'il existait des différences d'impacts de ces déterminants entre les différentes catégories socio-démographiques de médecins généralistes.

2.2 Matériels

2.2.1 Identification de déterminants

Nous avons effectué une recherche bibliographique à partir de plusieurs bases de données : Medline, Springerlink, Science Direct, Google Scholar, et la Banque de Données en Santé Publique. Plusieurs équations de recherche ont été utilisées : « Determinants AND General Practice », « Determinants AND Family Practice », « Determinants AND Benzodiazepines » et « Determinants AND Prescribing ».

Les articles sélectionnés devaient avoir pour résultat l'identification d'un ou plusieurs déterminants de la prescription. Ces déterminants pouvaient intervenir dans la prescription médicamenteuse en général, de benzodiazépines, ou d'autres classes thérapeutiques. Les articles traitant de déterminants de prescription dans des domaines très spécialisés ont été écartés. Les nombreuses études portant sur les déterminants du choix d'une chimiothérapie plutôt qu'une autre dans la prise en charge d'un cancer n'ont pas été retenues.

Quatorze articles ont été sélectionnés, dont quatre études quantitatives, sept études qualitatives, un rapport d'expertise et deux revues de la littérature. Ces articles ont été analysés afin d'en extraire des déterminants intervenant dans la prescription médicamenteuse.

2.2.2 Sélection de déterminants

Âge du praticien

Cinq études établissaient le rôle déterminant de l'âge du médecin sur sa pratique de prescription.

Deux travaux montraient que les jeunes médecins étaient les plus forts prescripteurs. Une étude de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) sur les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants, montrait de plus forts taux de prescription chez les praticiens de moins de 45 ans. (25) Le Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES), qui s'est intéressé aux déterminants de la prescription d'antibiotiques, apportait la même conclusion. (26)

A l'opposé, trois études établissaient le rôle déterminant de l'âge élevé du praticien sur la prescription. Le rapport de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) sur le bon usage des médicaments psychotropes, présentait des déterminants issus d'une revue de la littérature, montrant de plus forts taux de prescription chez les praticiens de plus de 60 ans. (27) De même, l'analyse socio-économique de la prescription de Paris et Lancry (28), à partir d'une analyse des données de l'assurance maladie, arrivait à cette même conclusion. Enfin, Lexchin, dans sa revue de la littérature canadienne sur les prescriptions des médecins généralistes retrouvait aussi l'influence d'un âge élevé. (29)

Etant donné la divergence des études sur ce déterminant « âge du praticien », nous avons proposé aux médecins interrogés deux catégories d'âges : jeune et plus élevé. Dans les études, la limite séparant les jeunes des plus âgés variait entre 44 et 60 ans, nous avons donc décidé par consensus au sein du groupe de recherche, de choisir un seuil de 55 ans.

Le genre du médecin :

Deux études établissaient que le sexe masculin du médecin était un déterminant de la prescription.

L'étude de la DREES sur les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants, mettait en évidence un plus fort taux de prescription chez les médecins de genre masculin.

(25) Lexchin, dans sa revue de littérature, constatait lui aussi ce rôle déterminant du sexe masculin du médecin. (29)

Le rapport du médecin au médicament :

La sociologue Vega, dans « Prescription du médicament en Médecine Générale », a identifié suite à une étude qualitative, des déterminants sociaux et culturels de la prescription. (30) L'auteure a identifié un rôle déterminant de la vision optimiste du médicament, vu comme un produit bénéfique pour le patient, sans prendre en compte ses limites et ses effets indésirables. La thèse de Schouler-Bourjal « Les déterminants de la prescription des benzodiazépines, étude qualitative réalisée auprès de seize médecins généralistes de Moselle. », établissait de même, le rôle de l'opinion positive des médecins envers les benzodiazépines. (31)

La formation médicale initiale :

Le professeur Zarifian, dans son rapport d'expertise sur la prescription des psychotropes, jugeait la Formation Médicale Initiale (FMI) des médecins généralistes déterminante sur la pratique de prescription des psychotropes. (7) Il estimait que la formation à la psychiatrie et à la psychopathologie des médecins généralistes était insuffisante. Reprochant également, que durant leurs études, les futurs médecins généralistes étaient surtout confrontés à la psychiatrie hospitalière, et non à des malades anxieux ou déprimés suivis en ambulatoire. Ce déterminant se retrouvait également dans le rapport de l'OPEPS sur le bon usage des médicaments psychotropes, où les auteurs pointaient l'influence du manque d'enseignement de la psychopathologie aux futurs médecins généralistes. (27) La sociologue Vega a mis aussi en évidence le rôle du manque de formation en pharmacologie associé à un manque de regard critique envers les médicaments. (30) Vega pointait aussi le manque de formation aux alternatives thérapeutiques non médicamenteuses. Elle a retrouvé chez les médecins « petits prescripteurs », un choix professionnel « d'emblée orienté vers la Médecine Générale », un cursus varié et transversal (PMI, social, pénitentiaire...), entraînant selon elle, une vision globale de la médecine et de la société et donc, une moindre médicalisation des problèmes courants au profit d'une écoute empathique.

La formation continue

Le CREDES, dans son étude sur les déterminants de la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë, a montré que les médecins participant régulièrement à des séances de Formation Médicale Continue (FMC) prescrivait moins d'antibiotiques. (26) L'influence de la formation médicale continue sur la prescription d'antibiotiques a également été établie dans la revue de littérature de Tremolières en 2003. (32) Vega, dans son étude, retrouve une plus forte prescription médicamenteuse chez les médecins généralistes échangeant peu sur leurs pratiques avec leurs confrères. Alors que ces échanges se font lors des séances de FMC de type groupes de pairs, ou échanges et analyse des pratiques. (30)

L'influence de l'industrie pharmaceutique

Le Professeur Zarifian considérait l'influence de l'industrie pharmaceutique comme un déterminant favorisant la prescription de psychotropes. (7) Il a critiqué le rôle des firmes pharmaceutiques, souvent sources d'informations des médecins. La visite de délégués médicaux a été considérée comme déterminante sur la prescription médicamenteuse dans l'étude du CREDES. (26) En 1992, dans « Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practitioners principals and trainees », les auteurs mettaient en évidence que les forts prescripteurs de benzodiazépines s'estimaient influencés par les firmes pharmaceutiques. (33) La sociologue Vega abordait ce déterminant dans un sens différent. En effet, elle mettait en évidence, chez les « petits prescripteurs », une prise de distance face à l'industrie pharmaceutique. (30)

L'activité et les contraintes de temps

La charge de travail liée à l'activité est un déterminant de la prescription médicamenteuse selon plusieurs études.

Dans leur analyse socio-économique de la prescription médicamenteuse, Paris et Lancry établissaient, selon les données quantitatives de l'assurance maladie, qu'un nombre d'actes journaliers élevé correspondait à un taux de prescription élevé. (28) De même, dans l'étude du CREDES, les auteurs mettaient en évidence que plus les médecins effectuaient d'actes, plus leurs taux de prescription d'antibiotiques étaient élevés. (26) Enfin, le rapport de l'OPEPS sur le bon usage des médicaments psychotropes montrait un lien positif entre le taux de prescription et le volume d'une patientèle. (27) Citant notamment l'étude de Oxman et al sur la prescription d'antidépresseurs en soins primaires, où les auteurs montraient que le taux de

prescription de ces molécules augmentait avec le nombre de patients consultant par semaine. (34)

La charge de travail subie peut être rapprochée du facteur contrainte de temps décrit dans d'autres travaux. Schouler-Bourjal, constatait que des médecins estimaient parfois manquer de temps pour réaliser la totalité de leur prise en charge, et donc que la prescription de benzodiazépines serait un moyen d'abrégéer une consultation. (31) Cette notion de prescription ayant pour but de réduire le temps de la consultation se retrouve dans les travaux de Vega chez les médecins forts prescripteurs. (30) De même Cormack et Howells ont montré que les « grands prescripteurs » de benzodiazépines considéraient ce type de prescription comme un gain de temps. (33)

Les aptitudes professionnelles du médecin

Le caractère déterminant des aptitudes professionnelles sur la prescription médicamenteuse est établi dans deux études.

Vega a identifié chez les « petits prescripteurs », la présence d'une écoute plus empathique des patients. (30) Chez les « grands prescripteurs », elle trouvait que la prescription rassurait le médecin, lui permettait de faire face à ses doutes, signe d'une intolérance à l'incertitude. Cette même incertitude a été établie comme un déterminant de la prescription par la DREES. (25)

Cormack et Howells, ont observé que les médecins peu prescripteurs de benzodiazépines dans les troubles psycho-sociaux, cherchaient une meilleure approche psychologique de leurs patients. Ces derniers estimaient que la prise en charge des problèmes sociaux faisait partie de leur travail. Les auteurs n'ont pas trouvé, chez les vingt-cinq médecins de leur étude, de différence de prescription entre ceux identifiés comme emphatiques et les autres. Mais les médecins empathiques estimaient qu'ils prescriraient moins de benzodiazépines en améliorant leurs compétences psychologiques. (33)

L'épanouissement professionnel

Vega a établi le caractère déterminant de l'épanouissement professionnel des médecins. (30) Dans cette étude qualitative sur la prescription médicamenteuse d'un échantillon de trente médecins généralistes, elle a identifié chez les « gros prescripteurs », des praticiens présentant un épuisement professionnel, un surmenage et un sentiment de manque de reconnaissance.

Vega a identifié le manque d'épanouissement professionnel comme un déterminant favorisant la prescription médicamenteuse. Nous avons proposé ce déterminant lors de l'étude ainsi que

son contraire afin de savoir si nos médecins interrogés estimaient qu'un niveau élevé d'épanouissement professionnel pouvait être déterminant dans la décision de ne pas renouveler une benzodiazépine au-delà de trois mois.

L'âge du patient

L'étude de la DREES a montré, après l'analyse des prescriptions de 922 praticiens, le rôle déterminant de l'âge du patient. (25) Les patients âgés se sont vus prescrire plus de médicaments que les jeunes. Dans l'étude Polychrome, les auteurs ont analysé de façon qualitative des déterminants de la polyprescription en Médecine Générale, confirmant aussi le rôle de l'âge élevé des patients. (35)

Ce déterminant se retrouvait également dans des études portant sur les caractéristiques des patients consommateurs de benzodiazépines, et dans les études épidémiologiques. Le rapport de l'ANSM sur la consommation de benzodiazépines en France a montré que la prévalence d'exposition aux benzodiazépines augmentait avec l'âge des patients. (1)

Le genre du patient

Nous avons retrouvé trois études établissant que le genre féminin était un facteur déterminant de la prescription médicamenteuse.

Le genre féminin a fait partie des déterminants intervenant dans la prescription des médecins généralistes identifiés par la DREES. (25) Lexchin, dans sa revue de littérature sur la prescription par les médecins généralistes canadiens, a identifié le genre féminin comme facteur déterminant de la prescription. (29) La revue de littérature réalisée par l'OPEPS dans son rapport sur les psychotropes confirmait que, quel que soit le profil des médecins, ces derniers prescrivaient plus aux femmes. (27) Le rapport de l'ANSM constatait que 64,2% des consommateurs de benzodiazépines étaient des femmes. (1)

Souhaits, choix et exigences des patients

Le rôle déterminant de la demande du patient a été mis en évidence dans trois études.

Schouler-Bourjal, a montré que les médecins estimaient répondre parfois à une demande de résultat rapide, voire à une exigence des patients, les poussant à la prescription de benzodiazépines. (31) Dans l'étude Polychrome, les médecins interrogés affirmaient retrouver parfois une certaine inertie au changement chez le patient, un refus de changer ou modifier leur traitement. (35)

Cormack et Howells, mettaient en évidence, chez les « gros prescripteurs » de benzodiazépines, la perception d'une attente de prescription de benzodiazépine de la part des patients. (33)

Le mode de rémunération des médecins généralistes en France

Vega a attribué indirectement le rôle de déterminant de la prescription médicamenteuse au mode de rémunération des médecins généralistes français. (30) Selon elle, ce système ne favoriserait pas la réalisation de consultations adaptées à la pratique d'une bonne écoute du patient. Ce même aspect a été abordé par Zarifian. (7) Selon lui, ce mode de rémunération, et notamment le prix de la consultation ne permettraient pas la réalisation de consultations longues et approfondies, nécessaires à la prise en charge efficace des problèmes psychosociaux.

La DREES montrait que l'appartenance au secteur I constituait un déterminant de la prescription. Enfin, le rapport de l'OPEPS sur la prescription de psychotropes montrait aussi le rôle déterminant du paiement à l'acte. (27)

Le manque d'alternatives thérapeutiques aux benzodiazépines

Schouler-Bourjal a mis en évidence le caractère déterminant du manque d'alternatives médicamenteuses à la prescription de benzodiazépines dans les problèmes d'anxiété et d'insomnie, mais aussi la difficulté d'accès à des réponses non médicamenteuses. (31)

Vega pointait l'insuffisance de formation aux techniques non médicamenteuses. (30) Par ailleurs, Cormack et Howells mettaient en évidence, chez les « petits prescripteurs » de benzodiazépines, un désir plus important de proposer des méthodes non médicamenteuses. (33)

Pression sociale et augmentation des problèmes psychosociaux

L'étude Polychrome a mis en évidence un déterminant « pression sociale » favorisant la polyprescription. (35) Zarifian pointait la pression de la société, celle-ci rechercherait une forme de « performance sociale », consistant à rester en permanence dans un état de bon fonctionnement psychique, un refus de toute forme d'inconfort, qu'il soit psychique ou physique. (7)(23) Cette pression conduirait le patient à demander, et le médecin à prescrire des psychotropes. Cela aurait pour effet de permettre d'accepter les traumatismes de la vie et les situations stressantes.

Schouler-Bourjal, mettait en évidence, chez les médecins interrogés, la perception d'une augmentation des problèmes sociaux, les poussant à prescrire plus de benzodiazépines afin d'aider leurs patients à les surmonter. (31)

Le manque de coordination interprofessionnelle :

Vega a pointé un manque de coordination interprofessionnelle inhérent à l'organisation des soins en France. Elle y observait plusieurs difficultés, notamment le manque de coordination des soins entre professions médicales et la quasi absence de relations entre médecins et professionnels non médicaux (30). L'étude Polychrome mettait également en évidence le rôle déterminant de l'organisation du système de soins et le manque de coordination. (35) Ce déterminant était validé par le CREDES, qui mettait en évidence un plus faible taux de prescription chez les médecins généralistes participant à un réseau de soins. (26)

2.2.3 Réalisation du questionnaire

Nous avons choisi de réaliser ce questionnaire sous forme électronique grâce à l'outil création de questionnaire de Google Drive.

Ce questionnaire avait pour but de mesurer l'impact de chacun des déterminants, ressenti par les médecins, sur la décision de renouveler une benzodiazépine au-delà de trois mois. Les dix-huit déterminants ont été proposés. Nous avons initialement créé deux formes de questionnaires. Le premier présentait les déterminants sous forme de phrases complètes, le deuxième présentait uniquement le contenu du déterminant. Les deux formes de présentation ont été soumises à deux médecins généralistes qui ont jugé la première version plus compréhensible.

S'agissant de tester l'hypothèse selon laquelle les déterminants issus de la littérature ont un impact sur la pratique des médecins de l'échantillon, nous avons utilisé une méthode quantitative. Afin d'évaluer l'impact ressenti pour chaque déterminant, nous avons utilisé une échelle sémantique différentielle d'Osgood. Cet outil permettait de situer l'impact ressenti pour le déterminant proposé, entre impact nul et impact fort. Cette échelle était cotée de zéro à gauche associé à la mention « aucun impact », à dix à droite, associé à la mention « impact fort ».

Une partie du questionnaire recueillait les caractéristiques socio-démographiques du médecin interrogé. On y renseignait le sexe, l'âge, l'année d'installation, le lieu d'installation (rural, semi-urbain, urbain, selon les critères de l'INSEE), le nombre moyen d'actes quotidiens. Enfin, nous demandions au médecin s'il pensait prescrire trop de benzodiazépines, et à quelle

fréquence estimait-t-il réaliser des renouvellements de benzodiazépines au-delà de trois mois. Une zone libre était destinée à recueillir d'éventuels commentaires.

L'outil informatique Google Drive permettait de garantir l'anonymat des participants et de leurs réponses. Celles-ci n'étaient visibles que par l'investigateur et protégées par un mot de passe. Ainsi, les praticiens pouvaient exprimer librement leur opinion, sans crainte de jugement, et ne pouvaient pas être influencés par les réponses des autres participants.

2.3 Méthode

2.3.1 Type d'étude

Notre travail était une enquête descriptive transversale des pratiques de renouvellement de benzodiazépines ou apparentées au-delà de trois mois en Médecine Générale. Il a été réalisé selon une méthode quantitative s'appuyant sur des variables quantitatives obtenues par une échelle sémantique différentielle. L'étude a été effectuée de façon informatisée, auto administrée et anonyme, auprès de médecins généralistes de la région Poitou-Charentes.

2.3.2 Population étudiée et échantillon

La population cible de l'étude était constituée par l'ensemble des médecins généralistes exerçant selon un mode libéral en Poitou-Charentes.

Les critères d'inclusion pour l'échantillonnage sont :

- Praticien exerçant la Médecine Générale
- Exercice libéral de la Médecine Générale
- Exercice dans la région Poitou-Charentes

Les médecins remplaçants n'ont pas été inclus dans l'étude. Nous avons préféré nous limiter aux praticiens suivant une patientèle établie et fixe. Les médecins remplaçants pouvant avoir une pratique de renouvellement de benzodiazépines différente des médecins installés.

Nous avons contacté l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes (URML) afin de bénéficier de leur base de données d'adresses courriels de médecins généralistes de la région. Cet organisme disposait de l'adresse courriel de 1087 médecins généralistes sur les 1787 recensés dans la région.

2.3.3 Déroulement de l'enquête

Les praticiens ont été contactés par courrier électronique. Ce mode de communication permettait de limiter le dérangement occasionné par le temps de réponse au questionnaire. Il a été préféré au courrier postal, pour des raisons de coût et de logistique, mais aussi parce que le courrier électronique permettait de toucher un plus grand nombre de praticiens et limitait le nombre de manipulations des réponses, et donc le risque d'erreurs.

L'enquête prenait la forme d'un courriel présentant l'étude, son intérêt, la finalité des données collectées, et invitait le lecteur à cliquer sur un lien renvoyant vers le questionnaire. Le caractère anonyme de la collecte de données et les coordonnées des investigateurs y étaient rappelés.

L'URML Poitou-Charentes s'est chargé de l'envoi de l'enquête auprès des médecins. Son dispositif d'envoi de courriels permettait de savoir, outre le nombre de courriels envoyés, le nombre de courriels ouverts par leurs destinataires, mais surtout, combien de lecteurs avaient cliqué sur le lien menant au questionnaire. Par contre, il n'était pas possible de connaître l'identité des répondants comme des non répondants.

Nous avons procédé à un premier envoi le 14 janvier 2014, puis à deux relances le 30 janvier 2014 et le 24 février 2014 avant de clôturer l'enquête le 6 mars 2014.

2.3.4 Analyse des données

L'application utilisée pour créer le questionnaire et recueillir les données présentait automatiquement les résultats sous la forme d'une feuille de calcul. L'analyse statistique des données a été réalisée avec l'aide d'une interne du service de Santé Publique du CHU de Poitiers.

Les caractéristiques de sexe et d'âge ont été comparées à celles des médecins généralistes de Poitou-Charentes, afin d'établir la représentativité de l'échantillon. Les variables quantitatives ont été comparées à l'aide d'un test de Student, les variables qualitatives à l'aide d'un test du Khideux. Les réponses de l'échantillon ont été présentées à l'aide de leur médiane et quantiles, pour les données qualitatives ; et à l'aide de moyennes et écarts-types pour les données quantitatives.

La variable principale de l'étude était l'impact de chaque déterminant estimé par les médecins de l'échantillon. S'agissant de données issues d'une échelle ordinale, nous avons raisonné sur la médiane de ces variables. Le critère d'évaluation principal était, pour chaque déterminant, la médiane des impacts ressentis par les médecins interrogés. Il s'agissait d'un nombre entier

compris entre zéro et dix. Par consensus du groupe de recherche, nous avons décidé qu'un déterminant avait un impact significatif lorsque son impact médian était strictement supérieur à cinq. Pour chaque déterminant, nous avons calculé la proportion de réponses lui attribuant un impact strictement supérieur à cinq.

L'analyse des objectifs secondaires consistait en une comparaison des réponses entre les différents groupes socio-démographiques. Il s'agissait de tester l'hypothèse selon laquelle deux groupes ont la même médiane. Nous avons procédé à un test de la médiane (test de Mood). Ce test consistait en un test d'indépendance du Khideux à 1 degré de liberté et au risque $\alpha=5\%$ entre deux groupes indépendants. La condition de validité de ce test était que la taille des deux groupes confondus soit supérieure à vingt observations. Les groupes ont été construits autour des variables socio-démographiques, qualitatives ou quantitatives. Pour les variables quantitatives, au sein de chacune, nous avons calculé la médiane des observations, puis construit deux groupes, inférieur et supérieur à la médiane, afin de pouvoir pratiquer un test de Mood.

2.3.5 Considérations légales et éthiques

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés. De même, nous avons soumis notre travail à l'avis du Comité de Protection des Personnes.

3. Résultats

Le mail contenant le questionnaire a été lu par 640 médecins. Nous avons recueilli 187 réponses, soit un taux de réponses de 29%.

3.1 Profil des médecins interrogés

L'âge moyen des médecins interrogés était de 54,3 ans. Ces médecins étaient installés en libéral depuis en moyenne 24,3 ans et réalisaient en moyenne 27 actes quotidiens.

Parmi les 187 médecins généralistes interrogés, 67 étaient des femmes, et 120 étaient des hommes.

		Echantillon			Population		
		Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Age	μ	54,3	56	51	53	55	49
	σ	9	8	9,7	-	-	-
Sexe	n	187	120	67	1787	1197	590
	%		64	36		67	33

μ : moyenne σ : écart-type n : effectif % : proportion

Tableau 1 : Caractéristiques d'âge et de genre de l'échantillon et de la population

Leur lieu d'exercice était surtout rural (82 médecins) puis semi-urbain (59 médecins) et enfin urbain (44 médecins).

	Rural	Semi - Urbain	Urbain
n	82	59	44
%	44	32	24
n : effectif % : proportion			

Tableau 2 : Lieu d'exercice des médecins de l'échantillon

Soixante-sept pour cent des médecins interrogés estimaient prescrire trop de benzodiazépines.

Quarante-quatre pour cent des médecins de l'échantillon estimaient renouveler souvent des prescriptions de benzodiazépines au-delà de trois mois; quarante-quatre pourcent occasionnellement ; Vingt et un pour cent rarement ; un pour cent jamais.

3.2 Représentativité de l'échantillon :

Nous avons comparé les caractéristiques d'âge et de genre de l'échantillon aux données de démographie médicale du Poitou-Charentes publiées en 2013. (36)

La comparaison de l'âge moyen de l'échantillon et de la population par le test de Student à 186 degrés de liberté et au risque $\alpha=0.05\%$, ne mettait pas en évidence de différence significative.

La répartition des genres de l'échantillon n'était pas significativement différente de la population. Cette comparaison a été effectuée par un test du Khideux à 1 degré de liberté, et au risque $\alpha=0.05$.

3.3 Résultats principaux :

Neuf déterminants ont obtenu un impact médian strictement supérieur à cinq. Les déterminants « Formation médicale continue » et « Aptitudes professionnelles » ont un impact médian égal à huit.

Pour les déterminants « Manque d'alternatives professionnelles », « Formation médicale initiale » et « Contraintes de temps », l'impact médian était de sept.

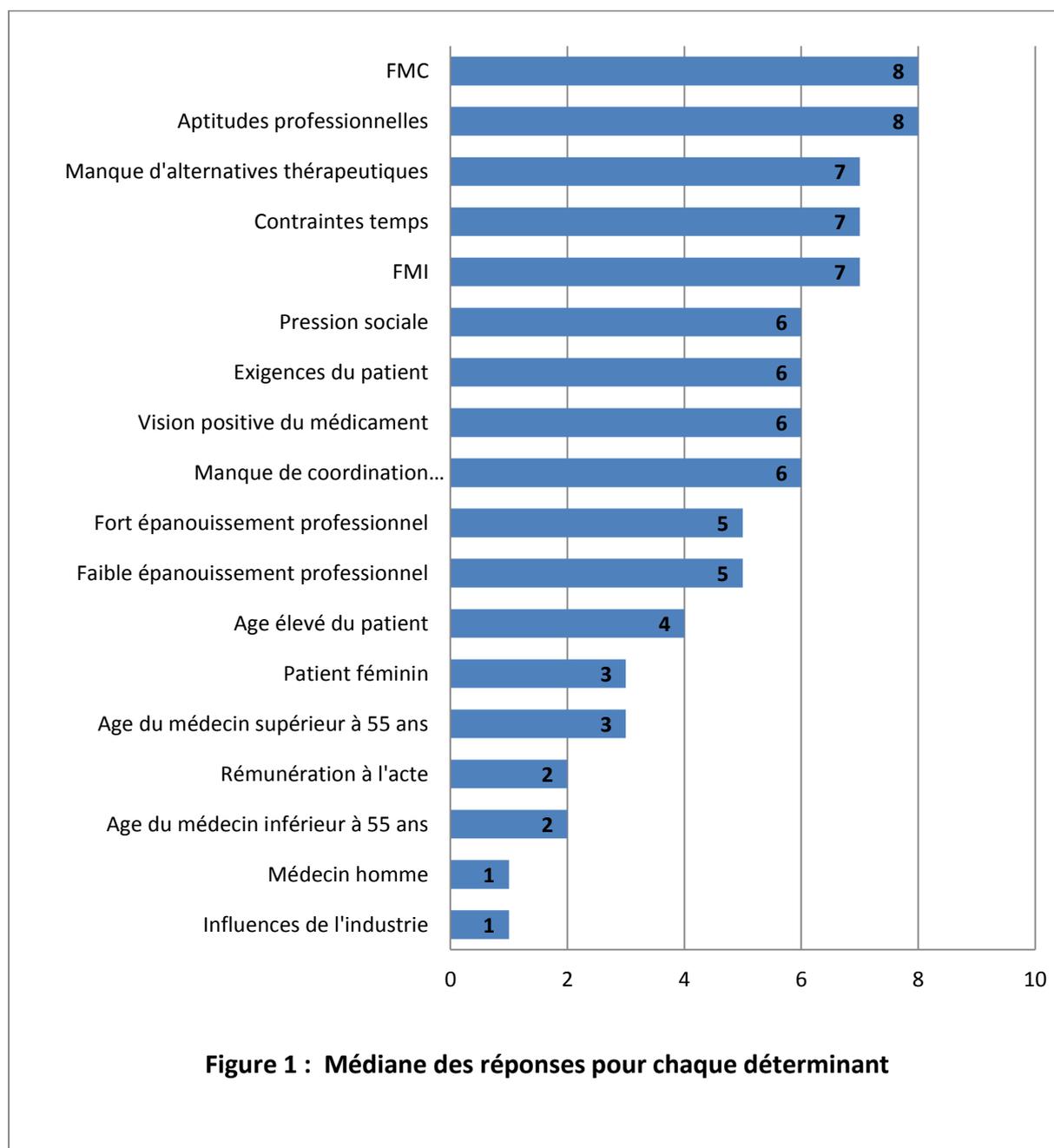
Quatre déterminants ont obtenu un impact médian égal à six, il s'agissait de « La pression sociale ou l'augmentation des problèmes psychosociaux », « Les exigences des patients », « La vision positive du médicament » et « Le manque de coordination interprofessionnelle ».

	25%	Médiane	75%
FMC	6	8	9,5
Aptitudes professionnelles	6	8	9,5
Manque d'alternatives thérapeutiques	5	7	9,5
FMI	5	7	8
Contraintes temps	4	7	8,5
Pression sociale	4	6	8,5
Exigences du patient	4	6	8
Vision positive du médicament	3,5	6	8,5
Manque de coordination interprofessionnelle	3,5	6	7,5
Faible épanouissement professionnel	1	5	7,5
Fort épanouissement professionnel	2	5	8
Age élevé du patient	2	4	7,5
Patient féminin	1	3	5
Age du médecin supérieur à 55 ans	1,5	3	6,5
Rémunération à l'acte	1,5	2	7
Age du médecin inférieur à 55 ans	1	2	4
Médecin Homme	0,5	1	3
Influences de l'industrie	0	1	2

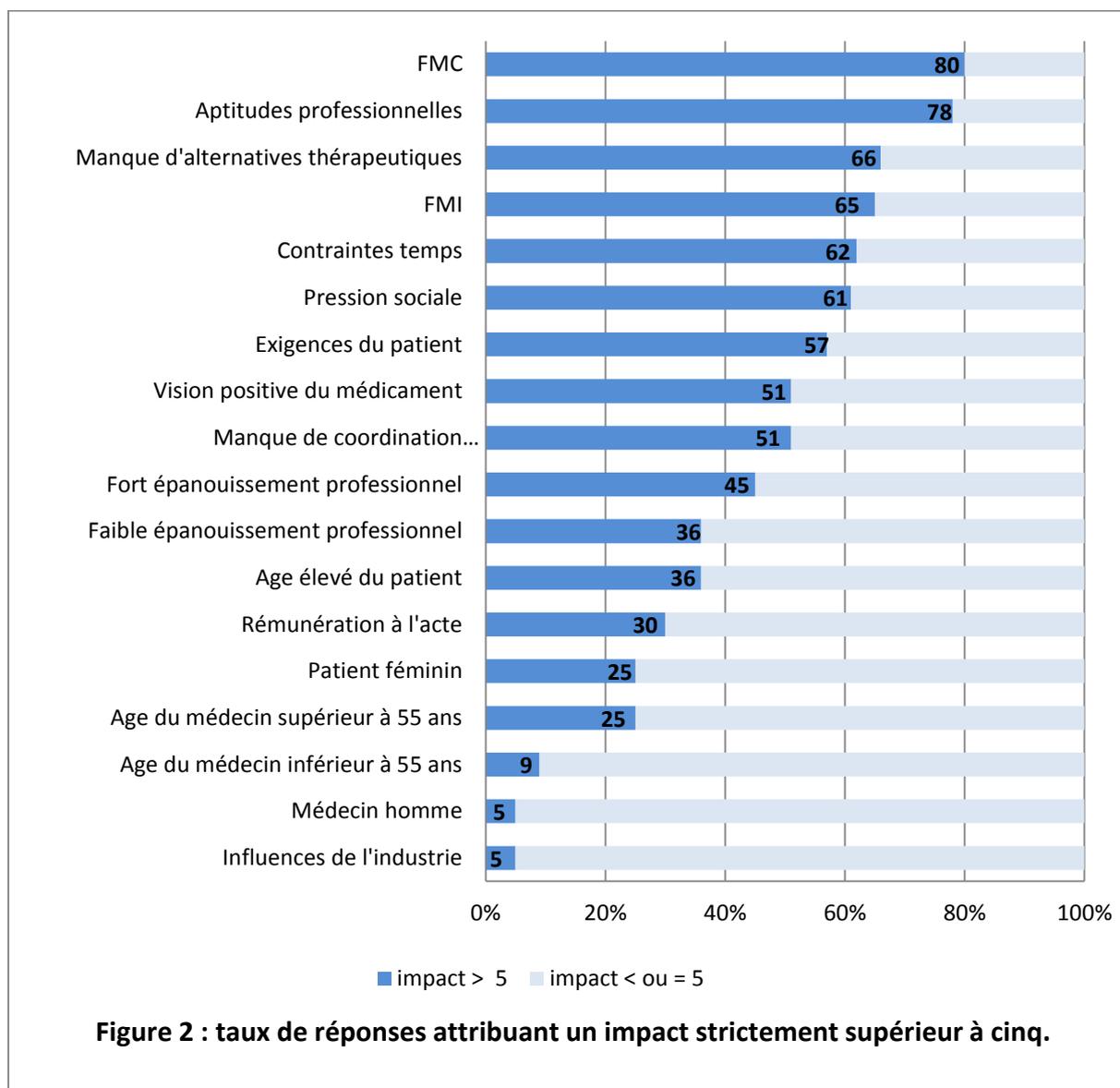
Tableau 3 : Médiane et quantiles des impacts de chaque déterminant

Résumé des réponses

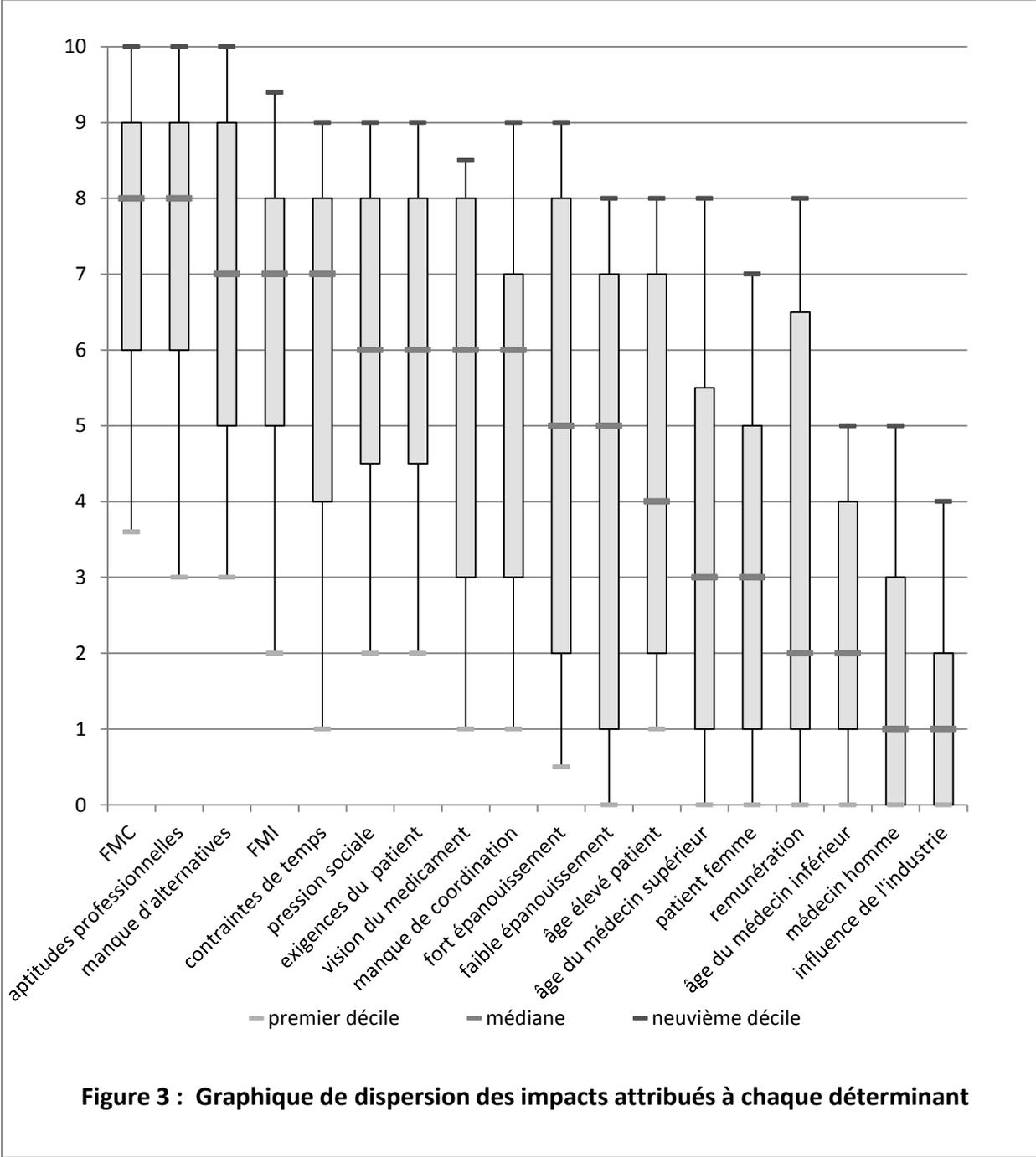
La figure 1, résume les résultats de l'étude.



La figure 2, présente les proportions de réponses attribuant un impact strictement supérieur à cinq aux déterminants.



Les données de dispersion de la variable principale (médiane des impacts), sont présentées dans la figure 3.



Analyse selon le lieu d'exercice urbain ou rural :

L'impact médian du déterminant « âge élevé du patient » était significativement plus élevé chez les médecins exerçant en milieu urbain que chez les médecins à exercice rural. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative pour les autres déterminants entre les médecins urbains et ruraux.

	Md Globales	Ruraux	Urbains	p
Formation Médicale Continue	8	8	7	0,51
Aptitudes professionnelles	8	8	8	0,5
Manque d'alternatives thérapeutiques	7	7	7	0,93
Contraintes temps	7	7	6,5	0,26
Formation Médicale Initiale	7	7	7	0,82
Pression sociale	6	7	7	0,42
Exigences du patient	6	6	6	0,58
Vision positive du médicament	6	5	6	0,57
Manque de coordination	6	7	6	0,06
Fort épanouissement professionnel	5	5	5	0,73
Faible épanouissement professionnel	5	4	5	0,25
Age élevé du patient	4	4	6	0,01
Patient de sexe féminin	3	2,5	4	0,23
Age du médecin supérieur à 55 ans	3	3	3	0,4
Rémunération à l'acte	2	2	3	0,45
Age du médecin inférieur à 55 ans	2	2	2	0,68
Etre un médecin homme	1	1	1	0,42
Influence de l'industrie pharmaceutique	1	1	1	0,72

Md : Médianes p : significativité du test de comparaison des médianes

Tableau 5 : Comparaison des médianes des réponses médecins ruraux et urbains

Analyse selon le lieu d'exercice rural ou semi-urbain :

L'impact médian du déterminant « pression sociale » était significativement plus élevé chez les médecins ruraux que chez les médecins exerçant en milieu semi-urbain. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative pour les autres items entre les médecins ruraux et semi-urbains.

	Md Globales	Md Ruraux	Md Semi-Urbains	p
Formation Médicale Continue	8	8	8	0,5
Aptitudes professionnelles	8	8	8	0,1
Manque d'alternatives thérapeutiques	7	7	7	1
Contraintes temps	7	7	7	0,7
Formation Médicale Initiale	7	7	7	0,1
Pression sociale	6	7	6	0,04
Exigences du patient	6	6	6	0,4
Vision positive du médicament	6	5	5	1
Manque de coordination	6	7	5	0,1
Fort épanouissement professionnel	5	5	5	0,9
Faible épanouissement professionnel	5	4	5	0,6
Age élevé du patient	4	4	4	0,9
Patient de sexe féminin	3	2,5	3	0,2
Age du médecin supérieur à 55 ans	3	3	3	0,7
Rémunération à l'acte	2	2	2	0,8
Age du médecin inférieur à 55 ans	2	2	2	0,5
Etre un médecin homme	1	1	1	0,9
Influence de l'industrie pharmaceutique	1	1	1	0,7

Md : Médianes p : significativité du test de comparaison des médianes

Tableau 6 : Comparaison des médianes des réponses des médecins ruraux et semi-urbains

Analyse selon le lieu d'exercice urbain ou semi-urbain :

L'impact médian du déterminant « fort épanouissement professionnel » était significativement plus élevé chez les médecins semi-urbains que chez leurs confrères à exercice urbain. Les médecins urbains attribuaient un impact significativement plus élevé au déterminant « âge élevé du patient » que les médecins exerçant en milieu semi-urbain. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative pour les autres items entre les médecins urbains et semi-urbains.

	Md Globales	Md Urbains	Md Semi - Urbains	p
Formation Médicale Continue	8	7	8	0,2
Aptitudes professionnelles	8	8	8	0,5
Manque d'alternatives thérapeutiques	7	7	7	0,9
Contraintes temps	7	6,5	7	0,2
Formation Médicale Initiale	7	7	7	0,3
Pression sociale	6	7	6	0,1
Exigences du patient	6	6	6	0,9
Vision positive du médicament	6	6	5	0,6
Manque de coordination	6	6	5	0,2
Fort épanouissement professionnel	5	5	5.5	0,05
Faible épanouissement professionnel	5	5	5	0,4
Age élevé du patient	4	6	4	0,04
Patient de sexe féminin	3	4	3	0,9
Age du médecin supérieur à 55 ans	3	3	3	0,3
Rémunération à l'acte	2	3	2	0,3
Age du médecin inférieur à 55 ans	2	2	2	0,9
Etre un médecin homme	1	1	1	0,4
Influence de l'industrie pharmaceutique	1	1	1	0,5

Md : Médianes p : significativité du test de comparaison des médianes

Tableau 7 : Comparaison des médianes des réponses des médecins urbains et semi-urbains

4. Discussion

Cette étude a permis d'isoler les déterminants parmi ceux extraits de la littérature. Le résultat principal de notre étude est que neuf déterminants, présentés dans le tableau 11, ont un impact sur la décision de renouveler une benzodiazépine au-delà de trois mois en Médecine Générale.

FMC
Aptitudes professionnelles
Manque d'alternatives thérapeutiques
FMI
Contraintes temps
Pression sociale
Exigences du patient
Vision positive du médicament
Manque de coordination interprofessionnelle

Tableau 11 : Déterminants retenus

L'étude permet d'écarter neuf déterminants, présentés dans le tableau 12, qui n'ont que peu voire pas d'impact sur la décision de renouveler une benzodiazépine au-delà de trois mois en Médecine Générale.

Faible épanouissement professionnel
Fort épanouissement professionnel
Age élevé du patient
Patient féminin
Age du médecin supérieur à 55 ans
Rémunération à l'acte
Age du médecin inférieur à 55 ans
Médecin Homme
Influences de l'industrie

Tableau 12 : Déterminants écartés

4.1 Forces et faiblesses

La méthodologie de cette étude comporte des biais de sélection et d'information.

Le biais de sélection est une erreur lors de l'échantillonnage pouvant conduire à ce que l'échantillon ne soit pas représentatif de la population étudiée. (37) Parmi les biais de sélection, l'étude comporte un biais de recrutement. Les destinataires du questionnaire n'ont pas été choisis par tirage au sort. Ceux-ci font partie d'une liste de diffusion électronique de l'URML, on peut supposer que tous les médecins ne disposent pas d'une boîte courriel professionnelle, ou bien que celle-ci ne soit pas connue de l'URML. L'échantillonnage est susceptible d'être faussé par le fait que seulement 640 courriels sur les 2350 envoyés ont été lus. On peut supposer qu'un bon nombre de médecins généralistes sont régulièrement inondés par de nombreux courriels. Le courriel contenant le lien vers l'étude a pu passer inaperçu dans ce flot de courriels quotidiens. Certains destinataires n'ont peut-être pas ouvert le courriel par manque d'intérêt pour le sujet traité. Parmi les biais de sélection, l'étude comporte un biais d'auto-sélection. Ce biais est lié au fait que les sujets décident eux-mêmes de participer ou non à l'étude. (38) Sur les 640 médecins ayant ouvert le courriel, 187 ont répondu à l'enquête. 453 médecins ont décidé de ne pas participer à l'étude, peut-être par manque d'intérêt envers le sujet, manque de temps, voire de lassitude envers les sollicitations en vue d'enquêtes. Les résultats auraient probablement été différents si ces médecins avaient choisi de répondre.

Le biais d'information, ou de mesure, regroupe les erreurs qui peuvent s'introduire dans la mesure des phénomènes pris en compte chez les sujets qui entrent dans l'étude. Dans l'étude, les questions posées aux médecins faisaient appel à leur ressenti, comportant une part de subjectivité, pouvant minimiser ou au contraire majorer l'impact des déterminants.

L'étude montre des limites.

Nous n'avons pas effectué de revue systématique de la littérature, il est fort probable qu'il existe d'autres déterminants validés, que nous n'avons pas inclus à notre travail.

L'étude présente plusieurs forces.

Le taux de participation des médecins sollicités à l'étude est de 29%. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature, d'étude traitant du taux de réponses des questionnaires électroniques dans les études scientifiques. Cependant, les taux de réponses observés dans d'autres travaux à la méthodologie comparable se situent aux alentours de 30%. L'échantillon constitué est représentatif, en termes d'âge et de répartition des genres, des médecins généralistes du Poitou-Charentes.

Les déterminants évalués auprès de l'échantillon étaient issus de la littérature, et chacun était identifié dans plusieurs sources. Ainsi, chaque déterminant proposé était un élément scientifiquement validé.

La méthodologie de cette étude, l'envoi des questionnaires par voie électronique ainsi que le recueil électronique des réponses en font une étude simple et de facilité acceptable.

4.2 Discussion des résultats principaux

Neuf déterminants ont un impact fort sur la pratique de l'échantillon.

La formation médicale continue

Le déterminant « Formation médicale continue des médecins généralistes » est considéré comme fortement influent, en raison d'un impact médian estimé et déclaré par les médecins interrogés, de huit sur une échelle de zéro à dix. Un niveau d'impact supérieur à cinq lui a été attribué dans 80% des réponses.

Ce résultat confirme ceux de Vega dans l'étude qualitative sur les déterminants de la prescription en Médecine Générale. (30) Le rapport de la DREES de 2005 précisait que la participation des médecins généralistes à un programme de FMC était un déterminant de la prescription médicamenteuse. (25) Ce déterminant a aussi été isolé dans la prescription d'antibiotiques, dans le rapport du CREDES (26). La revue systématique de la littérature effectuée par Tremolières en 2003, et publiée dans la revue Médecine et Maladies Infectieuses, a confirmé l'influence de la formation médicale continue. (32)

Il est important, dans l'état actuel des connaissances sur les effets secondaires des benzodiazépines, de sensibiliser les médecins et notamment les médecins généralistes lors de leurs séances de développement professionnel continu (DPC), à la nécessité d'arrêter les prescriptions de benzodiazépines au-delà de trois mois. Lors de ces séances de DPC peuvent être abordées les solutions alternatives médicamenteuses ou non médicamenteuses, à la prise en charge des patients souffrant de troubles anxieux ou de troubles du sommeil.

Les aptitudes professionnelles personnelles

Les médecins interrogés ont attribué un niveau d'impact médian égal à huit au déterminant « Aptitudes professionnelles personnelles ». Un niveau d'impact supérieur à cinq lui a été attribué dans 78% des réponses. Ce déterminant a donc un impact fort.

Ce déterminant de la prescription a été parfaitement détaillé dans l'étude de Vega sur les déterminants de la prescription médicamenteuse en Médecine Générale. (30) Vega observait que la capacité à pratiquer une écoute empathique du patient était plus souvent rencontrée chez les « petits prescripteurs », c'est-à-dire les médecins qui prescrivaient moins de deux médicaments par patient en moyenne. A l'opposé, elle constatait que les médecins les plus « grands prescripteurs » de son échantillon, prescrivaient souvent pour répondre à un doute, ou pour se rassurer. Cette description témoigne d'une difficulté dans la prise de décision en situation d'incertitude. Ces situations sont pourtant fréquentes dans l'exercice de la Médecine Générale. (39) Il en est de même dans l'étude quantitative de la DREES sur les déterminants de la prescription en Médecine Générale. (25) Lorsque le diagnostic était probable mais non certain, le médecin avait tendance à prescrire plus souvent au moins un médicament. Vega décrivait d'autres compétences du médecin, déterminantes dans ses décisions de prescription. Elle montrait, qu'un comportement altruiste, une motivation à prendre en charge la santé des populations, une prise en compte des conditions de vie du patient et une capacité à impliquer le patient dans son parcours de soins, faisaient partie des compétences influençant de manière déterminante la prescription médicamenteuse. Ce constat était déjà dressé par Cormack et Howells, en 1992, sur la prescription des benzodiazépines par les médecins généralistes. (33) Les médecins dits « petits prescripteurs » avaient une capacité d'analyse psychologique plus performante que les médecins dits « gros prescripteurs », estimant être totalement dans leur rôle de médecin généraliste lorsqu'ils prenaient en charge les problèmes sociaux et environnementaux des patients.

Ces compétences de prise en charge bio-psycho-sociale se retrouvent dans la définition des fonctions et compétences nécessaires du médecin généraliste, définies par la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA). (40) Cependant, ce ne sont pas des compétences s'apprenant durant les deux premiers cycles d'études médicales, mais le plus souvent au cours du troisième cycle et au contact des patients. Aider les médecins à développer ces compétences essentielles comme l'écoute empathique et la prise de décision en situation d'incertitude, pourrait aider à moins prescrire de médicaments, et notamment à diminuer la quantité et la durée de prescription de benzodiazépines.

Manque d'alternatives thérapeutiques

Le déterminant « Manque d'alternatives thérapeutiques » a un impact fort. Les médecins interrogés lui ont attribué un impact médian de sept sur une échelle de zéro à dix. Soixante-six pour cent des réponses lui imputent un impact supérieur à cinq.

Ce déterminant a été mis en avant dans l'étude qualitative de Schouler-Bourjal sur les déterminants de la prescription de benzodiazépines en Médecine Générale. (31) Les médecins interrogés pointaient le manque d'alternatives disponibles. Ils signalaient les difficultés d'accès à certaines alternatives, surtout non médicamenteuses, en raison de leur coût ou de leur manque de remboursement. Les spécialités homéopathiques ou les produits de phytothérapie étaient critiqués car aucune évaluation scientifiquement bien conduite ne démontre leur efficacité. En 1992, l'étude de Cormack et Howells abordait déjà la problématique des alternatives thérapeutiques aux benzodiazépines. Les auteurs mettaient en évidence que les « petits prescripteurs » de benzodiazépines prescrivaient plus de traitements non médicamenteux à leurs patients. (33) Vega affirmait que la formation des médecins aux thérapeutiques non médicamenteuses était insuffisante. (30)

Des alternatives aux benzodiazépines sont disponibles. Mais les solutions à l'efficacité démontrée, d'accès facile, et acceptables financièrement pour le patient, sont rares. Les antihistaminiques, tels l'hydroxyzine, sont efficaces dans le traitement de l'anxiété, en acceptant le risque de sédation et les effets secondaires anticholinergiques. (41) L'efitoxine constitue une alternative à l'efficacité anxiolytique démontrée et avec un bon profil de tolérance. (42) Quant aux neuroleptiques et aux inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine, ce ne sont pas des traitements de première intention des troubles anxieux en Médecine Générale. L'efficacité des psychothérapies est démontrée. (43) Cependant, le manque de psychiatres, la surcharge des Centres Médico Psychologiques (CMP), et le coût des psychothérapies, en font des alternatives d'accès difficile. Le développement des techniques de soutien psychologique effectuées par le médecin généraliste pourrait constituer une alternative non médicamenteuse efficace et facile d'accès. (44) L'utilisation de l'hydroxyzine ou de l'efitoxine, pourrait aider à prendre en charge efficacement certains patients en évitant de recourir à des traitements par benzodiazépines.

La formation médicale initiale des étudiants en médecine

Les médecins interrogés ont attribué un impact médian égal à sept au déterminant « Formation médicale initiale ». Soixante-cinq pour cent des réponses lui attribuent un impact supérieur à cinq. Ce déterminant a donc un impact fort sur la pratique de l'échantillon.

Ce résultat confirme ce qu'exprimait Zarifian en 1996. (7) Il pointait les insuffisances de formation à la psychopathologie et à la clinique psychiatrique, ainsi que le caractère peu pragmatique de la formation pratique des étudiants, effectuée en service de psychiatrie hospitalière et donc éloignée des cas rencontrés en Médecine Générale. En 2006, l'OPEPS se livrait à la même critique de la formation médicale initiale. (27) Tremolières a critiqué les « habitudes » de prescription, correctes ou inadaptées, inculquées durant la formation et influençant la pratique des futurs médecins. (32) Vega et Schouler-Bourjal critiquaient la vision linéaire de la médecine délivrée aux étudiants. (30)(31) La démarche « un patient, un symptôme, une maladie, un médicament » habituerait les futurs médecins à toujours plus prescrire. Vega a mis en évidence de faibles taux de prescription chez les médecins ayant eu un cursus varié (PMI, hôpital, pénitentiaire...). Selon elle, ces expériences offriraient une vision globale de la société et de la médecine. Vega a critiqué aussi le manque de formation en pharmacologie et aux thérapeutiques non médicamenteuses dans la formation des futurs médecins généralistes. (30)

Notre étude confirme le caractère déterminant de la formation des étudiants en médecine sur les pratiques de prescription. Cette formation doit garantir de solides connaissances afin de prendre en charge les patients atteints de troubles anxieux ou de troubles du sommeil. Les connaissances en pharmacologie, en thérapeutique (médicamenteuse ou non), en psychopathologie mais aussi le « savoir être » et la vision globale du patient et de son environnement sont des éléments clé de cette formation.

Les contraintes de temps

Le déterminant « contrainte de temps » a un impact fort. La médiane des impacts ressentis par les médecins de l'échantillon est de sept. Soixante-deux pour cent des réponses attribuent un impact supérieur à cinq.

Ce déterminant a été établi dans l'étude de Schouler-Bourjal. (31) Les médecins interrogés sur leur pratique de prescription de benzodiazépines estimaient être parfois poussés à prescrire par manque de temps ou pour abrégé une consultation. Cette constatation était également faite par Vega. (30) La prescription comme gain de temps se retrouvait déjà chez les « gros prescripteurs » de benzodiazépines dans l'étude de Cormack et Howells. (33) Un manque de

temps était aussi mis en évidence dans l'étude Polychrome. (35) Des médecins représentaient leur activité comme celle d'une entreprise, les diverses obligations administratives, de gestion, d'équilibre financier imposant un rythme aux consultations. Le déterminant « contrainte de temps » était également mis en évidence dans des études quantitatives, établissant un lien entre volume d'activité et taux de prescription, comme dans l'étude de Paris et Lancry, constatant que plus le médecin réalisait d'actes, plus il prescrivait de médicaments par acte. (28) Le CREDES et Oxman montraient aussi une corrélation positive entre le nombre d'actes et la prescription médicamenteuse. (26)(34) La revue de littérature de l'OPEPS sur la prescription de psychotropes en France retrouvait également cette relation entre la charge de travail et la quantité de prescriptions de psychotropes. (27)

Le facteur temps est un élément déterminant dans les pratiques de prescription. Peut-être que si les médecins pouvaient accorder plus de temps lors de consultations à motif psychologique, les prescriptions de benzodiazépines diminueraient en quantité et en durée. Cependant, cette hypothèse est nuancée par l'étude de Boitouzet qui a montré que les consultations pour motif psychologique étaient significativement plus longues, et que la prescription de psychotropes ne raccourcissait pas la durée de ces consultations. (45)

La pression sociale et l'augmentation des problèmes psychosociaux des patients

Le déterminant « Perception d'une pression sociale ou d'une augmentation des problèmes psychosociaux des patients » a un impact important. La médiane des impacts ressentis par les médecins de l'échantillon est égale à six. La part de réponses supérieures à cinq est de 61%.

En 1996, Zarifian mettait en évidence le rôle de ce déterminant, constatant une baisse de la tolérance aux situations d'inconfort psychologique, la recherche d'une performance sociale interdisant d'être affecté par les traumatismes de la vie, qui induiraient une pression poussant à demander une solution médicamenteuse, et aux médecins à les prescrire. (7) Schouler-Bourjal a montré le caractère déterminant de la perception par le médecin d'une augmentation des problèmes psychosociaux, ou psycho-environnementaux (difficultés professionnelles, familiales...) que les benzodiazépines aideraient à surmonter. (31) Vega a confirmé ces résultats en constatant que les psychotropes étaient souvent prescrits pour pallier des difficultés sociales. (30) L'étude Polychrome, a montré le rôle des déterminants sociétaux comme la perception d'un surinvestissement de la société dans le médicament ou le problème des prescriptions motivées par un stress lié à l'environnement social. (35)

L'impact de ce déterminant est d'autant plus important que la prise en charge globale nécessite la prise en compte de la composante socio-environnementale du patient. Mais il est

surtout difficilement modifiable. Pour agir sur ce déterminant, le praticien devrait, comme le suggère Vega, essayer de moins médicaliser, ou de moins prescrire, pour des troubles liés aux exigences sociales et aux problèmes sociaux. (30)

Les exigences des patients sur leurs traitements

La médiane des impacts ressentis pour le déterminant « exigences des patients sur leurs traitements » est égale à six. Cinquante-sept pour cent des médecins ont estimé que l'impact de ce déterminant était supérieur à cinq, sur une échelle de zéro à dix. L'impact de ce déterminant est donc fort.

L'étude Polychrome montrait que les médecins pouvaient se sentir influencés par le refus de changement de traitement du patient, une pression ou une demande insistante. (35). Schouler-Bourjal rapportait des pressions de la part des patients pour obtenir la prescription ou le renouvellement d'un traitement par benzodiazépine. (31)

Les souhaits et les demandes des patients font partie des éléments pris en compte par le médecin lors de la consultation et de la prise de décision. Dans une démarche EBM (Evidence Based Medicine), le médecin doit en tenir compte, tout en les confrontant aux données actuelles de la science, au contexte clinique et à sa compétence. (46) La négociation avec le patient n'est pas toujours simple ni productive. L'efficacité d'interventions courtes sur la décision d'arrêt par le patient a été démontrée. (47) Cette technique pourrait être une aide efficace afin de susciter un changement chez le patient et initier un sevrage en benzodiazépine chez les patients consommateurs chroniques.

La vision optimiste ou positive du médicament :

Les médecins interrogés ont estimé que le déterminant « vision optimiste ou positive du médicament » avait un impact sur leur pratique. En effet, la médiane des impacts ressentis est de six. Cinquante et un pour cent des réponses lui accordent un impact supérieur à cinq.

Vega a développé ce déterminant en décrivant la vision du médicament des médecins « gros prescripteurs ». (30) Pour eux, les médicaments seraient toujours bénéfiques pour le patient. Il s'agissait de médecins persuadés des progrès constants des thérapeutiques et sous-estimant leurs effets iatrogènes, voire minimisant les effets secondaires rapportés par les patients. Ce même constat était fait par Schouler-Bourjal. (31) Elle observait une vision de la toute-puissance de la molécule, chez des médecins gardant un avis très positif sur les benzodiazépines. Dans sa discussion, elle posait deux hypothèses. Les médecins généralistes les plus anciens auraient cette vision positive car ils ont vécu la révolution qu'a été la

découverte des benzodiazépines, et les années de marketing qui suivirent. La deuxième hypothèse serait la présence d'une conception ontologique de la médecine, plaçant la prescription médicamenteuse comme réflexe et solution face à un symptôme rapporté par le patient.

L'opinion du médecin envers le médicament fait partie intégrante du modèle d'EBM tel qu'il a été défini par Haynes. (46) Ces opinions, optimistes ou critiques ont une influence sur les résultats des consultations. Il ne s'agit pas de promouvoir une vision négative des benzodiazépines, mais un équilibre entre un regard critique envers ces molécules, leurs risques et limites, et une utilisation raisonnée, utile dans certains cas.

Le manque de coordination entre les acteurs du système de soins

Le déterminant « manque de coordination entre les acteurs du système de soins » a un impact sur la pratique de renouvellement de benzodiazépines au-delà de trois mois. La médiane des impacts ressentis par l'échantillon est égale à six. Cinquante et un pour cent des réponses lui accordent un impact supérieur à cinq.

Ce résultat est conforme aux observations de Vega, qui a décrit le rôle déterminant du manque de contact entre médecins, surtout entre médecins généralistes et médecins spécialistes d'organe. (30) Elle observait que parfois, les médecins généralistes n'osaient discuter les prescriptions des médecins spécialistes d'organe, ou jugeaient inutiles les avis de professionnels de santé non médicaux, bien que Vega souligne que ceux-ci tendaient généralement à faire réduire le nombre de médicaments prescrits. Vega a aussi constaté que les médecins les moins prescripteurs avaient l'habitude de partager leurs décisions avec d'autres professionnels. Dans l'étude Polychrome, les auteurs mettaient en évidence le rôle déterminant de la communication entre médecins. Ils observaient des difficultés de communication avec les spécialistes d'organe, ambulatoires ou hospitaliers, notamment au sujet de l'opportunité de l'initiation ou de la poursuite d'un traitement. Les auteurs constataient aussi des difficultés à communiquer, liées aux contraintes de temps de chacun et aux problèmes de démographie médicale. (35) Le CREDES a établi de manière différente le déterminant « manque de coordination entre les acteurs du système de soins » en montrant des taux de prescriptions plus faibles chez les médecins participant à un réseau de soins. (26)

Une meilleure coordination et une meilleure communication entre les différents acteurs de la prise en charge psychologique et sociale des patients seraient probablement un moyen de réduire le nombre et la durée des traitements par benzodiazépines. Cependant il existe des obstacles à ces améliorations, notamment la pénurie de ces professionnels dans certaines

zones géographiques, ou leur surcharge de travail. Les médecins généralistes ont semble-t-il moins de contact avec les professionnels non médicaux qu'avec leurs confrères psychiatres, alors qu'une communication avec les psychologues ou les travailleurs sociaux permettrait d'améliorer la prise en charge des patients.

Neuf déterminants ont un impact faible.

Parmi ces éléments, cinq ont été établis par des méthodes uniquement quantitatives. A l'opposé, les neuf déterminants dont l'impact est fort sont tous issus d'études qualitatives, et parfois confirmés par des travaux quantitatifs. Ce constat nous pousse à nous interroger sur la nature des déterminants établis de façon quantitative. Un déterminant constitue un élément déclencheur d'un phénomène. (48) Il implique un rôle causal, ni nécessaire, ni suffisant à la survenue du phénomène. Il est à différencier du facteur de risque qui implique une probabilité de survenue plus élevée du phénomène étudié. (49) Les éléments définis comme des déterminants dans les études quantitatives pourraient mieux correspondre à la définition de facteur de risque ou de facteur favorisant. Un patient de genre féminin a une plus forte probabilité de se voir prescrire une benzodiazépine, sans pour autant que le sexe féminin soit le facteur causal de cette prescription. Cette nuance dans le sens du terme « déterminant » peut participer à expliquer le fait que l'échantillon ait jugé peu important l'impact des déterminants issus uniquement d'études quantitatives.

Un faible épanouissement professionnel favorise les renouvellements de benzodiazépines

Le déterminant « un faible épanouissement professionnel favorise les renouvellements de benzodiazépines » a un impact faible. La médiane des impacts ressentis par les médecins de l'échantillon est égale à cinq. Trente-six pour cent des médecins lui attribuent un impact supérieur à cinq sur une échelle allant de zéro à dix.

Le terme d'épanouissement professionnel regroupait plusieurs notions issues de plusieurs sources bibliographiques. Vega observait que l'habitude de beaucoup travailler, l'absence d'échanges, le manque de reconnaissance des situations d'épanouissement professionnel, favorisaient les sur-prescriptions.(30) En 1997, l'étude qualitative comparative France/Québec de Cohen et Karsenty sur les représentations sociales des effets secondaires des anxiolytiques, mettait en évidence une plus forte prescription en cas de fatigue, voire d'épuisement professionnel.(50) Dans l'étude Polychrome, les médecins interrogés estimaient

ne pas avoir une prescription optimale en état de fatigue, ou lors de périodes à forte activité. (34)

Résumer ces notions sous le terme « épanouissement professionnel » était peut-être trop vague. Peut-être aurions-nous dû détailler les différents éléments qui composent ce déterminant, au risque de rendre l'intitulé trop complexe, ou d'introduire des mots à connotation négative tels « dépression » ou « burn-out ». Ces thèmes, de l'épuisement professionnel, voire du burn-out, ou plus simplement de la fatigue et de la reconnaissance professionnelle, font partie des préoccupations des médecins généralistes. Nous pensons, au vu de la littérature, que ce déterminant aurait un impact sur la prescription, et donc le renouvellement de benzodiazépine au-delà de trois mois.

Un fort épanouissement professionnel limite les renouvellements de benzodiazépines

Ce déterminant a un impact moyen dans la pratique de l'échantillon. La médiane des impacts qui lui sont attribués est égale à cinq. La part de réponses lui attribuant un impact supérieur à cinq sur une échelle de zéro à dix est de 45%.

Le déterminant « fort épanouissement professionnel » n'était pas construit à partir de plusieurs ressources bibliographiques directes, mais en proposant le déterminant inverse au « faible épanouissement favorisant le renouvellement des benzodiazépines ». Seule Vega abordait une partie de ce déterminant en montrant que les « petits prescripteurs » veillaient à ne pas cumuler trop d'heures de travail, et à être moins fatigués. (30)

L'âge élevé du patient :

Le déterminant « âge élevé du patient » a un impact faible. La médiane des impacts ressentis par les médecins est égale à quatre. La part des réponses attribuant un impact supérieur à cinq est de trente-six pour cent.

Ce résultat est en contradiction avec ceux de la DREES qui montraient que la fréquence de prescription et le nombre de médicaments prescrits par patient augmentaient au-delà de cinquante-cinq ans. (25) Dans l'étude Polychrome, une partie des données quantitatives permettait de définir l'âge élevé du patient comme un déterminant de la polyprescription. (35) Ces résultats étaient confirmés par les données épidémiologiques, notamment le rapport de l'ANSM sur la consommation de benzodiazépines. (1)

Cependant, et contrairement à d'autres déterminants, « l'âge élevé du patient » est issu uniquement d'études quantitatives. Le fait que le taux de prescription médicamenteuse, notamment de benzodiazépines, augmente avec l'âge est établi. Mais les médecins ne

prescrivent et ne renouvellent pas une benzodiazépine à leur patient en fonction de leur âge. Ce phénomène pourrait s'expliquer par la fréquence des pathologies et de la polypathologie plus élevées chez les aînés, et non pas par un effet direct de l'âge des patients sur la décision du médecin. L'âge élevé du patient pourrait se définir plus comme un facteur favorisant de la prescription et non comme un déterminant.

Le genre féminin du patient

Le déterminant « genre féminin du patient » a un impact faible. La médiane des impacts ressentis par l'échantillon est égale à trois. Vingt-cinq pour cent des réponses accordent à ce déterminant un impact supérieur ou égal à cinq.

Ce résultat est en désaccord avec les observations de la DREES, qui mettaient en évidence que « toutes choses égales », les femmes avaient 1,2 fois plus de risques qu'un homme de se voir prescrire au moins un médicament au cours d'une consultation. (25) L'OPEPS remarquait que quel que soit le profil du médecin, les femmes se voyaient prescrire plus de médicaments psychotropes. (27) En 1990, la revue de littérature de Lexchin, sur la prescription des médecins généralistes canadiens, faisait les mêmes constatations. (29) Ces constatations sont vérifiées dans le cas des benzodiazépines dans le rapport de l'ASNM. (1)

Plusieurs études quantitatives montrent que les femmes se voient prescrire plus de médicaments, notamment de psychotropes, que les hommes. Mais la décision de renouveler une benzodiazépine n'est pas directement déterminée par le genre féminin du patient. Il existe probablement des explications à cette constatation. En 1971, Cooperstock tentait une explication en apportant plusieurs hypothèses. Selon lui, les femmes reconnaîtraient plus facilement leurs problèmes émotionnels, et en discuteraient plus facilement avec leur médecin. Du côté de ces derniers, ils s'attendraient à cette expressivité accrue et l'encourageraient. Ceci aurait pour conséquence une plus forte détection des problèmes psychologiques chez les femmes, et une plus forte prescription de médicaments psychotropes. Le genre du patient pourrait plutôt se rapprocher de la définition d'un facteur favorisant que d'un déterminant.

L'âge du médecin supérieur à 55 ans

Le déterminant « âge du médecin supérieur à 55 ans » a un impact faible. La médiane des impacts ressentis par l'échantillon est de trois. Le taux de réponses supérieures à cinq est de vingt-cinq pour cent.

Nos résultats sont en contradiction avec ceux de l'OPEPS qui montraient le rôle déterminant de l'âge supérieur à 60 ans du médecin sur la prescription de psychotropes. (27) Paris et Lancry montraient à partir des données des caisses d'assurance maladie, que les médecins de plus de 55 ans prescrivent plus de médicaments. (28) En 1990, Lexchin effectuait la même observation sur les pratiques de prescription des omnipraticiens canadiens. (29)

Les médecins plus âgés prescrivent plus d'après les données épidémiologiques. Bien que Paris et Lancry justifiaient ce résultat par le fait qu'un praticien âgé avait une patientèle âgée, et travaillait souvent plus que ses jeunes confrères ; il est difficile d'affirmer l'existence d'un lien de causalité entre l'âge du médecin et l'acte de prescription. (28) L'âge du praticien pourrait en ce sens être plutôt un facteur favorisant la prescription qu'un déterminant de la prescription.

L'âge du médecin inférieur à 55 ans :

Le déterminant « âge du médecin inférieur à 55 ans » a un impact faible sur la pratique de l'échantillon. La médiane des impacts ressentis est égale à deux, et neuf pour cent des réponses attribuent un impact supérieur à cinq.

Ces résultats sont en désaccord avec deux études quantitatives. La DREES, établissait le rôle de ce déterminant en mettant en évidence un plus fort taux de prescription chez les médecins de moins de 45 ans. (25) Le CREDES faisait le même constat chez les médecins de moins de 44 ans. (26)

Ce déterminant est basé sur une constatation épidémiologique montrant un lien statistique entre l'âge du praticien et son taux de prescription. Il est, là aussi, difficile de justifier un lien de cause à effet entre l'âge du médecin et sa prescription. Cet élément se rapproche plutôt de la définition d'un facteur favorisant.

Le genre masculin du médecin :

Le déterminant « sexe masculin du médecin », a un impact faible dans la pratique de renouvellement de benzodiazépine dans l'échantillon. La médiane des impacts est égale à un. Le taux de réponses supérieures à cinq est de cinq pour cent.

Ces résultats ne sont pas en accord avec l'étude de la DREES qui mettait en évidence des taux de prescriptions plus élevés chez les médecins hommes. (25) Lexchin, faisait la même constatation sur les prescriptions des omnipraticiens canadiens et notamment sur les prescriptions de benzodiazépines. (29)

Bien que le genre du praticien ait un lien avec le taux de prescription, comme le montrent les études épidémiologiques, les médecins interrogés ne le perçoivent pas comme un déterminant ayant un impact dans leur pratique. Le genre masculin du médecin serait plus un facteur favorisant la prescription qu'un déterminant de la prescription.

Le mode de rémunération des médecins généralistes :

Le déterminant « mode de rémunération » a un impact faible sur la pratique de renouvellement des benzodiazépines dans l'échantillon. La médiane des réponses est égale à deux. Trente pour cent des réponses attribuent un impact supérieur à cinq.

En 1996, Zarifian affirmait que le mode de rémunération « à l'acte » et le prix de la consultation étaient déterminants dans la prescription de psychotropes car ils ne permettraient pas la réalisation de consultations approfondies. (7) Vega abordait aussi le sujet de la rémunération, qui ne permettrait pas de réaliser des consultations adaptées, obligeant le médecin à enchaîner les actes afin de maintenir son niveau de rémunération. (30) Le rôle du paiement à l'acte était également jugé déterminant par l'OPEPS. (27) La DREES validait indirectement ce déterminant par une méthode quantitative en montrant que les médecins conventionnés secteur I prescrivaient plus que leurs confrères du secteur II ou non conventionnés, hors modes d'activités particuliers.

Nous pensions que les résultats de l'étude allaient valider l'impact de ce déterminant. Cependant, même si le mode de rémunération des médecins généralistes et le prix de la consultation font débat dans la profession, les praticiens interrogés estiment que leur pratique n'est pas impactée par ce déterminant.

L'influence de l'industrie pharmaceutique

Le déterminant « influence de l'industrie pharmaceutique » a un impact très faible. La médiane des impacts est égale à un. Cinq pour cent des médecins lui accordent un impact supérieur à cinq.

Ce déterminant était pourtant mis en évidence dans plusieurs études. En 1996, Zarifian critiquait l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les prescriptions de psychotropes. (7) Tremolières critiquait aussi la présence et l'influence de l'industrie pharmaceutique tout au long de la formation des futurs médecins et lors de l'information et de la formation continue des médecins. (32) Cormack et Howells ont montré que les « gros prescripteurs » se sentaient influencés par les firmes pharmaceutiques. (33) La DREES considérait comme déterminant le

nombre de visiteurs médicaux reçus. (25) Vega retrouve chez les « petits prescripteurs », une prise de distance face à l'industrie pharmaceutique. (30)

Nous ne nous attendions pas à ce que l'échantillon rejette l'impact de ce déterminant. Cependant, les benzodiazépines sont d'anciennes molécules, pour lesquelles les laboratoires ne font plus de publicité, ce qui pourrait expliquer le résultat de l'étude. Il est aussi possible que les médecins sous-estiment l'influence des stratégies marketing de l'industrie pharmaceutique, sujet très sensible actuellement.

4.3 Discussion des résultats secondaires

La comparaison des réponses en fonction des différents groupes socio-démographiques des médecins, ne montre que peu de différences significatives entre eux.

Le déterminant « Pression sociale ou augmentation des problèmes psychosociaux » a un impact fort dans l'échantillon, avec un impact médian égal à six. Avec un impact médian égal à sept, les hommes lui accordent un impact significativement plus élevé que les femmes qui estiment son impact médian à six.

Le déterminant « exigence des patients » a un impact fort dans l'échantillon. Cependant, il existe des différences significatives en fonction des critères socio-démographiques. Les médecins âgés de plus de cinquante-quatre ans, lui accordent un impact faible, égal à cinq, alors que les médecins de moins de cinquante-quatre ans lui attribuent un impact fort, égal à sept. Toujours pour le déterminant « exigences des patients », les médecins installés depuis plus de vingt-quatre ans lui attribuent un impact faible, égal à cinq, alors que les praticiens installés depuis moins de vingt-quatre ans lui imputent un impact fort, égal à sept.

Ces différences suggèrent que les jeunes médecins et les médecins récemment installés, ressentent un impact fort des exigences des patients dans leur décision de renouveler une benzodiazépine au-delà de trois mois. A l'inverse de leurs confrères aînés ou installés depuis plus longtemps, qui estiment l'impact de ce déterminant plutôt faible. Cette différence pourrait s'expliquer par un niveau d'expérience et de connaissance de la patientèle inégal entre ces deux groupes. Il est possible que les plus âgés et installés depuis longtemps, soient moins sensibles aux demandes de leurs patients, ou bien qu'ils sachent, par leur expérience personnelle et leur connaissance de leur patientèle, refuser ces exigences.

Deux déterminants dont l'impact est faible ont pourtant un impact fort dans certaines classes de médecins. Ainsi, l'impact du déterminant « Age élevé du patient », égal à six chez les

médecins exerçant en milieu urbain, est significativement plus élevé que chez leurs confrères semi-urbains et ruraux.

De la même façon, l'impact du « fort épanouissement professionnel » est jugé important chez les médecins installés depuis moins de vingt-quatre ans, avec un impact médian égal à six. Cet impact est significativement différent de celui constaté chez les médecins installés depuis plus de vingt-quatre ans, qui lui accordent un impact faible, égal à cinq. Cette constatation suggère une plus forte importance des conditions de travail et du bien-être professionnel chez les jeunes installés.

D'autres différences significatives sont mises en évidence entre les impacts médians attribués par différents groupes de médecins. Mais comme il s'agit de différences entre des impacts médians inférieurs à cinq, celles-ci n'ont pas de conséquences sur les résultats de l'étude.

5. Conclusion

L'utilisation des benzodiazépines et apparentées pose plusieurs problèmes, dont celui de leur prescription au long cours. Ces problèmes intéressent particulièrement la Médecine Générale, discipline où est effectuée la grande majorité des prescriptions.

Dans cette étude, nous avons mis en évidence neuf déterminants ayant un impact dans la décision de renouveler une prescription de benzodiazépine ou apparentée au-delà de trois mois en Médecine Générale.

Ces déterminants appartiennent aux trois composantes intervenant dans la décision médicale et la relation aux soins : le médecin avec sa formation, sa compétence, son ressenti face à la maladie et au médicament ; le patient, ses souhaits, ses attentes, sa perception des symptômes ; l'environnement et la société, leurs exigences, les difficultés qu'ils génèrent. Ces trois dimensions rendent compte de la complexité de la problématique des benzodiazépines.

Des déterminants, comme la perception d'une pression sociale ou l'augmentation des problèmes psychosociaux, sont difficilement modifiables. Mais les autres déterminants pourraient donner lieu à des interventions. Porter ces déterminants à la connaissance des médecins généralistes et des étudiants en médecine pourrait induire une prise de conscience des facteurs déterminant leurs prescriptions, et provoquer une réflexion et des changements de comportements.

La poursuite des études sur les déterminants de la prescription initiale et/ou du renouvellement des prescriptions au-delà de trois mois de benzodiazépines est essentielle pour mener des actions de réduction de la quantité et de la durée de ces traitements.

L'évaluation de l'impact d'autres déterminants, issus d'une revue systématique de la littérature ou d'études qualitatives auprès de médecins spécialistes en Médecine Générale, permettrait d'approfondir la connaissance de ces déterminants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Etat des lieux de la consommation de benzodiazépines en France. Paris : ANSM. Décembre 2013
2. Rosser W. Benzodiazepines: Part of the lifestyle in the 1980s. *Can Fam Physician*. 1984 Jan;30:193-8
3. Aulas JJ. Risques liés à l'administration prolongée de benzodiazépines. *Prescrire*. 1987 Apr ;7(65) :243
4. Dutilleux M. Regard critique sur l'utilisation des benzodiazépines. *La Lettre Médicale*. 1984 mar ;84
5. Legrain M, rapporteur. Rapport du groupe de réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et tranquillisants en France. Paris : Syndicat National des Industries Pharmaceutiques ; 1990
6. 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. Paris : Journal Officiel de la République Française. 1991
7. Zarifian E, rapporteur. Mission générale concernant la prescription des médicaments psychotropes en France. 1996
8. Prescription des hypnotiques et des anxiolytiques. *Référence Médicale Opposable : Assurance Maladie*. 14 novembre 1998
9. Braconnier A, Budowski M, Cottraux J, Queneau P (membres du comité d'organisation). Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte. Paris : ANAES ; 2001
10. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Paris : HAS. 2007
11. Rosman S, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Gaining insight into benzodiazepine prescribing in General Practice in France: a data-based study. *BMC Fam Pract*. 2011
12. Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Moore N, Bégaud B. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use. *Eur J Clin Pharmacol*. 2001 Aug;57(5):419-25.

13. Zandstra SM, Furer JW, van de Lisdonk EH, Bor JH, Zitman FG, van Weel C. Differences in health status between long-term and short-term benzodiazepine users. *Br J Gen Pract.* 2002 Oct;52(483):805-8.
14. Neutel CI, Walop W, Patten SB. Can continuing benzodiazepine use be predicted? *Can J Clin Pharmacol.* 2003 Winter;10(4):202-6.
15. Luijendijk H, Tiemeier H, Hofman A, Heeringa J, Stricker B. Determinants of chronic benzodiazepine use in the elderly: A longitudinal study. *Brit J Clin Pharmacol.* 2007 Dec ;65(4):593-9
16. Billioti de Gage S, Bégaud B, Bazin F et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *Brit Med J.* 2012 Sep;345:e6231
17. Bonnin F, Chenu C, Daval JL (coordonnateurs). *Médicaments psychotropes, consommations et pharmacodépendance.* Paris : INSERM ; 2012
18. Orriols L, Lagarde E. *Médicaments psychotropes et insécurité routière.* INSERM.
19. Orriols L, Salmi LR, Philip P. The impact of medicinal drugs on traffic safety: a systematic review of epidemiological studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2009 Aug; 18(8):647-58
20. Khong TP, de Vries F, Goldenberg JS 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.* 2012 Jul;91(1):24-31.
21. *Prise en charge des troubles anxieux. Fiche de transparence AFSSAPS.* 2008
22. Pélioso A, Manière F, Boutges B et al. Troubles anxieux et dépressifs chez 4 425 patients consommateurs de benzodiazépines au long cours en Médecine Générale. *Encéphale.* 2007;33:32-38.
23. Zarifian E. *Le prix du bien-être, psychotropes et société.* Paris : Odile Jacob ; 1996
24. Ehrenberg A. *Médicaments psychotropes et individualité. Actualité et dossiers en santé publique.* 1999 jun ;27:59-62
25. Amar E, Pereira C. *Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants.* Paris : Direction de la Recherche des études de l'évaluation et des statistiques ; 2005.
26. Mousquès J, Renaud T, Scemama O. *Variabilité des pratiques en Médecine Générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aigue.* Paris : Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. 2003

27. Briot M (rapporteur). Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. Paris : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. 2006
28. Lancry PJ, Paris V. Âge, temps et normes : une analyse de la prescription pharmaceutique. *Économie & prévision*. 1997 ;129-130 : 173-187.
29. Lexchin J. Prescribing by Canadian General Practitioners : review of the English language literature. *Can Fam Physician*. 1990 mar;36:465-70
30. Vega A. Prescription du médicament en Médecine Générale. *Médecine*. 2012
31. Schouler Bourjal AC. Les déterminants de la prescription des benzodiazépines. Une étude qualitative réalisée auprès de seize médecins généralistes en Moselle. [Thèse de Doctorat, Médecine Générale]. Nancy : Université Poincaré Faculté de Médecine ; 2009.
32. Tremolières F. Quels sont les déterminants des comportements des prescripteurs d'antibiotiques ? *Med Maladies Infect*. 2003 ;33 :73-85
33. Cormack MA, Howells E. Factors Linked to the Prescribing of Benzodiazepines by General Practice Principals and Trainees. *Fam Pract*. 1992;9(4):466-71.
34. Oxman TE, Korsen N, Hartley D, Sengupta A, Bartels S, Forester B. Improving the precision of primary care physician self-report of antidepressant prescribing. *Med Care*. 2000 Jul ;38(7) :771-6
35. Etude Polychrome. Paris : INSERM. 2009 Oct
36. La démographie médicale en région Poitou-Charentes, situation en 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2013
37. Malek.K, Mino.JC, Lacombe.K. Santé publique : médecine légale, médecine du travail. Paris : De Boeck ; 1996
38. Université Versailles Saint Quentin, UFR de Médecine. Polycopié d'épidémiologie en ligne. Disponible :http://www.pifo.uvsq.fr/epideao/esp/chap_4/biais_de_mesure_dinformation.html
39. Gallois P. Gérer l'incertitude de la pratique médicale. *Médecine*. 2010 mar ;124-126
40. La définition Européenne de la Médecine Générale. WONCA Europe. 2002
41. Guaiana G, Barbui C, Cipriani A. Hydroxyzine for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 12. Art. No.: CD006815. DOI: 10.1002/14651858.CD006815.pub2.

42. Besnier N, Blin O. Efitoxine : études cliniques récentes. L'Encéphale. 2008 ; supplément 1 :S1-14
43. Hunot V, Churchill R, Teixeira V, Silva de Lima M. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD001848. DOI: 10.1002/14651858.CD001848.pub4.
44. Casini F, Sighinolfi C, Tedesco P, et al. Primary care physicians' perspective on the management of anxiety and depressive disorders : a cross-sectional Survey in Emilia Romagna Region. BMC Fam Pract. 2013 Jun;7;14 :75
45. Boitouzet A. La durée de consultation intervient-elle sur la prescription de psychotropes ? Etude prospective en Médecine Générale sur 2896 actes. [Thèse de Doctorat, Médecine Générale]. Poitiers : Université de Poitiers Faculté de Médecine ; 2008
46. Sacket D, Rosenberg W, Gray J et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996 jan;312:71
47. Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract September 2011 61:e573-e578.
48. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Disponible :<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/déterminant>
49. Leclerc A. Dictionnaire d'épidémiologie. Paris : Frison Roche ; 1990
50. Cohen D, Karsenty S, rapporteurs. Les représentations sociales des effets secondaires des anxiolytiques. Une étude comparative Québec-France. Rapport de recherche du programme « Médicaments et Santé Mentale » de la mission interministérielle recherche expérimentation. 1997.

RESUME

Contexte. La France est un grand consommateur de benzodiazépines et apparentées. Ces molécules, essentiellement prescrites en Médecine Générale, sont à l'origine de plusieurs problématiques, dont celle de l'utilisation prolongée. Malgré une durée maximale de prescription fixée à quatre semaines pour les hypnotiques, et douze pour les anxiolytiques, la durée moyenne de prescription est de cinq mois. L'objectif de cette étude était d'identifier quels déterminants ont un impact dans la décision de renouveler une benzodiazépine au-delà de trois mois.

Méthode. L'étude était quantitative, et a été menée auprès de 187 médecins généralistes. Dix-huit déterminants de la prescription médicamenteuse issus d'une revue de la littérature leur ont été soumis. Ils ont estimé l'impact de chaque déterminant sur leur pratique de renouvellement de benzodiazépines, à l'aide d'une échelle d'Osgood cotée de zéro à dix. Nous avons calculé l'impact médian de chaque déterminant, lorsqu'il était supérieur à cinq, nous avons considéré que son impact était important.

Résultats. Les déterminants: formation médicale initiale des étudiants en médecine, formation médicale continue, aptitudes professionnelles, contraintes de temps, exigences des patients, manque d'alternatives thérapeutiques, manque de coordination interprofessionnelle, vision optimiste du médicament et perception d'une pression sociale ou d'une augmentation des problèmes psycho-sociaux, avaient un impact médian strictement supérieur à cinq.

Conclusion. Neuf déterminants ont un impact sur la décision de renouveler une benzodiazépine au-delà de trois mois en Médecine Générale. Ils sont identifiables dans les trois composantes de la consultation de Médecine Générale : le médecin, le patient et l'environnement. Il serait intéressant de les porter à la connaissance des médecins et des étudiants en médecine en vue d'améliorer les pratiques.

MOTS CLES

Déterminants. Benzodiazépines. Prescription. Médecine Générale.

ABSTRACT

Context. France is a big consumer of benzodiazepines. These molecules, essentially prescribed in General Practice, are the origin of several problems, one of which is prolonged use. Despite a maximum duration of prescription fixed at four weeks for hypnotics, and twelve for anxiolytics, the average duration of prescription is five months. The objective of this study was to identify what determining factors have an impact on the decision to renew a benzodiazepine prescription beyond three months.

Method. Quantitative study with 187 general practitioners. Eighteen deciding factors for prescribing, stemming from a review of the literature, were submitted to them. They estimated the impact of every factor on their practice of renewal, by means of a scale of Osgood rates from zero to ten. We wanted to identify the determiners the median impact of which was strictly over five, considered a large impact.

Results. Determiners: initial medical training of the medical students, continuing medical education, vocational aptitudes, time constraints, patients' requirements, lack of therapeutic alternatives, lack of interprofessional coordination, optimistic view of the medicine and perception of a social pressure or an increase of psychosocial problems, had a median impact strictly greater than five.

Conclusion. Nine determining factors have an impact on the decision to renew a benzodiazepine prescription beyond three months in General Practice. They are recognizable in three components of the consultation: the doctor, the patient and the environment. It would be valuable to bring them to the attention of doctors and medical students in order to improve practices.

KEYWORDS.

Determiners. Benzodiazepines. Prescription. General Practice

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



ANNEXES

ANNEXE 1 : Courrier d'accompagnement du questionnaire

Chère Consœur, Cher Confrère

Interne en Médecine Générale à la Faculté de Poitiers, je réalise actuellement une étude dans le cadre de ma thèse.

Ce travail est réalisé dans le cadre du Pôle de Recherche du Département de Médecine Générale de la Faculté de Poitiers, sous la direction du Docteur Bernard FRECHE et avec la participation de l'Union Régionale des Professionnels de Santé regroupant les Médecins Libéraux de Poitou-Charentes.

Cette étude s'intéresse à la problématique de la prescription de benzodiazépines et apparentées en Médecine Générale et plus précisément aux prescriptions renouvelées au-delà de trois mois. Nous cherchons à identifier les déterminants intervenant lors de ces renouvellements à l'aide **d'un questionnaire** réalisé à partir des données de la littérature qui vous demandera **moins de 5 minutes**.

Cliquez [ICI](#) pour répondre à l'enquête.

En cas de problème, de question, ou bien si vous désirez être tenu informé(e) des résultats de l'étude, vous pouvez me contacter ou contacter mon directeur de thèse.

Je vous remercie par avance de votre aide dans la réalisation de mon travail,

Bien confraternellement,

Arnaud FAURIE arnaud.faurie@gmail.com

Dr Bernard FRECHE bernard.freche@gmail.com

ANNEXE 2 : Questionnaire de l'étude

Les déterminants intervenant dans la décision de renouveler une prescription de benzodiazépine ou apparentée chez un patient en consommant déjà depuis trois mois ou plus en Médecine Générale.

Dans cette étude, nous nous intéressons à la problématique des prescriptions prolongées de benzodiazépines ou apparentées, situation fréquente en France. Nous avons cherché à en connaître les facteurs déterminants. La littérature étant assez pauvre sur ce sujet précis, nous avons identifié des déterminants intervenant dans la prescription médicamenteuse en général ou dans d'autres classes thérapeutiques.

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'impact de ces déterminants sur votre pratique de renouvellement de prescriptions de benzodiazépines ou apparentées déjà prescrites depuis au moins trois mois, afin de valider une série de déterminants répondant à la problématique des benzodiazépines prescrites au long cours, et validés par une méthode quantitative.

Les réponses que vous donnerez resteront strictement confidentielles.

Merci pour votre coopération et merci de noter tout commentaire que vous considérerez utile.

1. Une vision positive, ou optimiste du médicament constitue un déterminant favorisant le renouvellement d'une prescription de benzodiazépine déjà prescrite depuis plus de trois mois

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact, Impact fort

2. L'âge supérieur à 55 ans du prescripteur est un déterminant favorisant le renouvellement d'un traitement par benzodiazépines déjà prescrit depuis plus de trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact, Impact fort

3. L'âge inférieur à 55 ans du prescripteur est un déterminant favorisant le renouvellement d'un traitement par benzodiazépines déjà prescrit depuis plus de trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact Impact fort

4. Etre un médecin homme est un critère déterminant favorisant le renouvellement d'un traitement par benzodiazépine déjà prescrite depuis au moins trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact Impact fort

5. La nature et le contenu de votre formation médicale initiale et de vos expériences est déterminante dans la décision de prolonger une prescription de benzodiazépine au-delà de trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact Impact fort

6. Votre pratique de Formation Médicale Continue (participation aux FMC, groupes de pairs, revues médicales...) est un déterminant limitant vos choix de prolonger un traitement par benzodiazépines au-delà de trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact Impact fort

7. La visite de délégués médicaux, la publicité des industries pharmaceutiques, sont des déterminants intervenant dans votre choix de renouveler une benzodiazépine au-delà de trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact Impact fort

8. Vos différentes aptitudes professionnelles (capacité d'écoute, d'empathie, la tolérance à l'incertitude diagnostique...) constituent un déterminant intervenant dans la décision de renouveler une prescription de benzodiazépine au-delà de trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact Impact fort

9. La contrainte de temps imposée par la durée des consultations favorise le renouvellement d'un traitement par benzodiazépine au-delà de trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact Impact fort

10. Un faible degré d'épanouissement professionnel constitue un déterminant favorisant la prolongation d'un traitement par benzodiazépines au-delà de trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact Impact fort

11. Un fort degré d'épanouissement professionnel constitue un déterminant limitant la prolongation d'un traitement par benzodiazépines au-delà de trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact Impact fort

12. Prendre en charge un patient âgé constitue un déterminant favorisant la reconduction d'un traitement par benzodiazépines au-delà de trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun Impact Impact fort

13. Prendre en charge un patient de sexe féminin constitue un déterminant favorisant la reconduction d'un traitement par benzodiazépines au-delà de trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact Impact fort

14. Le fait qu'un patient demande ou exige une prescription est un facteur déterminant la décision de renouveler un traitement par benzodiazépine déjà prescrite depuis au moins trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun Impact Impact fort

15. Le système de rémunération des médecins généralistes à l'acte constitue un facteur déterminant favorisant le renouvellement d'un traitement par benzodiazépine déjà prescrite depuis au moins trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact Impact fort

16. Le fait de disposer de peu d'alternatives thérapeutiques aux benzodiazépines détermine favorablement votre choix de reconduire un traitement par benzodiazépine au-delà de trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact Impact fort

17. La perception d'une « pression sociale » favorisant la prescription médicamenteuse et/ou d'une augmentation des problèmes psychosociaux dans notre pays constitue un élément déterminant de la décision de reconduire un traitement par benzodiazépine au-delà de trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact Impact fort

18. Un manque de coordination entre les différents professionnels de santé (IDE, psychologue, milieu psychiatrique, spécialistes d'organe...) est un aspect déterminant en faveur du choix de prolonger un traitement par benzodiazépine au-delà de trois mois.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucun impact Impact fort

Quelques éléments vous concernant :

Vous êtes

- Une Femme
- Un Homme

Votre âge :

Votre année d'installation en libéral

Votre lieu d'exercice

- urbain (> 20 000 habitants)
- semi-urbain (3 000 à 20 000 habitants)

- rural (< 3 000 habitants)
-

Votre nombre moyen d'actes quotidiens

Pensez-vous prescrire trop de benzodiazépines ?

- Oui
- Non

Dans votre pratique, vous renouvelez des traitements par benzodiazépines au-delà de trois mois

- jamais
- rarement
- occasionnellement
- souvent

Merci pour votre participation. Toute remarque est la bienvenue !