



Renouvellement des benzodiazépines au-delà des durées recommandées

Observation du processus décisionnel en médecine générale

1. Département universitaire de médecine générale – UFR Nantes

2. Pôle d'information médicale, évaluation et santé publique-CHU Nantes

Cédric Rat¹, Jean-Michel Nguyen², Jean-Paul Canévet¹

exercer 2010;93:104-10.

cedric.rat@univ-nantes.fr

Contexte. La consommation de benzodiazépines et d'hypnotiques apparentés est élevée en France. Les recommandations qui limitent les durées de prescription respectivement à 12 et 4 semaines posent des problèmes aux praticiens.

Objectif. Décrire et analyser le processus de décision amenant à renouveler ces médicaments au-delà des durées recommandées.

Méthode. Étude observationnelle réalisée par 21 internes de médecine générale auprès de 56 généralistes. Elle reposait sur l'observation directe de l'interaction médecin-patient. À l'aide d'une grille préétablie, les internes devaient relever des indicateurs permettant de caractériser le patient, le médecin, des éléments d'évaluation clinique, le contexte de prescription et la nature de la discussion préalable au renouvellement.

Résultats. Deux cent quarante-cinq consultations avec renouvellement de benzodiazépines non conforme aux durées recommandées ont été observées. Des indices de réévaluation du traitement ont été observés dans 60,4 % des cas. Si une discussion préalable au renouvellement était observée, la durée du traitement était en moyenne plus courte (58,3 mois versus 86,9), et les patients moins âgés (64 ans versus 68,8). La demande explicite des patients, souvent considérée comme le déterminant principal de la décision de prolonger le traitement, amenait à une réévaluation plus fréquente de la prescription (63,7 % versus 57,7 %). Lorsque cette demande intervenait au milieu de la consultation, elle provoquait systématiquement une discussion. La complexité des situations, identifiée dans 54,7 % des cas, ne faisait pas passer au second plan la réévaluation des traitements.

Conclusion. Contrairement à l'opinion courante sur la démission des médecins généralistes vis-à-vis des patients consommateurs chroniques de benzodiazépines et apparentés, la réalité est plus contrastée et témoigne de possibilités d'évolution.

Mots-clés

Benzo-diazépines

Médecine générale

Prescription

Dépendance

Préférence du patient

Introduction

En France, la consommation de benzodiazépines et d'hypnotiques apparentés est nettement supérieure à la moyenne européenne¹, et l'utilisation chronique de ces produits est courante². Les réglementations et les recommandations limitent la durée de prescription des benzodiazépines anxiolytiques à 12 semaines et à 4 semaines pour les hypnotiques apparentés^{3,4}. Elles imposent d'informer le patient des avantages et des inconvénients de ces médicaments et proposent des prises en charge alternatives^{5,6}. Ces recommandations, souvent contournées, posent des problèmes aux généralistes, qui font 84 % des prescriptions⁷. Face à un fait de société marqué par le changement de sta-

tut du médicament passé d'objet médical à produit de consommation courante⁸, ils sont pris entre la demande des patients et les exigences scientifiques. La démission supposée des prescripteurs face à la pharmacodépendance est parfois mise en cause⁹ à côté des facteurs culturels, sociologiques ou industriels de ces prescriptions qualifiées parfois de camisole chimique¹⁰. Les difficultés de mise en œuvre des recommandations par les effecteurs ont déjà été débattues^{11,12}. Le cas particulier des troubles anxieux et du sommeil justifie une approche spécifique du fait de la fréquence et de la durée des prescriptions hors recommandations. La présente étude avait pour objectif de décrire, au plus près de la réalité, l'interaction médecin-patient aboutissant à une prescription au-delà des durées



recommandées. Appuyée sur le concept de l'*Evidence Based Medicine* (EBM), cette enquête par observation directe a cherché à mesurer le rôle respectif des données factuelles et de la préférence du patient dans le processus décisionnel. Il s'agissait de vérifier l'hypothèse principale selon laquelle les prescripteurs acceptent une relative perte d'autonomie professionnelle définie comme un déséquilibre du processus décisionnel en faveur de la demande du patient.

Deux hypothèses secondaires ont été examinées :

- la perte d'autonomie est favorisée par la complexité des situations cliniques ;
- elle est d'autant plus marquée que les patients sont âgés, les prescriptions durables et la relation médecin-patient ancienne.

Méthode

L'enquête s'est déroulée chez les enseignants cliniciens ambulatoires (ECA) de Loire-Atlantique et Vendée. Les données ont été collectées par observation directe participante, par les internes de médecine générale en stage chez ces praticiens. Les ECA avaient été sommairement informés du thème de l'enquête, mais pas de ses objectifs. Formés lors d'une rencontre préparatoire, les investigateurs ont recueilli les données pendant les 2 premiers mois de leur stage. Ils disposaient de la liste des médicaments concernés par l'enquête, et d'une grille de recueil des données. Ils devaient saisir des informations sur toutes les consultations comportant un renouvellement d'un médicament de la liste. Seules les grilles concernant les prescriptions supérieures aux durées recommandées ont été exploitées.

Variables étudiées

Variables descriptives

Caractéristiques socioprofessionnelles du patient et du médecin et médicament prescrit.

Variables en référence aux recommandations

Entité diagnostique (symptôme, syndrome ou maladie) en rapport avec la prescription énoncée au cours de la consultation ou trouvée dans le dossier. La discussion et/ou la réévaluation clinique étaient identifiées par six indicateurs :

- évaluation de l'efficacité du produit ;
- recherche d'expérience éventuelle d'interruption de traitement par le patient ;
- discussion sur la posologie ;
- discussion sur les possibilités de sevrage ;
- évaluation des effets indésirables ;
- proposition de prise en charge alternative.

Une réponse positive à un seul de ces six items a été considérée comme indicateur d'une pratique en référence à l'EBM.



© Fotolia

Variables caractérisant la demande et l'implication du patient

Renouvellement demandé par le patient, proposé par le médecin, ou d'origine indéterminée. Si la demande venait du patient, intervenait-elle comme motif de consultation, en cours de consultation, ou au moment de la rédaction de l'ordonnance ? Le patient a-t-il posé des questions sur son traitement ?

Variables identifiant la complexité des situations

Problèmes d'alcool actuels ou passés. Situation identifiée comme complexe (dans le champ médical, psychologique, ou social) par l'investigateur. Autres consommations de psychotropes.

Variables identifiant une situation ancienne

Ancienneté de la relation médecin-patient et du traitement par benzodiazépines. Patient habituel (au moins 3 consultations depuis un an) ou occasionnel.

Plan d'analyse

Après l'analyse descriptive, un score de 0 à 6 mesurant la qualité de l'interaction médecin-patient a été attribué à chaque consultation. Ce score correspondait à la somme des réponses positives aux six items explorant la réévaluation clinique. Une analyse bivariée (tests de Student et du Chi²) a cherché les facteurs liés à cette réévaluation.

Une analyse multivariée avec régression logistique a recherché les liens statistiques entre les variables caractérisant la demande et l'implication du patient, la complexité des situations, et la situation ancienne.

DCI	%
Bromazépam	18,40
Zolpidem	17,20
Lorazépam	15,20
Zopiclone	13,90
Alprazolam	8,20
Clorazépate (+ acépromazine)	7,80
Prazépam	3,70
Oxazépam	3,70
Lormétazépam	3,70
Loprazolam	3,30
Clorazépam	2,50
Nordazépam	2,10
Diazépam	0,40

Tableau 1. Répartition des benzodiazépines ou apparentées prescrites

térisant l'ancienneté des situations et la réévaluation du traitement. Pour les variables quantitatives, l'hypothèse de log-linéarité a été testée. Lorsqu'elle n'a pas été vérifiée, la variable a été découpée en classes.

Résultats

Descriptifs

L'échantillon

Deux cent quarante-cinq grilles exploitables ont été recueillies, chez 56 ECA, par 21 internes sur les 25 concernés. En moyenne, 4 grilles (1-12) ont été saisies par médecin. Sur les 77 ECA sollicités, deux ont refusé de participer et 19 n'ont pas été observés. Les ECA inclus (41 hommes, 15 femmes) étaient âgés de 38 à 63 ans (âge moyen 51 ans). 51 exerçaient en zone urbaine ou périurbaine, et 5 en rurale.

Les patients se répartissaient en 77 hommes et 168 femmes (69 %). L'âge moyen était de 66 ans (24-94 ans). 74,7 % étaient retraités, 8,9 % employés, 6,7 % non retraités sans activité professionnelle, 4,9 % cadres et professions intellectuelles supérieures, 3,1 % ouvriers, 0,9 % artisans, commerçants et chefs d'entreprise et 0,9 % professions intermédiaires.

Prescriptions

21 produits ont été concernés par l'étude. Six d'entre eux (4 anxiolytiques et 2 hypnotiques) totalisaient 80,7 % des prescriptions (Tableau 1). Huit médicaments n'ont jamais été prescrits.

Démarche d'autonomie professionnelle

Une entité diagnostique liée à la prescription a été identifiée 149 fois (60,8 % des consultations), énon-

Score	Effectif	%
0	97	39,6
1	46	18,9
2	33	13,5
3	24	9,8
4	25	10,3
5	12	4,9
6	8	3,3

Tableau 2. Effectifs de patients selon le score de discussion

cée 85 fois en cours de consultation et trouvée 95 fois dans le dossier. Il s'agissait d'insomnie (35,5 %), de dépression (21,7 %), d'anxiété (15,2 %), de syndrome anxiodépressif (10,9 %), d'angoisse (4,4 %), d'anxiété généralisée (2,2 %), de stress professionnel (1,5 %), de problèmes de relation familiale (1,5 %) et de troubles bipolaires (1,5 %). Le décalage horaire, l'attaque de panique, le stress, l'hystérie et l'anxiété, un accident, une douleur, le sevrage alcoolique et le cancer ont été cités une fois.

Dans 39,6 % des cas, la prescription n'a fait l'objet d'aucune question préalable. Dans tous les autres cas, au moins 1 des 6 indicateurs témoignant d'une discussion a été observé :

- l'efficacité du traitement a été évaluée dans 40,4 % des cas ;
- les tentatives d'arrêt de traitement par le patient ont été recherchées dans 24,5 % des cas. En cas de réponse positive, le médecin se renseignait 2 fois sur 3 sur les motivations et effets de cette expérience ;
- dans 41,4 % des cas, la posologie a été discutée. Elle a été le plus souvent maintenue (57,6 %), parfois diminuée (38,4 %), rarement augmentée (4 %) ;
- la possibilité d'un sevrage a été évoquée dans 23,4 % des cas ;
- les effets secondaires ont été évalués dans 14,3 % des cas ;
- une prise en charge alternative (hygiène de vie, psychothérapie, etc.) a été proposée dans 16,4 % des consultations.

La répartition des scores correspondant au nombre d'indicateurs d'une réévaluation présents dans chaque consultation figure dans le tableau 2.

Demande et implication du patient

La demande de renouvellement venait du patient dans 50,6 % des cas, et du médecin dans 13,9 % des cas. L'initiative de la prescription était indéterminée dans 35,5 % des cas.

Si la demande venait du patient, elle a été annoncée comme motif de consultation dans 52,5 %, des cas et abordée au fil de la consultation dans 14,8 %. Elle



est intervenue lors de la rédaction de l'ordonnance dans 31,2% des cas.

Identifiée par leurs questions sur le traitement, l'implication des patients a été observée 1 fois sur 6 (16,3 %).

Complexité des situations cliniques

L'identification d'un problème d'alcool concernait 10,2 % des patients.

La notion de « situation complexe » a été notée dans 54,7 % des consultations, le plus souvent du fait de l'intrication de comorbidités physiques et/ou psychiques (43,2 %), ou de l'intrication de facteurs médico-sociaux défavorables au sevrage (21,8 %). 2 cas de deuils, 2 cas d'addictions associées ont été cités, ainsi que le rôle d'un conjoint (relation conflictuelle, pression du conjoint sur la prescription). Dans 38 % des cas, la benzodiazépine était associée à d'autres médicaments psychotropes.

Ancienneté de la situation

La durée moyenne des traitements était de 70,1 mois, pour une médiane à 60 mois. L'ancienneté de la relation médecin-patient était de 10,7 ans, en moyenne. Les patients étaient presque tous des patients habituels (97,9 %).

Identification de facteurs associés au respect des recommandations

Variables concernant la demande

La réévaluation, caractérisée par la présence d'au moins 1 des 6 indicateurs, était significativement plus fréquente si le renouvellement intervenait à la demande du patient (67,7 % versus 53,7 % ; $p = 0,024$). Cette plus grande

fréquence était significative pour trois indicateurs pris isolément (Tableau 3).

Une discussion était corrélée au moment de la demande du patients lors de la consultation si cette demande n'intervenait ni comme motif de contact, ni en fin de consultation. Cependant, si la demande survenait au fil de la consultation, la discussion était systématique ($p = 0,008$).

Si le patient posait des questions sur le traitement, tous les indices de discussion étaient significativement plus souvent abordés.

Variables caractérisant la complexité de la situation

Les facteurs de complexité n'étaient pas corrélés à une discussion préalable au renouvellement.

Variables caractérisant l'ancienneté des situations

La population bénéficiant d'une réévaluation était significativement plus jeune (64 ans \pm 14,5 versus 68,8 \pm 11 ; $p = 0,004$). Le tableau 4 illustre cette différence pour quelques indicateurs de discussion. Si une réévaluation avait lieu, les traitements étaient en moyenne plus courts (58,3 mois versus 86,9 ; $p = 0,004$). Les patients étaient en moyenne plus récents dans la patientèle : 12 ans versus 9,8 ; $p = 0,06$.

Analyse exploratoire

Ni le genre du médecin ni celui du patient, ni le caractère urbain ou rural de l'exercice, ni l'âge du médecin n'étaient significativement associés à la fréquence d'une discussion du renouvellement.

	Demande du patient en début de consultation	Pas de demande du patient	<i>p</i>
Discussion sur d'éventuels essais d'interruption par le patient	29,8 %	19,0 %	0,05
Évocation d'un sevrage	29,3 %	17,4 %	0,03
Discussion sur la posologie	50,4 %	32,2 %	0,004

Tableau 3. Fréquence des indicateurs d'une réévaluation selon que la demande vient ou non du patient

Indices de discussion	présent	absent	<i>p</i>
Évaluation de l'efficacité du traitement	63,0 ans	67,8 ans	0,008
Évocation d'un sevrage	62,2 ans	67,0 ans	0,02
Proposition de prise en charge alternative	60,2 ans	67,0 ans	0,004
Questions du patient sur les effets thérapeutiques	59,5 ans	66,4 ans	0,02

Tableau 4. Discussion et âge moyen du patient



Analyse multivariée

Les patients les plus anciens étant à la fois les plus âgés, et les « bénéficiaires » des traitements les plus prolongés, la probabilité de facteurs de confusion a été envisagée entre ces variables.

L'analyse par régression logistique a montré que la durée de suivi du patient n'avait pas d'effet significatif sur la discussion.

L'hypothèse de log-linéarité n'a pas été vérifiée pour les variables « âge du patient » et « durée de traitement ». Une fois les variables réparties en quartiles, la réévaluation du traitement était moins fréquente pour les patients de plus de 55 ans ou pour une durée de traitement supérieure à 20 mois (seuil déterminé au regard de la répartition en quartiles).

L'analyse par régression linéaire n'a pas montré de lien significatif entre durée de suivi et score de discussion. La même répartition selon les quartiles des variables « âge du patient » et « durée de traitement » a observé un score de discussion moins élevé pour les patients de plus de 55 ans, et pour les traitements prolongés au-delà de 20 mois.

Discussion

Sur la méthode

Le choix de la technique

L'observation directe est adaptée à la description d'interactions entre deux protagonistes et à « l'analyse du contenu réel du travail en marge des règles qui le prescrivent »¹³. Les ECA sont habitués à travailler sous le regard d'un tiers. Les internes en stage ne sont pas des observateurs naïfs. Leur statut favorise l'identification avec le praticien observé et peut nuire à l'objectivité, mais le compagnonnage entre interne et praticien peut aussi favoriser le dévoilement de pratiques hors recommandations. Leur présence familière à la patientèle des ECA perturbe peu les comportements du couple médecin-patient. La dispersion des sites et des cas, habituelle en médecine générale, imposait l'intervention de plusieurs investigateurs.

L'utilisation d'une grille

Indispensable à la reproductibilité des observations, la grille borne le champ de l'observation, ignorant les dimensions non verbales de l'interaction. Cependant, elle limite la subjectivité et soutient la vigilance des observateurs, qui devaient saisir des informations échangées parfois de façon allusive entre 2 interlocuteurs se connaissant de longue date¹⁴. Elle répondait aussi à la nécessité de mesures préconisées par les promoteurs de la technique d'observation directe : « Aussi souvent que possible, les constats doivent

prendre la forme de comptages, mais il faut respecter dans ces mesures des formes de protocolarisation suffisantes¹³. »

Les limites

L'acceptation de l'étude par les ECA a été bonne. Le nombre d'observations par médecin était hétérogène, ce qui peut être imputé à la participation variable des internes ou bien à des écarts de pratiques entre médecins. L'absence totale d'observation chez 19 ECA n'est pas interprétable. Cette enquête ne permet pas de comparer ou d'évaluer des pratiques. Elle rend compte de 245 interactions entre patients et médecins.

Les investigateurs ont aussi évoqué la gêne de quelques praticiens sous le regard de l'observateur ou une grille trop riche, parfois incompatible avec le rythme des consultations. Cette limite a été décrite dans d'autres enquêtes en médecine générale¹⁵.

Le choix des variables

Une réponse positive à au moins 1 des 6 items explorant l'intention de démarche raisonnée validait l'existence d'une pratique conforme à une démarche d'autonomie professionnelle. Ce choix tient compte de la caractéristique spécifique des prises en charge en médecine générale, faites de contacts répétés favorisant le fractionnement de l'intervention éducative et de la réévaluation. L'identification d'une entité diagnostique contribuait aussi à reconnaître une démarche fondée sur les preuves.

Sur les résultats

Les caractéristiques d'âge et de genre des patients liées à la prescription de benzodiazépines sont concordantes avec les résultats d'études nationales¹.

Les médecins étaient représentatifs de la population des médecins généralistes pour le sex-ratio ; mais les urbains et les plus âgés étaient davantage représentés, ce qui était prévisible pour des praticiens engagés dans la formation initiale.

La répartition des produits utilisés était conforme aux données nationales¹.

Qui prend l'initiative de la prescription ? L'influence de la demande du patient sur l'ordonnance d'anxiolytique a souvent été affirmée⁹ et discutée à la suite de travaux anglo-saxons qui évoquaient une surestimation de cette demande par les praticiens^{16,17}. Dans cette étude, le poids de la demande explicite, identifiée une fois sur deux, est relatif. La grille ne permettait pas de discriminer entre une demande portant précisément sur la benzodiazépine ou sur l'ensemble de l'ordonnance. Les demandes explicites de dernière minute n'intervenaient que dans 15,8 % des cas. Ce faible taux contredit le préjugé médical qui en fait un cas de figure habituel. Les



35,5 % de renouvellements d'origine indéterminée par l'observateur ont été interprétés comme relevant d'un accord tacite entre patient et médecin. La notion d'entité diagnostique tient compte de la rareté des diagnostics certains en médecine générale. L'absence de cette information explicite liée à la prescription a été observée près de 4 fois sur 10. Cette réalité a été décrite dans d'autres travaux sur la prescription de psychotropes en médecine générale^{18,19}. Elle est liée à la spécificité de l'objet des soins primaires, entre maladie et simple perturbation de la qualité de vie¹. Six fois sur 10, la prescription s'appuyait sur un résultat de consultation « nommé », plus conforme à une démarche professionnelle. Ce taux est vraisemblablement sous-évalué. Si cette information n'était pas claire pendant la consultation, elle devait être recherchée dans des dossiers dont l'exploitabilité était variable (selon l'avis des investigateurs). Cette incertitude sur la qualité du recueil explique pourquoi la variable « absence d'une entité diagnostique » n'a pas été retenue comme indicateur de la perte d'autonomie professionnelle dans l'analyse bivariée. Parmi ces entités diagnostiques, l'insomnie et la dépression en représentaient plus de la moitié (57,2 %), comme dans une enquête de la DREES²⁰. L'ensemble « anxiété, anxiété généralisée, angoisse, attaque de panique, syndrome anxiodépressif » ne rassemblait que 33,4 % des situations.

Pour les situations complexes, la rareté des problèmes d'alcool dans cette étude est cohérente avec les données connues sur le repérage difficile de ces situations en médecine générale²¹.

L'ancienneté de la relation et des traitements les plus prolongés a certainement été sous-estimée. Dans les dossiers informatiques, cette durée était souvent réduite à celle de l'informatisation du cabinet.

Quelle perte d'autonomie professionnelle ?

Six fois sur 10, au moins un indice de discussion-réévaluation a été observé. Dans près de 4 cas sur 10, aucune réévaluation n'était observable. Cette situation était plus fréquente en l'absence de demande manifeste du patient. Ces résultats relativisent les opinions sur la démission des prescripteurs vis-à-vis de la demande des patients. Les variables explicatives de la réévaluation ne confirment pas l'abandon d'une position professionnelle face à la dépendance et à la demande. Celle-ci n'était explicite que dans 1 consultation sur 2 et la réévaluation y était plus fréquente. Si la requête du patient était présentée au fil de la consultation, le praticien la discutait dans tous les cas. Même en tenant compte d'une plus grande attention des ECA du fait de la présence de l'interne, ces données renforcent l'idée d'une amélioration possible des pratiques.

Dans cette étude, la complexité de certaines situations n'a pas eu d'influence sur la fréquence des indices de discussion. L'hypothèse d'une démobilitation des ECA du fait de problèmes associés (médicaux, psychologiques ou sociaux) n'est pas confirmée.

L'analyse multivariée, qui montre que les renouvellements sont moins discutés pour les patients de plus de 55 ans et pour les traitements de plus de 20 mois, souligne l'érosion de la mobilisation des prescripteurs avec le temps, malgré l'augmentation du risque iatrogène.

Le processus de décision décrit dans cette enquête apparaît partiellement conforme aux exigences professionnelles. Des études qualitatives menées dans des pays confrontés aux mêmes réalités font état de difficultés plus grandes encore pour les praticiens²².

Conclusion

L'observation directe de 245 consultations avec renouvellement prolongé de benzodiazépines ou hypnotiques apparentés n'a pas permis de valider l'hypothèse selon laquelle la demande des patients fait pression sur la prescription et induit une perte d'autonomie professionnelle. Une discussion préalable au renouvellement paraît même plus fréquente dans ce cas. La demande de fin de consultation, souvent évoquée dans la littérature, n'apparaît que dans 1 consultation sur 6. Les comorbidités ou les situations psychosociales difficiles, bien que fréquentes, ne font pas passer au second plan la réévaluation des traitements et ne conduisent pas à un renouvellement sans discernement.

En revanche, la durée du traitement et l'âge des patients sont des facteurs liés à une discussion de la prescription moins fréquente et moins riche. Ceci incite à réfléchir, pour les patients âgés de plus de 55 ans, dont le traitement est reconduit depuis plusieurs années, à des recommandations de réévaluation plus approfondies⁶ et à des intervalles de temps plus espacés.

Ces résultats permettent de retenir que les prescriptions prolongées de benzodiazépines et hypnotiques apparentés restent en grande partie sous contrôle médical. Ces données confirment d'autres études qui ont démontré une durée plus longue pour les consultations avec prescription de psychotrope²⁰. Contrairement à l'opinion souvent véhiculée d'une démission des médecins généralistes, la réalité est plus contrastée. Elle témoigne de possibilités d'évolution. Afin de compléter cette enquête quantitative par une démarche de recherche compréhensive, une enquête qualitative associée à ce travail tentera d'en éclairer les conclusions en explorant les intentions et les stratégies des prescripteurs.

Summary

Background. *The consumption of benzodiazepines and hypnotics remains high in France. The guidelines limiting the duration of the prescription are an issue for general practitioners.*

Aims. *This qualitative study aims at describing the process which leads to deciding whether or not to renew such treatments beyond the recommended duration.*

Method. *Direct observation of the interaction between doctor and patient. It was carried out by 21 students who observed 56 GPs during their training session in general practice surgery. The trainees had to observe and note down in a grid 21 indicators characterising the patient, the doctor, the elements of the diagnosis, the background of the prescription and the nature of the dialogue preceding the renewal of the treatment.*

Results. *245 consultations including the renewal of benzodiazepines beyond the recommended duration have been observed. When the renewal was preceded by a dialogue, the duration of the treatment was in average shorter (58.3 months vs 86.9 months) and the patients were in average younger (64 years old vs 68.8). The request from the patient, often considered as the main determining factor in the decision to prescribe, actually led to a more frequently renewed evaluation of the treatments. Whenever the patient expressed his request in the course of the consultation, a dialogue systematically ensued. In cases of complex situations (54.7% of the cases), the attention given to evaluating the treatment again was not pushed into the background.*

Conclusion. *Contrary to opinions conveyed, a more contrasted reality appears, opening the ways to possible improvements.*

Références

1. Briot M. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. OPEPS. La Documentation française, 2006.
2. URCAM Île-de-France. Etude des prescriptions d'anxiolytiques et/ou d'hypnotiques en Île-de-France. 2000. <http://www.ile-de-france.assurance-maladie.fr/6532.0.html>.
3. République française. Arrêté du 7 octobre 1991 fixant la liste des substances de la liste I des substances vénéneuses à propriétés hypnotiques et/ou anxiolytiques dont la durée de prescription est réduite. JO du 21 novembre 1991:15173.
4. AFSSAPS. Fiche de transparence 99. <http://afssaps-prd.afssaps.fr/html/has/sgt/hm/fiches99/5173c.htm> (janvier 2006).
5. ANAES. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du TAG de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique 2001.
6. HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Recommandations professionnelles 2007.
7. Ortega V, Maurice-Tison S, Demeaux JL, Salamon R, Verdoux H. Prescription des psychotropes en médecine générale. Le Concours Médical 2001;11:734-7.
8. Montastruc J, M'bongue B. La « médication » de la société : un exemple de pharmacologie sociale. Rev Precr 2003;243:712-4.
9. Lemoine P. Médicaments psychotropes: le big deal ? Revue toxibase 2001;1:1-11.
10. Jaeger M. La médicalisation psychiatrique de la peine à vivre. In: Aïach P, Delanoë D editors. L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas. Economica, Paris 1998:135-8.
11. Saillour-Glenisson F, Michel P. Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical. Revue de la littérature. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2003,1:65-80.
12. Bouvenot J, Gentile S, Tardieu S et al. Compliance des médecins vis-à-vis des recommandations médicales. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2002;(Suppl4):1104-5.
13. Arborio AM, Fournier P. L'enquête et ses méthodes: l'observation directe. Nathan Université, 1999, 128 p.
14. Pinoncelly P, Cathebras P. Prescription de psychotropes : quel processus de décision? La revue du praticien médecine générale 2003;610:561-5.
15. Partouche H, Grandmontagne S, Gilberg S et al. Difficultés d'inclure des patients dans une étude épidémiologique en médecine générale. La Revue du praticien-médecine générale 2001;533:703.
16. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations-a questionnaire study. BMJ 1997;315:520-3.
17. Stevenson FA, Greenfield SM, Miren J et al. GPs' perceptions of patient influence on prescribing. Fam Pract 1999;3:255-61.
18. Verger P, Brabis PA, Villani P, Paraponaris A. Déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prescription d'antidépresseurs dans le cadre d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux de la région PACA. La lettre de la MIRE 2006;10:5-8.
19. Klein E, Boivin JM, Jeandel C, Paille F, Schaff JL, Vespignani H. Prescription des hypnotiques en médecine générale. La Revue du praticien-médecine générale 2002;59:1617-22.
20. DREES. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Etudes et résultats 2005;440:4-5.
21. Gallois P, Emeriaud P, Charpentier JM. Le problème alcool en médecine générale. 2 301 réponses à un questionnaire d'autoévaluation. Médecine 2006;7:320-4.
22. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. A qualitative study physician' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults. J Gen Intern Med 2007;3:303-7.

Les auteurs déclarent que cette étude a été en partie financée par la Haute autorité de santé.