

Pr Paolo Di Patrizio***, Dr Sophie Houille**, Pr Raymund Schwan****, Pr Jean-Marc Boivin****

* CSAPA, CHU de Nancy, France

** Département de médecine générale, Université de Lorraine, Nancy, France

*** Inserm CIC-P 9501, CHU de Nancy, France

Correspondance : Paolo Di Patrizio. Courriel : paolo.di-patrizio@wanadoo.fr

Reçu décembre 2011, accepté mars 2012

Benzodiazépines chez les patients sous buprénorphine

Raisons et déterminants évoqués par les médecins

Résumé

Contexte : l'association buprénorphine haut dosage (BHD) et benzodiazépines (BZD), bien que dangereuse, est souvent retrouvée (18 à 50 %) chez les consommateurs de BHD. Objectif : déterminer les facteurs explicatifs de cette coprescription. Méthode : étude qualitative par entretiens semi-directifs individuels auprès d'un échantillonnage représentatif de médecins prescripteurs de BHD. Résultats : dix médecins généralistes exerçant en milieu urbain, rural ou semi-rural ont été interviewés. Ils suivaient entre cinq et 60 patients substitués par BHD. Tous ont déclaré connaître le risque délétère de l'association BHD-BZD. Ils n'initiaient quasiment jamais de BZD chez un patient substitué par BHD, mais reconduisaient souvent le traitement par BZD préalablement instauré. Notre étude a permis d'identifier trois profils de médecins prescripteurs de BHD : empathique, intermédiaire ou autoritaire. Ce profil influence certainement le renouvellement ou non de cette coprescription. Le toxicomane consomme souvent des BZD en raison d'une anxiété fréquemment retrouvée chez ces patients. Conclusion : les médecins prescripteurs de BHD connaissent la dangerosité de l'interaction entre BHD et BZD et en tiennent compte le plus souvent. La formation doit intégrer l'approche relationnelle et le sevrage ambulatoire des BZD. Le développement de liens entre médecins généralistes, psychiatres et psychologues est indispensable. Le problème réside également dans la banalisation de la prescription des BZD par l'ensemble des médecins français.

Mots-clés

Buprénorphine haut dosage – Benzodiazépine – Coprescription – Médecin généraliste – Toxicomanie – Addiction.

Summary

Benzodiazepine in patients under buprenorphine. Reasons and determiners evoked by general practitioners

Background: although dangerous, the association of high dosage buprenorphine (BHD) and benzodiazepine (BZD) is often reported (from 18 to 50%) among the consumers of BHD. Objective: to determine the reasons explaining this co-prescription by general practitioners (GPs). Method: a qualitative study has been conducted. Semi-directive interviews with a representative sampling of GPs, who often prescribe BHD, were carried out. Results: ten GPs from urban, rural and semi-rural areas were interviewed. Each of them was following the progress of five to 60 patients treated with BHD as maintenance therapy. All of them declared they knew the deleterious risk of the association BHD-BZD. They never started the prescription of BZD for a patient treated with BHD. However they often renewed the BZD treatment if already prescribed. Our study underlined three profiles of BHD prescribers: empathic, intermediate and authoritarian. This profile most likely affected the renewal of this co-prescription. The drug addict often consumed BZD because of anxiety. Conclusion: BHD prescribers are aware of the dangerousness of the interaction between BHD and BZD and take it into account when treating their patients. Education must insert relational approach and ambulant weaning of BZD. The development of links between general practitioners, psychiatrists and psychologists is necessary. The main issue is the trivialization of BZD prescription by all French doctors.

Key words

High dose buprenorphine – Benzodiazepine – Co-prescription – General practitioner – Drug addiction.

Depuis 1996, en France, la buprénorphine haut dosage (BHD) est utilisée en substitution aux opiacés. Entre 1996 et 2001, 137 décès par dépression respiratoire ont été attribués à la prise de BHD, dont 91 étant imputables à l'association avec des benzodiazépines (BZD) (1). La mortalité occasionnée par la prise conjointe de la BHD et de BZD est toutefois probablement sous-estimée (1). Cette coprescription, considérée comme dangereuse, a fait l'objet de recommandations (AFSSAPS) (2). Toutefois, cette association reste fréquente, puisqu'elle serait retrouvée dans 18 à 50 % des prescriptions de ville (3). Une étude dans l'est de la France (4) a révélé un taux de coprescription estimé à plus de 31 %. Une autre étude française (5) rapportait une consommation de BZD allant même jusqu'à 78 % en cas de nomadisme médical. Ce nomadisme ou la présence d'une affection psychiatrique de longue durée étaient plus souvent associés à une coprescription BHD-BZD que lorsque le patient était suivi par un seul ou, au plus, deux médecins (58 %, $p < 0,01$).

La coprescription BHD-BZD reste donc très fréquente, bien que la toxicité liée à cette association soit bien connue des médecins, ce qui pose question. Les facteurs sont-ils liés aux médecins (croyances, expériences, absence de formations ou d'appartenance à un réseau, profils relationnels) ? Notre étude a cherché à comprendre les raisons de la coprescription BHD-BZD émises par les médecins généralistes et à déterminer les facteurs sociaux et environnementaux les influençant.

Méthode

Notre étude a été réalisée à partir d'entretiens semi-directifs en face à face, durant le premier trimestre 2009, auprès d'un échantillonnage raisonné de dix médecins généralistes prenant régulièrement en charge des patients sous traitement de substitution. La méthode qualitative (6) a été retenue pour répondre à notre questionnement car nous cherchions à recueillir les éléments psychologiques ou sociologiques associés aux habitudes de prescription de ces médecins dans des conditions habituelles de suivi de patients toxicomanes, dimensions plus difficiles à atteindre à l'aide d'une enquête à questions fermées.

Les critères d'éligibilité adoptés pour notre échantillonnage répondaient à notre souhait d'interroger des médecins des deux sexes, pratiquant en zone urbaine ou rurale, appartenant ou non à un réseau de toxicomanie, d'âges différents et prenant en charge un nombre variable de patients toxicomanes à leur cabinet de ville. Les médecins

rencontrés ont été choisis à partir de l'annuaire des médecins travaillant avec le centre de consultation ambulatoire en addictologie ou de l'annuaire du réseau d'addictologie de la région. Nous avons choisi d'interroger exclusivement des médecins prenant en charge plusieurs toxicomanes car, d'après l'EVAL (7) et l'étude APPROPOS (8), 69 % des patients sous traitement de substitution sont suivis par un médecin qui a déjà pris en charge plus d'un patient. Ces médecins ont le plus souvent suivi une formation en addictologie et travaillent fréquemment en lien avec un réseau de santé.

Les entretiens ont été intégralement enregistrés puis retranscrits et nous avons répété les entretiens jusqu'à obtention de la saturation des données. Le script des entretiens comprenait les thématiques suivantes : a) le volume de prise en charge de patients toxicomanes dans la pratique du médecin, b) la connaissance du risque de l'association BHD-BZD, c) la coprescription BHD-BZD effective ou non, d) les motifs éventuels de cette coprescription, e) la relation médecin-toxicomane, f) les stratégies utilisées pour contourner ces coprescriptions, g) les perspectives évoquées concernant la prise en charge des patients toxicomanes, et plus spécifiquement ceux qui présentent des troubles anxieux, h) la tentative de diminution ou d'arrêt de la prescription des BZD.

Une triple analyse des entretiens a été réalisée de manière indépendante par le médecin ayant mené les entretiens et par deux enseignants de médecine générale ayant suivi une formation à la recherche qualitative et à la sociologie. Les verbatims ont été isolés puis regroupés par thématiques. Nous avons réalisé un regroupement et un croisement de ces thématiques selon la méthodologie de la recherche qualitative (6), afin de caractériser les réponses des médecins suivant l'année d'installation des médecins, leur genre, le nombre de patients pris en charge et leur lieu d'exercice.

Résultats

Nous avons interrogé dix médecins généralistes dont huit hommes. Les entretiens ont duré environ une heure. Le tableau I indique les caractéristiques en genre, nombre années et lieu d'exercice, le nombre de patients dépendants des opiacés suivis en moyenne et l'éventuel exercice complémentaire à la médecine générale. Le nombre moyen d'années d'installation était de 17,9 ans. Deux des médecins avaient obtenu la capacité d'addictologie et six avaient assisté à des séminaires de formation continue en addictologie.

Nombre de patients toxicomanes pris en charge

En moyenne, les médecins généralistes interviewés prenaient en charge 26 toxicomanes, avec un minimum de cinq et un maximum de 60 (tableau I).

Connaissance du risque de la coprescription

Les médecins, prenant en charge un grand nombre de patients, connaissaient tous le risque délétère de l'association BHD-BZD [tous les médecins : "Oui, je connais le risque de l'association" ; M3 : "Par mes lectures et par mon travail sur le réseau toxicomanie", M9 : "Par ma propre formation en toxicomanie" ; M1 : "Par le Vidal et des articles dans la presse médicale" ; M6 : "Je dirais que le risque est élevé" ; M5 : "Je dirais que le risque est important"]. Toutefois, certains en minimisaient la comorbidité induite [M3 : "Je dirais que le risque est moins important, car la prescription de BZD chez un patient sous BHD, je peux la contrôler"].

Coprescription effective ou non

Initiation d'un traitement par benzodiazépines

Les médecins initiaient la prescription des BZD de façon exceptionnelle [M1 : "Oui, ça m'arrive parfois, mais toujours en cure courte d'une semaine au maximum" ; M7 : "C'est extrêmement rare... ou alors peut-être au tout début quand je connaissais un peu moins la chose, pour de l'anxiété ou un manque de sommeil"], mais ils préféraient dans la plupart des cas recourir à des neuroleptiques ou à des antidépresseurs [M3 : "Quand il existe des troubles

du sommeil avec un état dépressif associé, je prescris un traitement antidépresseur" ; M2 : "Parfois j'utilise le Tercian® pour traiter les troubles anxieux et le Zyprexa® s'il existe des troubles de la personnalité sous-jacents" ; M3 : "Oui, du Tercian® parfois, quand le patient ne connaît pas ce médicament, ce qui est fréquent"], plus rarement à de l'homéopathie ou à de la phytothérapie. Pour ces deux dernières classes, ils étaient conscients de l'inefficacité de cette coprescription [M5 : "Je donne de l'homéopathie. À mon avis, ils ne la prennent pas, ils ne doivent pas trouver que c'est efficace" ; M10 : "L'homéopathie, pas avec ce type de patients : il ne faut pas exagérer quand même !" ; M2 : "La phytothérapie n'intéresse pas vraiment les patients car ce n'est pas remboursé"].

Reconduction d'un traitement par benzodiazépines :

En revanche, les médecins reconduisaient le plus souvent un traitement par BZD quand celui-ci était préexistant à la prise en charge [M8 : "Ça arrive effectivement, parce qu'on a des codépendants. Ils arrivent d'emblée en étant codépendants des deux produits. Je vois beaucoup de dépendances aux BZD qui sont contractées en prison" ; M2 : "Chez des patients qui ont une prise régulière de BZD déjà existante pour lesquels on ne peut pas les arrêter sans risques"].

Motifs de cette coprescription

La présence d'une anxiété conduisait les médecins à prescrire des BZD [M2 : "Je ne suis pas sûr qu'il faille diminuer la coprescription, compte tenu de la personnalité anxieuse de certains patients"]. L'apparition d'une anxiété

Tableau I : Caractéristiques des dix médecins généralistes

Médecin	Genre	Caractéristique			
		Nombre d'années d'installation	Lieu d'exercice (nombre d'habitants)	Nombres de patients toxicomanes suivis	Exercice complémentaire à la médecine générale
M1	Masculin	10	Urbain petite ville (4 000)	10	
M2	Masculin	15	Urbain grande ville (100 000)	40	Praticien CSAPA
M3	Masculin	27	Urbain petite ville (14 000)	40	
M4	Masculin	26	Urbain grande ville (100 000)	50	
M5	Féminin	9	Rural (1 000)	10	
M6	Masculin	20	Urbain grande ville (20 000)	5	
M7	Masculin	18	Zone semi-rurale	10	
M8	Masculin	25	Urbain petite ville (10 000)	60	
M9	Masculin	17	Urbain petite ville (10 000)	15	Praticien CSAPA
M10	Féminin	12	Urbain petite ville (10 000)	20	

chez leurs patients toxicomanes était évoquée [M2 : “La toxicomanie engendre des troubles anxieux de manière extrêmement importante, et la personnalité sous-jacente peut également expliquer la toxicomanie” ; M3 : “Pour moi, les BZD ont leur place” ; M4 : “La coprescription est quelque chose d’incompressible. Il vaut mieux des patients bien équilibrés avec cette association, que des patients mal équilibrés”]. Toutefois, le médecin pouvait se retrouver face à une automédication [M8 : “En dehors de toute prescription, les patients vont prendre des BZD qu’ils auront obtenues autrement : dans la rue et aussi souvent en prison”].

Relation médecin-toxicomane

Les médecins estimaient que la relation médecin-patient dépendant des opiacés était toujours très différente de la relation médecin-patient non dépendant. Les médecins étaient très conscients de cette particularité relationnelle d’autant plus lorsqu’ils considéraient le patient dépendant des opiacés comme “menteur” [M2 : “Ils ont déjà tous perdu leur traitement, leur chien l’a mangé, ils l’ont oublié dans le train ou se le sont fait voler..., je n’ai pas à les traiter de menteur” ; M3 : “Vous savez, j’ai tout entendu : le chien a mangé les boîtes, la grand-mère s’est trompée, la boîte est tombée dans l’égout en se penchant par la fenêtre... Avec moi, ça ne marche pas et je leur dis tout de suite, dès la première prescription” ; M4 : “Le toxicomane est un grand menteur, à commencer vis-à-vis de lui-même”, comme “manipulateur” [M6 : “... me raconte des histoires et... se produit plusieurs fois”] et comme “dealer” [M10 : “Ils essayent de vendre...”].

Stratégies utilisées pour éviter la coprescription

Afin d’éviter la coprescription, certains confrères proposaient la mise en place de groupes d’anciens patients dépendants des opiacés selon le modèle des groupes d’anciens buveurs dépendants de l’alcool [M1 : “Il faudrait des réunions de dialogues avec médecins et patients, comme les Alcoolistes anonymes, pour ceux qui veulent vraiment s’en sortir”]. D’autres suggéraient une formation [M2 : “Je pense qu’il est de la responsabilité des médecins de se former avant de prescrire” ; M9 : “Je crois vraiment à une formation des médecins”], mais plutôt orientée vers les médecins qui n’ont pas coutume de prendre en charge les patients dépendants des stupéfiants [M9 : “Certains médecins prescrivent trop facilement les BZD. Il ne faut pas uniformiser les pratiques, mais si on mettait

des cadres et que les médecins les respectaient, on aurait beaucoup moins de dérives”]. D’autres encore encadraient le suivi de leur prescription par la délivrance quotidienne par le pharmacien de la BHD et des BZD [M3 : “Quand la BHD est en délivrance quotidienne au début, je fais délivrer les BZD de la même façon, et ensuite de manière hebdomadaire. Je prévient la pharmacie pour cadrer cette coprescription”]. L’une des autres possibilités aurait été d’accorder une place plus importante au pharmacien dans les modalités de prise en charge [M5 : “Le dossier pharmaceutique informatisé qui va se mettre en place devrait améliorer cela”]. L’informatisation et l’accès par le médecin via la carte vitale aux prescriptions récentes du patient semblait rapidement contournée [M6 : “Il y a des outils qui existent, et notamment un système via la carte vitale, pour avoir accès aux prescriptions du patient. Mais il faut l’accord du patient. Et quand les patients le savent, ils “oublient” régulièrement leur carte vitale !”].

Perspectives évoquées pour la prise en charge

Concernant la prise en charge des troubles anxieux, le travail en partenariat était proposé, notamment avec les psychiatres, voire les psychologues même si, pour ces derniers, l’absence de prise en charge par la Sécurité sociale en limitait l’accès hors structure hospitalière [M2 : “Avec plus de psychologues et de psychiatres, on pourrait obtenir plus de résultats” ; M8 : “Si l’accessibilité aux psychiatres était plus facile, j’enverrais des patients. J’aime bien avoir une prise en charge conjointe avec un psychiatre. À ce moment-là, c’est lui qui s’occupe des psychotropes”]. Lors d’une co-addiction BZD-BHD, l’accès à un sevrage dans une structure hospitalière pourrait alors faciliter la prise en charge [M3 : “Il faudrait plus de lits d’hospitalisation pour des sevrages, et qu’ils soient plus accessibles”].

Tentative de diminution ou d’arrêt de la prescription des BZD

Concernant le sevrage des BZD, la pratique des médecins était variable. En effet certains souhaitaient des sevrages hospitaliers, mais se trouvaient confrontés au manque de possibilité d’accueil hospitalier et, surtout, à l’absence de demande des patients d’hospitalisation, voire au sevrage brutal [M1 : “Les patients ne sont pas demandeurs de lits d’hospitalisation pour des sevrages. De plus, le sevrage est trop brutal et est souvent un échec” ; M7 : “C’est très

difficile de programmer un sevrage hospitalier. Ce ne sont pas des sevrages qui durent extrêmement longtemps”. D’autres praticiens n’étaient pas convaincus de la nécessité d’une diminution ou d’un arrêt des BZD en raison de la comorbidité psychiatrique [M2 : “Je ne suis pas sûr qu’il faille diminuer la coprescription, compte tenu de la personnalité anxieuse de certains patients” ; M3 : “Pour moi, les BZD ont leur place”]. Aucun des médecins interrogés n’avait évoqué la tentative de sevrage ambulatoire progressive des BZD.

Traits retrouvés lors des entretiens

Une analyse plus fine des entretiens, réalisés par regroupement de verbatims puis par regroupement de thèmes, nous a permis de mettre en évidence les traits suivants : la pression objective, la pression ressentie, le déni de la problématique, l’approche médicale de l’anxiété et de l’insomnie, l’impasse thérapeutique et l’impuissance, la disculpation et l’autosatisfaction. Nous avons cherché à associer certains profils de médecins avec ces traits communs en fonction du nombre des patients dépendants des opiacés, puis du nombre d’années d’installation, du lieu d’exercice, de son genre et de l’appartenance à un réseau de santé. Ainsi, trois profils de médecins prescripteurs de BHD ont pu être dégagés : 1) le prescripteur autoritaire, 2) le prescripteur empathique et 3) le prescripteur intermédiaire.

Profils des médecins

Le prescripteur autoritaire

Il s’agissait plutôt d’un homme et qui suivait moins de dix patients, mais nous n’avons pas retrouvé de profil en fonction des années d’installation ou du lieu d’exercice [M1 : “Le chef c’est nous, ce n’est pas eux” ; M1 : “Je n’ai pas cédé”]. Ce type de médecin soulignait surtout l’aspect menteur et manipulateur du toxicomane [M2 : “Ils ont déjà tous perdu leur traitement, leur chien l’a mangé, ils l’ont oublié dans le train ou se le sont fait voler”], cadrerait d’emblée la prise en charge sous forme d’un contrat comportant un seuil d’exigence élevé [M2 : “On est dans une position dominante”, “Il y a toujours un cadre”, “J’exprime les limites de la prise en charge au niveau médical imposées par la loi”, “Il faut dire dès le départ qu’il y a des choses qu’on ne peut pas faire”] et n’acceptait pas de remarque.

Le prescripteur empathique

Le prescripteur empathique travaillait en réseau, dans une agglomération de plus de 10 000 habitants et prenait en charge un grand nombre de patients substitués par BHD (plus d’une quarantaine). Il recherchait une écoute participative du patient [M8 : “J’essaie d’établir un projet thérapeutique avec le patient”, “En général, je demande au patient quel est son projet par rapport à cette dépendance”] et cherchait à expliquer la prise en charge [M8 : “Quand on explique... ça va”].

Le prescripteur intermédiaire

Le prescripteur dit “intermédiaire” avait en général suivi une formation dans le domaine et travaillait en réseau ou en collaboration étroite avec une structure spécialisée en addictologie [M9 : “À ce moment-là, je l’adresse au CSAPA”]. Il suivait une vingtaine de patients. Il travaillait dans un réseau de santé spécialisé dans la prise en charge du toxicomane. Les médecins femmes semblaient plutôt se placer dans ce mode de communication.

Discussion

Ce travail est, à notre connaissance, la première étude qualitative s’étant intéressée aux raisons expliquant la fréquente transgression par les médecins des mises en garde et précautions d’emploi du Vidal concernant l’association BHD-BZD. Une précédente enquête (4) nous avait permis d’identifier les principales causes expliquant la coprescription de BHD-BZD, à savoir : le nomadisme médical, la précarité, la comorbidité psychiatrique associée et particulièrement les troubles anxieux, le sous-dosage de la prescription de BHD et, enfin, la dépendance associée aux BZD précédant l’instauration du traitement de substitution.

Toutes les études observationnelles (9-17) se sont jusqu’alors intéressées au volume des coprescriptions sans toutefois identifier la véritable raison de cette association. C’est pourquoi nous nous sommes plus particulièrement intéressés à l’aspect relationnel entre le médecin et le toxicomane, qui pourrait expliquer l’importance des coprescriptions BHD-BZD.

Nous formulons l’hypothèse que le médecin ne connaissait pas les risques liés à cette association. Notre étude montre, au contraire, que ce risque est bien connu des médecins prescripteurs, mais mal maîtrisé. Le médecin

peut parfois se sentir dans une impasse thérapeutique, alors que d'autres médecins parviennent à contourner la difficulté à l'aide d'un abord relationnel différent. Sur ce plan, trois profils de médecins ont été identifiés dans notre étude – empathique, intermédiaire et autoritaire – sans doute observés quels que soient leurs patients (18, 19). Toutefois, ces profils sont probablement exacerbés lors du suivi de patients toxicomanes, car le médecin se sent, dans ce cas, "agressé" par un patient manipulateur, menteur et "dealer". La relation avec le toxicomane conduit le médecin à renforcer ses propres mécanismes intrinsèques de défense.

Cet aspect particulier de la relation perturbe la communication, telle que celle qui est proposée dans les groupes Balint, groupes de travail de supervision d'inspiration psychanalytique réunissant des professionnels de santé dans le champ médico-socioéducatif (20-22). Il est probable que le contact régulier avec un patient toxicomane puisse exacerber le mode relationnel du médecin et augmenter ainsi le risque d'écarts aux recommandations.

Le médecin qui prend en charge des toxicomanes n'initie quasiment jamais des traitements par BZD ou molécules apparentées. De fait, la problématique de la coprescription BHD-BZD semble être intimement dépendante de la surprescription de BZD dans la population générale (23-25). En effet, quel que soit le pays européen, les études révèlent l'importance de cette association (5, 12, 14, 15, 17, 26-30).

Notre étude montre que, contrairement à tout ce qui a été avancé jusqu'alors, la coprescription n'est pas liée à une incompetence ou une méconnaissance du médecin prescripteur, mais à une première prescription de BZD, le plus souvent réalisée par un autre médecin. Ainsi, le médecin prenant en charge les patients toxicomanes réagira en fonction de son profil propre, mais souvent selon une prise en charge non conforme aux recommandations.

Le médecin autoritaire a probablement tendance à exclure le patient toxicomane, ne parvenant pas à obtenir un compromis acceptable entre son niveau d'exigence et les attentes du patient. Le médecin empathique risque, quant à lui, de se faire manipuler et d'accepter les exigences du patient même lorsqu'elles sont excessives. Il est probable que la neutralité attentive (médecin intermédiaire) est la meilleure façon d'établir une relation avec le toxicomane.

Le médecin prenant en charge des patients dépendants est le plus souvent bien formé. Il connaît les risques et

il a suivi une mise à jour régulière de ses connaissances par l'intermédiaire de réseaux. Une grande majorité des patients toxicomanes est prise en charge par des médecins "spécialisés" dans cette prise en charge (10). Seule une petite partie de toxicomanes est prise en charge par des médecins mal ou non formés et probablement inconscients du risque de l'association BHD-BZD. Cette faible proportion de médecins non formés n'explique certainement pas l'importance en volume de cette coprescription, estimée de 30 à 50 % (3-5).

La formation des médecins généralistes présente toujours un intérêt dans le domaine de l'addictologie, mais il conviendrait de développer cette formation sur la spécificité de l'approche relationnelle et sur le sevrage ambulatoire des BZD, sevrage qu'aucun médecin ne proposait dans notre étude.

Notre travail permet d'étayer le primordial développement de liens entre médecins généralistes, psychiatres et psychologues. En effet, l'accompagnement psychologique est incontournable en addictologie, particulièrement lors des co-addictions.

Limites de notre étude

Les médecins ont été interrogés à l'aide d'entretiens semi-structurés, et les résultats reflètent des perceptions propres des médecins interrogés à un moment donné. Par ailleurs, il aurait été judicieux de cibler les prescripteurs initiaux des BZD pour connaître les raisons de ces primo-prescriptions. Mais par respect de l'anonymat et pour des raisons éthiques, cet aspect n'a pu être étudié. Enfin, la présentation de l'objectif de l'étude a pu partiellement influencer la réponse des médecins.

Conclusion

Les médecins prescripteurs de BHD connaissent la dangerosité de l'interaction avec les BZD. Le plus souvent, ils en tiennent compte dans la prise en charge. La nécessaire formation en addictologie des médecins généralistes devrait développer la spécificité de l'approche relationnelle et le sevrage ambulatoire des BZD. Le développement de liens entre médecins généralistes, psychiatres et psychologues est indispensable. Le problème réside également dans la banalisation et l'importance de la prescription des BZD dans la population française. Il serait probablement rentable d'éduquer les patients, avec toutes les difficultés

que cela comporte dans une population le plus souvent marginalisée. De plus, il serait vraisemblablement utile de mener des campagnes d'information s'adressant plus particulièrement aux médecins grands prescripteurs de BZD, et non pas seulement aux médecins prescripteurs de BHD. Ces campagnes pourraient également s'adresser à la population générale, comme cela a été réalisé pour la prescription d'antibiotiques. ■

P. Di Patrizio, S. Houille, R. Schwan, J.M. Boivin
Benzodiazépines chez les patients sous buprénorphine. Raisons et déterminants évoqués par les médecins
Alcoologie et Addictologie 2012 ; 34 (3) : 231-237

Références bibliographiques

- 1 - Cirimele V, Lohner S, Ludes B, Kintz P. Décès liés à l'usage de buprénorphine : investigations toxicologiques dans le cadre de cas médico-légaux. *Annales de Toxicologie Analytique*. 2001 ; 13 (4) : 260-4.
- 2 - Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés. Paris : AFSSAPS ; 2004.
- 3 - Lintzeris N, Nielsen S. Benzodiazepines, methadone and buprenorphine: interactions and clinical management. *Am J Addict*. 2009 ; 19 : 59-72.
- 4 - Di Patrizio P, Houille S, Schwan R, Boivin JM. Buprénorphine haut dosage et benzodiazépines, une association à risque : réalité des coprescriptions en médecine de ville. *Rev Prat*. 2010 ; 60 (Supplément) : 29-34.
- 5 - Biboulet M, Lapeyre-Mestre M, Gardette V Comparaison de la consommation de benzodiazépines selon le type d'usage de la buprénorphine dans une cohorte de nouveaux usagers. *Prat Organ Soins*. 2010 ; 41 (43) : 205-13.
- 6 - Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ*. 2008 ; 337 : 404-9.
- 7 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Épidémiologie, évaluation, santé publique, médico-économie. Évolution de la prise en charge des toxicomanes : enquête auprès des médecins généralistes en 1998 et comparaison 92-95-98. Paris : OFDT, EVAL ; 1998.
- 8 - Gagnon A et al. L'étude APPROPOS : enquête auprès de 200 médecins pris parmi 3 000 généralistes tirés au sort au niveau national. Paris : Harris Medical International ; 2000.
- 9 - Bello PY, Toufik A, Gandilhon M, Giraudon I. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. Cinquième rapport national du dispositif Trend. Saint-Denis : OFDT ; 2004.
- 10 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution depuis 1995. Séries statistiques. Saint-Denis : OFDT, 2006.
- 11 - Ducla M, Gagnon A, Mucchielli A, Robinet S, Vellay A. Suivi de patients pharmacodépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage à partir de réseaux de soins. *Ann M Interne*. 2000 ; 151 (Suppl A) : A27-32.
- 12 - Duburcq A, Charpak Y, Blin P, Madec L. Suivi à deux ans d'une cohorte de patients sous buprénorphine haut dosage. Résultats de l'étude SPESUB (suivi pharmaco-épidémiologique du Subutex® en médecine de ville). *Rev Epidem Santé Publ*. 2000 ; 48 : 363-73.
- 13 - Gainet JM, Cholley D, Weill G. Un réseau de soin évalue les résultats d'un programme de substitution par buprénorphine haut dosage. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. 2000 ; 1 : 15-20.
- 14 - Cadet-Taïrou A, Costes JM, Bello PY, Palle C. Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004. *Tendances*. 2004 ; (37).
- 15 - Frauger E, Pradel V, Natali F, Thirion X, Reggio P, Micallef J. Détournement d'usage du clonazépam (Rivotril®) : tendances récentes. *Thérapie*. 2006 ; 61 (1) : 49-55.
- 16 - Costes JM. Substitution aux opiacés dans cinq sites de France en 1999 et 2000 : usagers et stratégies de traitement. Paris : OFDT ; 2002.
- 17 - Pélissolo A, Boyer P, Lépine JP, Bisserbe JC. Épidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde. *Encéphale*. 1996 ; 22 (3) : 187-96.
- 18 - Vanotti M. Le métier de médecin. Entre utopie et désenchantement. Genève : Médecine et Hygiène ; 2006.
- 19 - Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs de la communication. Paris : MMI ; 2001.
- 20 - Balint M. The doctor, his patient, and the illness. New York : International Universities Press ; 1957.
- 21 - Balint M, Balint E, Gosling R, Hildebrand P. Le médecin en formation : la sélection et l'évaluation des résultats dans un programme de formation destiné à des médecins de famille. Paris : Payot ; 1979.
- 22 - Kjeldmand D, Holmström I. Difficulties in Balint groups: a qualitative study of leaders' experiences. *Br J Gen Pract*. 2010 ; 60 (580) : 808-14.
- 23 - Biboulet M, Lapeyre-Mestre M, Gardette V. Comparaison de la consommation de benzodiazépines selon le type d'usage de la buprénorphine dans une cohorte de nouveaux usagers. *Prat Organ Soins*. 2010 ; 41 (43) : 205-13.
- 24 - Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance, Ordonnances suspectes, indicateur d'abus possible. Résultats de l'enquête 2009 sur les médicaments détournés à partir d'ordonnances falsifiées présentées en pharmacie d'officine. Paris : AFSSAPS ; 2011.
- 25 - Pradel V, Delga C, Rouby F, Micallef J, Lapeyre-Mestre M. Assessment of abuse potential of benzodiazepines in prescription database with doctor shopping indicator. *CNS Drugs*. 2010 ; 24 : 611-20.
- 26 - Zamparutti G, Schifano F, Corkery JM, Oyefeso A, Ghodse AH. Deaths of opiate/opioid misusers involving dihydrocodeine, UK, 1997-2007. *Br J Clin Pharmacol*. 2011 ; 10 (1111) : 1365-2125.
- 27 - Strang J, Manning V, Mayet S, Ridge G, Best D, Sheridan J. Does prescribing for opiate addiction change after national guidelines? Methadone and buprenorphine prescribing to opiate addicts by general practitioners and hospital doctors in England, 1995-2005. *Addiction*. 2007 ; 102 (5) : 761-70.
- 28 - Lavie E, Fatséas M, Denis C, Auriacombe M. Benzodiazepine use among opiate-dependent subjects in buprenorphine maintenance treatment: correlates of use, abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2009 ; 99 (1-3) : 338-44.
- 29 - Aeschbach Jachmann C, Jagsch R, Winklbaur B, Matzenauer C, Fischer G. Office-based treatment in opioid dependence: a critical survey of prescription practices for opioid maintenance medications and concomitant benzodiazepines in Vienna, Austria. *Eur Addict Res*. 2008 ; 14 (4) : 206-12.
- 30 - Bramness JG, Kornor H. Benzodiazepine prescription for patients in opioid maintenance treatment in Norway. *Drug Alcohol Depend*. 2007 ; 90 (2-3) : 203-9.