

Article original

Évaluation de la prescription et de l'utilisation des benzodiazépines dans la ville de Sidi Bel-Abbès

Evaluation of the prescription and use of benzodiazepines in Sidi Bel-Abbes city

Derouicha MATMOUR 1,2, Mounia MEDJBER 3, Yassine MERAD 2

1 Laboratoire de Chimie Thérapeutique, Département de Pharmacie, Faculté de Médecine, Université de Sidi Bel-Abbès, 22000, Algérie.

2 Laboratoire Central, Centre Hospitalo-Universitaire AEK Hassani de Sidi Bel-Abbès, 22000, Algérie.

3 Service de Psychiatrie, Centre Hospitalo-Universitaire AEK Hassani de Sidi Bel-Abbès, 22000, Algérie.

Auteur correspondant: drmatmour24@hotmail.fr soumis le 20/06/2022 ; Accepté le 08/12/2022 ; publié en ligne le 25/12/2022

Citation: MATMOUR D, et al. Évaluation de la prescription et de l'utilisation des benzodiazépines dans la ville de Sidi Bel-Abbès (2022) J Fac Med Or 6 (2) : 795-804.

DOI : <https://doi.org/10.51782/jfmo.v6i2.172>

KEY WORDS

Benzodiazépine ; Évaluation ; Prescription ; Pharmacodépendance ; Durée de consommation ; Effet indésirable.

Résumé

Introduction-Une forte consommation des benzodiazépines (BZDs) a été remarquée en dehors parfois des règles de recommandations de prescription, ce qui rend leur consommation un problème majeur de santé publique. La présente étude a eu pour objectif d'évaluer la prescription et l'usage des BZDs dans la ville de Sidi Bel-Abbès.

Méthodes-Il s'agissait d'une étude descriptive transversale réalisée du 01 Février 2018 au 30 Juin 2018 évaluant la prescription et l'usage des BZDs dans la ville de Sidi Bel-Abbès au moyen d'un questionnaire distribué aux patients de l'hôpital psychiatrique, du service de psychiatrie du CHU et aux pharmaciens d'officine. Le critère de jugement principal était l'évaluation de la prescription et de l'utilisation des BZDs dans cette ville. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées par le logiciel SPSS.

Résultats-Au total, 353 patients traités au moins par une BZD ont été inclus dont 178 hommes. Le taux de prescription des BZDs était de 1.10, des jeunes (59,77 %) et des personnes mariées (60,34%) constituaient les consommateurs privilégiés. La prescription était l'apanage des psychiatres, en monothérapie (07,42%), la molécule la plus fréquemment prescrite était le Bromazépam (31,07%) et la prise nocturne était la plus importante (49,01%). Les BZDs étaient utilisées pour combattre l'insomnie (25,21%), l'anxiété (16,43%), pour une durée de plus d'une année (57,79 %).

Conclusion-La prescription et l'utilisation des BZDs dans la ville de Sidi Bel-Abbès s'est avérée importante. L'insomnie et l'anxiété constituaient les principales raisons de leur utilisation, et le Bromazépam était la molécule la plus fréquemment utilisée .

KEY WORDS

Benzodiazepines, evaluation, prescription, drug dependence, adverse effects.

Abstract

Introduction-A high consumption of benzodiazepines (BZDs) has been noticed sometimes outside the rules of prescription recommendations, which makes their consumption a major public health problem. The present study aimed to evaluate the prescription and use of BZDs in Sidi Bel-Abbès city.

Methods-: This was a descriptive cross-sectional study carried out from February 01st, 2018 to June 30th, 2018 evaluating the prescription and use of BZDs in of Sidi Bel-Abbès by means of a questionnaire distributed to patients from the psychiatric hospital, the CHU psychiatry department and community pharmacists. The primary endpoint was the assessment of the prescription and use of BZDs in this city. Data entry and analysis were performed using SPSS software.

Results-A total of 353 patients treated with at least one BZD were included, including 178 men. The prescription rate of BZDs was 1.10, young people (59.77%) and married people (60.34%) were the privileged consumers. The prescription was the prerogative of psychiatrists, in monotherapy (07.42%), the molecule most frequently prescribed was Bromazepam (31.07%) and night intake was the most important (49.01%). BZDs were used to combat insomnia (25.21%), anxiety (16.43%), for a period of more than a year (57.79%).

Conclusion-The prescription and use of BZDs in Sidi Bel-Abbès has proven to be important. Insomnia and anxiety were the main reasons for their use, and Bromazepam was the most molecule frequently used.

Introduction

Les benzodiazépines (BZDs) sont des psychotropes ayant des propriétés anxiolytiques, hypnotiques, sédatives, anticonvulsivantes et relaxantes, et sont principalement utilisées dans le traitement de l'anxiété aiguë et de l'insomnie transitoire [1,2]. Ce sont les psychotropes les plus prescrits au monde, principalement en raison de leurs propriétés anxiolytiques [3]. Malgré des indications limitées, elles sont fréquemment prescrites en dehors des recommandations de bonnes pratiques qui stipulent de ne pas dépasser 12 semaines de traitement [3,4]. Leur usage chronique au-delà de cette durée est en effet associé à des risques augmentés d'effets indésirables comprenant, à court terme, les risques de chutes et d'accidents, et à plus long terme, les risques de dépendance de troubles cognitifs, des phénomènes de rebond et des risques suicidaires s'ils sont associés à l'alcool [2,5]. Ainsi, grâce à leur indice thérapeutique élevé, et leurs voies d'administration diversifiées, les BZDs ont une large diffusion parmi les médecins et les patients [6]. En Algérie, une forte consommation de cette classe a été remarquée en dehors parfois des règles de recommandations de prescription, et sont parfois consommées en dehors de tout contexte médical ce qui rend leur consommation un problème majeur de santé publique.

À notre connaissance, aucune étude portant sur l'évaluation de la prescription et de l'utilisation des BZDs n'a été réalisée dans la ville de Sidi Bel-Abbès. Ainsi, la présente étude a pour objectif d'évaluer la prescription et l'usage des BZDs dans cette ville.

Matériels et méthodes

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale réalisée du 01 février 2018 au 30 juin 2018. Elle évalue la prescription et l'usage des BZDs dans la ville de Sidi Bel-Abbès, à l'aide d'un questionnaire distribué aux patients de l'hôpital psychiatrique, du service de psychiatrie du CHU et aux pharmaciens d'officine de la ville.

Critères d'éligibilité

L'étude a été menée chez tout patient en possession d'une ordonnance contenant au moins une BZD et acceptant de répondre au questionnaire. Ont été incluses dans l'enquête, toutes les ordonnances comportant au moins une BZD au niveau des officines, l'hôpital psychiatrique et le service de psychiatrie du CHU de la ville de Sidi Bel-Abbès. Ont été exclus, les questionnaires qui non pas été totalement renseignés.

Recueil de données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire comprenant les éléments suivants :

–Caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques des patients, tels que le sexe, âge, état civil, niveau d'études, etc;

–Modalités de prescription des BZDs tels que le prescripteur, prescription détaillée, motif de prescription, BZD(s) prescrite (s), etc;

–Modalités d'utilisation des BZDs tels que l'âge d'initiation au traitement et durée de traitement, accessibilité financière, lecture de la notice, etc.

La régularité du traitement a été définie par la prise quotidienne des BZDs [8]. Elle a été évaluée chez les patients qui étaient au moins à un renouvellement de leur ordonnance et qui correspondaient à un nombre de 291 patients. Les prises de traitement ont été précisées par les médecins sur 299 ordonnances et par les pharmaciens sur 54 ordonnances.

Critère de jugement principal et analyse statistique

Le critère de jugement principal était l'évaluation de la prescription et de l'utilisation des BZDs dans la ville de Sidi Bel-Abbés. La saisie, l'analyse statistique des données et l'édition des résultats ont été réalisées sur le logiciel SPSS [9].

Résultats

Caractéristiques de la population d'étude

Les principales caractéristiques de la population d'étude sont représentées dans le Tableau 1. Trois-cent-cinquante-trois patients traités au moins par une BZD ont été inclus dans l'étude, dont 50,42% hommes avec un sexe ratio de 1,02. L'âge moyen des patients traités était de $38,26 \pm 10,55$ ans avec des extrêmes entre 15 ans et 78 ans. Cinq tranches d'âge ont été identifiées, avec une tranche d'âge prédominante allant de 30 à 45 ans.

En outre, la majorité des patients (60,34 %) sous BZDs était mariée. Trois-cent-cinq (86,40 %) patients étaient alphabétisés et la consommation des BZDs semble augmenter avec le niveau d'instruction, en effet, les lycéens représentaient 4,73%, les bacheliers 20,68% et les universitaires 30,03%. La majorité des patients (59,77 %) étaient au chômage et 25,78 % étaient salariés. La majorité des patients (65,16 %) étaient assurée à la caisse nationale des assurances sociales (CNAS) à 100 %. De plus, 28,33% des patients étaient fumeurs et 09,35% étaient alcooliques.

Tableau 1. Caractéristiques de la population d'étude

Caractéristique	Nombre (n=353)	Pourcentage (%)
Selon le sexe		
Masculin	178	50,42
Féminin	175	49,58
Selon la tranche d'âge (ans)		
≤ 18	08	02,27
19-29	31	08,78
30-45	123	34,84
46-59	103	29,18
≥ 60	88	24,93
Selon l'état civil		
Célibataire	84	23,80
Marié	213	60,34
Divorcé	35	09,92
Veuf (ve)	21	05,95
Selon le niveau d'étude		
Non scolarisé	48	13,60
Primaire	74	20,96
Secondaire	52	14,73
Bachelier	73	20,68
Universitaire	106	30,03
Selon la profession		
Fonction libérale	23	06,52
Salarié	91	25,78
Elève ou étudiant	06	1,70
Sans profession	211	59,77
Retraité	22	06,23
Affiliation aux caisses d'assurances sociales		
Non assuré	46	13,03
Assuré CNAS à 100%	230	65,16
Assuré CNAS à 80%	60	17,00
Assuré CASNOS	17	04,81
Selon la consommation du tabac		
Fumeur	100	28,33
Non fumeur	253	71,67
Selon la consommation de l'alcool		
Non consommateur	320	90,65
Consommateur régulier	10	02,83
Consommateur occasionnel	23	06,52

Modalités de prescription des benzodiazépines

Les modalités de prescription des BZDs sont représentées dans le Tableau 2. Sur les 353 ordonnances répertoriées, les BZDs ont été prescrites 391 fois, soit une moyenne de 1,10. La prescription des BZDs était principalement l'apanage des psychiatres qui représentaient 53,54 %, en revanche, les autres prescriptions émanaient respectivement de chez d'autres spécialistes (23,51 %) et des médecins généralistes (22,95 %).

Les patients interrogés avaient eu à utiliser les BZDs surtout comme hypnotique (25,21%) pour le traitement des insomnies isolées ou associées à d'autres pathologies tels que l'hypertension artérielle, le diabète, le goitre, le cancer et l'infarctus du myocarde. Cinquante-huit (16,43%) les utilisaient comme anxiolytiques, 13,60% comme antidépresseurs et 11,61% pour d'autres causes mentales, telles que les psychoses, la schizophrénie ou l'Alzheimer, etc.

Les patients qui connaissaient la raison pour laquelle, ils étaient sous BZDs représentaient 75,07% et la répartition des médecins informant leurs patients sur le motif de prescription était presque homogène avec 22,95 % pour les psychiatres, 28,33 % pour les autres spécialistes et 23,80% pour les médecins généralistes, en revanche 24,83 % des patients en ignoraient les raisons.

La prise nocturne était la plus fréquente pour 49,01 % des ordonnances, elle était biquotidienne dans 28,61 % et matinale dans 05,95 %. Cependant, l'heure de prise n'était pas indiquée sur l'ordonnance chez 12,46 % des patients.

Cette étude a permis de révéler que le Bromazépam est le chef de file en termes de fréquence de prescription (31,07%), suivi du Chlorazépate Dipotassique et du Prazépam (22,45%).

La monothérapie benzodiazépinique a été constatée dans 07,42% des ordonnances et l'association de deux BZDs représentait 05,24% ; tandis que 50,87% des prescriptions comportaient outre une BZD, au moins un psychotrope (neuroleptique, antidépresseur, etc.). Enfin, l'association avec les dérivés morphiniques a été retrouvée dans 02,40% ordonnances.

Tableau 2. Modalités de prescription des benzodiazépines.

Caractéristiques	Nombre (n=353)	Pourcentage (%)
Type de prescripteur		
Médecine généraliste	81	22,95
Psychiatre	189	53,54
Autres spécialistes	83	23,51
Motif de prescription		
Insomnie isolée ou associée	89	25,21
Anxiété	58	16,43
Depression	48	13,60
Épilepsie	05	01,42
Douleurs	24	06,80
Autres	41	11,61
Motif inconnu	88	24,93
Connaissance de la raison de prescription		
Patient connaissant la raison	265	75,07
Patient ignorant la raison	88	24,93
Indication des moments de prise des BZDs		
Matin	21	05,95
Midi	04	01,13
Soir	173	49,01
Matin et soir	82	23,23
Midi et soir	19	05,38
Matin, midi et soir	10	02,83
Non indiqué	44	12,46
Selon la BZD prescrite		
Bromazépam : KIETYL®	119	31,07
Prazépam : LYSANXIA®	86	22,45
Alprazolam : XANAX®	07	01,83
Chlordiazépoxide Clidinium Bromure : LIBRAX®	17	04,44
Chlorazépate Dipotassique	86	22,45
Diazépam	12	03,13
Lorazépam	12	03,13
Clonazépam	09	02,35
Zolpidem	09	02,35
Olanzapine	26	06,79
Selon les associations médicamenteuses		
BZD seule	34	07,42
Deux BZDs	24	05,24
BZD + autres psychotropes**	233	50,87
BZD + antihypertenseurs***	12	02,62
BZD + anti-inflammatoires****	53	11,57
BZD + Dérivés morphiniques	11	02,40
BZD + autres médicaments*****	91	19,87
Autres spécialistes* : neuropsychiatre, cardiologue, gastro-entérologues, etc. ; Autres psychotropes** : antidépresseur, neuroleptique, anti-épileptique,etc. ; Antihypertenseurs*** : bêtabloquants et antagonistes de l'angiotensine II ; Anti-inflammatoires**** : anti-inflammatoires non stéroïdiens et les corticoïdes ; Autres médicaments***** : antalgiques, inhibiteurs de la pompe à proton.		

Modalités d'utilisation des benzodiazépines

Le Tableau 3 récapitule les modalités d'utilisation des BZDs par les patients interrogés. La présente étude a permis de mettre en lumière que la majorité des patients étaient assurés (83,57 %) dont 59,77% affirmaient être assurés à 100 % et 19,55 % à 80 % à la CNAS ; tandis que 04,25 % des interrogés sont pris en charge par la caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés (CASNOS), ainsi que la majorité des patients (70,25 %) pouvaient acquérir gratuitement les BZDs. Cependant, les patients non assurés représentaient 16,43 % dont 04,53 % accédaient gratuitement aux BZDs auprès de l'hôpital psychiatrique. En revanche, 6,80% des patients révèlent financer eux-mêmes les BZDs. Par ailleurs, 83 % des enquêtés, ont révélé que les officines étaient considérées comme très accessibles pour l'achat des BZDs.

Soixante-et-onze (20,11 %) patients en étaient à leur première utilisation, 22,10 % avaient eu à consommer les BZDs pour une durée d'un à 12 mois, 33,99 % pour une durée d'un an à cinq ans et 23,80 % pour une durée de plus de six ans.

Cent-soixante-sept (47,31 %) patients avaient l'habitude de lire la notice ; il a été constaté que plus le niveau d'instruction était avancé plus les patients attachaient de l'importance à la lecture de la notice dont 14,73 % de niveau universitaire, 10,20 % bacheliers, 16,59 % de niveau secondaire et 05,67 % de niveau primaire. Cinquante-neuf (16,71 %) patients non alphabétisés ne lisaient pas la notice et pour les 01,70 % restants, ce sont leurs proches qui le faisaient pour eux. Deux-cent-treize (60,34 %) patients n'avaient aucune connaissance sur les risques liés à la prise des BZDs, la conduite automobile et l'utilisation des machines.

Dans 13,60 % des ordonnances, il était indiqué une prise matinale des BZDs sans que les patients n'aient été avertis du risque de somnolence. Au total, sur 218 (61,76 %) prescriptions, la posologie était d'une prise le matin et d'une prise le soir ; seuls 17,56 % des patients contre 44,19% connaissaient les précautions à prendre avec ce genre de médicaments en cas d'utilisation de machines ou de conduite automobile.

Par ailleurs, 31,16 % des patients avaient eu à constater des effets indésirables, dont les principaux étaient : asthénie, somnolence, paresse, troubles gastriques (nausées, vomissements, constipation, etc.), chute de la libido, prise de poids, difficultés à respirer et accoutumance.

La consommation des BZDs était régulière chez 69,07 % des patients, 61,51 % maintenaient leur traitement par les BZDs car ils étaient toujours malades, alors que 15,46 % des patients avouaient qu'ils ne pouvaient plus s'en passer et 23,02 % continuaient à les utiliser pour les deux raisons. Cent-vingt (33,99 %) patients avaient arrêté leur traitement pendant seulement une journée, cette rupture était due généralement au simple oubli.

Cent-quatre (29,46 %) patients arrêtaient leur traitement pour une période allant de 2 à 5 jours, 15,30 % patients pour une période allant de 6 à 10 jours et 21,25 % patients arrêtaient le traitement de plus de 10 jours. Quarante-vingt-dix (30,93 %) patients interrogés ne prenaient pas leur traitement d'une manière régulière dont les motifs de rupture les plus cités étaient : oubli, amélioration clinique ressentie, refus du traitement, non satisfaction et détection d'éventuels signes de dépendance. Cent-soixante-douze (59,11 %) patients ont affirmé n'avoir jamais procédé eux-mêmes à la modification de la posologie, en revanche 30 (10,31 %) patients affirment l'avoir effectué sans l'accord de leurs médecins traitants.

L'enquête a également permis de révéler que 50,85 % des patients étaient très satisfaits du traitement. Malgré un degré de satisfaction élevé (50,85%), 16,49 % ne prenaient pas régulièrement leur traitement et en parallèle parmi ceux qui n'étaient pas satisfaits (17,53%) aucun patient ne respectait la posologie prescrite ; néanmoins, les patients qui respectaient strictement la posologie prescrite représentaient 11,00 %.

Un tiers (18,56 %) de la population très satisfaite du traitement, se déclare être dépendante. D'après les résultats de l'enquête, les médecins ont proposé d'arrêter le traitement pour 66,67 % patients, en revanche, par peur des conséquences néfastes des BZDs, 33,33 % patients ont pris l'initiative d'arrêter leur traitement sans avis médical, dont 27,84% ont rencontré des difficultés dont la rechute, les tremblements, la transpiration excessive, les palpitations, l'agitation, l'hallucination, les vomissements et l'agressivité.

Le tiers (31,62 %) de la population qui consommait la ou les BZDs plus d'une fois par jour, se considérait comme très dépendant, et seuls 35 (12,03 %) patients déclarent avoir rencontré des difficultés significatives après l'arrêt du traitement.

Tableau 3. Modalités d'utilisation des benzodiazépines par les patients interrogés

Caractéristiques	Nombre (n=353)	Pourcentage (%)
Selon l'affiliation aux caisses d'assurance		
CASNOS	15	04,25
CNAS-actif (80%)	69	19,55
CNAS (100%)	211	59,77
Non assuré	58	16,43
Durée de consommation des BZDs		
Première fois inférieure à un an	71	20,11
1-5 ans	78	22,10
6-10 ans	120	33,99
> 10 ans	52	14,73
	32	09,07
Habitudes de lire la notice		
Connaissance du risque de la conduite	167	47,31
Effets indésirables ressentis	140	39,66
Régularité du traitement	110	31,16
	201	69,07
Selon la période de rupture		
D'un jour	120	33,99
2 à 5 jours	104	29,46
6 à 10 jours	54	15,30
> 10 jours	75	21,25
Modification de la posologie		
Non	172	59,11
Oui sans accord du médecin	30	10,31
Oui avec accord du médecin	89	30,58
Durée de consommation		
< à un an	80	27,50
1 an à 5 ans	124	42,61
6 ans à 10 ans	64	21,99
> 10 ans	23	07,90
Dépendance des consommateurs		
Dépendance	92	31,62
Indépendance	199	68,38
Arrêt du traitement avec avis médical	194	66,67
Arrêt du traitement sans avis médical	97	33,33
Difficultés notées suite à l'arrêt du traitement selon l'avis médical		
Arrêt sans avis médical	291	82,43
Difficultés notées	97	33,33
Pas de difficultés	81	27,84
	16	05,50
Arrêt avec avis médical		
Difficultés notées	194	66,67
Pas de difficultés	10	03,44
	184	63,23

Discussion

Dans cette étude, 353 patients étaient traités au moins par une BZD, avec un sexe-ratio égal à 1,02 nemontrant aucune différence significative en termes de sexe pour l'utilisation des BZDs dans la ville de Sidi Bel-Abbés. Ceci ne corrobore pas avec les résultats de l'étude de Dièye. A et al. [10] réalisée au Sénégal auprès des patients sous BZDs ayant constaté que l'utilisation de ces molécules était plus importante chez les femmes qui selon leurs affirmations, ces dernières sont plus prédisposées à développer un état d'anxiété comparé au sexe masculin. En revanche, dans l'étude de Vauboud Benjamin. F et al. [11] évaluant les modalités de dispensation et le niveau de dépendance aux BZDs chez la patientèle d'officine à Abidjan en Côte d'Ivoire, les auteurs ont rapporté que les BZDs étaient majoritairement prescrites aux hommes avec un sexe-ratio de 1,5.

L'âge moyen des patients interrogés était de $38,26 \pm 10,55$ ans avec la tranche d'âge allant de 30 à 45 ans la plus prédominante pour les hommes. Ceci pourrait être expliqué par la pauvreté due au chômage, ce qui entraîne une détresse psychologique justifiant l'utilisation des BZDs. Dans l'étude de Vauboud Benjamin. F et al. [11], l'âge moyen de la patientèle venue pour une dispensation de BZD était de $44,2 \pm 14,2$ ans, plus âgée que la nôtre. Lors de notre étude, la tranche d'âge allant de 46 à 59 ans était en fait, prédominante pour les femmes, ce qui pourrait être lié aux problèmes de ménage (responsabilité du foyer familial et éducation des enfants), de ménopause (dérèglement hormonal, trouble du sommeil, problèmes d'arthrose...). La majorité des patients enquêtés n'avait pas atteint la cinquantaine, c'est ainsi que 34,84 % patients étaient âgés entre 30 à 45 ans, ce taux élevé de jeunes consommateurs pourrait poser le risque d'une utilisation abusive des BZDs qui pourrait aboutir à la toxicomanie. Contrairement à l'étude de Jeantaud. I et al., toutes les tranches d'âge de la population étaient consommatrices de BZDs à partir de l'âge de 20 ans avec une utilisation relativement plus importante à partir de 60 ans [12].

La majorité des patients sous BZDs étaient mariés (60,34 %), ce qui explique probablement le recours à cette médication à cause des problèmes de couples et la charge des enfants. Ainsi, plus de la moitié des patients (59,77 %) étaient sans emploi, cette situation serait probablement un facteur favorisant l'utilisation des BZDs.

Seuls 09,35 % patients se déclaraient comme consommateurs d'alcool malgré son association déconseillée avec les BZDs. Il faut également noter que l'alcool rend l'intoxication aux BZDs particulièrement dangereuse [19]. Dans l'étude de Jeantaud. I et al. [12], la consommation d'alcool a été retrouvée chez 44,30 % des sujets de la patientèle, ce taux est considéré comme étant élevé comparé à celui de notre étude, c'est probablement en raison des convictions religieuses.

Ainsi, la consommation d'alcool chez les sujets sous BZDs au long cours, aggrave-t-elle la dépression et l'anxiété ? [13,14]. Des études menées en Grande Bretagne sur dix ans, ont révélé que l'utilisation des BZDs seules ou en association à l'alcool a entraîné plus de cas de suicides (1 576 décès) que d'autres médicaments comme l'Amitriptyline (1083 décès) et le Dothiépine (981 décès) [15,16].

Le taux de prescription des BZDs était moyen et il était l'apanage surtout des psychiatres. Contrairement à l'étude de Diève. A et al. [10] ayant trouvé que la majorité des prescriptions était l'œuvre des médecins généralistes au Sénégal.

Les patients interrogés avaient eu à utiliser les BZDs surtout comme hypnotique pour insomnies isolées ou associées à d'autres pathologies. Cela laisse penser que la présence d'une maladie organique chronique favoriserait une utilisation au long cours des BZDs et augmenterait ainsi le risque de dépendance. Dans l'étude de Bourin. M sur les problèmes posés par l'utilisation des BZDs chez les patients âgés, parmi les utilisateurs habituels de BZDs, 21 % y avaient recours pour leur action anxiolytique et 17 % pour leur action hypnotique [17]. Ainsi, dans l'étude de Barbosa et al. évaluant l'usage des BZDs chez les étudiants en pharmacie d'un centre universitaire [18], l'anxiété (44 %) était la principale raison de l'utilisation des BZDs, suivie de la dépression (18 %), l'insomnie (18%), la préoccupation (10 %), autres raisons (8 %) et enfin la douleur (2 %).

La prise nocturne était la plus importante (49,01 %), ceci montre que les praticiens étaient conscients du risque de somnolence lié aux BZDs en ordonnant la prise nocturne pour 173 patients.

Le Bromazépam était le plus prescrit suivi du Chlorazépate Dipotassique et du Prazépam. Les deux dernières molécules ont des demi-vies longues de 70 heures, dont l'utilisation peut entraîner, d'une part une mauvaise observance, et d'autre part, une diminution de la productivité surtout intellectuelle sans oublier les risques d'accidents en cas de conduite automobile ou d'engins. Le faible pourcentage de prescription de l'Alprazolam, Clonazépam et Lorazépam serait dû au fait que ces produits soient très prisés dans le milieu de toxicomanie, d'ailleurs, les pharmaciens enquêtés révèlent éprouver de nombreuses difficultés pour déceler les ordonnances falsifiées. Nos résultats sont similaires à ceux de l'étude de Pelissolo et al. sur les troubles anxieux et dépressifs chez 4425 patients consommateurs de BZDs au long cours en médecine générale en France, la BZD la plus utilisée était également le Bromazépam (44,40 %) [20]. En revanche, Petit Jean et al. ont rapporté que le Lorazépam était la BZD la plus prescrite (28,30 %), suivi du Zolpidem (18,10 %), Oxazépam (17,50 %), Bromazépam (16,70 %) et Alprazolam (09,10%) [21]. Une étude réalisée auprès de 4 007 patients a montré que les BZDs les plus prescrites étaient le Bromazépam et le Lorazépam [22]. Le profil de prescription des BZDs diffère d'une étude à une autre.

D'une façon générale, le Bromazépam fait partie des BZDs les plus prescrites. Le Bromazépam est davantage indiqué dans les situations pathologiques nécessitant une rapidité d'action [23]. Les différentes associations médicamenteuses concernant les BZDs ont été respectées, en revanche celles avec les psychotropes peuvent entraîner une action synergique par majoration de la dépression centrale car l'altération de la vigilance peut rendre dangereuse la conduite automobile et l'utilisation des machines. Bien que l'association avec les dérivés morphiniques soit dangereuse et peut entraîner une majoration de la dépression respiratoire, elle a été retrouvée dans 02,40 % des ordonnances. Dans l'étude de C. Victorri-Vigneau. C et al. [24] sur la pharmacodépendance et mésusage des psychotropes auprès de 49 pharmaciens d'officine, 12 % des cas comportaient une association contre-indiquée, le plus souvent, des synergies d'effet dépressif central entre la Codéine et les BZDs ou apparentés. L'état des lieux de la consommation des BZDs en France qui a été mené par l'ANSM en 2013 et en 2014 rapportait que 22,20 % des utilisateurs consommaient deux BZDs et 00,70 % plus de trois BZDs [25, 26]. Or, il n'est pas recommandé de coprescrire ces molécules car cela augmente le risque d'effets indésirables, surtout chez les plus âgés. Dans l'étude de MARTIN. J et al. [27] sur l'évolution des prescriptions des BZDs chez les patients âgés hospitalisés en psychiatrie, près d'un patient sur quatre utilisateurs de BZDs en consomme au moins deux, à la fois dans la population générale et chez les patients âgés hospitalisés. Or, la haute autorité de santé (HAS) de France a précisé en 2019 [28] que l'association de deux BZDs de même classe thérapeutique est interdite. Elle ne contre-indique pas l'association d'un hypnotique et d'un anxiolytique, cas le plus fréquemment retrouvé en pratique. Il faut rappeler cependant que d'un point de vue pharmacodynamique, une BZD anxiolytique est également hypnotique et inversement. Un pourcentage de 33,99 % des sujets enquêtés avaient eu à consommer les BZDs pour une durée d'un an à cinq ans et 23,80 % pour une durée de plus de six ans, montrant une consommation chronique des BZDs entraînant ainsi une véritable pharmacodépendance. Il a été rapporté que l'usage des BZDs pendant plus d'un an entraîne une dépendance chez 50 % ou plus des patients [29,30]. Le risque moyen de développer une dépendance aux BZDs après plusieurs mois de traitement est classiquement évalué à environ 50 % [30, 31]. Le phénomène de dépendance joue un rôle important dans la pérennisation de l'usage des BZDs. L'induction de la dépendance aux BZDs est liée à la chronicité de leur utilisation [32]. Dans une vaste étude épidémiologique sur 4425 patients anxieux et/ou dépressifs consommateurs de BZDs au long cours en médecine générale, les auteurs ont retrouvé 55 % de personnes considérées comme dépendantes [33], ce qui est similaire à notre prévalence de dépendance (57,79 %). Dans l'étude de Pelissolo. A et al. [34], sur la prévalence des troubles anxieux en psychiatrie libérale en France, un taux de dépendance légèrement moindre (39,50 %) avait été retrouvé chez des patients.

Les effets ressentis peuvent être classés en trois groupes, les effets liés à l'effet sédatif et hypnotique d'où la contre-indication de la conduite d'engins motorisés, les effets liés à l'activité myorelaxante et les complications liées à la dépendance et au sevrage. Selon l'étude menée par Ribeiro et al. [35], la somnolence excessive était l'effet indésirable prédominant chez les étudiants en soins infirmiers (73,30 %) et en pharmacie (77,80 %) qui utilisaient des BZDs.

Notre étude révèle que la consommation des BZDs était régulière chez 69 %, ce qui confirme l'accessibilité financière aux BZDs auprès des officines. Cependant, cette utilisation régulière pose une fois de plus le problème de la dépendance, en effet, les patients auront du mal à arrêter la consommation ce qui conduit fatalement à la pharmacodépendance. Le tiers de la population était dépendant, dans l'étude de Petit Jean et al. [21], 70 % étudiants ont déclaré avoir essayé d'arrêter l'utilisation du médicament pendant le traitement. L'abstinence, l'agitation, les sautes d'humeur et l'irritabilité ont également été rapportées, mais moins fréquemment.

Les principales limites de notre étude résident dans son caractère monocentrique, le faible nombre d'ordonnances, la durée de l'enquête et enfin le manque de collaboration de certains pharmaciens d'officine.

Conclusion

L'étude a conclu que la prescription et l'utilisation des BZDs étaient moyennes, les jeunes chômeurs et les patients mariés constituaient les consommateurs privilégiés des BZDs. Les principales raisons de leur utilisation étaient l'insomnie, l'anxiété et la dépression. Le Bromazépam, le Chlorazépate Dipotassique et le Prazépam étaient les médicaments les plus fréquemment utilisés. Les psychiatres étaient majoritairement les prescripteurs des BZDs et la majorité des patients les consommait depuis plus d'une année, ce qui pourrait entraîner une véritable pharmacodépendance. De ce fait, les prescripteurs devraient veiller à une utilisation strictement justifiée des BZDs en évitant les attitudes extrêmes.

Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Références bibliographiques

- [1] ZORZANELLI RT, Giordani F, Guaraldo L, Corrêa de Matos G, de Brito Junior AG, de Oliveira MG et al. Consumption of the benzodiazepine clonazepam (Rivotril®) in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 2009-2013: an ecological study. *Science Health Collect* 2019; 24(8): 3129-40.
- [2] Airagnes G, Pelissolo A, Lavallee M, et al. Benzodiazepine misuse in the elderly: risk factors, consequences, and management. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18: 89.
- [3] Bègue C, Fouquet N, Bodin J, et al. Evolution of psychosocial factors at work in a French region. *Occup Med* 2015;66: 128-34.
- [4] Airagnes G, Lemogne C, Olekhovitch R, et al. Workrelated stressors and increased risk of benzodiazepine long-term use: findings from the CONSTANCES population based cohort. *Am J Public Health* 2019;109: 119-25.
- [5] Airagnes G, Lemogne C, Renuy A, et al. Prevalence of prescribed benzodiazepine long-term use in the French general population according to sociodemographic and clinical factors: findings from the CONSTANCES cohort. *BMC Public Health* 2019;19: 566.
- [6] Mendes CMM. Pharmacoepidemiological study of use and prescription of benzodiazepines in Teresina. [thesis]. Fortaleza: Federal University of Ceará; 2015.
- [7] Soyka M. Treatment of benzodiazepine dependence. *N Engl J Med* 2017 ; 376 : 1147-57.
- [8] Lamouroux A, Magnan A, Vervlo et D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique ; de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Resp* 2005; 22(1): 31-34.
- [9] Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20. Disponible sur : <https://spss-64 bits.fr.softonic.com/>. [Consulté le 11 mars 2018].
- [10] Dièye AM, Sy B, Diarra M, Faye B. Evaluation de la prescription et de l'utilisation des benzodiazépines dans la commune de Saint-Louis du Sénégal : enquête auprès des patients. *Ann Pharm Fr* 2004 ; 62 : 133-137.
- [11] Vauboud Benjamin. F et al. Modalités de dispensation et le niveau de dépendance aux BZDs chez la patientèle d'officine à Abidjan au Côte d'Ivoire. [Thesis]. Abidjan : Université Félix-Houphouët-Boigny ; 2016.
- [12] Jeantaud I, Haramburu F et Begaud B. Consommation de benzodiazépines : enquête auprès des pharmaciens d'officine en Aquitaine. *Thérapie* 2001; 56:415- 419.
- [13] Mancuso CE, Tanzi MG, Gabay M. Paradoxical reactions to benzodiazepines: literature review and treatment options. *Pharmacotherapy* 2004; 24: 1177-1185.
- [14] Platon C. Benzodiazepine and disinhibition: a review. *Psychol Bull* 2002; 26: 460-462.
- [15] Buckley NA, Dawson AH, Whyte IM, O'Connell DL. Relative toxicity of benzodiazepines in overdose. *Br Med J* 1995; 310: 219-220.
- [16] Serfaty M, Masterton G. Fatal poisonings attributed to benzodiazepines in Britain during the 1980s. *Br J Psychiatric* 1993; 163: 386-393.
- [17] Bourin M. Les problèmes posés par l'utilisation des benzodiazépines chez le patient âgé. *L'Encéphale* 2010 ; 36, 340-347.

- [18] Barbosa DC, Zini CEL. Évaluation de l'usage des benzodiazépines chez les étudiants en pharmacie du centre universitaire presidente antônio carlos-barbacena-mg. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento* 2021; 11(2) :05-18.
- [19] Lehne RA. *Pharmacology for nursing care*. St-Louis : Saunders Elsevier ; 2010.
- [20] Pelissolo A, Maniere F, Boutges B, Allouche M, Richard-Berthe C, Corruble E. Troubles anxieux et dépressifs chez 4425 patients consommateurs de benzodiazépines au long cours en médecine générale. *Encéphale* 2007; 33: 32-38.
- [21] Petitjean S, Ladewig D, Meier CR, Amrein R, Wiesbeck GA. Benzodiazepine prescribing to the Swiss adult population: results from a national survey of community pharmacies. *International Clinical Psychopharmacology* 2007 ; 22 (5) : 292-298.
- [22] Lagnaoui R, Depont F, Fourrier A et al. Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population. *Eur J Clin Pharmacol* 2004 ; 60(7) :523-529.
- [23] Landry P, Gervais M, O'Connor KP. Mise à jour sur les considérations pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et les interactions médicamenteuses dans le choix d'une benzodiazépine. *Annales Médico-Psychologiques* 2008 ;166 : 585-594.
- [24] Victorri-Vigneau C, P. Jolliet P, Bourin M. Pharmacodépendance et mésusage des psychotropes : résultats d'une enquête réalisée auprès de 49 pharmaciens d'officine en Loire-Atlantique. *La Lettre du Pharmacologue* 2001 ; 15(5) : 95-98.
- [25] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2013 ; 10-15.
- [26] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Rapport d'activité. 2014 ; 99-105.
- [27] Martin. J. Evolution des prescriptions de benzodiazépines chez les patients âgés hospitalisés en psychiatrie. [Thèse]. Limoges : Université De Limoges ; 2015.
- [28] Haute autorité de santé. Benzodiazépines : programmer l'arrêt dès la prescription ;2019. Disponible sur :https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974495/fr/benzodiazepines-progra-mmer-l-arret-des-la-prescription. [Consulté le 06 Février 2021].
- [29] Ashton H. Toxicity and adverse consequences of benzodiazepine use. *Psychiatric Annals* 1995; 25: 158-165.
- [30] Kan CC, Hilberink SR, Breteler MH. Determination of the main risk factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach. *Compr Psychiatry* 2004 ;45 : 88-94.
- [31] Pelissolo A, Bisslerbe Jc. 1994. La dépendance aux benzodiazépines - aspects cliniques et biologiques. *Encéphale* 1994, vol. 22, pp 147-157.
- [32] O'Brien CP. Benzodiazepine use, abuse, and dependence. *J Clin Psychiatry* 2005 ;66 : 28-33.
- [33] Pelissolo A, et al. 2007. Troubles anxieux et dépressifs chez 4425 patients consommateurs de benzodiazépines au long cours en médecine générale. *Encéphale* 2007, vol. 33.
- [34] Pelissolo A, Andre C, Chignon JM, Dutoit D, Martin P, Richard-Berthe C et al. Épidémiologie des troubles anxieux en psychiatrie libérale : prévalences, comorbidité et retentissement (étude DELTA). *Encéphale* 2002 ;28 : 510-519.
- [35] Ribeiro BS, Rodrigues RLA, Duarte SFP. Prévalence et facteurs associés à la consommation de benzodiazépines par des étudiants en sciences infirmières et en pharmacie dans un collège privé du sud-ouest de Bahia. *Rev Mul et Psycho* 2017 ; 38(11) : 166-176.
- [36] Santos CAG. Abandon de l'usage aveugle de benzodiazépines chez les utilisateurs de l'UBS Rasa à Ponte Nova [monographie]. Ponte Nova : Faculté de médecine, Centre d'éducation à la santé publique - UFMG ; 2014.
- [37] Silva ML, Rego FS, Roque NF, Valenti VE. Use of psychoactive substances in students at a public university. *ABCS Health Sci* 2014; 39(3):160-166.
- [38] Nordon DG, Akamine K, Novo NF, Hübner CK. Caractéristiques de l'utilisation des benzodiazépines par les femmes cherchant un traitement en soins primaires. *Tour psychiatre Rivière Gd Sud* 2009 ; 31(3) : 152-158.
- [39] Junior ZAM, Caponi SNC. Conditions liées à l'utilisation chronique de clonazépam au Brésil : une histoire de vie. *Goujat. De la recherche interdite*. En Ci-s. Hm. 2014 ; 15(106) :117-139.
- [40] Mantovani CML, Quagliato FF. Usage abusif des benzodiazépines : le processus de déprescription. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2019;21(3):147-8.

