



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Consommation chronique d'hypnotiques chez le sujet âgé : évaluation  
des résistances des patients face à la proposition de sevrage.**

Présentée et soutenue publiquement le 23 octobre 2014 à 18h00  
au Pôle Recherche  
**Par Julie GUILLIOT**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET**

**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**

**Monsieur le Docteur Philippe LEVISSE**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Philippe LEVISSE**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HAS	Haute autorité de santé
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revision 4
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
AMM	Autorisation de mise sur le marché

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>2</b>
I. Consommation d'hypnotiques chez le sujet âgé .....	2
II. Effets secondaires et iatrogénie .....	2
III. Sevrage .....	3
IV. Objectifs.....	4
<b>Matériels et méthodes</b> .....	<b>5</b>
I. Type d'étude .....	5
II. Recueil de données .....	5
III. Questionnaire .....	5
IV. Critères d'inclusion .....	7
V. Critères d'exclusion .....	7
VI. Echantillonnage.....	7
VII. Comité de Protection des Personnes.....	7
VIII. Analyse statistique .....	8
<b>Résultats</b> .....	<b>9</b>
I. Généralités .....	9
II. Caractéristiques socio-démographiques de la population .....	10
III. Statistiques descriptives .....	11
A. Type d'hypnotique consommé .....	11
B. Durée de consommation de l'hypnotique.....	12
C. Influence de l'hypnotique sur la qualité de vie .....	13
D. Influence de l'hypnotique sur la qualité du sommeil .....	14
E. Attachement des patients à leur hypnotique.....	15
F. Avis du patient concernant le sevrage.....	16
G. Consultation d'un autre médecin .....	17
H. Effets secondaires .....	18
IV. Statistiques bivariées.....	19
<b>Discussion</b> .....	<b>22</b>
I. Résumé des principaux résultats.....	22
II. Limites de l'étude.....	22
III. Type d'hypnotique consommé.....	24
A. Zolpidem et zopiclone .....	24
B. Benzodiazépines et autres molécules .....	25
IV. Durée de consommation .....	25
V. Croyances et représentations des patients concernant leur hypnotique .....	26
VI. Dépendance psychologique et physique.....	26
A. Dépendance physique .....	27
B. Dépendance psychologique.....	27
VII. Effets secondaires pouvant motiver un sevrage .....	28
A. Risque de survenue d'une démence .....	28
B. Autres risques .....	29
VIII. Facteurs associés au refus d'un sevrage.....	29

<b>Conclusion</b> .....	<b>31</b>
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>32</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>35</b>
Annexe 1 : Questionnaire.....	35
Annexe 2 : Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) (version 2003).....	38
Annexe 3 : Avis du Comité de Protection des Personnes.....	39
Annexe 4 : Critères de dépendance selon le DSM-IV.....	40
Annexe 5 : Serment d’Hippocrate .....	42

## RESUME

**Contexte** : Les hypnotiques sont largement consommés au long cours par les sujets âgés, malgré un bénéfice incertain sur le sommeil et de nombreux effets secondaires connus. L'objectif de cette étude était d'évaluer les résistances au sevrage des sujets âgés ayant une consommation chronique d'hypnotiques. L'objectif secondaire était de rechercher les facteurs de risque de refus d'un sevrage.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude descriptive quantitative menée en ambulatoire dans des cabinets de médecine générale du Nord-Pas-de-Calais entre février et avril 2014. Le questionnaire s'adressait aux patients de plus de 65 ans consommant quotidiennement un hypnotique depuis plus de 4 semaines. Les données recueillies étaient : l'hypnotique consommé, la durée de consommation, l'influence sur la qualité de vie et de sommeil. Le niveau de dépendance a également été évalué ainsi que les effets secondaires pouvant motiver un sevrage.

**Résultats** : 78% des hypnotiques consommés étaient représentés par le zolpidem et le zopiclone. Sur 258 patients inclus, 88% en consommaient depuis plus de 1 an et 66% depuis plus de 5 ans. 88% considéraient qu'il améliorerait leur qualité de vie et de sommeil. 74% le qualifiaient d'important voire indispensable. 73% refusaient le sevrage. 32% étaient prêts à consulter un autre médecin que leur médecin traitant pour obtenir une prescription. 65% étaient motivés pour un sevrage par crainte du risque de survenue d'une démence. Une association statistiquement significative a été retrouvée entre le refus du sevrage et l'ancienneté de la consommation ( $p < 0,001$ ). Une tendance a été observée associant de manière non significative le refus du sevrage et l'âge ( $p = 0.0711$ ).

**Conclusion** : Trois leviers ont été identifiés pour améliorer le suivi des recommandations. L'éducation des patients semble être une piste intéressante pour lever les résistances face au sevrage et notamment l'information sur l'existence du risque de survenue d'une démence. Une prise en charge adaptée de la dépendance psychologique devrait faire partie intégrante de la démarche de sevrage. Enfin, il paraît nécessaire d'envisager le sevrage le plus tôt possible afin de minimiser le risque de refus.

## INTRODUCTION

### I. Consommation d'hypnotiques chez le sujet âgé

L'insomnie est une plainte fréquente chez les sujets âgés (1,2), entraînant une importante consommation d'hypnotiques (3). Dans la moitié des cas, il s'agit d'une consommation régulière (4), dont la prévalence, en France, est estimée à environ 20% (2,5,6). Cette prévalence semble encore plus élevée en EHPAD où elle concerne un tiers des résidents (7).

Les médicaments prescrits pour les troubles du sommeil sont essentiellement les benzodiazépines et médicaments apparentés. Ces derniers sont représentés en France par le zolpidem et le zopiclone (8). Ces deux molécules n'ont pas la même structure chimique mais présentent un mécanisme d'action et des propriétés proches des benzodiazépines(9).

La prescription initiale d'un hypnotique, le renouvellement et le suivi en ambulatoire des patients consommateurs est un problème fréquemment rencontré en médecine générale. La France est l'un des pays les plus consommateurs d'hypnotiques (10). Cette classe thérapeutique arrive en sixième position des prescriptions les plus fréquentes en médecine générale (11).

### II. Effets secondaires et iatrogénie

Cependant, le risque d'effets secondaires avec cette classe thérapeutique se révèle être plus important que les bénéfices observés sur la qualité du sommeil (12).

En effet, la consommation de ces molécules au long cours est responsable de nombreux effets indésirables, en particulier chez les personnes âgées du fait des modifications pharmacodynamiques et pharmacocinétiques liées à l'âge (7,13).

Les benzodiazépines et médicaments apparentés provoquent des troubles de la mémoire du type amnésie antérograde (7). Des études ont montré leur rôle dans le déclin cognitif et l'augmentation du risque d'apparition d'une démence (14,15).

En raison de leur propriété hypnotique, il existe une somnolence diurne responsable d'un déclin fonctionnel, avec retentissement sur les activités de la vie quotidienne, et un risque plus important d'accidents de la voie publique (16).

Par ailleurs, leur utilisation altère l'équilibre postural et augmente significativement le risque de chutes, et donc de fractures (17).

En résumé, ces risques liés à la consommation d'hypnotiques, marqués par une altération des fonctions cognitives et psychomotrices, peuvent avoir comme conséquence une perte d'autonomie, ainsi qu'une augmentation de la mortalité (18).

### **III. Sevrage**

Ces molécules sont également responsables d'accoutumance et de dépendance (16,19). En outre, dans les troubles du sommeil, il n'y a pas d'indication à un traitement par hypnotiques au long cours, en raison de l'absence de bénéfice observé au delà de 4 semaines.

Du fait de cette balance bénéfice-risque défavorable, il est dans l'intérêt des patients de limiter les prescriptions d'hypnotiques et de s'orienter de préférence vers une prise en charge non médicamenteuse de l'insomnie, comme par exemple les thérapies cognitivo-comportementales (20,21).

Dans cette optique, la HAS a élaboré en 2007 des recommandations concernant l'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient

âgé de plus de 65 ans (22). Cependant, ces recommandations sont peu suivies. En effet, le rapport de l'Afssaps de 2012 montre un niveau de consommation d'hypnotiques stable ces dix dernières années (9).

Le sevrage est un projet thérapeutique qui nécessite une adhésion et une motivation de la part du patient et de son entourage. Les freins à la démarche de sevrage dépendent donc à la fois du prescripteur mais également du patient. Leur recherche est nécessaire pour faire évoluer les habitudes de consommation, d'autant que cela représente un enjeu de santé publique.

## **IV. Objectifs**

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence les résistances au sevrage des patients âgés de plus de 65 ans, ayant une consommation chronique d'hypnotiques.

L'objectif secondaire était de rechercher les facteurs associés à un risque plus important de refus du sevrage.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **I. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, quantitative, réalisée en ambulatoire dans des cabinets de médecine générale dans la région Nord-Pas-de-Calais, entre le 4 février et le 29 avril 2014.

### **II. Recueil de données**

Les données ont été recueillies par des médecins généralistes, sur la base d'un questionnaire s'adressant à leurs patients. Compte tenu de la fréquence des privations sensorielles chez le sujet âgé, le médecin posait les questions au patient et notait lui-même les réponses.

### **III. Questionnaire**

Il s'agit d'un questionnaire anonyme (Annexe 1) comprenant 12 questions fermées dont certaines à choix multiple. Le consentement éclairé du patient a été recueilli préalablement.

Les données socio-démographiques recueillies étaient l'âge, le sexe et la catégorie socio-professionnelle du patient. Cette dernière a été divisée en 7 catégories s'inspirant de la nomenclature de l'INSEE (Annexe 2).

Les données épidémiologiques portaient sur :

- le type d'hypnotique consommé :
  - médicaments apparentés aux benzodiazépines : zolpidem, zopiclone,
  - benzodiazépine,
  - autre.
  
- la durée de consommation de l'hypnotique :
  - moins de 6 mois,
  - de 6 mois à 1 an,
  - de 1 an à 5 ans,
  - plus de 5 ans.
  
- les représentations des patients de leur hypnotique, et notamment : l'influence de celui-ci sur :
  - leur qualité de vie,
  - la qualité de leur sommeil.
  
- le degré de dépendance à l'hypnotique, évalué à travers :
  - l'attachement à ce médicament,
  - l'accord pour envisager un sevrage,
  - la probabilité de consulter un autre médecin pour obtenir une prescription.
  
- les effets secondaires susceptibles de motiver le sevrage (possibilité de donner plusieurs réponses) :
  - chutes et fractures,
  - troubles de la mémoire ou démence,
  - somnolence diurne,
  - perte d'autonomie,
  - décès.

## **IV. Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion des patients dans l'étude étaient :

- patients âgés de plus de 65 ans,
- consommation quotidienne d'un ou plusieurs hypnotique(s),
- consommation supérieure à 4 semaines.

## **V. Critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion étaient la démence et la confusion.

## **VI. Echantillonnage**

L'échantillonnage a été réalisé par randomisation des médecins généralistes installés dans la région du Nord-Pas-de-Calais, à partir de la base de données de la Plateforme d'Aide Méthodologique (Service d'Information et des Archives Médicales, Clinique de Santé Publique du CHRU de Lille).

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone. 20 questionnaires ont été envoyés à chaque médecin acceptant de participer à l'étude. Dans le but de s'affranchir d'un effet centre, un minimum de 20 médecins et de 10 questionnaires par médecin était nécessaire.

## **VII. Comité de Protection des Personnes**

L'avis du Comité de Protection des Personnes a été demandé et celui-ci a répondu favorablement compte tenu du caractère non interventionnel de l'étude (Annexe 3).

## VIII. Analyse statistique

Les données ont été analysées par l'équipe du Dr Chazard, de la Plateforme d'Aide Méthodologique.

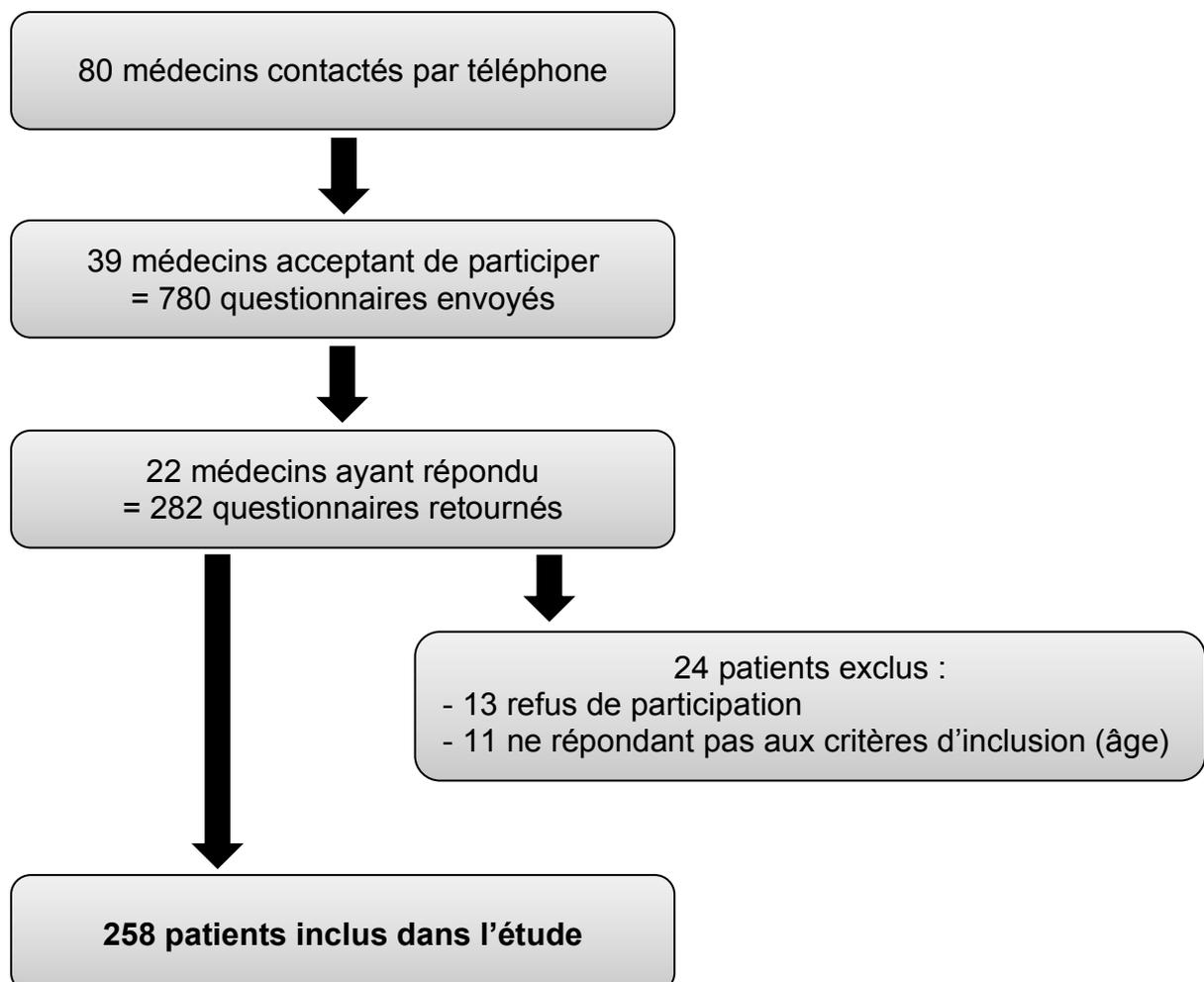
Il a d'abord été réalisé une analyse descriptive univariée pour chaque variable. Cette analyse a été complétée par une analyse bivariée, recherchant une association entre deux variables, par les tests du Chi2, de Fisher et de Student.

Le risque de première espèce ( $p$ ) a été fixé à 5%.

## RESULTATS

### I. Généralités

Parmi les 80 médecins ayant été contactés par téléphone, 39 ont accepté de participer à l'étude. 22 ont renvoyé des questionnaires complétés. Le nombre de questionnaires remplis était variable, de 8 à 20 par médecin. 24 patients ont été exclus : 11 parce qu'ils avaient moins de 65 ans et 13 ont refusé de participer. Au total, 258 patients ont été inclus dans l'étude.



## II. Caractéristiques socio-démographiques de la population

Ces caractéristiques sont décrites dans le Tableau 1.

La population étudiée était composée de 61% de femmes et 39% d'hommes.

L'âge moyen était de 75 ans. L'âge minimum était de 65 ans et le maximum de 94 ans.

Concernant la profession, on notait une majorité d'employés, d'ouvriers et d'inactifs (ou personnes n'ayant jamais travaillé) avec respectivement 22%, 20% et 16% des effectifs. La catégorie socio-professionnelle la moins représentée était les professions intermédiaires.

**Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population**

	Population étudiée n=258	IC à 95% (%)
Sexe masculin, n (%)	99 (39)	[33.09-45.01]
Age moyen en années	75	[74.65-76.4]
PROFESSION, n (%) :		
Agriculteurs	32 (12)	[8.4-16.52]
Artisans <sup>1</sup>	29 (11)	[7.77-15.68]
Cadres <sup>2</sup>	28 (11)	[7.77-15.68]
Professions intermédiaires	16 (6)	[4.13-10.55]
Employés	56 (22)	[17.23-27.45]
Ouvriers	53 (21)	[15.89-25.86]
Inactifs <sup>3</sup>	42 (16)	[11.93-21.04]
Données manquantes	2 (1)	-

**Artisans<sup>1</sup>** : artisans, commerçants ou chefs d'entreprise ; **Cadres<sup>2</sup>** : cadres et professions intellectuelles ; **Inactifs<sup>3</sup>** : inactifs ou personnes n'ayant jamais travaillé.

**IC** : Intervalle de confiance.

### III. Statistiques descriptives

#### A. Type d'hypnotique consommé

Le zolpidem et le zopiclone représentaient 78% des traitements consommés à visée hypnotique. Sur certains questionnaires, le nom de la benzodiazépine utilisée était précisé, comme le lormétazépan (Noctamide<sup>®</sup>), l'oxazépan (Seresta<sup>®</sup>) et le lorazépan (Temesta<sup>®</sup>).

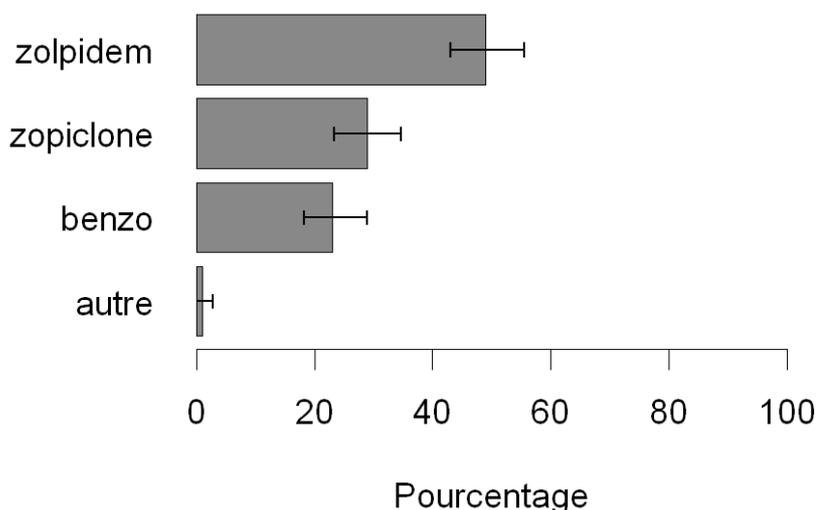
1% des traitements consommés à visée hypnotique n'entrait pas dans la catégorie des benzodiazépines et médicaments apparentés. Il s'agissait alors d'un anti-histaminique et plus précisément l'hydroxyzine (Atarax<sup>®</sup>).

Dans ce tableau, l'effectif total est supérieur à 258 car 5 patients consommaient deux hypnotiques.

**Tableau 2 : Type d'hypnotique consommé**

	Effectif n = 263	Pourcentage	IC à 95% (%)
Zolpidem	127	49	[42.99-55.48]
Zopiclone	74	29	[23.33-34.68]
Benzodiazépine	60	23	[18.34-28.99]
Autre	2	1	[0.09-2.77]
Données manquantes	0	-	-

**Figure 1 : Type d'hypnotique consommé**



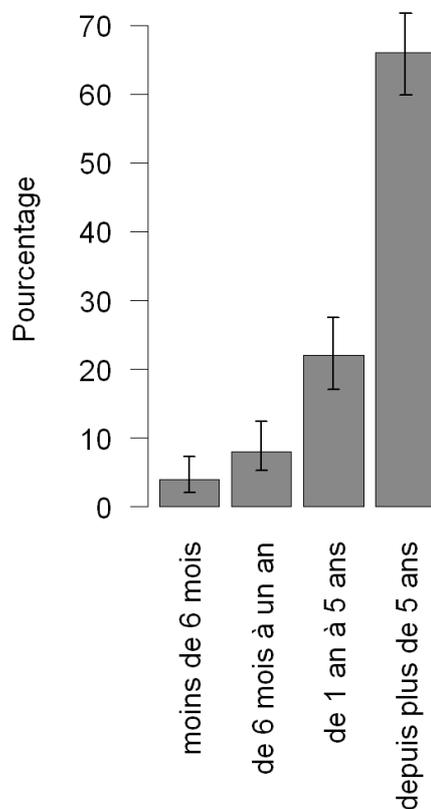
## B. Durée de consommation de l'hypnotique

88% des patients consommaient un hypnotique depuis plus d'un an et 66% depuis plus de 5 ans.

**Tableau 3 : Durée de consommation de l'hypnotique**

	Effectif n = 258	Pourcentage	IC à 95% (%)
moins de 6 mois	10	4	[2-7.29]
de 6 mois à 1 an	21	8	[5.27-12.44]
de 1 an à 5 ans	56	22	[17.07-27.54]
plus de 5 ans	169	66	[59.81-71.73]
Données manquantes	2	-	-

**Figure 2 : Durée de consommation de l'hypnotique**



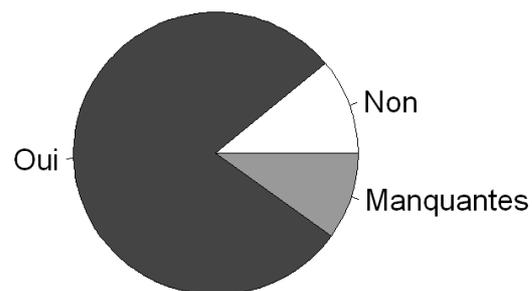
### C. Influence de l'hypnotique sur la qualité de vie

88% des patients estimaient que l'hypnotique améliorerait leur qualité de vie.

**Tableau 4 : Influence (positive) de l'hypnotique sur la qualité de vie**

	Effectif n = 258	Pourcentage	IC à 95% (%)
Non	30	12	[8.58-17.24]
Oui	214	88	[82.76-91.42]
Données manquantes	14	-	-

**Figure 3 : Influence (positive) de l'hypnotique sur la qualité de vie**



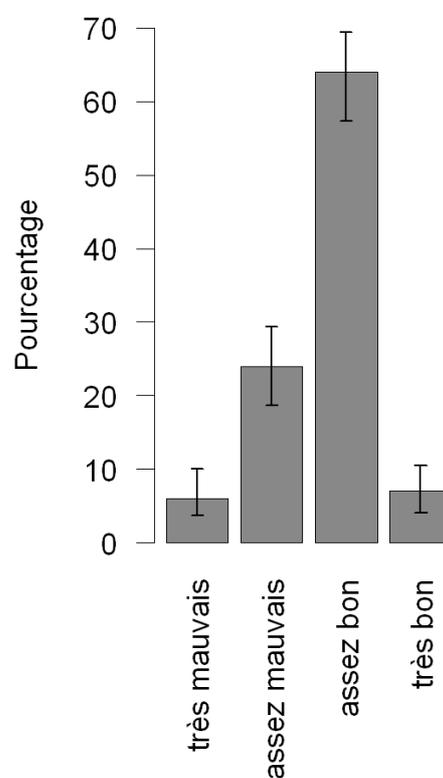
## D. Influence de l'hypnotique sur la qualité du sommeil

71% des patients observaient un bénéfice sur la qualité de leur sommeil.

**Tableau 5 : Influence (positive) de l'hypnotique sur la qualité du sommeil**

	Effectif n = 258	Pourcentage	IC à 95% (%)
Très mauvais	16	6	[3.7-10.07]
Assez mauvais	61	24	[18.69-29.4]
Assez bon	164	64	[57.34-69.38]
Très bon	17	7	[4-10.53]
Données manquantes	0	-	-

**Figure 4 : Influence (positive) de l'hypnotique sur la qualité du sommeil**



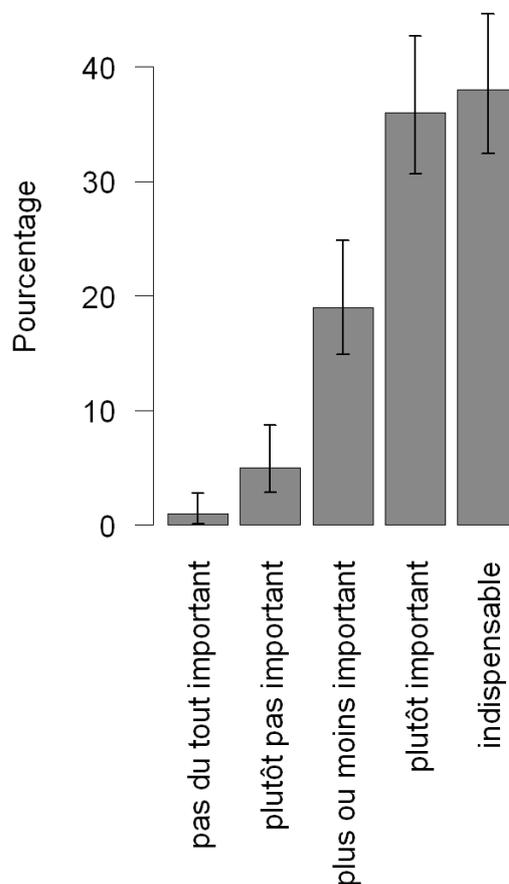
## E. Attachement des patients à leur hypnotique

74% des patients considéraient leur hypnotique comme plutôt important voire indispensable.

**Tableau 6 : Attachement des patients à leur hypnotique**

	Effectif n = 258	Pourcentage	IC à 95% (%)
Pas du tout important	2	1	[0.09-2.77]
Plutôt pas important	13	5	[2.82-8.67]
Plus ou moins important	50	19	[14.85-24.85]
Plutôt important	94	36	[30.62-42.66]
Indispensable	99	38	[32.46-44.63]
Données manquantes	0	-	-

**Figure 5 : Attachement des patients à leur hypnotique**



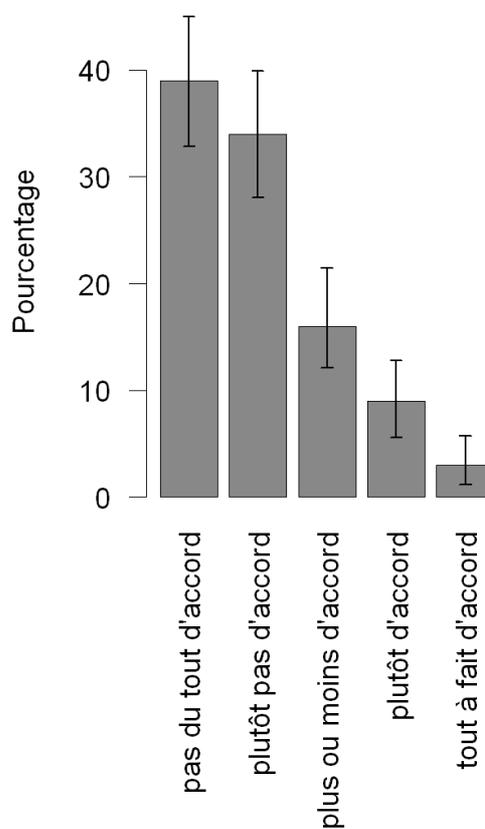
## F. Avis du patient concernant le sevrage

73% des patients refusaient spontanément le sevrage.

**Tableau 7 : Avis du patient concernant le sevrage**

	Effectif n = 258	Pourcentage	IC à 95% (%)
Pas du tout d'accord	100	39	[32.84-45.02]
Plutôt pas d'accord	87	34	[28.05-39.89]
Plus ou moins d'accord	42	16	[12.11-21.48]
Plutôt d'accord	22	9	[5.54-12.8]
Tout à fait d'accord	7	3	[1.19-5.75]
Données manquantes	0	-	-

**Figure 6 : Avis du patient concernant le sevrage**



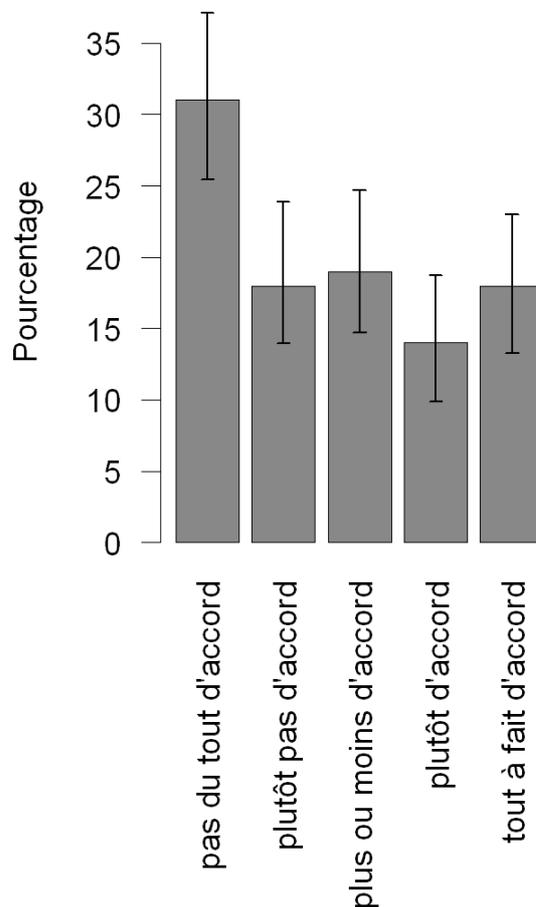
## G. Consultation d'un autre médecin

32% des patients ont déclaré qu'ils consulteraient un autre médecin afin d'obtenir une ordonnance, si leur médecin traitant ne renouvelait pas leur prescription habituelle d'hypnotique.

**Tableau 8 : Consultation d'un autre médecin**

	Effectif n = 258	Pourcentage	IC à 95% (%)
Pas du tout d'accord	79	31	[25.44-37.11]
Plutôt pas d'accord	47	18	[13.98-23.86]
Plus ou moins d'accord	49	19	[14.68-24.71]
Plutôt d'accord	35	14	[9.87-18.71]
Tout à fait d'accord	45	18	[13.29-23.01]
Données manquantes	3	-	-

**Figure 7 : Consultation d'un autre médecin**



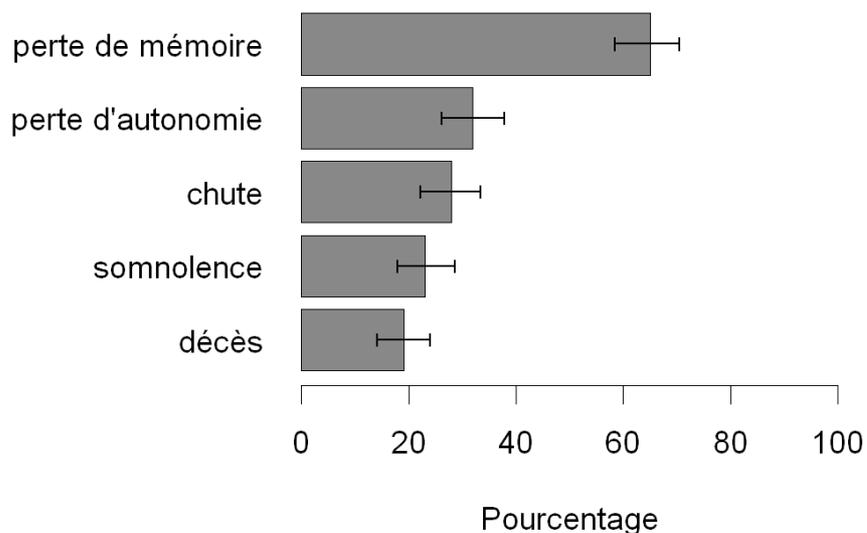
## H. Effets secondaires

65% des patients ont cité la perte de mémoire ou la démence comme effet secondaire susceptible de les convaincre d'initier un sevrage. La perte d'autonomie, ainsi que le risque de chute et de fracture, ont été cités par respectivement 32% et 28% des patients, la somnolence diurne par 23%. Enfin, le risque de décès a été cité par 19%.

**Tableau 9 : Effets indésirables**

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC à 95% (%)</b>
Perte de mémoire	167	65	[58.52-70.49]
Perte d'autonomie	82	32	[26.22-37.9]
Chute	71	28	[22.25-33.47]
Somnolence	59	23	[17.99-28.57]
Décès	48	19	[14.16-24.01]

**Figure 8 : Effets indésirables**



## IV. Statistiques bivariées

Il a été recherché une association entre l'accord du patient pour une tentative de sevrage et :

- l'âge,
- le sexe,
- le type d'hypnotique consommé,
- la durée de la consommation.

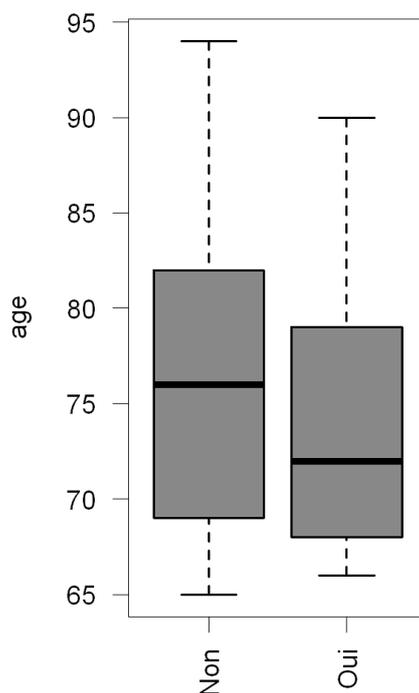
Pour cela, cet accord a été étudié sous la forme d'une variable qualitative binaire. Les catégories « tout à fait d'accord », « plutôt d'accord » et « plus ou moins d'accord » ont été considérées comme favorables au sevrage, ce qui représentait 28% des patients étudiés. Les catégories « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord » ont été considérées comme opposées au sevrage, représentant 72% des patients.

Il n'a pas été mis en évidence d'association statistiquement significative avec le sexe ni avec le type d'hypnotique consommé.

Concernant l'âge, une tendance était observable associant de manière non significative un risque augmenté de refus de sevrage chez les patients plus âgés ( $p=0,0711$ ).

**Tableau 10 : Association entre l'âge et le refus de sevrage**

	Non	Oui
Effectif	186	70
Moyenne	75.941	74.086
Ecart type	7.423	6.963
Minimum	65	66
Mediane	76	72
Maximum	94	90

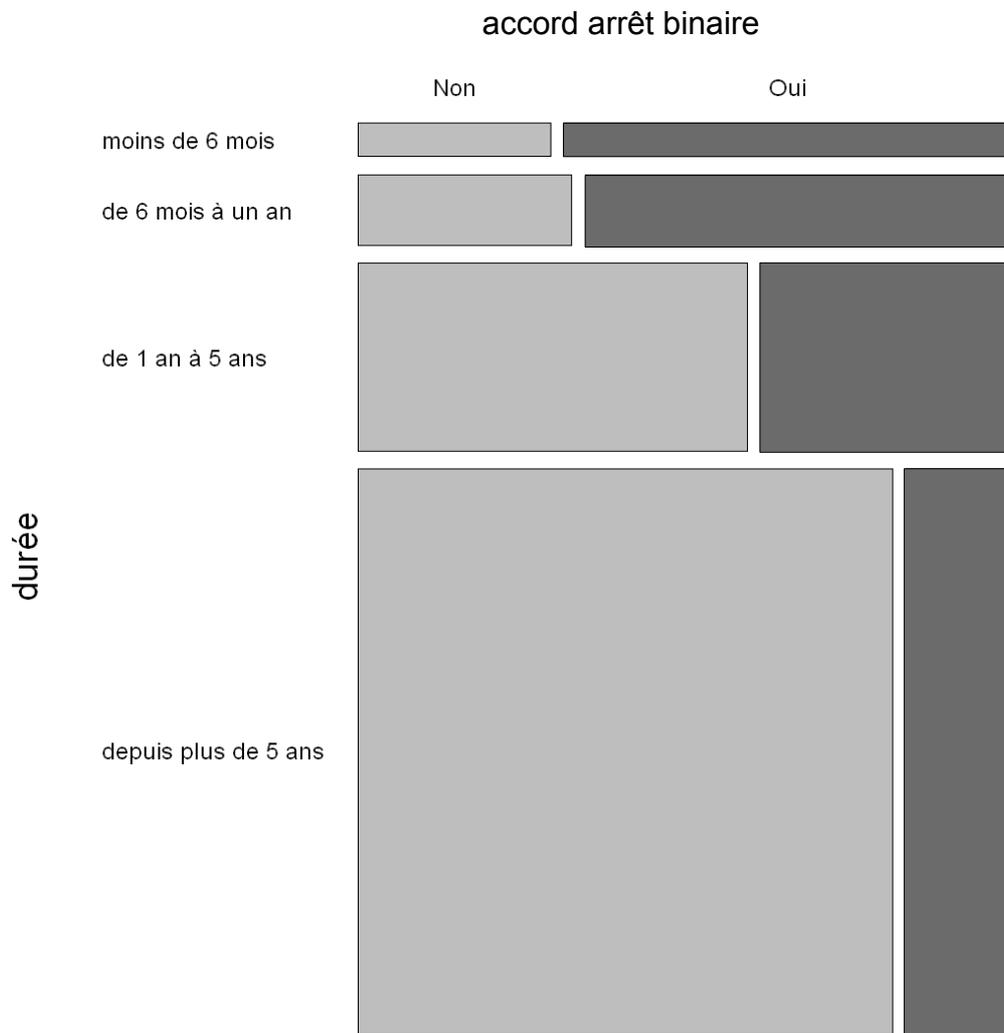
**Figure 9 : Association entre l'âge et le refus de sevrage**

Par ailleurs, il existait une association statistiquement significative et un effet dose entre le refus d'un sevrage et la durée de consommation ( $p < 0,001$ ).

**Tableau 11 : Association entre la durée de consommation de l'hypnotique et le refus de sevrage**

	Non	Oui	Total
Moins de 6 mois	3 (30%)	7 (70%)	10
De 6 mois à 1 an	7 (33%)	14 (67%)	21
De 1 an à 5 ans	34 (61%)	22 (39%)	56
Plus de 5 ans	141 (83%)	28 (17%)	169
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>71</b>	<b>256</b>

**Figure 10 : Association entre la durée de consommation de l'hypnotique et le refus de sevrage**



## DISCUSSION

### I. Résumé des principaux résultats

Dans cette étude, nous avons mis en évidence l'existence de résistances de la part des sujets âgés face à la proposition d'un sevrage de leur hypnotique.

Beaucoup d'entre eux consommaient cet hypnotique depuis plusieurs années. Dans la plupart des cas, il s'agissait du zolpidem ou du zopiclone.

La majorité des patients exprimaient un attachement important à leur hypnotique, persuadés qu'il améliorerait à la fois leur sommeil et leur qualité de vie. Près des trois quarts s'opposaient au sevrage et le tiers d'entre eux seraient prêt à consulter un autre médecin que leur médecin traitant pour obtenir une prescription d'hypnotiques.

Parmi les effets secondaires des hypnotiques, seul le risque de survenue d'une démence ou de troubles de la mémoire semblait susceptible de les convaincre d'initier un sevrage.

Il est apparu également que plus la consommation de l'hypnotique était ancienne et plus le risque d'opposition au sevrage était important.

### II. Limites de l'étude

Il est probable que les médecins ayant participé à l'étude se sentaient concernés par le problème que pose la surconsommation d'hypnotiques chez le sujet âgé. Cela mènerait à penser que le refus de participer ou le non renvoi de questionnaire a écarté de cette étude certaines pratiques ambulatoires de

prescription d'hypnotiques. Il existe donc un biais de sélection de la population étudiée au travers de la participation des médecins.

De même, les patients qui ont accepté de répondre au questionnaire étaient prêts à aborder la problématique du sevrage de l'hypnotique avec leur médecin traitant. Cette étude ne prend donc pas en compte les patients considérant ce sujet comme tabou et qui sont probablement ceux qui présentent le plus de résistances.

Par ailleurs les réponses aux questions ont été retranscrites par le médecin traitant de chaque patient, induisant un biais d'interprétation. Cependant, cette méthode a été choisie pour éviter un autre biais de sélection qui aurait exclu involontairement les patients n'étant plus capables de lire ni écrire.

Afin de limiter ce biais d'interprétation, nous nous sommes basés sur des questions simples à réponse fermée et éventuellement à choix multiple.

Le fait que le médecin traitant ait été présent pour remplir le questionnaire a pu inhiber certaines réponses. Cette remarque est particulièrement vraie pour la question cherchant à savoir si le patient serait prêt à consulter un autre médecin pour obtenir une prescription de son hypnotique. Il convient donc de penser que le nombre de réponses positives à cette question a été sous-estimé.

Concernant le critère d'exclusion qu'était la démence, il représente un biais de deux manières. La première est que la moitié des patients déments ne sont pas diagnostiqués (23). Il est donc probable que des patients présentant une démence encore non connue aient été inclus dans l'étude.

La seconde est que la démence est une des étiologies retenues dans l'insomnie secondaire. Il s'agit donc là d'une part non négligeable des consommateurs chroniques d'hypnotiques. Se pose alors la question de la fiabilité et de l'interprétation de leurs réponses.

Lors du recueil de données, il n'a pas été demandé de préciser le nom de la molécule consommée lorsqu'il s'agissait d'une benzodiazépine. Quelques médecins ont malgré tout ajouté cette information. Les trois molécules citées étaient le lormétazépan (Noctamide<sup>®</sup>), l'oxazépan (Seresta<sup>®</sup>) et le lorazépan (Temesta<sup>®</sup>). Le lormétazépan est une benzodiazépine hypnotique, en revanche l'oxazépan et le

lorazépam sont des benzodiazépines anxiolytiques. Cette précision nous aurait permis d'étudier la proportion de patients utilisant une molécule anxiolytique dans un but hypnotique.

Enfin, il n'était pas précisé si les patients interrogés avaient déjà tenté un sevrage. Dans le cas d'un échec antérieur dû à un syndrome de sevrage ou d'un rebond d'insomnie, cela pourrait être la raison de leur refus actuel.

### **III. Type d'hypnotique consommé**

#### **A. Zolpidem et zopiclone**

Concernant les hypnotiques consommés, il est intéressant de voir qu'il s'agissait essentiellement de médicaments apparentés aux benzodiazépines : le zolpidem et le zopiclone. Ils représentaient près des trois quarts des consommations.

Ces résultats sont comparables aux autres études sur le sujet.

Dans l'enquête menée par Klein et al., le zolpidem et le zopiclone représentaient entre 71 et 74% des prescriptions à visée hypnotique en médecine générale (24).

Selon Siriwardena et al., cette tendance serait due au fait que les prescripteurs perçoivent ces molécules comme aussi efficaces et mieux tolérées que les benzodiazépines (25).

En 2012, l'Afssaps a édité un état des lieux de la consommation de benzodiazépines et médicaments apparentés en France, où il a été observé que la plupart des consommateurs chroniques étaient des sujets âgés (9).

Ce rapport confirme la proportion de consommation de médicaments apparentés qu'elle estime à 77% de la consommation totale d'hypnotiques. Ces chiffres s'expliquent par la diminution de consommation des benzodiazépines au

profit des médicaments apparentés. Cette tendance se traduit par une stabilité globale de la consommation d'hypnotiques entre les années 2000 et 2010.

Bien que l'AMM en tant qu'hypnotique soit respectée dans ces prescriptions, il faut rester vigilant en ce qui concerne les risques d'une consommation chronique. En effet, de récentes études ont montré le potentiel addictif de ces molécules (26) et des effets secondaires comparables aux benzodiazépines (27).

Par exemple, selon Berry et al., l'utilisation du zolpidem, du zopiclone ou du zaleplon (non commercialisé en France) double le risque de fracture de la hanche chez les résidents de maison de retraite (17).

## **B. Benzodiazépines et autres molécules**

Nous n'avons pas étudié la proportion de patients utilisant à but hypnotique, et donc hors AMM, des benzodiazépines anxiolytiques. Cependant, nous avons pu constater que certaines classes thérapeutiques telles que les antidépresseurs et les antihistaminiques ont quasiment complètement disparu des prescriptions à but hypnotique. Cela démontre une volonté de la part des prescripteurs de respecter les indications et les AMM des médicaments dans un souci de meilleure tolérance thérapeutique.

## **IV. Durée de consommation**

Nos résultats faisaient état d'une consommation supérieure à 5 ans chez les deux tiers des patients interrogés. Cette forte proportion est comparable aux données retrouvées chez d'autres auteurs.

Dans l'étude de Morgan et al., 25% des patients interrogés ont rapporté une consommation supérieure à 10 ans, 19% entre 5 et 10 ans et 30% entre 1 et 5 ans (28).

## **V. Croyances et représentations des patients concernant leur hypnotique**

La majorité des patients interrogés dans notre étude pensaient que leur hypnotique améliorerait la qualité de leur sommeil et d'une manière plus générale leur qualité de vie.

Or il est bien connu qu'après 4 semaines de traitement s'installent une accoutumance et une tolérance. Celles-ci sont responsables d'une diminution de l'effet hypnotique et d'une réapparition progressive de l'insomnie (16,29).

De telles croyances ont été observées dans des études antérieures chez des patients consommant un hypnotique depuis plus de 10 ans (29) et où les patients octroyaient à ces traitements des effets positifs dépassant les bénéfices reconnus sur le sommeil (30).

Un des moyens de lutter contre ces croyances est d'informer le patient, dès l'instauration du traitement, du risque d'accoutumance et de dépendance, comme cela est recommandé par la HAS (22).

## **VI. Dépendance psychologique et physique**

Trois quarts des patients étaient très attachés à leur hypnotique et s'opposaient d'emblée à un sevrage. Les résultats concernant une éventuelle consultation chez un autre médecin dans le but d'obtenir une prescription étaient difficilement interprétables, du fait que la question était posée par le médecin traitant. Mais ils montraient quand même une proportion non négligeable de patients prêts à faire cette démarche.

Ces observations soulèvent la problématique de la dépendance. Quelle soit d'origine physique (19) ou psychologique (31), elle est une des principales explications des résistances des patients au sevrage.

## A. Dépendance physique

Chez les sujets âgés, l'addiction est difficilement identifiable car elle est très différente de la forme qu'elle prend chez les sujets plus jeunes (19). Dans cette population, elle ne répond pas aux critères diagnostiques établis dans le DSM-IV (32) (Annexe 4). En effet, l'augmentation des doses et la recherche compulsive de la substance sont rarement observées car la prescription et la délivrance se font sous contrôles médical et pharmaceutique. Le retentissement social et familial, ainsi que les effets secondaires, sont souvent et à tort attribués au vieillissement.

La dépendance physique chez les consommateurs chroniques d'hypnotiques a été démontrée dans de nombreuses études. Elle se traduit par l'apparition d'une tolérance après plusieurs semaines d'utilisation, ainsi qu'un syndrome de sevrage et un rebond d'insomnie lors d'un arrêt brutal (16).

## B. Dépendance psychologique

La dépendance psychologique quant à elle est fréquemment présente chez les sujets âgés. Elle est à l'origine d'un déni des risques liés à la consommation chronique d'hypnotiques (30).

Il existe une banalisation de cette consommation avec une inscription de l'hypnotique dans le quotidien (33). S'instaure alors une habitude de vie, un rituel à l'origine d'une impression de contrôle du patient sur sa santé (34).

Il y a une dimension affective et comportementale à l'égard du médicament qui procure au patient une certaine confiance en soi (31).

En outre, l'hypnotique s'inscrit dans la norme sociale du fait d'une consommation répandue. Le patient est conforté dans ses croyances par son entourage (35).

Enfin, cette consommation chronique trouve son explication dans le fait que l'insomnie n'est pas vraiment considérée comme un problème de santé mais plus comme une défaillance liée à l'âge et de surcroît irréversible (33).

Une prise en charge de cette dépendance psychologique est indispensable dans un processus de sevrage.

Une solution possible est la thérapie cognitivo-comportementale, dont l'intérêt a été démontré à la fois dans la prise en charge de l'insomnie (21) et du sevrage en hypnotiques (36).

## **VII. Effets secondaires pouvant motiver un sevrage**

L'intérêt de cette question était d'identifier un éventuel argument susceptible de motiver le sevrage. Cependant, au vu des résultats, les sujets âgés semblaient peu effrayés par les nombreux effets secondaires des hypnotiques.

### **A. Risque de survenue d'une démence**

L'effet secondaire le plus souvent cité comme susceptible de motiver le sevrage était le risque d'apparition d'un trouble de la mémoire ou d'une démence.

Malgré des résultats initialement contradictoires à ce sujet, de récentes études ont retrouvé un risque de déclin cognitif accru chez les consommateurs chroniques de benzodiazépines (4,27).

En 2012, Billioti de Gage et al. ont mis en évidence, à partir de la cohorte Paquid, une augmentation du risque de démence d'environ 50% chez les patients consommateurs de benzodiazépines et médicaments apparentés (14). Une nouvelle étude du même auteur, récemment parue, a montré une association statistiquement significative entre la consommation chronique de benzodiazépine et un risque augmenté de maladie d'Alzheimer (15). En outre la force de cette association augmentait avec la durée de consommation, soit un odds ratio à 1.84 (IC à 95% [1.62-2.08],  $p < 0.001$ ) pour les patients consommant depuis plus de 6 mois.

Devant ces données inquiétantes, l'ANSM se montre particulièrement vigilante quant aux prescriptions de ces molécules (37).

Face à ces chiffres, l'éducation des patients apparaît comme une piste intéressante pour les sensibiliser au sevrage. En effet, Martin et al. ont démontré une meilleure perception des risques chez 45% des participants à leur étude (38), après une éducation passant par une information écrite sur les risques liés à la consommation de benzodiazépines chez les sujets âgés. Etait alors observée une augmentation statistiquement significative de l'efficacité du sevrage en terme de réduction spontanée des doses et de l'intention d'en discuter avec leur médecin.

## **B. Autres risques**

Concernant le risque de chutes et de fractures, mais aussi le risque de voir apparaître une perte d'autonomie, seulement un tiers des patients les ont cités comme pouvant motiver un sevrage. Le décès a été cité par moins de 20% des participants.

Ces résultats pourraient s'expliquer par le déni des patients de l'existence de tels risques.

En effet, Helman et al. ont retrouvé une proportion de 78% de patients pensant ne présenter aucun effet secondaire lors d'une consommation chronique de benzodiazépines (35).

Selon Cook et al., la plupart niaient ou minimisaient les effets secondaires pour argumenter le refus d'un sevrage (30).

La seconde explication possible serait l'ignorance de ces risques par le patient, rendant indispensable une information donnée au patient dès la première prescription.

## **VIII. Facteurs associés au refus d'un sevrage**

L'âge et l'ancienneté de la consommation de l'hypnotique sont apparus dans cette étude comme deux facteurs de risque de refus de sevrage. Cependant, seul le second était statistiquement significatif, avec la particularité de présenter un effet

dose qui a mis en évidence un risque d'autant plus important de refus que la consommation était ancienne. Cette observation montre l'importance de proposer et d'entreprendre un sevrage le plus tôt possible.

Concernant l'âge, la tendance observée peut être le reflet d'un lien entre l'âge et la durée de consommation. Plus le patient est âgé et plus la consommation est a priori ancienne et donc possiblement à l'origine d'un refus.

En effet, Morgan et al. ont retrouvé une association statistiquement significative entre l'âge et la durée de consommation, dans leur étude sur la prévalence et la durée de consommation des hypnotiques chez les sujets âgés (28).

## CONCLUSION

Les résistances des patients sont nombreuses face à l'éventualité d'un sevrage en hypnotiques.

Plusieurs propositions sont envisageables pour lever ces résistances et améliorer le suivi des recommandations de la HAS.

L'éducation des patients est un point important. Il est nécessaire de les sensibiliser aux risques auxquels expose une consommation chronique d'hypnotiques. Plus particulièrement, une information sur le risque d'apparition de démence semble être une piste à exploiter.

Au vu de l'importance de la dépendance psychologique, il y a tout intérêt à inclure une aide psychologique dans le processus de sevrage. Dans cette indication, les thérapies cognitivo-comportementales ont largement montré leur efficacité.

Il est primordial d'entreprendre le sevrage le plus tôt possible pour diminuer les résistances des patients.

La consommation d'hypnotiques chez le sujet âgé est un réel enjeu de santé publique qui s'inscrit dans l'actualité. En effet, la HAS envisagerait une diminution du taux de remboursement afin d'inciter à un meilleur suivi des recommandations.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev.* avr 2002;6(2):97-111.
2. Gourier-Fréry C, Léger D, Chan-Chee C. Insomnie, fatigue et somnolence : prévalence et état de santé associé, déclarés par les plus de 16 ans en France métropolitaine. Données ESPS 2008. *BEH.* 20 nov 2012; Numéro thématique. *Épidémiologie des troubles du sommeil en France.*(44-45):502-9.
3. Bélanger L, Vallières A, Morin CM. Insomnia and increased use of sleep medication among seniors: problems and alternative treatment. *Can Fam Physician.* 8 janv 2006;52(8):968-73.
4. Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec M, Victorri-Vigneau C, Venisse J-L. Sujets âgés et benzodiazépines : de la consommation à la dépendance. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* août 2008;8(46):9-16.
5. Prescrire Rédaction. Modalités d'arrêt des benzodiazépines chez les patients âgés : un guide de la HAS propose des protocoles réalistes. *28(293):229.*
6. Jaussent I, Ancelin M-L, Berr C, Pérès K, Scali J, Besset A, et al. Hypnotics and mortality in an elderly general population: a 12-year prospective study. *BMC Med.* 2013;11:212.
7. Bourin M. Les problèmes posés par l'utilisation des benzodiazépines chez le patient âgé. *L'Encéphale.* sept 2010;36(4):340-7.
8. Blain H, Dauvilliers Y. Prise en charge des troubles du sommeil chez le sujet âgé. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* févr 2010;10(55):14-20.
9. Afssaps. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2012.
10. Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, Nachbaur G, El-Hasnaoui A, Kovess V, et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) en population générale. *Encephale.* 2005;31:195-206.
11. DREES. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Ministère de la Santé; 2005.
12. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ.* 19 nov 2005;331(7526):1169.

13. Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the Elderly: Cause, Approach, and Treatment. *Am J Med.* juin 2006;119(6):463-9.
14. Billioti de Gage S, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues J-F, Pérès K, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ.* 2012;345:e6231.
15. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ.* 2014;349:g5205.
16. Prescrire Rédaction. Plaintes de mauvais sommeil : autant que possible, éviter les somnifères. *Rev Prescrire.* 2008;28(292):111-6.
17. Berry SD, Lee Y, Cai S, Dore DD. Nonbenzodiazepine sleep medication use and hip fractures in nursing home residents. *JAMA Intern Med.* 13 mai 2013;173(9):754-61.
18. Mallon L, Broman J-E, Hetta J. Is usage of hypnotics associated with mortality? *Sleep Med.* mars 2009;10(3):279-86.
19. Salve A, Leclercq S, Ponavoy E, Trojak B, Chauvet-Gelinier J-C, Vandiel P, et al. Conduites addictives du sujet âgé. *EMC - Psychiatr.* janv 2011;8(4):1-13.
20. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA J Am Med Assoc.* 17 mars 1999;281(11):991-9.
21. Riemann D, Perlis ML. The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Med Rev.* juin 2009;13(3):205-14.
22. Haute Autorité de Santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. 2007.
23. Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med.* 23 oct 2000;160(19):2964-8.
24. Klein E, Boivin JM, Jeandel C, Paille F, Schaff JL, Vespignani H. Description des hypnotiques en médecine générale. Enquêtes en Meurthe-et-Moselle auprès de 50 médecins généralistes. *Rev Prat Med Gen.* 11 nov 2002;16(591):1617-22.
25. Siriwardena AN, Qureshi Z, Gibson S, Collier S, Latham M. GPs' attitudes to benzodiazepine and « Z-drug » prescribing: a barrier to implementation of evidence and guidance on hypnotics. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* déc 2006;56(533):964-7.
26. Prescrire Rédaction. Dépendance aux hypnotiques : zolpidem et zopiclone aussi. *Rev Prescrire.* oct 2000;20(210):675-6.
27. Blin O. Le futur des anxiolytiques. *L'Encéphale.* janv 2008;34, Supplement 1:S3-7.

28. Morgan K, Dallosso H, Ebrahim S, Arie T, Fentem PH. Prevalence, frequency, and duration of hypnotic drug use among the elderly living at home. *Br Med J Clin Res Ed.* 27 févr 1988;296(6622):601-2.
29. Kripke DF. Chronic hypnotic use: deadly risks, doubtful benefit: Review article. *Sleep Med Rev.* févr 2000;4(1):5-20.
30. Cook JM, Biyanova T, Masci C, Coyne JC. Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. *J Gen Intern Med.* août 2007;22(8):1094-100.
31. Fernandez L, Cassagne-Pinel C. Addiction aux benzodiazépines et symptomatologie anxieuse et dépressive chez les sujets âgés. *Encephale.* 2001;27:459-74.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Forth Edition Revised (DSM IV-TR). Traduction française: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 2004.
33. Collin J, Ankri J. La problématique de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées en France et au Québec. *Gérontologie Société.* 1 déc 2003;107(4):149-65.
34. Venn S, Arber S. Understanding older peoples' decisions about the use of sleeping medication: issues of control and autonomy. *Sociol Health Illn.* 2012;34(8):1215-29.
35. Helman CG. Patients' perceptions of psychotropic drugs. *J R Coll Gen Pract.* 2 janv 1981;31(223):107-12.
36. Belleville G, Bélanger L, Morin CM. Cognitive-behavioral treatment of insomnia and its use during withdrawal of hypnotic medication. *Santé Ment Au Qué.* 2003;28(2):87-101.
37. ANSM. Consommation des benzodiazépines : bien respecter les règles de bon usage pour limiter les risques dont celui de la démence. 2012.
38. Martin P, Tamblyn R, Ahmed S, Tannenbaum C. A drug education tool developed for older adults changes knowledge, beliefs and risk perceptions about inappropriate benzodiazepine prescriptions in the elderly. *Patient Educ Couns.* juill 2013;92(1):81-7.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Questionnaire

Bonjour, dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine générale, nous vous remercions de répondre à quelques questions concernant votre somnifère. Ce questionnaire est anonyme.

1/ Vous êtes :       un homme       une femme

2/ Quel âge avez vous ?      ans

3/ Quelle était votre catégorie socio-professionnelle ?

- Agriculteur
- Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- Cadre et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employé
- Ouvrier
- Inactif ou personne n'ayant jamais travaillé

4/ Acceptez-vous de répondre à ce questionnaire ?     oui       non

si non, fin du questionnaire.

5/ Quel est le nom de votre somnifère ?

- zolpidem
- zopiclone
- benzodiazépine
- autre : .....

6/ Depuis combien de temps le prenez- vous ?

- moins de 6 mois
- de 6 mois à 1 an
- de 1 an à 5 ans
- depuis plus de 5 ans

7/ Pensez-vous que ce médicament améliore votre qualité de vie ?

- oui       non

8/ Comment qualifieriez-vous la qualité de votre sommeil ?

- très mauvais
- assez mauvais
- assez bon
- très bon

9/ Comment qualifieriez-vous l'importance que vous portez à votre somnifère ?

- pas du tout important
- plutôt pas important
- plus ou moins important
- plutôt important
- indispensable

10/ Si votre médecin vous suggérait d'arrêter ce somnifère, seriez-vous ?

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- plus ou moins d'accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

11/ Si votre médecin arrêterait ce somnifère, seriez vous prêt à consulter un autre praticien pour l'obtenir ?

- pas du tout d'accord
- plutôt pas d'accord
- plus ou moins d'accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

12/ Parmi cette liste d'effets secondaires connus des somnifères, le ou lesquels vous inciteraient à l'arrêter ? (possibilité de cocher plusieurs cases)

- chutes et fractures
- perte de mémoire, démence
- somnolence durant la journée
- perte d'autonomie
- décès

## **Annexe 2 : Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) (version 2003)**

<b>Code</b>	<b>Libellé</b>
1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures
4	Professions intermédiaires
5	Employés
6	Ouvriers
7	Retraités
8	Autre personne sans activité professionnelle

NB : Dans le questionnaire, la catégorie « retraité » n'apparaît pas car l'étude portait sur une population en âge d'être à la retraite. La question portait sur la profession antérieure exercée par le patient.

## Annexe 3 : Avis du Comité de Protection des Personnes



Julie Guilliot <guilliot.j@gmail.com>

---

### Thèse de médecine générale : consommation d'hypnotique chez le sujet âgé

---

CPP\_Nord\_Ouest\_IV <emilie.broux@univ-lille2.fr>

À : Julie Guilliot <guilliot.j@gmail.com>

Bonjour,

Le CPP répond favorablement au caractère non interventionnelle de votre projet de thèse.  
Celle-ci ne requière pas d'avis du CPP.

Bien à vous,

Melle Emilie Broux  
Secrétaire CPP Nord Ouest IV  
Bâtiment ex-USNB  
6 rue du Professeur Laguesse  
CHRU LILLE  
CS 70001  
59037 LILLE CEDEX

e-mail : [cppnordouestiv@univ-lille2.fr](mailto:cppnordouestiv@univ-lille2.fr)

Tel : 03.20.44.41.65

Fax : 03.20.44.41.63

<http://www.comite-de-protection-des-personnes-nord-ouest-iv.sitew.fr>

## Annexe 4 : Critères de dépendance selon le DSM-IV

La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

1. Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
  - b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.
2. Comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
  - b. La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.
3. Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé
4. Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;
5. Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;
7. Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Préciser :

Avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présents) ;

Sans dépendance physique : pas de signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 absents).

## Annexe 5 : Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois  
de l'honneur et de la probité dans l'exercice  
de la Médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement ma  
conduite professionnelle aux principes traditionnels.

Admis dans l'intérieur des maisons,  
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,  
ma langue taira les secrets qui me seront confiés,  
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs,  
ni à favoriser le crime.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai  
pas de faire usage de mes connaissances médicales  
contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers  
mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction  
que j'ai reçu de leur Père.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé  
de mes Confrères si j'y manque.



**AUTEUR :** GUILLIOT Julie

**Date de Soutenance :** 23 octobre 2014

**Titre de la Thèse :** Consommation chronique d'hypnotiques chez le sujet âgé : évaluation des résistances des patients face à la proposition de sevrage.

**Thèse - Médecine - Lille 2014**

**Cadre de classement :** DES de Médecine générale

**Mots-clés :** hypnotiques, sujet âgé, sevrage

**Résumé :**

**Contexte :** Les hypnotiques sont largement consommés au long cours par les sujets âgés, malgré un bénéfice incertain sur le sommeil et de nombreux effets secondaires connus. L'objectif de cette étude était d'évaluer les résistances au sevrage des sujets âgés ayant une consommation chronique d'hypnotiques. L'objectif secondaire était de rechercher les facteurs de risque de refus d'un sevrage.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive quantitative menée en ambulatoire dans des cabinets de médecine générale du Nord-Pas-de-Calais entre février et avril 2014. Le questionnaire s'adressait aux patients de plus de 65 ans consommant quotidiennement un hypnotique depuis plus de 4 semaines. Les données recueillies étaient : l'hypnotique consommé, la durée de consommation, l'influence sur la qualité de vie et de sommeil. Le niveau de dépendance a également été évalué ainsi que les effets secondaires pouvant motiver un sevrage.

**Résultats :** 78% des hypnotiques consommés étaient représentés par le zolpidem et le zopiclone. Sur 258 patients inclus, 88% en consommaient depuis plus de 1 an et 66% depuis plus de 5 ans. 88% considéraient qu'il améliorerait leur qualité de vie et de sommeil. 74% le qualifiaient d'important voire indispensable. 73% refusaient le sevrage. 32% étaient prêts à consulter un autre médecin que leur médecin traitant pour obtenir une prescription. 65% étaient motivés pour un sevrage par crainte du risque de survenue d'une démence. Une association statistiquement significative a été retrouvée entre le refus du sevrage et l'ancienneté de la consommation ( $p < 0,001$ ). Une tendance a été observée associant de manière non significative le refus du sevrage et l'âge ( $p = 0,0711$ ).

**Conclusion :** Trois leviers ont été identifiés pour améliorer le suivi des recommandations. L'éducation des patients semble être une piste intéressante pour lever les résistances face au sevrage et notamment l'information sur l'existence du risque de survenue d'une démence. Une prise en charge adaptée de la dépendance psychologique devrait faire partie intégrante de la démarche de sevrage. Enfin, il paraît nécessaire d'envisager le sevrage le plus tôt possible afin de minimiser le risque de refus.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur François PUISIEUX

**Asseseurs :**

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Philippe LEVISSE