



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE– LILLE 2

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Caractéristiques et représentations des patients consommateurs  
d'hypnotiques au long cours dans la maison de santé de  
Blériot-Sangatte en 2016**

Présentée et soutenue publiquement le 31 mai 2016 à 14 heures  
au Pôle Recherche  
par **Pérard Valentin**

---

**JURY**

**Président:**  
**Monsieur le Professeur Régis Bordet**

**Assesseurs:**  
**Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre**  
**Madame le Professeur Christelle Charley-Monaca**

**Directeur de Thèse:**  
**Monsieur le Docteur Michaël Rochoy**

---

## **Avertissement**

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

|

## LISTE DES ABREVIATIONS

HAS	Haute Autorité de Santé
ICSD-2	International Classification of Sleep Diseases (2ème édition)
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SAS	Syndrome d'Apnées du Sommeil
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale

## Table des matières

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
Définition de l'insomnie.....	2
Épidémiologie des troubles du sommeil.....	3
Mésusage des hypnotiques en France .....	3
Effets secondaires des hypnotiques.....	5
Objectif de notre étude.....	5
MATERIELS ET METHODES.....	7
Type d'étude.....	7
Population de l'étude.....	7
Recueil des données.....	7
Analyse statistique.....	8
RESULTATS.....	9
DISCUSSION.....	17
Résultats principaux et comparaison à la littérature.....	17
Forces et limites.....	24
Perspectives.....	26
CONCLUSION.....	28
BIBLIOGRAPHIE.....	29
ANNEXES.....	37
Annexe 1 : Questionnaire .....	37
Annexe 2 : Graphiques complémentaires.....	42

## RESUME

**Contexte :** La surconsommation d'hypnotiques est devenue un problème de santé publique en France. Les patients surestiment le temps de sommeil gagné grâce à leur traitement, rendant compliqué le sevrage en médecine générale. Notre objectif était de décrire la population de patients consommateurs d'hypnotiques au long cours dans la maison de santé de Blériot-Sangatte, et le temps gagné « perçu » par ces patients grâce aux hypnotiques.

**Méthodes :** Etude épidémiologique descriptive prospective réalisée à la maison de santé de Blériot-Sangatte de novembre 2015 à janvier 2016. Etaient éligibles les patients de tout âge ayant eu au moins deux prescriptions d'hypnotiques au cours des 6 derniers mois, n'ayant pas de troubles mnésiques ou psychiatriques gênant la compréhension des questions. Les questionnaires ont été remplis par deux médecins généralistes et un remplaçant.

**Résultats :** Parmi les 110 patients éligibles, 51 ont consulté sur la période de 2 mois et 50 ont été analysés (1 refus). Dans 80 % des cas, la primo-prescription était effectuée par un médecin généraliste. Les patients estimaient dormir 1h22 (écart type : 2h25) sans hypnotique, et 8h03 (écart-type : 1h38) avec le médicament. L'hypnotique était jugé efficace après 6 mois d'utilisation régulière par 80 % des patients ; 64 % jugeaient cette consommation dangereuse pour la santé. Parmi ces utilisateurs chroniques, 12 % avaient déjà entendu parler de la thérapie cognitivo-comportementale.

**Conclusion :** Les règles d'hygiène et la physiologie du sommeil restent mal appliquées chez les consommateurs chroniques d'hypnotiques. Il convient d'insister sur la faible efficacité transitoire des hypnotiques, avant de prescrire ou renouveler un hypnotique.

## INTRODUCTION

### Définition de l'insomnie

L'insomnie se définit de différentes manières selon les critères que l'on utilise. Elle se caractérise selon l'ICSD2 (International Classification of Sleep Diseases) par trois conditions :

A. Le patient rapporte une ou plusieurs des plaintes suivantes :

1. difficulté à s'endormir
2. difficulté à rester endormi
3. réveil trop précoce
4. sommeil durablement non réparateur ou de mauvaise qualité

B. Les difficultés ci-dessus surviennent en dépit d'opportunités et de circonstances adéquates pour dormir.

C. Au moins un des symptômes suivants relatif au problème du sommeil nocturne est rapporté par le patient :

1. fatigue, méforme
2. baisse d'attention, de concentration ou de mémoire
3. dysfonctionnement social, professionnel ou mauvaise performance scolaire
4. instabilité d'humeur, irritabilité
5. somnolence diurne
6. baisse de motivation, d'énergie ou d'initiative
7. tendance aux erreurs, accidents au travail ou lors de la conduite

automobile

8. maux de tête, tension mentale et/ou symptômes intestinaux en réponse au manque de sommeil
9. préoccupations et soucis à propos du sommeil

## **Épidémiologie des troubles du sommeil**

Le temps de sommeil moyen dans la population générale se situe aux alentours de 7 heures de sommeil [1] et le temps d'endormissement moyen en France est de 25 minutes [2].

Chez la personne âgée, la physiologie du sommeil se modifie et celui-ci devient plus court, avec des réveils plus fréquents, et un sommeil de moins bonne qualité [3].

L'insomnie est un motif de consultation fréquente en soins primaires [4]. L'insomnie chronique concerne 16 % des français, dont 20 % des femmes [5].

## **Mésusage des hypnotiques en France**

La France est le 2ème pays d'Europe en termes de consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques, derrière la Suède [6,7,8,9,10].

Alors que la consommation de benzodiazépines a diminué entre 2000 et 2009, celle des apparentés hypnotiques comme le zopiclone et le zolpidem ne fait qu'augmenter [6]. Bien qu'ils ne soient recommandés que pour une durée maximale de 28 jours dans l'insomnie transitoire [11], la majorité des patients en consomment de façon chronique [6].

Ainsi, en 2010, 48,2 millions de boîtes d'hypnotiques ou apparentés ont été vendues en France : 6,5 % de la population générale les consomment régulièrement [6]. Dans la

population des femmes de plus de 65 ans, ce taux atteint 18 % [6]. En 2012, 4,2 millions de français ont déjà consommé au moins une fois un hypnotique [12].

En 2014, le service médical rendu des hypnotiques est jugé faible par la Haute autorité de santé (HAS) du fait de sa faible efficacité, des effets secondaires et du mésusage ; son remboursement par la sécurité sociale a alors été diminué de 65 à 15 %. La HAS recommande son utilisation la plus courte, à la plus faible dose et en deuxième intention après la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) dans l'insomnie occasionnelle [13].

Avant la prescription systématique d'hypnotiques, il est conseillé de rappeler au patient les règles d'hygiènes de sommeil [11] :

- éviter les siestes,
- avoir des horaires de coucher et de lever réguliers,
- retarder le coucher chez les personnes âgées,
- diminuer le bruit, la lumière et les températures trop élevées dans la chambre,
- éviter le tabac, l'alcool et la caféine en fin de journée,
- pratiquer une activité physique – mais pas après 17h,
- limiter les repas trop riches le soir.

Enfin, la prescription des hypnotiques dans l'insomnie occasionnelle est réglementée, comme le rappelait la HAS en 2015 : sa durée est limitée à 28 jours, non renouvelable. Son arrêt doit être progressif pour limiter le syndrome de sevrage. En pratique, aucun traitement médicamenteux n'est indiqué dans l'insomnie chronique [11].

## Effets secondaires des hypnotiques

La consommation d'hypnotiques comporte des effets secondaires bien décrits [14] :

- amnésie antérograde [15,16,17,18,19,20,21,22],
- altération des fonctions psychomotrices dans les heures suivant la prise [15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27], avec majoration des risques d'accidents de la route [28,29,30], des risques de chutes [14,18,19,20,21,22] et de fractures [18,19,20,21,22,31],
- tolérance, avec diminution de l'efficacité thérapeutique pour une même dose administrée durant plusieurs semaines [32],
- dépendance, avec risque de syndrome de sevrage à l'arrêt, encourageant les patients à poursuivre leur traitement au long cours [17,32,33,34,35],

Par ailleurs, un risque de déclin cognitif et de démence à long terme a également été suggéré dans plusieurs études [18,19,20,21,22,36,37,38,39,40].

Malgré l'absence d'efficacité des hypnotiques après seulement quelques semaines de prise régulière, les patients ont, en pratique, une grande difficulté à arrêter les somnifères et semblent surestimer le gain de sommeil attribué aux hypnotiques. Or, il n'existe pas dans la littérature d'études relatant ce temps de sommeil estimé gagné grâce aux hypnotiques en soins primaires.

## Objectif de notre étude

Notre objectif était de décrire la population de patients consommateurs d'hypnotiques au long cours dans la maison de santé de Blériot-Sangatte, et le temps gagné « perçu » par

ces patients grâce aux hypnotiques.

## MATERIELS ET METHODES

### Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive, menée de façon prospective.

### Population de l'étude

Etaient éligibles tous les patients consommant de façon chronique des hypnotiques (zolpidem, zopiclone, lormétazépam, nitrazépam, estazolam, témazepam) au sein de la maison de santé pluridisciplinaire de Blériot-Sangatte (Pas-de-Calais), indemnes de pathologie psychiatrique entravant le jugement ou de démence. Cette consommation chronique a été définie par la prescription d'au moins deux ordonnances d'hypnotique de 28 jours dans les 6 derniers mois (afin de ne pas rater les patients consommant des hypnotiques à moins d'un comprimé par jour). Il n'y avait pas de limite d'âge.

Etaient inclus tous les patients consécutifs consultant (au cabinet ou en visite) sur une période de 2 mois, entre le 20 novembre 2015 et le 20 janvier 2016.

Etaient exclus, les patients refusant de participer à l'étude.

### Recueil des données

Le recueil de données a été réalisé par les médecins généralistes traitants (Dr Frédéric Pérard et Dr Philippe Legrand) et leur remplaçant (Valentin Pérard). En fin de consultation,

un questionnaire composé de 56 items était proposé par le médecin, qui lisait une à une les questions et retranscrivait directement les réponses du patient sur Google Forms (*annexe 1*).

L'hérédité au premier degré concernait les parents, la fratrie et les enfants.

Les activités professionnelles ont été regroupées selon la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles de l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

L'activité physique était définie selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : au moins 30 minutes par jour, cinq jours sur sept, de mouvements musculaires responsables d'une dépense d'énergie significative (sport, ménage, jardinage...)

La consommation excessive en alcool était définie par l'OMS par une consommation quotidienne de plus de 2 verres d'alcool chez la femme et plus de 3 verres chez l'homme.

## **Analyse statistique**

Nous avons réalisé des analyses univariées sur Excel version 2010 (Microsoft), en présentant les résultats quantitatifs sous forme de moyenne  $\pm$  écart-type (ou de médiane avec les 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> quartiles en cas de distribution asymétrique). Les variables qualitatives ont été présentées en valeur absolue avec le pourcentage dans l'échantillon et son écart-type.

## RESULTATS

Dans la liste des 1 853 patients ayant déclaré un médecin traitant à la maison médicale de Blériot-Sangatte, 110 étaient potentiellement éligibles d'après les dossiers informatisés et 51 ont été inclus (figure 1).

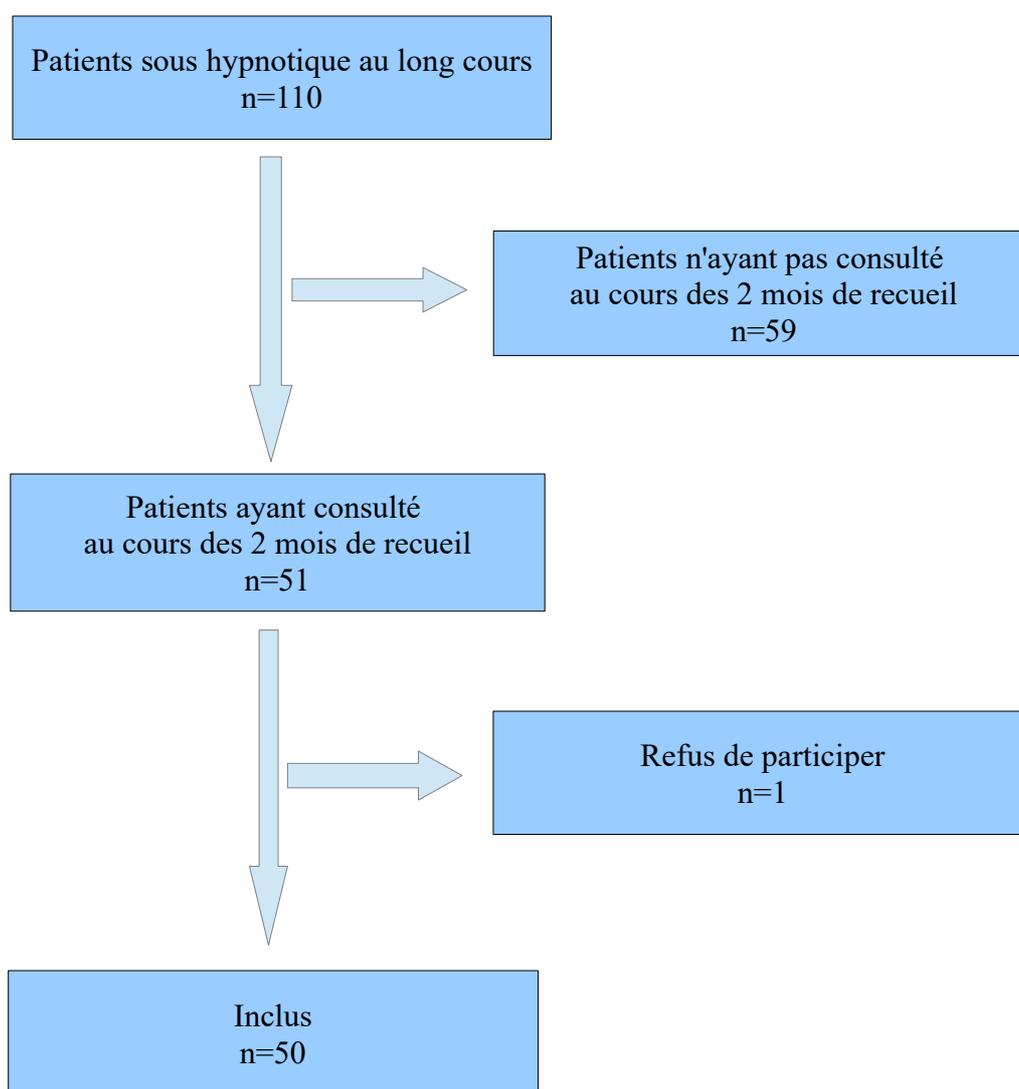


Figure 1 : Diagramme de flux

Les caractéristiques de la population sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Caractéristiques		Valeur*	
<b>Age (années)</b>		71 (11,3)	
<b>Sexe féminin</b>		40 [80 ± 6 %]	
<b>Situation professionnelle</b>	Retraité	38 [76 ± 6 %]	
	Sans emploi	7 [14 ± 6 %]	
	Actif	Ouvrier non qualifié	2 [4 ± 3 %]
		Employé intermédiaire de la fonction publique	1 [2 ± 2 %]
		Profession intermédiaire de la santé et du travail social	1 [2 ± 2 %]
Technicien		1 [2 ± 2 %]	
<b>Hérédité au premier degré**</b>	Un parent insomniaque	13 [26 ± 6 %]	
	Au moins deux parents insomniaques	10 [20 ± 6 %]	
	Pas de parent insomniaque	27 [54 ± 7 %]	
<b>Situation maritale</b>	Vit seul	25 [50 ± 7 %]	
	Vit en couple	Avec un conjoint prenant un somnifère	9 [18 ± 5 %]
		Avec un conjoint ne prenant pas de somnifères	16 [32 ± 7 %]

\*Les résultats quantitatifs sont exprimés en nombre de personnes sur un échantillon de 50 personnes [% ± écart-type] ; les résultats qualitatifs sont exprimés en moyenne (écart-type)

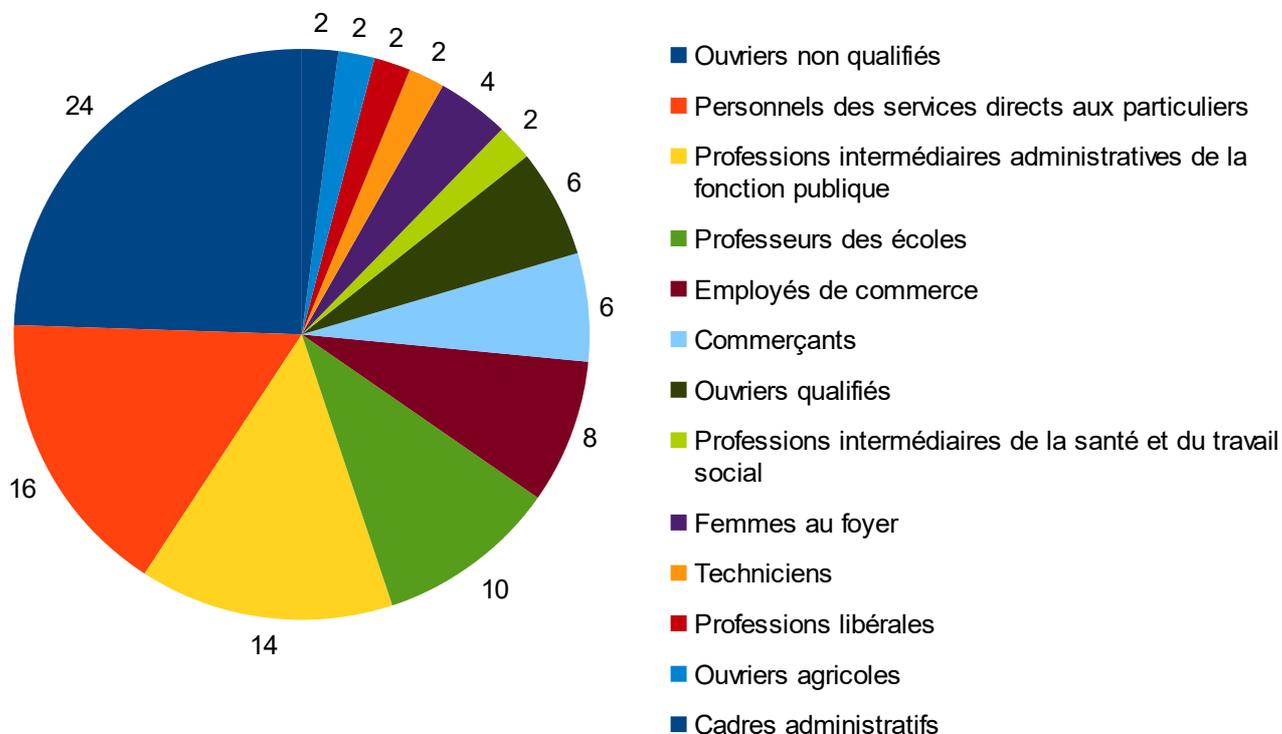
\*\* Parents, fratries ou enfants

Les patients avaient entre 44 et 90 ans. La catégorie socio-professionnelle la plus représentée était les ouvriers non qualifiés (représentant 24 % du panel) (figure 2).

Les patients prenaient du zolpidem, du zopiclone ou du lormétazépan ; aucun patient ne consommait de nitrazépan, d'estazolam ou de témazépan dans notre population.

Parmi les patients sous hypnotiques au long cours, 22 (44 ± 7 %) avaient au moins un parent consommant des hypnotiques.

Parmi les 25 patients vivant en couple, 19 dormaient à deux et 6 dormaient seuls.



**Figure 2 : Profession des 50 patients inclus (en pourcentage)**

Nous avons interrogé les patients sur le respect des règles d'hygiène de sommeil préconisées par la HAS (tableau 2).

**Tableau 2 : Règles d'hygiène de sommeil chez les consommateurs d'hypnotiques**

<b>Caractéristiques</b>		<b>Valeur*</b>
<b>Activité physique</b>	Pratique d'activité physique selon l'OMS	12 [24 ± 6 %]
	Pratique régulière après 17 heures	2 [4 ± 3 %]
<b>Sieste diurne</b>		22 [44 ± 7 %]
<b>Tabac</b>	Consommateurs	10 [20 ± 6 %]
	Nombre moyen de cigarettes consommées par jour	14,3 (5)
	Consommation d'au moins 30 % après 17h (N = 10)	9 [18 ± 5 %]
<b>Alcool</b>	Consommateurs quotidien	22 [44 ± 7 %]
	Consommateurs à risque**	5 [10 ± 4 %]
	Consommateurs quotidien après 17 heures	14 [28 ± 6 %]
<b>Café</b>	Consommateurs quotidien	44 [88 ± 5 %]
	Consommateurs après 17 heures	0 [0%]
<b>Télévision le soir dans la chambre</b>	Utilisateurs	8 [16 ± 5 %]
	Durée moyenne chez ces utilisateurs (en minutes)	76 (61,8)

\*Les résultats quantitatifs sont exprimés en nombre de personnes sur un échantillon de 50 personnes [% ± écart-type] ; les résultats quantitatifs sont exprimés en moyenne (écart-type)

\*\* Consommation > 14 g par semaine chez les femmes, > 21 g par semaine chez les hommes.

Parmi les 38 retraités, 7 pratiquaient une activité physique (18 ± 6 %) ; parmi les 12 patients actifs, 5 pratiquaient une activité physique (42 ± 14 %).

Parmi les 44 consommateurs quotidien de café, la consommation la plus importante était de 5 tasses par jour.

Parmi les 8 utilisateurs de la télévision dans la chambre, la durée médiane de visionnage était d'une heure (25 % regardaient moins de 20 minutes et 25 % regardaient au moins 2 heures).

Le traitement était initié dans 80 ± 6 % des cas par un médecin généraliste. Chez la moitié des patients, l'hypnotique avait été débuté dans les 3 premiers mois suivant les troubles du sommeil. Dans 36 ± 7 % des cas, il était instauré pour raisons familiales, 26 ± 6 % pour raisons de santé, 24 ± 6 % pour raisons professionnelles (tableau 3) (annexe 2).

Tableau 3 : Initiation du traitement hypnotique au long cours

Caractéristiques		Valeur*	
<b>Premier prescripteur d'hypnotique</b>	Ancien médecin traitant	25 [50 ± 7 %]	
	Médecin traitant actuel	15 [30 ± 6%]	
	Praticien hospitalier	5 [10 ± 4 %]	
	Psychiatre libéral	2 [4 ± 3 %]	
	Auto médication	2 [4 ± 3 %]	
	Ne sait plus	1 [2 ± 2 %]	
<b>Etiologie de la première prise d'hypnotique</b>	Familiale	Décès d'un proche	12 [24 ± 6%]
		Événement familial	5 [10 ± 4 %]
		Expérience similaire du conjoint	1 [2 ± 3 %]
	Santé	Problème de santé	12 [24 ± 6 %]
		Addiction à l'alcool	1 [2 ± 2 %]
		Professionnelle	6 [12 ± 5 %]
	Professionnelle	Stress au travail	6 [12 ± 5 %]
		Cessation d'activité professionnelle	4 [8 ± 4 %]
		Horaire posté	2 [4 ± 3 %]
		Environnementale	Nuisances sonores
Ne sait plus		6 [12 ± 5 %]	
<b>Initiation du traitement</b>	Durée médiane entre le début des insomnies et le début des hypnotiques (en jours)	90 [15 - 270]	

\*Les résultats quantitatifs sont exprimés en nombre de personnes sur un échantillon de 50 personnes [% ± écart-type] ; les résultats quantitatifs sont exprimés en moyenne (écart-type) sauf mention contraire (médiane [1<sup>er</sup> quartile – 3<sup>ème</sup> quartile])

Au total, 38 ± 7 % des patients ont commencé à prendre des hypnotiques dans le mois qui a précédé leur insomnie et 12 ± 5 % ont modifié leurs habitudes de sommeil avant de les débiter.

Concernant le ressenti des patients sur les hypnotiques, 70 ± 6 % des patients déclaraient ne pas dormir du tout sans hypnotique et 38 ± 7 % disaient ne pas se réveiller de la nuit grâce à leur hypnotique. Ils estimaient ainsi gagner 6h41 de sommeil grâce à l'hypnotique (tableau 4).

• **Tableau 4 : Consommation des hypnotiques au long cours**

		<b>Caractéristiques</b>	<b>Valeur*</b>
<b>Traitement</b>		Consommation moyenne d'hypnotiques (en années)	16,9 (13,9)
		Consommation médiane d'hypnotiques (en années)	12 [10 - 20]
		Consommation quotidienne (nombre de patients)	39 [78 ± 6 %]
		Continueraient les hypnotiques déremboursés	45 [90 ± 4%]
		Ont déjà entendu parler de la TCC	6 [12 ± 5 %]
<b>Thérapeutiques associées</b>		Nombre moyen d'autres médicaments par jour	5 (4,1)
	Classes	Antihypertenseurs	34 [68 ± 7 %]
		Antalgiques	27 [54 ± 7%]
		Antidépresseurs	14 [28 ± 6 %]
		Benzodiazépines	14 [28 ± 6 %]
		Opioides	11 [22 ± 6 %]
		Antidiabétiques	7 [14 ± 5 %]
		Aucun traitement	1 [2 ± 2%]
<b>Etiologie de la première prise d'hypnotique</b>	Familiale	Décès d'un proche	12 [24 ± 6 %]
		Événement familial	5 [10 ± 4 %]
		Expérience similaire du conjoint	1 [2 ± 2%]
	Santé	Problème de santé	12 [24 ± 6%]
		Addiction à l'alcool	1 [2 ± 2 %]
		Professionnelle	Stress au travail
		Arrêt d'activité professionnelle	4 [8 ± 4 %]
		Horaire posté	2 [4 ± 3 %]
	Environnementale	Nuisances sonores	1 [2 ± 2%]
		Ne sait plus	6 [12 ± 5 %]
<b>Sommeil sous hypnotique</b>		Heure de prise de l'hypnotique (N = 48)**	21h39 (1h16)
		Heure de lever (N = 48)**	6h42 (1h17)
		Latence moyenne d'endormissement (en minutes)	53 (50,7)
		Nombre moyen de réveils nocturnes	1,32 (1,33)
		Durée de sommeil	8h03 (1h38)
		<b>Durée de sommeil sans hypnotique</b>	1h22 (2h25)
<b>Efficacité au long cours</b>	Estiment les hypnotiques encore efficaces	Au bout de 6 semaines	44 [88 ± 5 %]
		Au bout de 6 mois	40 [80 ± 6 %]

\*Les résultats quantitatifs sont exprimés en nombre de personnes sur un échantillon de 50 personnes [% ± écart-type] ; les résultats qualitatifs sont exprimés en moyenne (écart-type) sauf mention contraire (médiane [1<sup>er</sup> quartile – 3<sup>ème</sup> quartile])

\*\* Résultats sur 48 personnes (2 personnes avaient un coucher matinal dû à leur travail posté)

Parmi les 50 patients consommateurs d'hypnotiques au long cours, 3 le faisaient malgré un syndrome d'apnées du sommeil (contre-indication). Les deux tiers des patients ont déjà souhaité arrêter les hypnotiques et autant estimaient que ces médicaments sont dangereux pour la santé. Un tiers des patients ont déjà chuté depuis le début de la prise d'hypnotiques et un quart d'entre eux estimaient le médicament responsable (tableau 5).

Tableau 5 : Effets négatifs des hypnotiques dans la population étudiée

Caractéristiques		Valeur*	
<b>Syndrome d'apnées du sommeil</b>		3 [6 ± 3 %]	
<b>Ronflements</b>		29 [58 ± 7 %]	
<b>Douleurs nocturnes</b>	Prévalence	23 [46 ± 7 %]	
	Évocatrices de syndrome des jambes sans repos**	13 [26 ± 6 %]	
<b>Arrêt</b>	Ont déjà souhaité arrêter les hypnotiques	34 [68 ± 7 %]	
	Ont déjà arrêté les hypnotiques	22 [44 ± 7%]	
	Durée médiane d'arrêt (N = 22) (en jours)	30 [15 - 90]	
	Seraient prêts à arrêter sur demande du médecin traitant	23 [46 ± 7 %]	
	Condition principale de sevrage	S'endormir plus rapidement	14 [28 ± 6 %]
		Moins de contrariétés	14 [28 ± 6 %]
		Moins de douleurs la nuit	8 [16 ± 5 %]
		Meilleur état de santé	5 [10 ± 4 %]
		Pas d'arrêt envisageable	5 [10 ± 4 %]
		Sommeil plus réparateur	3 [6 ± 3 %]
<b>Effets indésirables</b>	Effets secondaires diurnes	1 [2 ± 2 %]	
	Chutes	Estiment les hypnotiques responsables de chutes	14 [28 ± 6 %]
		Antécédent de chute sous hypnotique	17 [34 ± 7 %]
		Jugent responsable l'hypnotique de leur chute (N = 17)	4 [24 ± 10 %]
	Pensent être dépendants	38 [76 ± 6 %]	
	Pensent que les hypnotiques causent des troubles de la mémoire	35 [70 ± 6 %]	
	Pensent que les hypnotiques sont dangereux pour la santé	32 [64 ± 7%]	

\*Les résultats quantitatifs sont exprimés en nombre de personnes sur un échantillon de 50 personnes [% ± écart-type] ; les résultats quantitatifs sont exprimés en moyenne (écart-type) sauf mention contraire (médiane [1<sup>er</sup> quartile – 3<sup>ème</sup> quartile])

\*\* Paresthésies dans les membres inférieurs avec un besoin de mouvement irrésistible le soir et la nuit.

## DISCUSSION

### Résultats principaux et comparaison à la littérature

#### *Résultats principaux*

Nous avons réalisé une étude observationnelle sur 50 patients consommateurs d'hypnotiques au long cours suivis dans la maison de santé pluridisciplinaire de Blériot-Sangatte. Les patients étaient majoritairement des femmes (80 %) ; leur âge moyen était de  $71 \pm 11$  ans ; ils consommaient en moyenne  $5 \pm 4$  médicaments en plus des hypnotiques, pris depuis  $17 \pm 14$  ans.

Environ la moitié des patients avaient au moins un parent insomniaque.

Les règles d'hygiène de sommeil n'étaient pas toujours respectées :  $44 \pm 7$  % réalisaient une sieste dans la journée,  $16 \pm 5$  % regardaient la télévision dans la chambre le soir,  $28 \pm 6$  % consommaient quotidiennement de l'alcool après 17 heures et seulement un quart des patients pratiquaient une activité physique. Par ailleurs, l'heure de coucher n'avait pas été repoussée, puisqu'ils prenaient les hypnotiques vers 21h40 en moyenne.

Le traitement était initié dans  $80 \pm 6$  % des cas par un médecin généraliste. Chez la moitié des patients, l'hypnotique avait été débuté dans les 3 premiers mois suivant les troubles du sommeil ; ceux-ci survenaient essentiellement suite à un événement familial ( $36 \pm 6$  %), puis des raisons de santé ( $26 \pm 7$  %) et professionnelles ( $24 \pm 7$  %).

**Avec des hypnotiques, les patients s'endormaient en  $53 \pm 51$  minutes, et se réveillaient après 8 heures de sommeil versus 1h22 sans hypnotique, soit un temps estimé gagné de 6h41.**

Trois patients poursuivaient les hypnotiques malgré un syndrome d'apnées du sommeil avéré. Un quart des patients avaient des symptômes évocateurs d'un syndrome des jambes sans repos.

Enfin,  $76 \pm 6$  % des patients étaient bien conscients de leur dépendance ;  $70 \pm 6$  % pensaient que les hypnotiques causent des troubles de la mémoire et  $68 \pm 7$  % ont déjà souhaité arrêter leur traitement. Néanmoins, malgré une bonne connaissance des effets nocifs des hypnotiques, 80 % les estimaient toujours efficaces après 6 mois d'utilisation et 90 % continueraient les hypnotiques même s'ils étaient déremboursés. Leur attente principale était un endormissement rapide et une diminution des contrariétés.

### ***Comparaison à la littérature***

#### **Sexe : 80 % de femmes consommatrices**

Dans notre étude, 80 % des consommateurs d'hypnotiques au long court étaient des femmes. En France, 64,3 % des consommateurs de benzodiazépines (toute classe confondue) sont des femmes [41]. Près de 20 % des femmes de plus de 65 ans consomment un hypnotique [41].

#### **Age et durée de prescription : 71 ans en moyenne**

La durée de prescription de 28 jours n'est malheureusement pas respectée dans la plupart des cas dans la pratique de tous les jours, comme l'atteste l'étude, avec en moyenne une durée de quasi 17 ans chez les consommateurs au long cours de Blériot-Sangatte.

L'âge médian des consommateurs d'hypnotiques en France est de 58 ans [41]. Dans notre

étude l'âge moyen est de 71 ans. Cette différence s'explique par le fait que notre étude s'intéresse aux consommateurs d'hypnotique au long cours et que ceux-ci sont plus nombreux chez les personnes âgées [6, 42, 43].

En effet, lorsque le sujet a plus de 50 ans, la prescription d'une benzodiazépine ou apparenté est renouvelée durant plus de 3 mois dans 80 % des cas, démontrant toute la difficulté du sevrage de ces molécules [6]. Par ailleurs, il a également été montré que 17,4 % des consommateurs d'hypnotiques le sont de manière continue et ininterrompue [41].

### **Ouvriers**

Les ouvriers non qualifiés (actifs ou à la retraite) étaient les plus consommateurs d'hypnotiques au long cours ; les professions libérales, techniciens, ouvriers agricoles, et cadres administratifs étaient les moins consommateurs. Les résultats semblent en accord avec les données déjà identifiées puisque chez les actifs, les cadres et professions intellectuelles supérieures consomment moins d'hypnotiques que les autres (OR = 0,7 ;  $p < 0,05$ ) ; les autres « faibles » consommateurs sont les professionnels de la santé [44] et les agriculteurs [45]. Les ouvriers, employés et professions intermédiaires sont ceux qui en consomment le plus dans la littérature [46,47].

Chez les 60-85 ans inactifs, il ne semble pas y avoir de différence significative d'usage dans l'année selon le diplôme et le revenu par unité de consommation [46].

### **Hérédité : 50 % de parents insomniaques**

Dans notre étude, 50 % ont au moins un parent qui souffre également d'insomnie et 44 % ont un parent proche qui prend des somnifères, ce qui semble démontrer l'influence familiale héréditaire et/ou environnementale sur la psychologie du sommeil.

Dans une étude menée par l'Université de Laval sur 3 485 patients insomniaques, 40 % des répondants provenaient d'une famille qui comptait au moins une personne souffrant d'insomnie. Parmi ceux-ci, 76 % en comptait une, 21 % en comptait deux et 3 % en comptait trois. Le risque d'en souffrir était lié au nombre de personnes insomniaques de la famille : il était accru de 37 % lorsqu'une personne était atteinte, de 250 % lorsque c'était le cas de 2 personnes et 314 % lorsqu'il y en avait 3 [35].

### **Respect des règles d'hygiène du sommeil**

Notre étude montre la faible application des règles d'hygiène du sommeil chez les patients consommant des hypnotiques au long cours. Le manque d'activité physique et la sieste la journée présents respectivement chez 76 % et 44 % des patients sont les principales erreurs retrouvées.

L'activité physique en journée a montré tout son intérêt dans l'amélioration de la qualité du sommeil [48] ; sa faible pratique ici peut être liée à des pathologies associées, notamment la dépression (28 % des patients de notre étude prenant des antidépresseurs) et les pathologies rhumatismales liées à l'âge. Ce manque d'activité physique, combiné parfois à l'ennui et à la solitude des personnes âgées, les conduisent à dormir la journée pour "faire passer le temps", "n'ayant rien à faire", comme l'ont souligné certains répondants, entravant forcément la qualité du sommeil la nuit.

La TCC a montré toute son efficacité dans l'insomnie chronique, au contraire des hypnotiques [41] ; elle est pourtant fortement méconnue des patients dans l'étude, puisque seulement 12 % des patients en avait entendu parler .

### **Quatre prescriptions sur cinq par le médecin généraliste**

La quasi-totalité des hypnotiques est prescrite en médecine libérale et non hospitalière,

par le médecin traitant. Du fait de la proximité et des liens tissés avec le patient, il est parfois difficile de renoncer à la prescription d'hypnotique chez des patients souffrant d'insomnie, chez qui il ressort une véritable plainte espérant le médicament miracle leur rendant le sommeil. De même, la facilité de la prescription de somnifère plutôt qu'un long discours sur la psychologie du sommeil, peut également expliquer cette surprescription [6]. Dans notre étude, la prescription d'hypnotique se fait rapidement, puisque après seulement 90 jours d'insomnie, le médecin avait prescrit un hypnotique. Dans la littérature, une personne sur deux ressort dès la première consultation chez le médecin pour insomnie avec la prescription d'un somnifère, d'après les données de l'assurance maladie de 2006-2011 [6].

Le prix d'une boîte de zolpidem de 14 comprimés coûte 3,28 euros [49], remboursée par la Sécurité Sociale à 15 %, ce qui représente une somme modeste pour le patient. Par ailleurs, un déremboursement éventuel ne semble pas être un frein à la consommation des hypnotiques pour 90 % des patients de notre étude.

### **Cause de primoprescription**

Dans notre étude, les causes initiales évoquées de l'insomnie étaient le plus souvent dues au décès d'un proche, la maladie personnelle ou le stress au travail. Dans la littérature, les principaux facteurs favorisant l'insomnie sont la souffrance psychique, la précarité sociale et les événements de vie difficiles comme un décès, une rupture ou une maladie chronique [2,50,51]. Nos résultats sont donc en accord avec la littérature, hormis concernant la précarité sociale ; ceci pourrait s'expliquer par le fait que les habitants de Blériot-Sangatte sont plutôt favorisés par rapport à la population française.

Le deuil est un processus normal ; il semble important de ne pas prescrire trop tôt et trop longtemps des hypnotiques durant ces périodes, qui durent en générale de quelques jours

à quelques mois, avant de retrouver le sommeil de façon naturelle. Si les insomnies venaient à perdurer, il faudrait se poser la question d'un épisode dépressif caractérisé ou d'un deuil pathologique [52].

### **Importante perception du temps gagné**

Cette étude a permis de montrer l'attachement important des patients à leur hypnotique. En effet, 70 % des patients affirment ne pas dormir du tout sans somnifère, ce qui semble peu probable en pratique. Pourtant, ces résultats sont en accord avec les données de la littérature, qui retrouvent une discordance entre les données objectives de l'insomnie enregistrée en polysomnographie, et l'impression subjective des patients insomniaques qui surestiment leur mauvaise qualité de sommeil [53]. Il se crée une angoisse du coucher chez le patient insomniaque avec la peur de ne pas dormir et de passer une nuit blanche ; ce qui engendre un sur-stress, aggravant l'insomnie déjà présente [53].

De même, le gain de sommeil estimé par les patients avec l'hypnotique est de 6h41min. Les patients se sont probablement basés sur les premières nuits suite à l'arrêt du somnifère, effectivement plus à risque d'insomnie (temps d'adaptation de quelques jours pour retrouver une qualité de sommeil antérieure) ; cette adaptation montre d'ailleurs toute la difficulté que représente le sevrage des hypnotiques.

Dans notre étude, les patients attendaient essentiellement des hypnotiques qu'ils les fassent dormir plus rapidement, bien que leur latence d'endormissement était en moyenne de 50 minutes. Or, les hypnotiques n'ont montré qu'une faible efficacité sur l'amélioration du sommeil et uniquement sur les premières semaines de traitement, principalement sur la latence d'endormissement. Selon les études, on retrouve un gain de sommeil de 10 à 20 minutes, guère plus qu'un placebo [23,26,27,54,55], à la différence de la TCC qui procure encore des bénéfices plusieurs mois après son arrêt, mais encore limitée par sa difficulté

d'accessibilité [54,56,57,58].

### **Prévalence importante des autres troubles du sommeil**

Dans notre étude, 6 % des consommateurs au long cours d'hypnotique souffrent d'un syndrome d'apnées du sommeil avéré et diagnostiqué comme tel et 56 % ronflent.

Le SAS, avec les troubles psychiques sont les pathologies les plus fréquemment associées dans l'insomnie [59]. La prévalence du SAS est estimée entre 2 et 5 % dans la population générale [59,60,61,62] : il reste mal dépisté et responsable de nombreuses insomnies secondaires méconnues, curables par ventilation mécanique la nuit à pression positive.

Les apnées sont dues à des obstructions répétées complètes ou partielles des conduits respiratoires de l'arrière-gorge survenant au cours du sommeil [63]. Or, la plupart des somnifères sont dépresseurs respiratoires [17], entravant encore plus la qualité du sommeil chez les patients ayant un SAS [23,24,25,64] : les hypnotiques sont donc contre-indiqués dans cette pathologie [65].

Dans la population générale, on estime à 8,5 % la prévalence du syndrome des jambes sans repos, et à 11,3 % chez les 50-64 ans [66]. Chez les consommateurs au long court d'hypnotiques de Blériot-Sangatte, les douleurs évocatrices de syndrome des jambes sans repos se retrouvaient chez 26 % des interrogés, Cette augmentation de la prévalence peut s'expliquer par le fait que ce syndrome soit pourvoyeur d'insomnie chronique, et ainsi peut être plus présent chez les consommateurs d'hypnotiques au long cours.

### **Bonne conscience des effets Indésirables**

La majorité des consommateurs sont conscients du problème que pose la consommation

au long cours d'hypnotiques avec ses nombreux effets secondaires, tels que la dépendance et le risque d'altération de la mémoire à court terme [67,68].

Dans une étude menée en 2015, chez 90 personnes âgées sous hypnotique, ceux-ci déclaraient à 76 % connaître le risque de dépendance, à 66 % le risque de trouble cognitif, et à 59 % le risque de somnolence diurne [69]. La connaissance des effets secondaires, potentiellement graves, ne semble donc pas limiter la consommation des hypnotiques.

Dans notre étude, seul le risque de chute était sous-estimé. En effet, les risques de chute [70, 71] et de fracture du col du fémur [72,73] seraient majorés par 2 chez les consommateurs d'hypnotiques de plus de 65 ans. La moins bonne conscience de ce risque dans notre population peut s'expliquer par le fait que la majorité des répondants avaient moins de 80 ans et que ce risque s'exprime surtout pour les patients les plus fragiles.

## **Forces et limites**

La consommation d'hypnotiques au long cours est un problème de santé publique, en termes de iatrogénie à court, moyen et long terme, et économiquement avec près de 50 millions de boîtes vendues en France par an [6].

Notre sujet était original : il s'attelait à décrire la perception du sommeil par les patients consommateurs d'hypnotiques au long cours, à travers des questionnaires importants. Les questionnaires ont été remplis avec l'aide des médecins traitants en ligne, durant la consultation et des dossiers informatisés, ce qui a permis de diminuer les biais de mémorisation et les données manquantes.

Les ordonnances étant faites informatiquement, la perte de donnée concernant la

prescription médicamenteuse et les dates des ordonnances étaient minimales ; les prescriptions ont été récupérées dans le logiciel Hellodoc® (en réseau dans la maison de santé). Nous avons inclus 50 des 51 patients à la maison pluridisciplinaire de Blériot-Sangatte consultant sur la période de 2 mois avec une demande de renouvellement d'hypnotiques, essuyant un seul refus.

Notre étude comporte toutefois des limites. Cette aide des médecins traitants a pu entraîner d'autres types de biais : en effet, il est possible que des patients, par crainte ou pour une autre raison, n'aient pas répondu avec exactitude. Néanmoins, les données recueillies ne prêtent à priori pas à des données sujettes à être masquées.

L'étude était monocentrique et reflète un bassin de vie, voire une pratique de 2 médecins généralistes travaillant ensemble et le nombre de patients à 50 limite la représentativité de nos résultats. Toutefois, nos résultats ont une très bonne cohérence externe avec la littérature.

Le biais de mémorisation, avec en particulier les questions portant sur la durée d'utilisation des hypnotiques, la cause de la 1ère prescription ou le délai de prescription ont pu être relaté selon les croyances et représentations de chacun sur les hypnotiques et le sommeil.

Le patient insomniaque surestime la capacité des hypnotiques, comme si c'était la seule chance de retrouver une qualité de sommeil correcte, ce qui a pu amener les patients, consciemment ou inconsciemment, à exagérer les réponses concernant leurs effets ou au contraire à les minimiser.

## **Perspectives**

Il est primordial d'insister sur les règles d'hygiène du sommeil. Lorsque l'indication est

respectée, il est indispensable au médecin traitant de rappeler lors de la primo-prescription que la durée de prescription est limitée à 1 mois. Il ne faut pas banaliser le renouvellement d'hypnotiques et essayer autant que l'on peut d'inciter le patient au sevrage ou tout du moins, dans un premier temps, limiter sa consommation, tout en l'accompagnant comme on pourrait le faire avec le tabac ou l'alcool. Les médecins traitants doivent également être sensibilisés et éduqués vis à vis de cette surconsommation d'hypnotiques en France. Délivrer une fiche d'information rappelant les consignes et les règles hygiéno-diététiques du sommeil lors de la primo-prescription peut sensibiliser les patients aux effets secondaires de ces molécules et ne pas banaliser la prise d'hypnotiques. Les résultats de notre travail pourraient aider à la création d'une telle fiche d'information à destination des médecins et des patients.

La TCC mérite d'être développée et mieux connue par les patients et les médecins traitants. De la même façon, il faut rappeler l'aide toute relative des hypnotiques avant la prescription de tout somnifère.

Afin de développer la TCC, la Sécurité Sociale pourrait en rembourser les séances (la HAS préconise 5 à 6 séances, de 50 euros chacune environ en 2016 – partiellement pris en charge par certaines mutuelles). La pratique de cette technique par différents spécialistes pourrait également favoriser son essor — certains patients étant réticents à l'idée de consulter un psychologue. Une évaluation coût-bénéfice du report de remboursement des hypnotiques vers la TCC pourrait être menée.

Il paraît aussi important de contrôler les facteurs associés à une insomnie secondaire, comme la douleur. Ainsi, l'impact d'une recherche systématique de syndrome de jambes sans repos, d'apnées du sommeil ou de douleurs sur la qualité de sommeil pourrait être

menée en médecine générale.

Le développement de l'éducation thérapeutique ainsi que la mise en place d'un plan d'accompagnement de sevrage des hypnotiques, regroupant des soins coordonnés entre différents professionnels de santé associant médecin traitant, addictologue, psychologue ainsi que le patient et son entourage proche pourrait favoriser la prise de conscience des patients et augmenter la chance de réussite.

Enfin, d'autres études similaires pourraient être menées ailleurs en médecine générale, afin d'en confronter les résultats.

## CONCLUSION

La surconsommation d'hypnotiques est devenue un problème de santé publique en France, principalement chez les femmes.

D'après cette étude, nous avons pu nous rendre compte que le patient insomniaque sous hypnotique au long cours, surestime largement l'effet des somnifères aussi bien sur la durée de sommeil que sur son efficacité au long cours.

Pourtant conscients des effets secondaires connus des hypnotiques, les patients présentent une grande difficulté de sevrage, accentuée par la peur de la recrudescence de l'insomnie, comme l'atteste le refus d'arrêter les hypnotiques par la majorité des patients.

Les règles d'hygiène de sommeil n'étaient globalement pas bien respectées ; le manque d'activité physique, la sieste diurne et la consommation excessive de tabac après 17h chez les fumeurs étaient les erreurs les plus fréquemment retrouvées.

Il importe donc de cibler l'indication précise des hypnotiques, tout en rappelant aux patients la physiologie du sommeil, les bénéfices réels des hypnotiques et les habitudes à respecter pour optimiser celui-ci.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals : developing normative sleep values across the human lifespanp *Sleep* 2004;27:1255-73p
- [2] Beck F., Richard J.-B., Léger D., Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France, *Revue neurologique*, 2013[Epub, Ahead of print]
- [3]. Unruh ML, Redline S, An MW, Buysse DJ, Nieto FJ, Yeh JL, et al. (2008) Subjective and objective sleep quality and aging in the sleep heart health study. *J Am Geriatr Soc* 56: 1218–1227.
- [4]. C. Chan-Chee, V. Bayon, J. Bloch, F. Beck, J-P. Giordanella, D. Léger, Epidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2011, vol.59, n°6, pp.409-422
- [5]. Léger D, Roscoat E, Bayon V, Guignard R, Pâquereau J, Beck Fp Short sleep in young adults: Insomnia or sleep debt? Prevalence and clinical description of short sleep in a representative sample of 1,004 young adults from Francep *Sleep Medp* 2011;12(5):454-62
- [6]. Rapport d'expertise, Afssaps. Etat des lieux de la consommation des Benzodiazépines en France. Janvier 2012, [en ligne]: <http://ansm.sante.fr/> ;
- [7]. Legrain, M., Lecomte, T. Psychotropic drug consumption in France and several European countries. *Bull Acad Natl Med* 1997, 181: 1073-1084.
- [8]. \_Zarifian, E. Prescription of psychotropic drugs; use, misuse and abuse. *Bull Acad Natl*

Med 1998, 182: 1439-1446

[9]. Lecadet J and al, Médicaments psychotropes: consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales 2000. Rev Med Ass Maladie 2003, 34: 75-84

[10]. Gasquet I. and al. Psychotropic drug use and mental psychiatric disorders in France; results of the general population ESEMeD/MHEDEA 2000 epidemiological study. Encephale 2005, 31: 195-206

[11]. Rapport d'élaboration, Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie. HAS 2015 [en ligne]. [www.has-santé.fr/](http://www.has-santé.fr/)

[12]. Rapport d'expert, Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé. Plan d'actions de l'ANSM visant à réduire le mésusage des benzodiazépines -Point d'information. ANSM, 2012, [en ligne] : <http://ansm.sante.fr/>

[13]. Rapport d'expert, Benzodiazépine hypnotique au long cours : un intérêt thérapeutique limitée. HAS 2014, [en ligne] : [www.has-santé.fr/](http://www.has-santé.fr/)

[14]. Rhalimi, M., Helou, R. and Jaeker, P. (2009) Medication Use and Increased Risk of Falls in Hospitalized Elderly Patients: A Retrospective, Case-Control Study. *Drugs & Aging*, 26, 847-852.

[15]. Bain KT (2006) Management of chronic insomnia in elderly persons. *Am J Geriatr Pharmacother* 4: 168–192

[16]. Glass J, Lanctot KL, Herrmann N, Sproule BA and Busto UE (2005) Sedative hypnotics in older people with insomnia: metaanalysis of risks and benefits. *Br Med J* 331: 1169

[17]. National Institutes of Health. National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults, June 13-15, 2005. *Sleep* 2005; 28:1049.

- [18]. Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Moore N, Bégaud B. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use. *Eur J Clin Pharmacol*. 2001 Aug;57(5):419-25
- [19]. Zint K, Haefeli WE, Glynn RJ et al. Impact of drug interactions, dosage, and duration of therapy on the risk of hip fracture associated with benzodiazepine use in older adults. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010 Dec;19(12):1248-55.
- [20]. Golden AG, Ma Q, Nair V, Florez HJ, Roos BA. Risk for fractures with centrally acting muscle relaxants: an analysis of a national Medicare Advantage claims database. *Ann Pharmacother*. 2010 Sep;44(9):1369-75
- [21]. Pariente A, Dartigues JF, Benichou J et al. Benzodiazepines and injurious falls in community dwelling elders. *Drugs Aging*. 2008;25(1):61-70
- [22]. Rapport d'expert : Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Démarche participative de la HAS. Octobre 2007, [en ligne] : [www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr)
- [23]. Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, et al. The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. *J Gen Intern Med* 2007; 22:1335.
- [24]. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, et al. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ* 2000; 162:225.
- [25]. Nowell PD, Mazumdar S, Buysse DJ, et al. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA* 1997; 278:2170.
- [26]. Krystal AD, Erman M, Zammit GK, et al. Long-term efficacy and safety of zolpidem extended-release 12.5 mg, administered 3 to 7 nights per week for 24 weeks, in patients with chronic primary insomnia: a 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, multicenter study. *Sleep* 2008; 31:79
- [27]. Erman M, Guiraud A, Joish VN, Lerner D. Zolpidem extended-release 12.5 mg

associated with improvements in work performance in a 6-month randomized, placebo-controlled trial. *Sleep* 2008; 31:1371

[28]. Barbone F, McMahon AD, Davey PG, Morris AD, Reid IC, McDevitt DG, et al. (1998) Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet* 352: 1331–1336.;

[29]. Neutel CI (1995) Risk of traffic accident injury after a prescription for a benzodiazepine. *Ann Epidemiol* 5: 239–244.

[30]. Orriols L, Salmi LR, Philip et al. The impact of medicinal drugs on traffic safety: a systematic review of epidemiological studies. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009;18(8):647-58

[31]. Anonymous. FDA reduces dosage for zolpidem. *Drug and Therapeutics Bulletin* 2013;51:28

[32]. Soldatos CR, Dikeos DG and Whitehead A (1999) Tolerance and rebound insomnia with rapidly eliminated hypnotics: a meta-analysis of sleep laboratory studies. *Int Clin Psychopharmacol* 14: 287–303

[33]. Hajak G, Hedner J, Eglin M, Loft H, Sturustovu SI, Lutolf S, et al. (2009) A 2-week efficacy and safety study of gaboxadol and zolpidem using electronic diaries in primary insomnia outpatients. *Sleep Med* 10: 705–712.

[34]. Belanger L, Morin CM, Bastien C and Ladouceur R (2005) Self-efficacy and compliance with benzodiazepine taper in older adults with chronic insomnia. *Health Psychol* 24: 281–287;

[35]. Morin CM, Belanger L, Bastien C and Vallières A (2005a) Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: a survival analysis of relapse. *Behav Res Ther* 43: 1–14

[36]. Wu CS, Ting TT, Wang SC, Chang IS, Lin KM. Effect of Benzodiazepine Discontinuation on Dementia Risk. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010.

[37]. Wu CS, Wang SC, Chang IS, Lin KM. The association between dementia and longterm use of benzodia-zepine in the elderly: nested case-control study using claims data. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17(7):614-20.

[38]. Lagnaoui R, Begaud B, Moore N, Chaslerie A, Fourrier A, Letenneur L, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: a nested case-control study. *J Clin Epidemiol* 2002;55(3):314-8.

[39]. Paterniti S, Dufouil C, Alperovitch A. Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging Study. *J Clin Psychopharmacol* 2002;22(3):285-93.

[40]. Gallacher J, Elwood P, Pickering J, Bayer A, Fish M, Ben-Shlomo Y. Benzodiazepine use and risk of dementia: evidence from the Caerphilly Prospective Study (CaPS). *J Epidemiol Community Health*. 2011 Oct 27.

[41]. Rapport d'expert ; Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Etat des lieux de la consommation des Benzodiazépines en France, Décembre 2013 ; [en ligne] : <http://ansm.sante.fr/>

[42]. Simon GE, VonKorff M, Barlow W, Pabiniak C, Wagner E. Predictors of benzodiazepine use in a health maintenance organization sample. *J Clin Epidemiol*. 1996;49:1067–1073.

[43]. Iliffe S, Curran HV, Collins R, Yuen Kee C, Fletcher S, Woods B. Attitude to long-term use of benzodiazepine hypnotics by older people in general practice: findings from interviews with service users and providers. *Aging Ment Health*. 2004;8:242–248[7276]. Charles M. Morin ; Annie Vallières ; Bernard Guay ; et al. *JAMA* 2009;301(19):2005-2015 (doi:10.1001 /jama.2009.682)

[44]. Ha-Vinh P, Regnard P, Sauze L. Consommation de médicaments psychotropes par

les travailleurs indépendants français en activité. *Presse Med* 2011;40:173–180

[45]. Damien Leger Christian Guilleminault, Jean Pierre Dreyfus, Chantal Delahaye and Michel Paillard . Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France. *Journal of Sleep Research* Volume 9 , issue 1 pages 35–42, March 2000

[46]. Beck F., Richard J.-B., Léger D., Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). *Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France, Revue neurologique*, 2013[Epub, Ahead of print].

[47]. T. B. Ngoundo-Mbongue, M. Niezborala, P. Sulem, D. Briant-Vincens, Y. Bancarel, P. Jansou, E. Chastan, J. L. Montastruc and Dr M. Lapeyre-Mestre. Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, Volume 14, issue 2, pages 81–89, February 2005

[48]. Abby C. King, PhD; Roy F. Oman, PhD; Glenn S. Brassington, MA; Donald L. Bliwise, PhD; William L. Haskell, PhD *JAMA*. 1997;277(1):3237.doi:10.1001/jama.1997.03540250040029.

[49]. Base-données-publique.gouvernement ; Ministère des Affaires Sociales de la Santé et des Droits des Femmes, 2016 ; [en ligne] : [medicaments.gouv.fr](http://medicaments.gouv.fr)

[50]. Chan-Chee C, Bayon V, Bloch J, Beck F, Giordanella JP, Léger Dp *Épidémiologie de l'insomnie en France : état des lieux* *Rev Epidémiol Santé Publique* 2011;59(6):409-22p

[51]. Beck F, Léon C, Léger Dp *Les troubles du sommeil en population générale* *Med Scip* 2009;25(2):201-6p

[52]. American Psychiatric Association: DSM-V development, Major depressive episode

[53]. Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H., Hoch C.C., Yeagera.L. et al. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep* 1991; 14 : 331-338

- [54]. Morin CM, Colecchi C, Stone J, et al. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999; 281:991
- [55]. Huedo-Medina TB, Kirsch I, Middlemass J, et al. Effectiveness of non-benzodiazepine hypnotics in treatment of adult insomnia: meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *BMJ* 2012;345:e8343 doi:10.1136/bmj.e8343 (Published 17 December 2012)
- [56]. Baillargeon L, Landreville P, Verreault R, et al. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *CMAJ* 2003; 169:1015
- [57]. Morin CM, Vallieres A, Guay B, Ivers H, Savard J, Merette C, et al. (2009b) Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 301: 2005–2015.)
- [58]. Morin, C.E. Espie: Insomnia. A clinical guide to assessment and treatment. 2003 Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- [59]. Claire Gourier-Fréry, Christine Chan-Chee, Damien Léger. Insomnie, fatigue et somnolence : prévalence et état de santé associé, déclarés par les plus de 16 ans en France métropolitaine. Données ESPS 2008
- [60]. Fournier C, Attali C, Bocquet-Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, Fagot-Campagna A, pour le groupe d'experts « démarche éducative » de l'Inpes. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. *Bull Epidemiol Hebd.* 2009; 42-43, 460-464.
- [61]. VisheshKapur, KingmanP.Strohl, SusanRedline, Conradlber, George O'Connor, JavierNieto Underdiagnosis of Sleep Apnea Syndrome in U.S. Communities. *Sleep Breath* 2002; 06(2):049-054,
- [62]. Ohayon MM. Prévalence et comorbidités des troubles du sommeil dans la population

générale. *La revue du praticien*. 2007; 57:1521-28

[63]. Rapport d'expert; Haute Autorité de santé (HAS). Apnées du sommeil : de nouvelles recommandations de prise en charge des patients. Site internet : HAS. Saint-Denis La plaine (France) ; 2014

[64]. National Institutes of Health. National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults, June 13-15, 2005. *Sleep* 2005; 28:1049.

[65]. Morewitz J.H. Evaluation of excessive daytime sleepiness in the elderly. *J Am. Geriatr Soc* 1992; 36 : 324-330

[66]. Tison F et coll. Epidemiology of restless legs syndrome in French adults ; a nationwide survey. The INSTANT Study. *Neurology* 2005 ; 65 : 239-46.

[67]. Rummans TA, Davis LJJ, Morse RM, et al. Learning and memory impairment in older, detoxified, benzodiazepine-dependent patients. *Mayo Clinic Proceedings* 1993 ; 68 : 731-7.

[68]. Curran HV et al. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychol Med* 2003;33:1223-37

[69]. Vicard P.; sous la direction de Sylviane Biot - Laporte; La connaissance des personnes âgées concernant les effets secondaires liés aux hypnotiques lors d'un usage chronique; Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 , 2015

[70]. Obayashi K et al. Risk of falling and hypnotic drugs: retrospective study of inpatients. *Drugs R D*. 2013;13:159-64

[71]. Yersin B, Lechleitner Y, Bula CJ, et al. La consommation chronique d'hypnosédatifs modifie-t-elle le déclin fonctionnel et le risque de perte d'indépendance chez la personne

âgée ? [Abstract]. Schweiz Med Wochenschr 1999 ; 129 (Suppl. 105) : 375.

[72]. Ensrud KE, Blackwell T, Mangione CM, et al., Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Central nervous system active medications and risk for fractures in older women. Arch Intern Med 2003 ; 163 : 949-57.

[73]. Neutel CI, Hirdes JP, Maxwell CJ, et al. New evidence on benzodiazepine use and falls : The time factor. Age Ageing 1996 ; 25 : 273-8

## ANNEXES

### Annexe 1 : Questionnaire

#### Caractéristiques des patients traités par hypnotiques au long cours dans la patientèle de Blériot-plage.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant et faisant l'objet de traitements sous la responsabilité de M. Valentin Perard. Vous pouvez l'exercer en lui adressant un mail à [valentin.perard@gmail.com](mailto:valentin.perard@gmail.com).

Quelle est votre date de naissance ? (JJ/MM/AAAA)   

Quel est votre sexe ?

Homme  
 Femme

Quelle est votre situation professionnelle ?

Chômage  
 Retraité  
 Sans emploi  
 Actif

Quelle est votre profession actuelle ?

---

Pratiquez-vous une activité physique équivalente à 30 minutes par jour et 5 jours dans la semaine de sport, ménage, travail physique, marche, jardin, vélo ?

Oui  
 Non

Si oui, pratiquez-vous cette activité physique après 17 heures ?

Oui  
 Non

Fumez-vous ?

Oui  
 Non

Si oui:            Combien de cigarettes par jour ?        
                          Combien de cigarettes après 17h ?

**Combien de verres standard d'alcool consommez-vous par jour ? (ex. une chope de 25 cl de bière, un verre de 12 cl de vin, un verre de 4 cl de whisky...)**

|\_|\_|

**Combien de verres d'alcool après 17 heures ?**

|\_|\_|

**Combien de tasses à café buvez-vous par jour ?**

|\_|\_|

**Combien de tasses de café après 17 heures ?**

|\_|\_|

**Allumez-vous la télévision le soir dans votre chambre avant de vous endormir ?**

- Oui  
 Non

**Si oui : pour quelle durée ? (en minutes)**

|\_|\_|\_|

**Combien de médicaments prenez-vous par jour ?**

|\_|\_|

**Quels sont les médicaments pris par le patient (à remplir par le médecin) ?**

- Anti hypertenseur ?  
 Anti diabétique ?  
 Antalgique ?  
 Opioïde ?  
 Benzodiazépine ?  
 Antidépresseur ?

**Selon vous, quels événements ont déclenché vos troubles du sommeil et la prescription des somnifères ?**

\_\_\_\_\_

**Depuis combien de temps aviez-vous des insomnies avant la 1ère prescription du somnifère ?**

\_\_\_\_\_

**Depuis combien de temps prenez vous des somnifères régulièrement ?**

\_\_\_\_\_

**Aviez vous modifié vos habitudes afin de mieux dormir avant de prendre vos somnifères ?**

- Oui  
 Non

**Qui vous a prescrit pour la 1ère fois des somnifères ?**

- Votre médecin traitant actuel  
 Votre ancien médecin traitant  
 Lors d'une hospitalisation  
 Autre (préciser : \_\_\_\_\_ )

**Pour quelle durée était prévue la première prescription ?**

\_\_\_\_\_

**Pensez-vous être dépendant aux somnifères ?**

- Oui  
 Non

**A quelle heure prenez-vous votre somnifère ? (HH/MM)**

|\_|\_|\_|\_|

**A quelle heure vous endormez-vous avec votre somnifère ? (HH/MM)**

|\_|\_|\_|\_|

**A quelle heure vous endormez vous sans votre somnifère ? (HH/MM)**

|\_|\_|\_|\_|

**Combien de fois vous réveillez-vous avec votre somnifère ?**

|\_|\_|

**Combien de fois vous réveillez vous sans votre somnifère ?**

|\_|\_|

**A quelle heure vous réveillez vous le matin avec votre somnifère ? (HH/MM)**

|\_|\_|\_|\_|

**A quelle heure vous réveillez vous le matin sans votre somnifère ? (HH/MM)**

|\_|\_|\_|\_|

**Combien de temps dormez-vous avec votre somnifère ? (HH/MM)**

|\_|\_|\_|\_|

**Combien de temps dormez-vous sans somnifère ? (HH/MM)**

|\_|\_|\_|\_|

**A combien de temps estimez-vous le gain de sommeil avec un somnifère ? (HH/MM)**

|\_|\_|\_|\_|

**Est ce qu'un de vos proches au 1er degré souffre d'insomnie ?**

- Parent  
 Frère / sœur  
 Enfant

**Si oui, prend-il des somnifères ?**

- Oui  
 Non

**Vivez-vous en couple ?**

- Oui  
 Non

**Si oui, dormez-vous à deux ?**

- Oui  
 Non

**Votre conjoint prend-il des somnifères ?**

- Oui  
 Non

**Avez-vous déjà souhaité arrêter de prendre des somnifères ?**

- Oui  
 Non

**Avez-vous déjà arrêté de prendre des somnifères ?**

- Oui  
 Non

**Si oui, pendant combien de temps ?**

---

**Seriez-vous prêt à arrêter les somnifères si votre médecin traitant vous le demandait le mois prochain ?**

- Oui  
 Non

**Quelles seraient les conditions pour que vous arrêtiez les somnifères ?**

---

**Si les somnifères n'étaient plus remboursés, les continueriez-vous ? (5 euros par mois)**

- Oui  
 Non

**Avez-vous entendu parler de la thérapie cognitivo-comportementale pour améliorer le sommeil ?**

- Oui  
 Non

**Souffrez-vous de syndrome d'apnées du sommeil ?**

- Oui  
 Non

**Est-ce que vous ronflez ?**

- Oui  
 Non

**Faites-vous une sieste la journée ?**

- Oui  
 Non

**Dans les 5 précédentes minutes, décrivez votre « veille » en signalant où vous vous situez (vous pouvez entourer les tirets intermédiaires, échelle de Karolinska) :**

Très éveillé - Eveillé (normal) - Ni éveillé, ni fatigué – Somnolent – Lutte pour ne pas dormir

**Ressentez-vous des douleurs le soir et la nuit ?**

- Oui  
 Non

**Ressentez-vous des douleurs dans les jambes avec l'envie de les bouger (voire de marcher) pour les soulager lorsque vous êtes allongés ?**

- Oui  
 Non

**Pensez-vous que les somnifères soient dangereux pour votre santé ?**

- Oui  
 Non

**Pensez-vous que les somnifères peuvent être responsables de troubles de la mémoire ?**

- Oui  
 Non

**Pensez-vous que les somnifères puissent augmenter le risque de chute dans la journée ?**

- Oui  
 Non

**Avez-vous déjà chuté depuis que vous prenez des somnifères ?**

- Oui  
 Non

**Si oui, pensez vous que les somnifères ont favorisé la chute ?**

- Oui  
 Non

**Pensez-vous que le somnifère agit encore après plus de 6 semaines de prise régulière ?**

- Oui  
 Non

**Pensez-vous que le somnifère agit encore après plus de 6 mois de prise régulière ?**

- Oui  
 Non

Merci pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire.

## Annexe 2 : Graphiques complémentaires

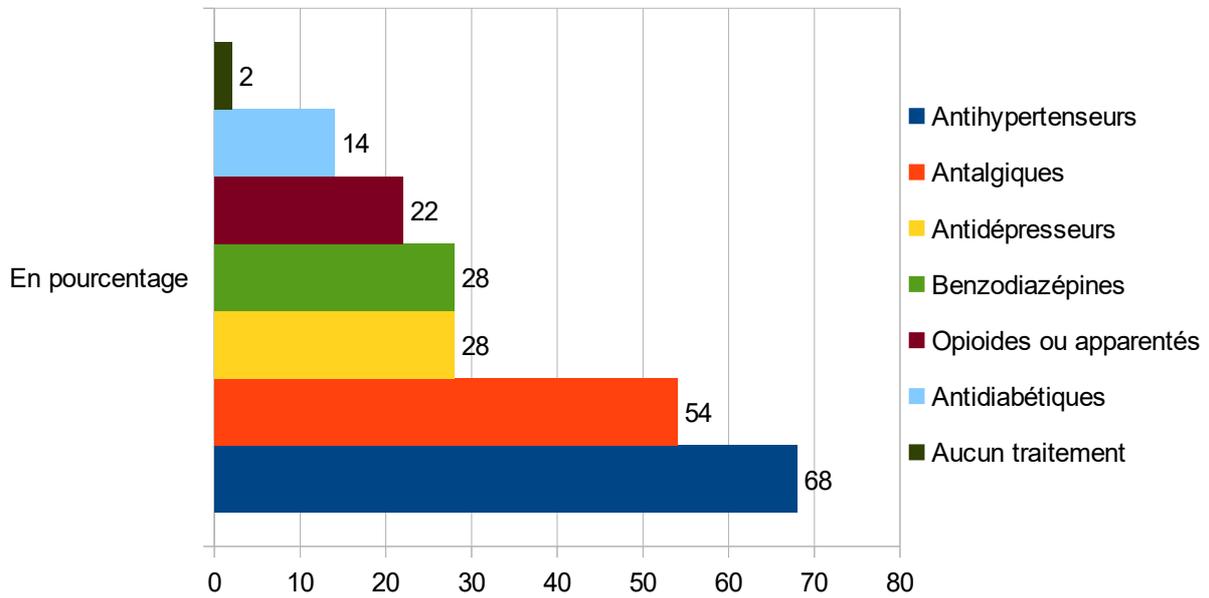


Figure 3. Classes thérapeutiques associées aux hypnotiques

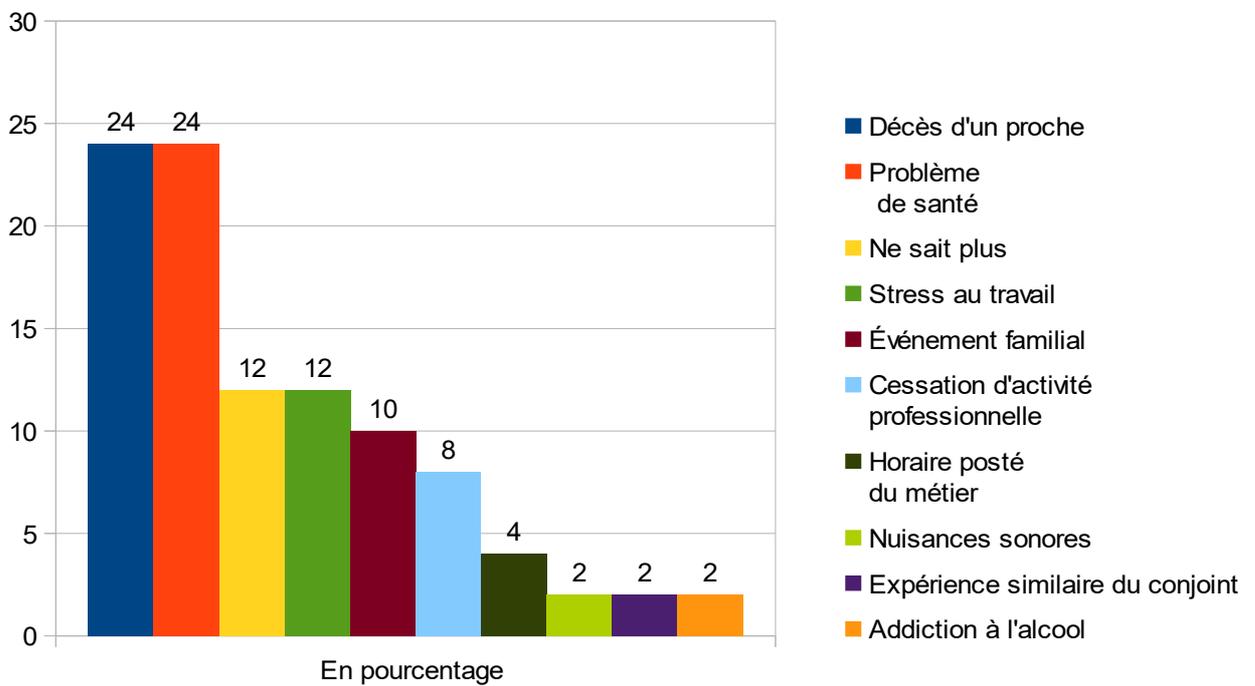


Figure 4. Étiologie de la 1ère prescription des hypnotiques

**AUTEUR : Nom :** Pérard

**Prénom :** Valentin

**Date de Soutenance :** 31 Mai 2016

**Titre de la Thèse :** Caractéristiques et représentations des patients consommateurs d'hypnotiques au long cours dans la maison de santé de Blériot Sangatte en 2016.

**Thèse – Médecine – Lille 2016**

**Cadre de Classement :** Médecine Générale

**DES + spécialité:** Médecine Générale

**Mots clés :** Hypnotiques et sédatifs, Sommeil, Troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil, Soins de santé primaires, Croyances

---

**Résumé:**

**Contexte :** La surconsommation d'hypnotiques est devenue un problème de santé publique en France. Les patients surestiment le temps de sommeil gagné grâce à leur traitement, rendant compliqué le sevrage en médecine générale. Notre objectif était de décrire la population de patients consommateurs d'hypnotiques au long cours dans la maison de santé de Blériot-Sangatte, et le temps gagné « perçu » par ces patients grâce aux hypnotiques.

**Méthodes :** Etude épidémiologique descriptive prospective réalisée à la maison de santé de Blériot-Sangatte de novembre 2015 à janvier 2016. Etaient éligibles les patients de tout âge ayant eu au moins deux prescriptions d'hypnotiques au cours des 6 derniers mois, n'ayant pas de troubles mnésiques ou psychiatriques gênant la compréhension des questions. Les questionnaires ont été remplis par deux médecins généralistes et un remplaçant.

**Résultats :** Parmi les 110 patients éligibles, 51 ont consulté sur la période de 2 mois et 50 ont été analysé (1 refus). Dans 80 % des cas, la primo-prescription était effectuée par un médecin généraliste. Les patients estimaient dormir 1h22 (écart type : 2h25) sans hypnotique, et 8h03 (écart-type : 1h38) avec le médicament. L'hypnotique était jugé efficace après 6 mois d'utilisation régulière par 80 % des patients ; 64 % jugeaient cette consommation dangereuse pour la santé. Parmi ces utilisateurs chroniques, 12 % avaient déjà entendu parler de la thérapie cognitivo-comportementale.

**Conclusion :** Les règles d'hygiène et la physiologie du sommeil restent mal appliquées chez les consommateurs chroniques d'hypnotiques. Il convient d'insister sur la faible efficacité transitoire des hypnotiques, avant de prescrire ou renouveler un hypnotique.

---

**Composition du Jury:**

**Président :** Monsieur le Professeur Régis Bordet

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Madame le Professeur Christelle Charley-Monaca

Monsieur le Docteur Michaël Rochoy