



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020-2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Attitude des médecins généralistes des Hauts-de-France face à une
demande de prescription médicamenteuse pour un trouble du
sommeil**

Présentée et soutenue publiquement le 08 décembre 2020 à 18h00
au Pôle Formation
par Pierre MORDACQ

JURY

Président :

Madame le Professeur Christelle CHARLEY-MONACA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Vincent TIFFREAU

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Madame le Docteur Frédérique BLIER

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
MATERIEL ET METHODES.....	6
Type d'étude	6
Population étudiée	6
Questionnaire.....	6
Analyse des résultats	7
RESULTATS	8
Population étudiée	8
Résultats principaux.....	10
Résultats des facteurs influençant le choix d'un traitement	14
DISCUSSION	19
Forces et faiblesses de l'étude	19
Résultats principaux.....	20
Résultats secondaires : analyse des facteurs influençant le choix d'un traitement.....	25
Propositions pour la pratique en cabinet de médecine générale : guide pour la déprescription médicamenteuse des hypnotiques et anxiolytiques.....	27
A quels patients s'adresse cette intervention de déprescription ?	27
Comment aborder la déprescription ?.....	28
Pour quels patients ?.....	29
Quelles sont les chances de réussite ?	30
Des effets secondaires sont-ils à anticiper ?.....	31
Quelles mesures peuvent accompagner le patient pendant la réduction des doses ? ...	31
Quel schéma de réduction de doses proposer au patient ?	32
CONCLUSION.....	33
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	36
ANNEXES	40

INTRODUCTION

Les dernières enquêtes épidémiologiques montrent que le temps de sommeil se raccourcit de façon notable [1]. Même si le Temps de sommeil total (Tts) reste en moyenne autour de 7h en France (6 heures et 42 minutes en 2017), la proportion de personnes appelées « courts dormeurs » ayant moins de 6h de sommeil par jour ne cesse d'augmenter, pour atteindre 35,9% en 2017. [1] Cette pathologie touche 13.1% des 18-75 ans, 16,9% des femmes et 9,1% des hommes.[2] En parallèle, des études montrent que ces temps de sommeil plus courts sont significativement associés à une majoration du risque cardio-vasculaire (obésité, diabète de type 2, hypertension, accident vasculaire cérébral). [3] [4] [5]

Parmi toutes les causes pouvant expliquer cette réduction du temps de sommeil, (entre les écrans, le temps de transport entre domicile et travail, le temps de travail, le temps consacré aux loisirs), l'insomnie primaire reste la principale en France. Sa prise en charge en médecine générale reste un défi, d'une part parce qu'il n'existe aucune définition universellement acceptée de l'insomnie [6], et d'autre part, parce que le patient qui évoque ce trouble en consultation, évoque des plaintes essentiellement subjectives pouvant rendre la prise en charge difficile.

Face à une situation de demande de prise en charge, et notamment médicamenteuse, chaque praticien y répond selon sa connaissance du patient, tout en intégrant les données biomédicales, sans schéma clairement établi. L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes suite à une demande de patient d'un traitement des troubles du sommeil paraissant inadaptée pour le médecin.

Les objectifs secondaires étaient d'explorer les facteurs pris en compte dans leur réflexion, afin de proposer des recommandations.

MATERIEL ET METHODES

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale quantitative par questionnaire, réalisée entre le 05/12/2019 et le 28/06/2020, dans les Hauts de France.

Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient : être installé en tant que médecin généraliste, exercer dans un des départements de la région des Hauts de France. Les critères de non inclusion étaient : ne pas posséder la spécialisation de médecine générale, être étudiant en médecine, ne pas exercer sur le territoire de la région des Hauts-de-France.

Questionnaire

Le questionnaire comprenait onze questions, et était divisé en deux branches selon la réponse à la première question qui était : « Lors d'une demande de prescription médicamenteuse pour un trouble du sommeil que vous jugez inadaptée à la situation, et après négociation avec le patient, vous acceptez ou refusez ? ». Selon la réponse donnée à cette question, les participants entraient soit dans le groupe des thérapeutiques dites « médicamenteuses » soit dans le groupe des thérapeutiques dites « alternatives », les deux groupes ayant chacun leurs questions à choix multiples concernant les facteurs influençant leur choix, puis concernant le ou les choix thérapeutiques qu'ils privilégieraient. Un organigramme du questionnaire en ligne décrivant son arborescence est disponible en annexe. (Annexe 1)

Les données du questionnaire restaient anonymes, et la conformité avec la protection des données a été vérifiée par le Délégué à la protection des données de l'université de Lille (Déclaration n°2019-139) (annexe 2).

Après élaboration du questionnaire sur la plateforme LimeSurvey®, celui-ci a été diffusé par envoi de mails, en utilisant deux listes regroupant les adresses mails de médecins généralistes obtenues auprès de l'ARS Hauts-de-France de Lille pour l'une et par achat auprès d'une société de création de bases de données téléphoniques et courriels Axipro pour l'autre.

Analyse des résultats

L'ensemble des données a été extrait du logiciel Limesurvey® vers le logiciel Excel®. Lorsque les réponses aux échelles de Lickert étaient « jamais » et « rarement » elles étaient codées en « non » et lorsqu'elles étaient « souvent » et « toujours » elles étaient codées en « oui ». Seules les réponses complètes ont été exploitées.

Les tests statistiques ont été réalisés sur la plateforme en ligne BiostaTGV® en utilisant le test du Chi² pour les variables qualitatives indépendantes, et le test du t de Student lorsque les effectifs étaient inférieurs à 10, en utilisant un seuil de significativité à 5%.

RESULTATS

Population étudiée

Au total, 3936 mails ont été envoyés. Il y a eu 419 réponses, 124 incomplètes ont été exclues, laissant 295 réponses complètes (parmi lesquelles une réponse a dû être écartée lors des analyses statistiques du fait d'un problème d'enregistrement de la réponse). Au final, 294 réponses ont été exploitées. (Figure 1)

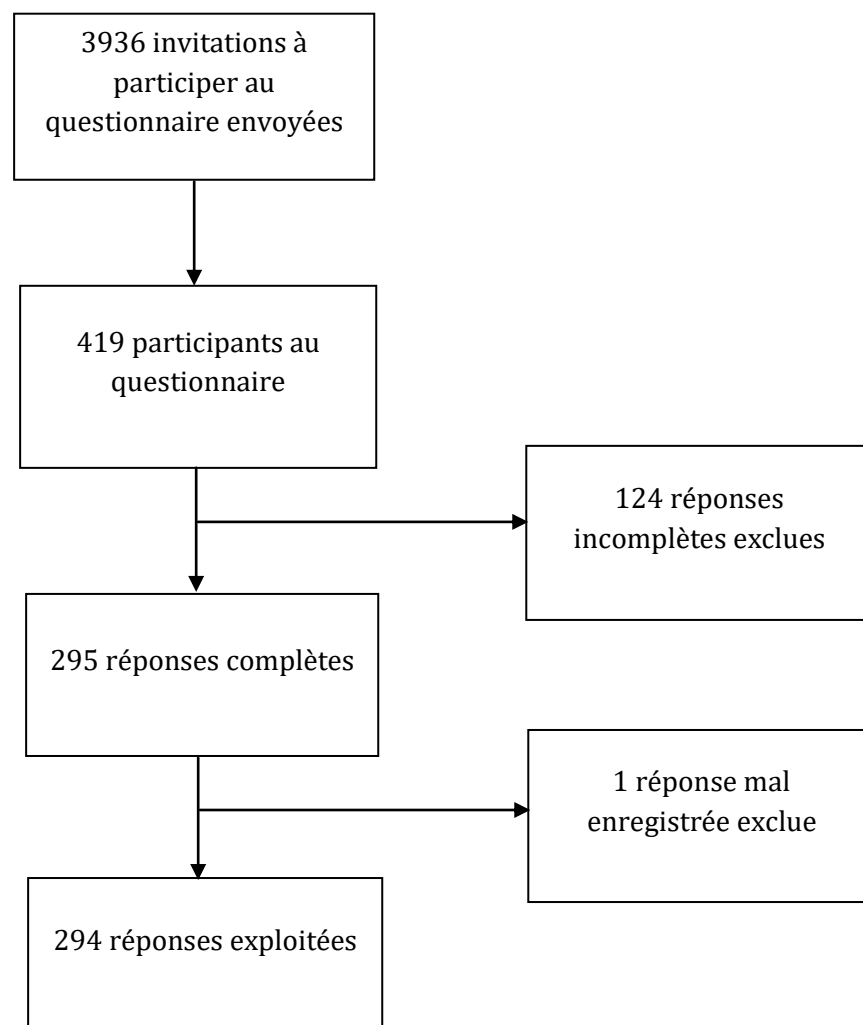


Figure 1 : Flow Chart

Dans tous les départements, parmi les participants il y avait plus d'hommes que de femmes, sauf dans l'Oise. La tranche d'âge la plus représentée chez les participants était celle de 56 à 65 ans, puis celle entre 46 et 55 ans. (Figures 2 et 3)

	Somme	Aisne	Nord	Pas-de-Calais	Oise	Total
Hommes	10(50%)	7(53.8%)	123(69.8%)	47(75.8%)	8(34.8%)	195(66.3%)
Femmes	10(50%)	6(46.2%)	53(30.2%)	15(24.2%)	15(63.2%)	99(33.7%)
Total	20	13	176	62	23	294

Figure 2 : Répartition des participants selon le sexe et le lieu d'exercice

	25-35 ans	36-45 ans	46-55 ans	56-65 ans	66 ans et plus	Total général
Homme	11(50%)	21(52.5%)	38(52.8%)	93(73.8%)	32(94.1%)	195(66.3%)
Femme	11(50%)	19(47.5%)	34(47.2%)	33(26.2%)	2(5.9%)	99(33.7%)
Total	22	40	72	126	34	294

Figure 3 : Répartition des participants selon le sexe et l'âge

Résultats principaux

A la question : « Lors d'une demande de prescription médicamenteuse pour un trouble du sommeil que vous jugez inappropriée, et après négociation avec le patient, vous acceptez ou refusez ? », 74 (25,2%) participants ont répondu qu'ils accepteraient de prescrire un traitement médicamenteux, et 220 (74.8%) qu'ils préféreraient prescrire une thérapie alternative.

Dans le groupe des participants prescrivant des traitements médicamenteux, 54 participants (72%) auraient prescrit de la phytothérapie, 32 participants (42,6%) de la mélatonine, 31 participants (41,3%) de l'homéopathie, 27 participants (36%) une benzodiazépine, 26 participants (34,6%%) une Z-drug (Zolpidem, Zopiclone), 24 participants (32%) un antihistaminique H1, 12 participants (16%) un anti-dépresseur et aucun participant n'aurait prescrit un antipsychotique. (Figure 4)

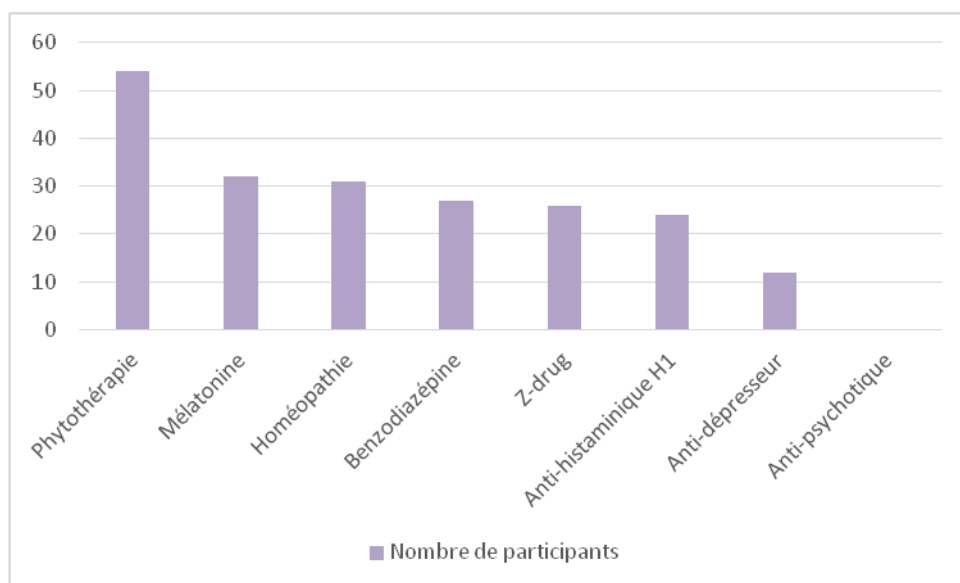


Figure 4 : Choix des traitements dans le groupe « Traitement médicamenteux »

A la question : « Quels facteurs influencent votre choix d'une thérapeutique chimique dans cette indication ? » les réponses étaient en premier les habitudes de prescription pour 66 participants (89%), la force de l'alliance thérapeutique pour 64 participants (86,4%), les contre-indications médicales présentées par le patient pour 64 participants (86,4%), et le niveau de compréhension du traitement par le patient pour 63 participants (85,1%). Venaient ensuite le risque d'inobservance élevé pour 48 participants (64,8%), le refus d'un autre type de prise en charge par le patient pour 46 participants (62,1%), la lecture de la littérature scientifique sur ces thérapeutiques pour 45 participants (60,8%), l'essai d'une thérapie sur soi avec résultats satisfaisants pour 19 participants (25,6%), le coût du traitement envisagé pour 15 participants (20,2%), et enfin la présentation par un laboratoire médical d'une thérapeutique pour 9 participants (12,1%). (Figure 5)

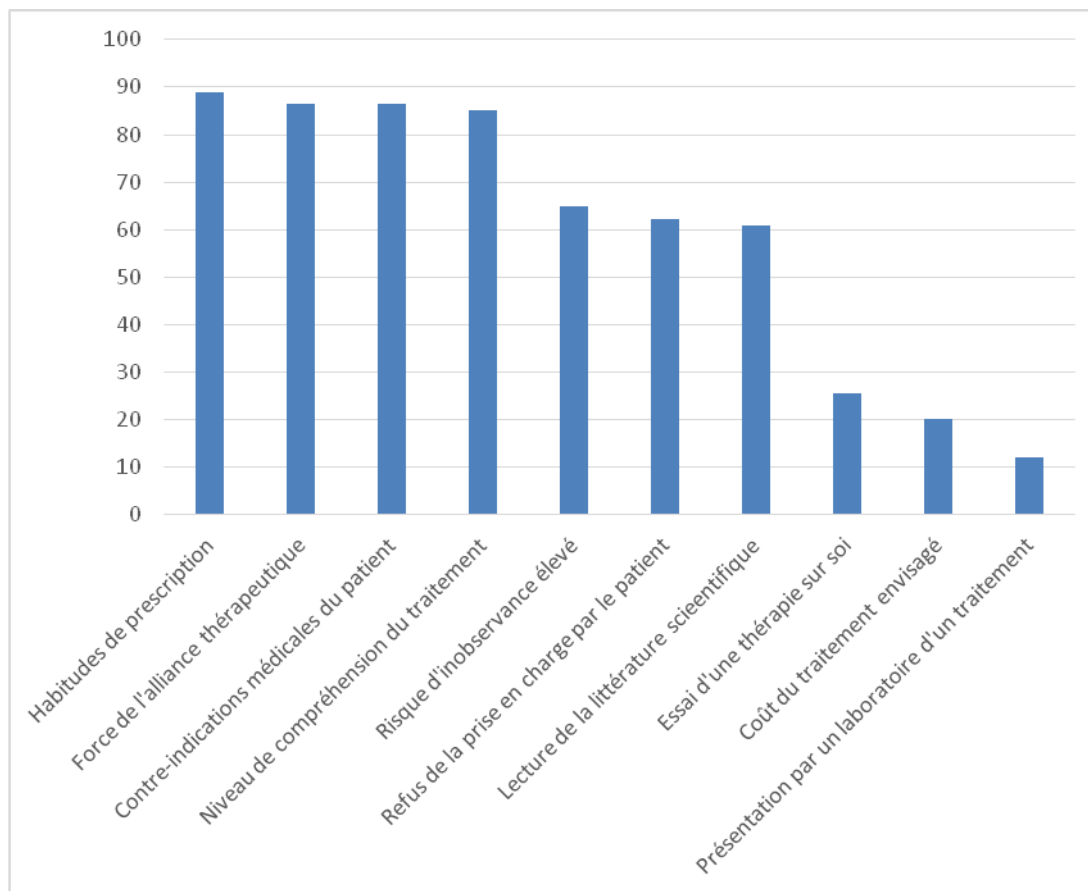


Figure 5 : Facteur de choix d'un traitement médicamenteux (valeurs en pourcentage de réponses « oui » à la question : « Quels facteurs influencent votre choix d'une thérapeutique chimique dans cette indication ? »)

Dans le groupe des participants qui prescrivent des traitements alternatifs, ils étaient 146 participants (66,3%) à conseiller de la sophrologie ou une méthode de relaxation, 82 participants (37,2%) une thérapie cognitivo-comportementale, 55 participants (25%) proposaient de l'hypnose, 44 participants (20%) ne proposaient

aucune de ces techniques, et 31 participants (14%) de l'aromathérapie. (Figure 6)

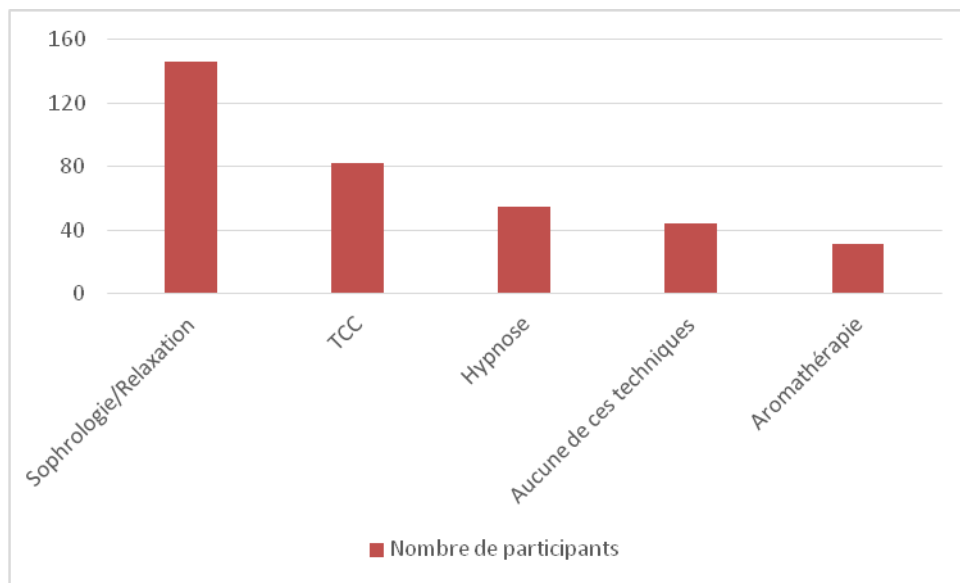


Figure 6 : Choix des Traitements alternatifs (valeurs en nombre absolu)

Parmi les facteurs influençant le choix d'un traitement alternatif, les plus représentés étaient d'abord les contre-indications médicales présentées par le patient pour 191 participants (86,8%), la force de l'alliance thérapeutique pour 189 participants (85,9%), et les habitudes de prescription pour 180 participants (81,8%). Venaient ensuite la lecture de la littérature scientifique sur ces thérapeutiques pour 42 participants (63,1%), le niveau de compréhension du traitement par le patient pour 138 participants (62,7%), le refus d'un autre type de prise en charge par le patient pour 137 participants (62,3%), et le risque d'inobservance élevé pour 123 participants (55,9%). Les facteurs les moins représentés étaient l'essai d'une thérapie sur soi avec résultats satisfaisants pour 65 participants (29,5%), la formation à une thérapie alternative pour 42 participants (DU, DIU...) (19%), et le coût du traitement envisagé pour 27 participants (12,3%). (Figure 7)

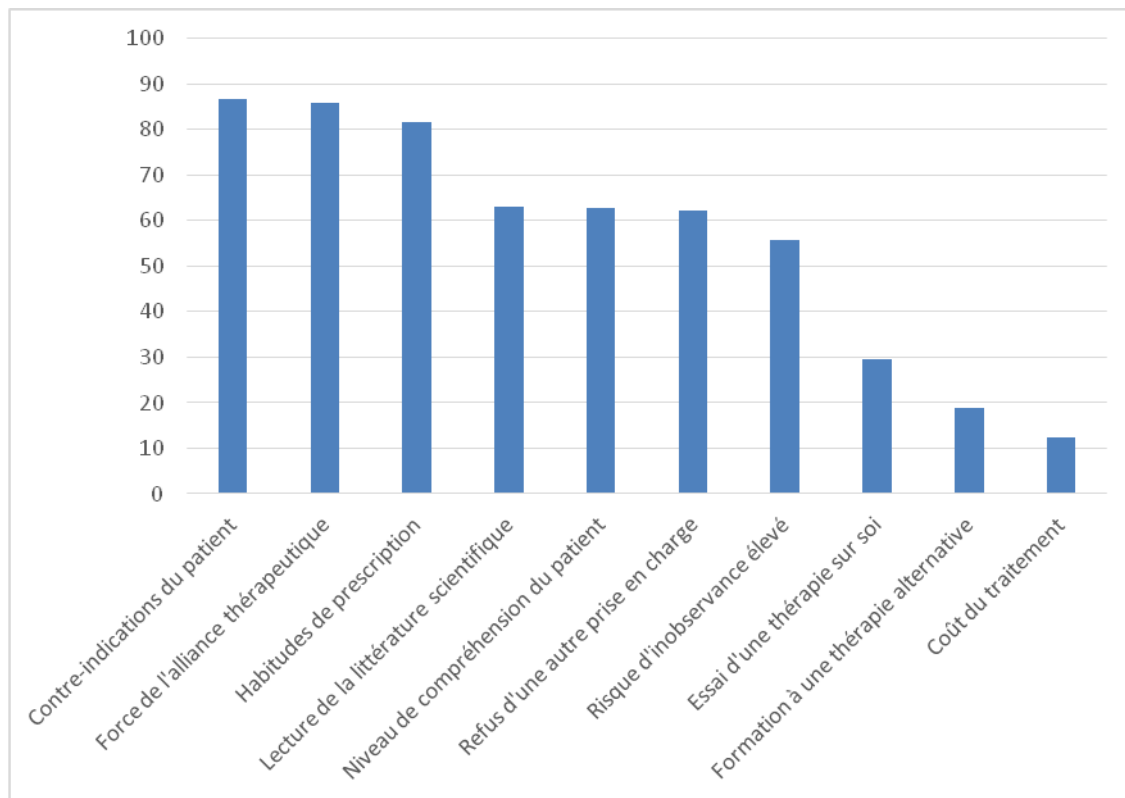


Figure 7 : Facteurs de choix d'un traitement alternatif (valeurs en pourcentage des réponses « oui » à la question « Quels facteurs influencent votre choix d'une thérapeutique alternative dans cette indication ? »)

Résultats des facteurs influençant le choix d'un traitement

Il n'y avait pas de différence significative selon le genre et selon l'âge des participants concernant les facteurs influençant le choix d'un traitement médicamenteux.

Lors du choix d'un traitement médicamenteux, il existait une différence significative selon le genre sur la prescription de l'homéopathie, les femmes avaient plus tendance à en prescrire que les hommes. ($p=0.013$). (Figure 8)

	Hommes (50 participants)	Femmes (24 participantes)	Significativité
Homéopathie	32% (16 participants)	62,5% (15 participants)	Significatif (p : 0,013)
Z-drugs (zolpidem, zopiclone)	40% (20 participants)	25% (6 participants)	NS
Mélatonine	42% (21 participants)	45,8% (11 participants)	NS
Antidépresseurs	18% (9 participants)	12,5% (3 participants)	NS
Benzodiazépines	38% (19 participants)	33,3% (8 participants)	NS
Phytothérapie	68% (34 participants)	83,3% (20 participants)	NS
Antihistaminiques	32% (16 participants)	33,3% (8 participants)	NS

Figure 8 : Taux de réponses « oui » à la question : « Quelle(s) molécule(s) allez-vous prescrire en première intention ? » selon le genre des participants. (NS : Non Significatif)

Concernant les facteurs influençant le choix d'un traitement alternatif, il existait une différence significative sur le facteur « formation à une thérapie alternative » selon le genre, les femmes ont été plus nombreuses à répondre « oui » à ce facteur ($p=0.002$). (Figure 9)

	Hommes (145 participants)	Femmes (75 participantes)	Significativité
Contre-indications médicales du patient	85,5% (124 participants)	89,3% (67 participants)	NS
Risque d'inobservance élevée	56,5% (82 participants)	54,6% (41 participants)	NS
Refus d'un autre type de prise en charge par le patient	63,4% (92 participants)	60% (45 participants)	NS
Niveau de compréhension du traitement par le patient	60,6% (88 participants)	66,6% (50 participants)	NS
Essai d'un traitement sur soi avec résultats satisfaisants	27,5% (40 participants)	33,3% (25 participants)	NS
Force de l'alliance thérapeutique	88,3% (128 participants)	81,3% (61 participants)	NS
Coût du traitement envisagé	11% (16 participants)	14,6% (11 participants)	NS
Habitudes de prescription	80,7% (117 participants)	84% (63 participants)	NS
Lecture de la littérature scientifique	61,3% (89 participants)	66,6% (50 participants)	NS
Formation spécifique à une thérapie alternative (DU, DIU)	13,1% (19 participants)	30,6% (23 participants)	Significatif (p : 0,0017)

Figure 9 : taux de réponse à la question « Quel(s) facteur(s) influence(nt) votre choix d'une thérapeutique alternative dans cette indication ? » selon le genre des participants. (NS : Non Significatif)

Il n'existait pas de différence significative selon l'âge des participants dans les réponses pour les facteurs de choix d'un traitement alternatif.

Lors du choix d'un traitement alternatif, il y avait une plus grande proportion de femmes proposant la sophrologie et relaxation ($p=0.03$) et l'hypnose ($p=0.04$). (Figure 10)

Il n'existait pas de différence significative dans les réponses pour le choix d'un traitement alternatif selon l'âge des participants.

	Hommes (145	Femmes (75	Significativité
Sophrologie et relaxation	61,3% (89 participants)	76% (57 participants)	Significatif ($p : 0,03$)
Hypnose	20,6% (30 participants)	33,3% (25 participants)	Significatif ($p : 0,04$)
Aromathérapie	14,5% (21 participants)	13,3% (10 participants)	NS
Thérapies Cognitivo-comportementales	35,1% (51 participants)	41,3% (31 participants)	NS
Aucune de ces techniques	22% (32 participants)	16% (12 participants)	NS

Figure 10 : Taux de réponses « oui » à la question : « Quelle(s) thérapie(s) alternative(s) allez-vous prescrire en première intention ? » en fonction du genre des participants.

Lors de la comparaison des facteurs influençant le choix selon que les participants aient accepté ou refusé de prescrire un traitement médicamenteux à la demande du patient, on retrouvait une différence significative uniquement pour le facteur « Niveau de compréhension du traitement par le patient ». (Figure 11)

	Traitement médicamenteux (74 participants)	Traitement alternatif (220 participants)	Significativité
Contre-indications médicales du	86,4% (64 participants)	86,8% (191 participants)	NS
Risque d'inobservance	64,8% (48 participants)	55,9% (123 participants)	NS
Niveau de compréhension du traitement par le patient	85,1% (63 participants)	62,7% (138 participants)	Significatif (p : 0.0003)
Essai d'une thérapie sur soi	25,7% (19 participants)	29,5% (65 participants)	NS
Force de l'alliance thérapeutique avec le patient	86,4% (64 participants)	85,9% (189 participants)	NS
Coût du traitement envisagé	20,3% (15 participants)	12,3% (27 participants)	NS
Habitudes de prescription	89,2% (66 participants)	81,8% (180 participants)	NS
Lecture de la littérature scientifique	60,8% (45 participants)	63,2% (139 participants)	NS

Figure 11 : Tableau comparatif des réponses à la question « Quels sont les facteurs influençant votre choix d'une thérapeutique médicamenteuse/alternative ? » en fonction des groupes prescrivant un traitement médicamenteux ou alternatif.

DISCUSSION

Forces et faiblesses de l'étude

L'une des premières forces de cette étude était le nombre de participants recrutés pour remplir le questionnaire, qui atteint presque 300, qui était l'objectif fixé au début afin de pouvoir réaliser des analyses statistiques avec un niveau de robustesse suffisant. Sur l'ensemble de ces questionnaires exploitables, une seule réponse a été écartée, ce qui évite un biais d'attrition.

Le questionnaire en ligne permettait une participation facile, et avait été conçu pour ne prendre que quelques minutes à compléter. Son anonymat a été respecté, permettant aux participants de ne pas avoir d'arrière-pensée quant à un possible jugement de leurs pratiques.

Un des premiers facteurs à prendre en compte dans l'interprétation des résultats est le sex-ratio des participants qui était de deux hommes pour une femme. Ceci ne reflète pas la démographie médicale actuelle, puisque la profession de médecin généraliste se féminise un peu plus chaque année, avec un nombre de femmes médecins généralistes qui devrait rejoindre celui des hommes d'ici quelques années (au 1er janvier 2018, on comptait dans la région Hauts-de-France 3178 femmes et 4419 hommes [7]). On peut considérer que ce biais peut être imputable au mode de recrutement pour cette étude (biais d'auto-sélection), qui n'est passée que par l'envoi de mails, avec une participation au questionnaire possible en ligne uniquement, ou que le sujet a intéressé plus d'hommes que de femmes.

En revanche, l'âge des participants à ce questionnaire concorde mieux avec la pyramide des âges des médecins généralistes au niveau national, puisque en 2018, on retrouvait une majorité de médecins généralistes dans la tranche d'âge allant de 50 à 64 ans chez les hommes comme chez les femmes (à ceci près qu'il existait aussi un nombre important de femmes jeunes de 30 à 34 ans). [7]

Il y a eu une hésitation sur la catégorie dans laquelle on pouvait ranger l'homéopathie pour les choix de traitements que les participants auraient prescrits. Il avait été choisi de la mettre avec les traitements médicamenteux, de par sa forme galénique, mais cette technique étant considérée comme une thérapie complémentaire ou alternative notamment par l'Ordre des Médecins, elle aurait pu avoir sa place dans les choix à proposer aux participants dans les groupes thérapeutiques alternatives. Ce choix a pu limiter les capacités de réponses des participants et ainsi introduire un biais dans celles-ci. Il faut par ailleurs souligner que l'acupuncture n'a pas été proposée dans les choix possibles, alors que plusieurs retours des participants mentionnaient que c'était une technique qu'ils employaient dans ces indications.

Résultats principaux

Dans le groupe de participants qui auraient prescrit un traitement médicamenteux, il ressort que les choix thérapeutiques les plus représentés sont la phytothérapie (72,9%) puis la mélatonine (43,2%) et l'homéopathie (41,8%). Ce résultat montre une tendance des prescripteurs à vouloir éviter les benzodiazépines ou Z-drugs, probablement du fait que leurs effets secondaires sont bien connus, et que les messages sur la nécessité de limiter leur prescription ont été entendus. Néanmoins, on peut se poser la question de savoir si ces participants considèrent la

phytothérapie, l'homéopathie et la mélatonine comme un moyen de contourner une demande du patient sans lui opposer un refus de façon trop abrupte. De même, on peut supposer que ces participants pourraient considérer ces thérapeutiques comme un placebo, qui correspondrait bien avec leur désir de ne pas soumettre leur patient à des effets indésirables, tout en utilisant leurs galéniques comme un moyen de renforcer cet effet placebo recherché. Cette utilisation des placebos dits impurs (substance ou thérapie qui n'a aucun effet sur le symptôme ayant motivé la consultation) semble être courante en pratique de médecine générale, puisqu'une étude sur le sujet en Allemagne évaluait leur utilisation à hauteur de 84% des participants interrogés. [8]

Concernant la phytothérapie, une étude de 2012 [9] explorant les opinions des médecins généralistes de cette médecine alternative dans les troubles du sommeil, il a été retrouvé que la majorité des praticiens interrogés préféraient la prescrire en première intention du fait d'une bonne tolérance. En outre ils craignaient qu'un déremboursement n'altère leur relation avec le patient et ne les oblige à prescrire plus de psychotropes. Devant une culture de soins où la consommation de médicaments était devenue quasiment incontournable, prescrire permettait de signifier au patient qu'il avait été écouté et pour le médecin, de renforcer son crédit auprès de son patient. Certains arguaient que l'absence d'accoutumance ou d'effets indésirables était leur critère principal de choix et qu'ils y voyaient un support placebo. Pour d'autres, c'est le retour des patients qui passait en premier. Ceux qui ne souhaitaient pas l'utiliser sans certitude d'un effet pharmacologique expliquaient qu'ils ne souhaitaient pas prescrire par complaisance, ou pour se décharger du support psychologique à fournir au patient. Fait intéressant, même si la plupart des

médecins considéraient que l'avis de la commission de la transparence était justifié (du fait d'études de faible niveau de preuve) beaucoup estimaient que le classement en SMRI (Service Médical Rendu Insuffisant) ne reflétait pas le service rendu par la phytothérapie en pratique courante, arguant "qu'il n'y a pas que le chimique qui intervient dans le médicament", reconnaissant ainsi la part placebo de tout traitement prescrit.

Bien sur le débat éthique sur l'utilisation des placebos reste entier entre les praticiens pour qui rien ne justifie de mentir au patient, arguant le risque de perte de confiance pouvant rompre la relation médecin-patient, ou encore le risque de ne pas traiter efficacement une pathologie, pouvant mener à des complications, et ceux qui ne sont intéressés que par le résultat, à savoir si le patient se sent mieux peu importe la thérapie utilisée. Dans une étude parue dans le *British Medical Journal* [10], il ressortait que la prescription de placebos était assez courante pour près de la moitié des médecins interrogés (en réalité, 46% des médecins interrogés ont déclaré proposer un placebo 2 à 3 fois par mois seulement), et 62% considéraient que cette pratique était éthiquement acceptable. Ils utilisaient plus largement des antalgiques pouvant être obtenus sans ordonnance ou des vitamines, et une minorité utilisait des antibiotiques ou des sédatifs. Seuls 3% des médecins interrogés utilisaient une pilule de sucre. La présentation du placebo au patient par le médecin était le plus souvent un traitement potentiellement bénéfique même si celui-ci n'est pas un traitement habituel de leur pathologie. Au final, si ce débat reste entier, il reste qu'une relation de confiance, bienveillante et explicative avec son patient reste un placebo que l'on aurait tort de ne pas utiliser.

Dans le groupe des participants qui auraient prescrit un traitement médicamenteux, on note que pour un tiers des participants environ, les benzodiazépines, les Z-drugs et les antihistaminiques H1 sont des options envisagées, ce qui montre que ces classes de médicaments restent dans l'arsenal thérapeutique de nombreux praticiens, mais tendent à être moins utilisées, ce qui va dans le sens des données disponibles sur l'évolution des incidences d'utilisation des benzodiazépines et hypnotiques en France. [11] Il est possible que le raisonnement des praticiens sur la prescription de ces classes médicamenteuses ne les pousse à les réserver dans des contextes bien spécifiques (insomnies dues à un trouble anxieux dont l'évolution prévisible sera peu longue, comme pour un deuil). Une autre question soulevée ici serait celle de la durée moyenne de prescription que les participants envisageraient dans ce contexte.

Dans le groupe des prescripteurs de traitement médicamenteux, on retrouve une prescription de l'homéopathie plus importante chez les femmes que chez les hommes, tendance statistiquement significative, ceux d'autant plus qu'il y a plus d'hommes que de femmes dans ce groupe. Si l'on regarde les profils de formation à l'homéopathie parmi les participants de cette étude, on ne retrouve pas un plus grand nombre de femmes ayant réalisé cette formation par rapport aux hommes. De même au niveau national, les 4000 à 5000 médecins diplômés d'une formation à l'homéopathie (chiffres variant selon les sources) [12][13] ne semblent pas compter beaucoup plus de femmes que d'hommes, même s'il semblerait que chez les moins de 45 ans les femmes sont plus nombreuses (environ 76% des réponders à une étude de 2004). [14] Ce résultat peut donc aussi être dû à une fluctuation d'échantillonnage, ou à un biais de recrutement.

Dans le groupe des participants qui auraient prescrit une thérapie dite alternative, le premier choix thérapeutique envisagé est la relaxation et sophrologie (pour 66.3% des participants). Ces techniques sont actuellement de plus en plus accessibles, via des professionnels qui s'y sont formés, ou même via des supports numériques en accès gratuit, ceci explique probablement en partie qu'elles sont de plus en plus plébiscitées. Par ailleurs, elles offrent une possibilité de mettre le patient dans un état de relaxation propice au sommeil sans effets indésirable connu, ce qui en fait un choix de mesures complémentaires aux règles d'hygiène du sommeil ou à d'éventuelles autres thérapies faciles à proposer, pour peu que le patient soit réceptif à ce genre de conseils.

Dans le groupe des participants qui auraient prescrit une thérapie alternative, 37% auraient proposé une thérapie cognitivo-comportementale. C'est la première option recommandée par les *European Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Insomnia* [15] pour avoir montré une efficacité sur une durée d'au moins plusieurs mois. Elle est aussi considérée comme un premier choix de traitement du fait de l'absence d'effets secondaires, mais aussi parce qu'il n'a pas été montré d'efficacité des interventions pharmacologiques dans la durée. [16]. Il a même été avancé qu'elle aurait des effets contre l'insomnie pendant plusieurs années et permettrait de gérer sans traitement médicamenteux les rechutes.[17] Son administration même sous forme brève semble apporter une amélioration sur des critères objectifs.[18] Malgré cela, le fait que ce ne soit pas le choix le plus représenté dans les réponses peut être dû au fait qu'elle est très souvent difficile à mettre en place faute de professionnels de santé pouvant la proposer.

Résultats secondaires : analyse des facteurs influençant le choix d'un traitement

Dans les deux groupes de participants, les habitudes de prescription étaient un facteur important dans leur choix thérapeutique (89% dans le groupe des prescripteurs de TM et 81.8% pour les prescripteurs de TA). Ce facteur était même le premier dans les réponses des participants prescrivant une TM. Ce facteur peut partiellement expliquer que les prescriptions de benzodiazépines et hypnotiques, qui ont été largement prescrites en France depuis de nombreuses années, restent élevées, même si dernièrement ces chiffres sont en baisse régulière chaque année.[11] Cela montre aussi que ces prescriptions restent bien dans l'esprit des participants un acte médical avant tout, devant se baser sur des faits, face à une problématique qui reste surtout subjective (ce qui explique par ailleurs qu'à ce jour nous ne disposons pas d'une définition universelle de l'insomnie [6]).

Concernant le choix des facteurs les plus importants aux yeux des participants, les réponses ont été homogènes dans les deux groupes : ces facteurs étaient, avec les habitudes de prescription, les contre-indications présentées par le patient et la force de l'alliance thérapeutique. D'après les données de ce travail, il ne semble donc pas y avoir de distinction entre deux profils de prescripteurs selon que l'on ait tendance à refuser ou accepter une demande de prescription médicamenteuse pour un trouble du sommeil. Leurs raisonnements se fondent sur les mêmes principes.

Dans les deux groupes de participants, le refus du patient de la prise en charge proposée est un facteur important pour un peu plus de la moitié d'entre eux. Ceci pose à nouveau la question de savoir si l'utilisation de la phytothérapie ou l'homéopathie est un moyen de prendre en compte ce refus sans sacrifier la sécurité

du patient puisque peu d'effets indésirables de ces techniques, avec un effet placebo espéré ? Pour rappel, 41,8% des participants qui auraient prescrit un traitement médicamenteux auraient proposé de l'homéopathie et 72.9% de la phytothérapie. L'étude du contexte de ces choix et de la représentation de ces techniques chez les prescripteurs n'était pas le but de ce travail, mais pourrait faire l'objet d'une question à part.

Dans les deux groupes de participants, le coût du traitement envisagé n'était pas un facteur important pour la plupart d'entre eux (20,2% dans le groupe TM et 12,3% dans le groupe TA ont cité ce facteur). Cela montre que la prise en charge du traitement proposé par la collectivité n'est probablement pas un sujet très abordé lors de la consultation. Une explication possible serait que les patients en demande de thérapies alternatives se sont en général déjà intéressés à ces techniques, qu'elle qu'en soit le coût, avec pour raison souvent retrouvée un besoin d'éviter à tout prix les effets indésirables de traitements jugés "non naturels". Ceci semble compatible avec les profils de patients qui ont déjà été retrouvé dans d'autres études, où les utilisateurs de thérapies alternatives étaient aussi le plus souvent des femmes d'âge moyen, avec un niveau d'éducation plus élevé.[19]

Les femmes ayant participé à cette étude ont été plus nombreuses à accorder de l'importance au facteur « formation à une thérapeutique alternative ». Elles sont peut-être plus enclines à se tourner vers les formations que les hommes, étant elles-mêmes d'un profil pouvant correspondre avec celui des utilisateurs de thérapies alternatives évoqué plus haut. Ceci n'est pas confirmé par les données que j'ai pu retrouver, mais celles-ci étant datées (les dernières données de l'IRDES datant de

2009 [20] et étant donné la féminisation croissante de la profession, elle semble plutôt cohérente.

Propositions pour la pratique en cabinet de médecine générale : guide pour la déprescription médicamenteuse des hypnotiques et anxiolytiques

Les pratiques des médecins interrogés pour cette étude montrent que les traitements médicamenteux ne sont pas les plus prescrits, cela même quand le praticien est d'accord avec la demande d'obtention d'une prescription de la part de son patient. Si on ne peut les écarter complètement de la pratique quotidienne de la médecine générale, et au vu de ce que l'on sait sur leurs effets indésirables, il semble nécessaire de savoir aborder la déprescription de ces traitements en consultation. Il est à noter qu'une formation même courte sur les moyens de prise en charge de l'insomnie (agenda du sommeil, thérapies non médicamenteuses et moyens psychothérapeutiques) semble avoir un impact sur les connaissances des praticiens pour prendre en charge l'insomnie (effets retrouvés jusqu'à un an après la formation).[21]

A quels patients s'adresse cette intervention de déprescription ?

Il existe de nombreux travaux sur les facteurs prédictifs d'un sevrage efficace. Tout d'abord, il semblerait que l'âge du patient soit le premier facteur à prendre en compte : selon cette revue systématique [22], les patients âgés de plus de 65 ans sont ceux qui sont les plus à même de profiter de cette intervention (avec un score GRADE élevé), que ceux âgés de 18 à 64 ans. Ils expliquent ce fait par le moindre risque d'effets indésirables chez les patients plus jeunes (sédation diurne, chutes et fractures, troubles de l'équilibre). Il faut ensuite reprendre la situation du patient : si

l'insomnie provient d'une cause secondaire (maladie respiratoire, trouble psychiatrique, iatrogénie, consommation de substances gênant le sommeil), il est recommandé de traiter d'abord cette cause, afin d'envisager plus clairement une éventuelle déprescription. [22] L'agenda du sommeil est un outil intéressant pour parvenir à préciser l'origine de l'insomnie car il est particulièrement bien adapté au caractère subjectif de la plainte concernant le sommeil (figure 12). Il est recommandé par la Haute Autorité de Santé et est utilisé dans les centres spécialisés. Un exemplaire d'agenda du sommeil vierge se trouve en annexe. (Annexe 3)

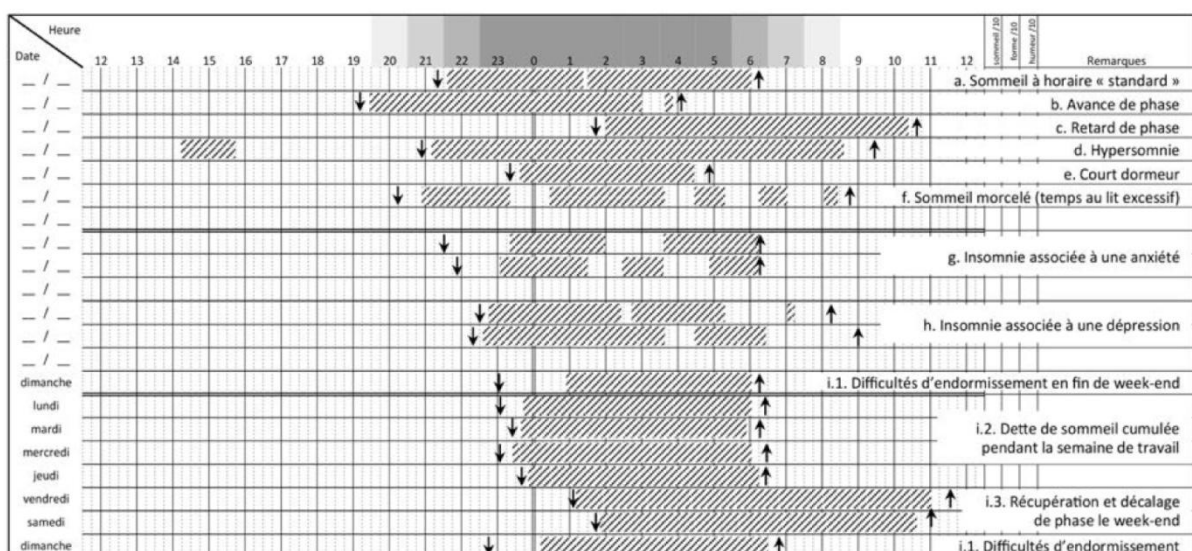


Figure 12: exemple d'agenda du sommeil avec interprétation des profils. La flèche vers le bas indique l'heure du coucher, celle vers le haut l'heure du lever, et les zones hachurées sont les périodes où le patient estime avoir dormi. Reproduction tirée de l'article de Chambe et al. [23]

Comment aborder la déprescription ?

Le dialogue avec le patient sur les benzodiazépines ou Z-drugs et l'objectif de ces traitements est un bon moyen d'aborder la déprescription.[22] Il est important de connaître les valeurs et préférences du patient, puisque la déprescription se

reposera fortement sur celles-ci. L'explication claire et franche des avantages de la déprescription, en abordant les risques liés à la poursuite du traitement et les bienfaits de son arrêt, en expliquant que l'effet des benzodiazépines peut mettre 4 semaines à se dissiper (temps de renouvellement des récepteurs) et en citant les effets du sevrage généralement légers et brefs que le patient peut ressentir. Un plan clair de réduction des doses doit être proposé et négocié avec le patient. Un rappel sur l'hygiène du sommeil est aussi recommandé. (Annexe 4)

Dans une étude comparant une intervention brève de déprescription réalisée en soins ambulatoires basée sur une éducation thérapeutique du patient [24], il a été retrouvé que celle-ci était trois fois plus efficace que des soins usuels sur l'arrêt du traitement par benzodiazépines. L'organisation de consultations de suivi ne semblait pas changer ce résultat. Ceci est intéressant, car une telle intervention est compatible avec un temps de consultation en médecine générale. A noter que cette étude avait relevé que l'attitude du prescripteur à l'initiation du traitement par benzodiazépines était importante ; si la benzodiazépine était présentée comme un traitement temporaire, avec une explication sur ses avantages et inconvénients, le patient semblait plus enclin à respecter la durée recommandée.

Pour quels patients ?

Dans une autre revue systématique [25] il a été retrouvé que le manque de plan clair et approprié de sevrage était une barrière importante pour commencer un sevrage, du fait d'un manque de temps de la part du médecin pour aborder le sujet entièrement, ou que le médecin n'abordait pas assez la manière de stopper le traitement, ou encore qu'il n'y ait pas d'informations sur des alternatives possibles pendant la déprescription. Il a été aussi identifié des barrières à la déprescription du

fait de cognitions chez les patients qui ont ressenti une amélioration sous traitement et qui donc pense que celui-ci leur est bénéfique, ou encore l'espoir d'un bénéfice à venir, qui incite à vouloir continuer le traitement pour ne pas rater ce bénéfice espéré. Il a aussi été identifié la peur d'une rechute à l'arrêt du traitement ou d'effets de sevrage qui sont à explorer. Du côté des leviers pouvant amener le patient à envisager la déprescription, on retrouvait dans cette même étude l'absence de symptômes, faisant questionner le patient sur la nécessité de continuer son traitement, l'expérimentation d'effets indésirables ou la peur de leur survenue, la peur de l'addiction. Ont aussi été identifiés comme leviers, le fait de savoir que la déprescription est un test et que l'on peut reprendre le traitement si besoin ainsi que la disponibilité (en temps et écoute) de la part du généraliste. Les patients qui ont naturellement une confiance peu élevée dans ces traitements parce que jugés comme non naturels augmente aussi les chances de lui faire accepter la déprescription, ce d'autant plus si la prise du médicament est contraignante (plusieurs prises par jour, galéniques injectables). De plus, les patients qui disent vouloir reprendre le contrôle sur leur vie, ou d'avoir une vie plus « normale » sont aussi de bons candidats à la déprescription.

Quelles sont les chances de réussite ?

Plusieurs facteurs prédictifs de succès ou de rechutes ont été identifiés dans différents travaux. La stratégie envisagée semble avoir une influence : selon une étude [26], le taux de rechute d'utilisation des benzodiazépines est plus important lors d'un passage aux TCC seules que pour des stratégies combinant TCC et sevrage graduel ou même que le sevrage graduel seul. Par ailleurs, les patients prenant des doses plus faibles au départ et depuis moins longtemps ont un taux de

sevrage réussi plus important et un risque de reprendre le traitement moins élevé.[27] Un état général altéré chez le patient et une détresse psychologique semblent augmenter le risque de reprendre le traitement par benzodiazépines.[28] L'utilisation de plusieurs benzodiazépines en même temps, l'utilisation d'un antidépresseur plus de 6 mois sont aussi identifiés comme facteur de rechute.[29] Changer le traitement pour une benzodiazépine à demi-vie plus longue (par exemple le diazépam) ne semble pas réduire l'incidence des symptômes de sevrage, et n'apporte pas non plus d'amélioration en termes de sevrage complet par rapport aux benzodiazépines à demi-vie courte.[22] Chez les patients à risque plus élevé de rechute, il faudra donc réaliser une réduction de doses plus progressive.

Des effets secondaires sont-ils à anticiper ?

Selon la revue systématique de Pottie et al. [22] il a été observé des troubles du sommeil plus fréquents à 3 mois chez les patients en réduction de doses comparé à ceux qui ont maintenu leur traitement tel quel, mais ces différences se gommant à 12 mois. Lorsqu'il y a des symptômes, ceux-ci ont été brefs et légers (pas d'hospitalisation ou d'intervention en urgence retrouvée), avec en général une durée qui peut aller jusqu'à 4 semaines.[30] La réduction des doses progressive ne réduit pas le risque mais la sévérité des symptômes de sevrage. [22]

Quelles mesures peuvent accompagner le patient pendant la réduction des doses ?

Pour aider le patient qui aurait du mal avec des symptômes de sevrage, la combinaison de TCC combinée à la stratégie de réduction des doses semble la plus efficace. [30] Les TCC restent cependant difficile d'accès en pratique, mais il existe quelques données sur l'auto-administration par internet de TCC qui semblent montrer

une efficacité (méta-analyse concluante pour certains critères objectifs d'évaluation du sommeil sur des populations principalement européennes, et d'âge moyen).[31] Par ailleurs, la disponibilité du médecin pour une écoute dès que le patient en ressent le besoin, ainsi que la proposition de revenir en consultation régulièrement pour un suivi rapproché sont des facteurs pouvant contribuer à aider le patient à supporter ces effets adverses.

Quel schéma de réduction de doses proposer au patient ?

La plupart des essais cliniques relevés dans la revue systématique de Pottie et al. retrouve un schéma réduisant très graduellement la dose jusqu'à la dose la plus faible disponible. Par exemple, il était souvent proposé une réduction de 25% de la dose toutes les 2 semaines avec un ralentissement à 12,5% de dose en moins toutes les deux semaines lorsque l'on approche de l'arrêt complet du traitement). Il n'existe pas dans cette revue de données comparant les différentes stratégies de réduction de doses. Dans une autre revue de la littérature [30] il est décrit un schéma de réduction standard avec une réduction de 25% de la dose toutes les semaines, et un schéma modifié faisant réduire la dose de moins de 25% toutes les semaines ou de réduire de 25% toutes les 2 semaines voire plus. Il n'est pas fait état d'une supériorité entre les deux. Les deux schémas sont présentés comme étant adaptés aux patients qui ont le plus de chance de succès pour le premier, et ceux avec des facteurs de rechutes importants pour le second.

CONCLUSION

Ce travail a permis de mettre en avant les résultats suivants : quasiment trois quart des participants ont préféré prescrire en première intention une thérapeutique alternative. Les autres participants optant pour un traitement médicamenteux ont privilégié la phytothérapie, la mélatonine et l'homéopathie. Que les participants aient opté pour un traitement alternatif ou médicamenteux face à la demande du patient, les facteurs influençant leurs choix restent les mêmes, indiquant qu'il n'y a pas de différence dans le raisonnement amenant à choisir un traitement pour le patient. Les femmes prescrivent plus volontiers de l'homéopathie et se forment plus à des thérapies alternatives que les hommes. De même elles sont plus nombreuses à proposer des techniques non médicamenteuses telles que la sophrologie, la relaxation et l'hypnose. Et enfin, le niveau de compréhension du traitement par le patient est un facteur plus important aux yeux des participants souhaitant prescrire un traitement médicamenteux, ce qui paraît adapté étant donné que ces médicaments ne sont pas dénués de risques si mal pris.

Concernant la déprescription des benzodiazépines, on peut retenir plusieurs grands principes pouvant aider le généraliste qui souhaite la proposer à son patient.

On retiendra que ce sont les patients âgés de plus de 65 ans qui en bénéficient le plus (réduction des risques de troubles cognitifs, de l'équilibre, de chutes, de fractures). De même, on sait que les patients sans comorbidités psychiatriques, sans grosse altération de l'état général, et consommant des doses habituellement faibles de benzodiazépines ont plus de chances d'échapper à une

rechute. Un traitement antidépresseur prescrit plus de 6 mois est un facteur augmentant le risque de rechute.

Le praticien peut amener le sujet de la déprescription en rappelant d'abord le but initial d'un tel traitement. Explorer les valeurs et préférences du patient est primordial, ainsi que d'identifier les leviers et blocages qu'il présente pour se préparer à la négociation à venir.

Evaluer la part d'une pathologie respiratoire, psychiatrique, d'une iatrogénie, ou la consommation de substances pouvant gêner le sommeil est important, afin de prendre en charge ces troubles. L'agenda du sommeil peut être un outil utile dans cette quête.

Il est important de proposer un plan clair, précis et négocié avec le patient concernant la réduction des doses. L'explication des avantages de la réduction, des risques du maintien du traitement, et la réassurance sur les effets indésirables prévisibles (notamment leur intensité généralement faible, et leur durée limitée) permet d'anticiper des craintes du patient.

L'association des TCC au sevrage graduel quand cela est possible est démontré comme étant plus efficace en termes de risque de rechute. L'auto-administration de TCC par internet semble avoir une certaine efficacité.

Il n'y a pas de bénéfice démontré à mettre le patient sous benzodiazépines à demi-vie longue quant au risque de survenue d'un syndrome de sevrage ou au risque de rechute.

Le schéma de réduction des doses le plus retrouvé dans les études est habituellement une réduction d'un quart de la dose toutes les deux semaines, puis d'un huitième de la dose toutes les deux semaines lorsque l'on approche la fin du sevrage progressif. Il n'y a pas de données de supériorité disponibles quant aux variantes de ce schéma retrouvées dans d'autres études.

Il est conseillé de garder une attitude disponible et à l'écoute du patient pour aider celui-ci à mieux affronter les effets indésirables du sevrage. Le médecin peut par exemple proposer des consultations de suivi régulières pendant et après le sevrage.

La sensibilisation des médecins généralistes au sujet de la prescription médicamenteuse de sédatifs et hypnotiques paraît clairement bien installée, leurs préférences de prescription semblent montrer qu'il y a une attitude d'éviction dès que cela leur est possible des psychotropes, hypnotiques et benzodiazépines. Reste à savoir si ceux-ci se sentent prêt à entamer des déprescriptions de ces médicaments plus fréquemment, afin de favoriser des techniques non médicamenteuses telles que la TCC qui rappelons-le est recommandée en première intention dans la prise en charge d'une insomnie chronique. Il paraît utile de rappeler que les enjeux sont non seulement économiques (avec une consommation de ces substances qui restent malgré tout encore élevée en France) mais aussi et surtout ceux du bien-être du patient face à une solution qui paraît un peu trop facile et pas toujours adaptée, alors qu'elle n'est pas dénuée de risques pour ce dernier.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire - Le temps de sommeil en France. 2019.
2. Léger D, Zeghnoun A, Faraut B, Richard JB. Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019; (8-9):149-60. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/8-9/2019_8-9_1.html
3. Leger D, Bayon V, de Sanctis A. The role of sleep in the regulation of body weight. Mol Cell Endocrinol. 15 déc 2015;418 Pt 2:101-7.
4. Kanerva N, Pietiläinen O, Lallukka T, Rahkonen O, Lahti J. Unhealthy lifestyle and sleep problems as risk factors for increased direct employers' cost of short-term sickness absence. Scand J Work Environ Health. 01 2018;44(2):192-201.
5. Cappuccio FP, Miller MA. Sleep and Cardio-Metabolic Disease. Curr Cardiol Rep [Internet]. 2017 [cité 23 sept 2020];19(11). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5605599/>
6. Jaussent I, Morin C, Dauvilliers Y. Definitions and epidemiology of insomnia. Rev Prat. oct 2017;67(8):847-51.
7. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
8. Meissner K, Höfner L, Fässler M, Linde K. Widespread use of pure and impure placebo interventions by GPs in Germany. Fam Pract. 1 févr 2012;29(1):79-85.

9. Martin S, Bouton C, Paré F, Diquet B, Garré J-B, Huez J-F. Opinions des médecins généralistes sur la phytothérapie dans la prise en charge des troubles du sommeil. *Exercer*. 2012;23(102):111-5.
10. Tilburt JC, Emanuel EJ, Kaptchuk TJ, Curlin FA, Miller FG. Prescribing “placebo treatments”: results of national survey of US internists and rheumatologists. *BMJ*. 23 oct 2008;337.
11. Bénard-Larivière A, Pariente A. [Benzodiazepine use and misuse in France]. *Presse Med*. oct 2018;47(10):878-81.
12. L’homéopathie en France - Tout sur l’homéopathie Boiron [Internet]. [données au 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.boiron.fr/connaitre-l-homeopathie/l-homeopathie-en-france>
13. Situation actuelle de l’homéopathie [Internet]. INHF Paris. [données au 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.inhfparis.com/index.php/lhomeopathie-uniciste/situation-actuelle-de-lhomeopathie/>
14. Enquêtes_dévaluation_des_pratiques_des_Médecins_Homéopathes_pour_le_site_de_la_SSH.pdf [Internet]. [données au 3 sept 2020]. Disponible sur: https://www.assh-asso.fr/images/Enqu%C3%AAtes_d%C3%A9valuation_des_pratiques_des_M%C3%A9decins_Hom%C3%A9opathes_pour_le_site_de_la_SSH.pdf
15. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Groselj LD, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*. 2017;26(6):675-700.
16. van der Zweerde T, Bisdounis L, Kyle SD, Lancee J, van Straten A. Cognitive behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep Medicine Reviews*. 1 déc 2019;48:101208.

17. Castronovo V, Galbiati A, Sforza M, Poletti M, Giarolli L, Kuo T, et al. Long-term clinical effect of group cognitive behavioural therapy for insomnia: a case series study. *Sleep Medicine*. juill 2018;47:54-9.
18. Gunn HE, Tutek J, Buysse DJ. Brief Behavioral Treatment of Insomnia. *Sleep Medicine Clinics*. juin 2019;14(2):235-43
19. Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. *Ochsner J*. 2012;12(1):45-56.
20. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins - IRDES [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoProfSante.htm>
21. Vocler N, Paumier F, Gaboreau I, Moreau-Gaudry A. Prise en charge des troubles du sommeil en médecine générale Étude d'impact chez des médecins généralistes ayant participé à une action de FMC. *Exercer*. 2011;22(95):42-3.
22. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Déprescription des agonistes des récepteurs des benzodiazépines. *Can Fam Physician*. mai 2018;64(5):e209-24.
23. Chambe J, Dumas C, Kilic-Huck U, Montigneau L, Rougerie F. Care of patients with chronic insomnia in general practice Part 1. *Exercer*. 2015;26(121):217-26.
24. Vicens C. Comparaison de l'efficacité de deux interventions pour arrêter la consommation de benzodiazépines au long cours Une étude randomisée en grappes en soins primaires. *Exercer*. 2014;25(115):48-9.

25. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging*. oct 2013;30(10):793-807.
26. Morin CM, Bélanger L, Bastien C, Vallières A. Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: a survival analysis of relapse. *Behav Res Ther*. janv 2005;43(1):1-14.
27. Voshaar RCO, Gorgels WJ, Mol AJ, van Balkom AJ, Mulder J, van de Lisdonk EH, et al. Predictors of long-term benzodiazepine abstinence in participants of a randomized controlled benzodiazepine withdrawal program. *Can J Psychiatry*. juin 2006;51(7):445-52.
28. O'Connor K, Marchand A, Brousseau L, Aardema F, Mainguy N, Landry P, et al. Cognitive-behavioural, pharmacological and psychosocial predictors of outcome during tapered discontinuation of benzodiazepine. *Clin Psychol Psychother*. févr 2008;15(1):1-14.
29. Gorgels WJM, Oude Voshaar RC, Mol AJ, van de Lisdonk EH, van Balkom AJ, Breteler MH, et al. Predictors of discontinuation of benzodiazepine prescription after sending a letter to long-term benzodiazepine users in family practice. *Fam Pract*. févr 2006;23(1):65-72.
30. Paquin AM, Zimmerman K, Rudolph JL. Risk versus risk: a review of benzodiazepine reduction in older adults. *Expert Opin Drug Saf*. juill 2014;13(7):919-34.
31. Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J, Chopra V, Pfeiffer PN, Conte ML, et al. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy to Treat Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2016;11(2):e0149139.

ANNEXES

Lors d'une demande de prescription médicamenteuse pour un trouble du sommeil que vous jugez inappropriée, et après négociation avec le patient, vous :

Acceptez

Refusez

Acceptez-vous :

- rarement de prescrire
- souvent de prescrire
- toujours de prescrire

Toujours

Souvent

Rarement

Quels facteurs influencent votre choix d'une thérapeutique chimique dans cette indication ?

- Contre-indications médicales du patient (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Risque d'inobservance élevé (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Refus d'un autre type de prise en charge par le patient (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Niveau de compréhension du traitement par le patient (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Essai d'une thérapie sur soi avec des résultats empiriques satisfaisants (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Force de l'alliance thérapeutique (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Coût du traitement (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Habitudes de prescription (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Lecture de la littérature scientifique sur ces thérapeutiques (toujours, souvent, rarement, jamais)

Quelle(s) molécule(s) allez-vous prescrire en première intention ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Z-drugs (zolpidem, zopiclone)
- mélatonine
- benzodiazépines
- anti-dépresseurs
- antihistaminiques H1
- phytothérapie
- homéopathie

Refusez-vous :

- rarement de prescrire
- souvent de prescrire
- toujours de prescrire

Rarement

Souvent

Toujours

Quels facteurs influencent votre choix d'une thérapeutique alternative dans cette indication ?

- Contre-indications médicales du patient (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Risque d'inobservance élevé (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Refus d'un autre type de prise en charge par le patient (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Niveau de compréhension du traitement par le patient (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Essai d'une thérapie sur soi avec des résultats empiriques satisfaisants (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Force de l'alliance thérapeutique (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Coût du traitement (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Habitudes de prescription (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Lecture de la littérature scientifique sur ces thérapeutiques (toujours, souvent, rarement, jamais)
- Formation spécifique à une thérapie alternative (DU, DIU...) (toujours, souvent, rarement, jamais)

Quelle(s) thérapie(s) alternative(s) allez-vous prescrire en première intention ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Sophrologie, relaxation
- TCC
- Hypnose
- Aromathérapie
- Aucune

Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

Votre âge se situe entre :

- 25 et 35 ans
- 36 et 45 ans
- 46 et 55 ans
- 56 et 65 ans
- 65 ans et plus

Vous êtes installé dans :

- le Nord
- le Pas-de-Calais
- la Somme
- l'Oise
- l'Aisne

Vous êtes titulaire :

- d'une formation en sophrologie (DU)
- d'une formation aux Thérapies Cognitivo-Comportementales (DIU)
- d'une formation à l'acupuncture
- d'une formation à l'hypnose (DU)
- d'aucune de ces formations



RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Demande de prescription médicamenteuse pour un trouble du sommeil par les patients
Référence Registre DPO : 2019-139
Responsable scientifique/ Chargé de la mise en œuvre: M. Marc BAYEN - M. Pierre MORDACQ

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 29 octobre 2019

Délégué à la Protection des Données

 Bureau DPO
42 rue Paul Duez - 59000 LILLE
Téléphone: 03 62 26 91 28
dpo@univ-lille.fr

Légende :

	heure de mise au lit sommeil ou sieste heure du lever		long réveil		Somnolence dans la journée
			1/2 sommeil		

1. Aller se coucher seulement lorsqu'on a sommeil
2. Utiliser le lit ou la chambre à coucher uniquement pour dormir (ou pour les activités intimes)
3. Si on ne peut s'endormir 20-30 minutes après le coucher ou après un réveil, il est conseillé de sortir de la chambre à coucher.
4. Si on ne peut s'endormir 20-30 minutes après le retour au lit, répéter l'étape 3.
5. Utiliser l'alarme pour se réveiller à la même heure chaque matin
6. Ne pas faire de sieste
7. Éviter la caféine l'après-midi
8. Éviter l'exercice, la nicotine, l'alcool et les repas copieux dans les deux heures précédant le coucher

42

AUTEUR : Nom : MORDACQ

Prénom : Pierre

Date de soutenance : 08/12/2020

Titre de la thèse : Attitude des médecins généralistes des Hauts-de-France face à une demande de prescription médicamenteuse pour un trouble du sommeil

Thèse - Médecine - Lille « 2020-2021 »

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : insomnie, insomnie chronique, hypnotiques, sédatifs, thérapies alternatives, homéopathie, médecine générale.

Résumé :

CONTEXTE: Le temps de sommeil en France se raccourcit, avec une proportion de patients dormant moins de six heures qui ne cesse d'augmenter. L'insomnie primaire reste la principale cause de trouble du sommeil en France, et sa prise en charge en médecine générale reste un défi de par la nature subjective des plaintes. L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes face à une demande de prescription médicamenteuse pour un trouble du sommeil. Les objectifs secondaires étaient d'explorer les facteurs influençant leur choix de prescription.

METHODE: étude observationnelle transversale quantitative par questionnaire en ligne anonymisé. Les critères d'inclusion étaient: être installé comme médecin généraliste, exercer dans les Hauts-de-France. Les analyses statistiques sont réalisées sur la plateforme BiostaTGV en utilisant un test du Chi² pour les variables qualitatives indépendantes avec un seuil de significativité à 5%.

RESULTATS: il y a eu 294 réponses exploitées. Parmi les participants il y avait deux fois plus d'hommes que de femmes. L'âge des participants était majoritairement situé entre 56 et 65 ans. 74,8% des participants ont préféré choisir une thérapie alternative et 25,2% ont choisi plutôt un traitement médicamenteux lors d'une demande de prescription d'un traitement médicamenteux. Les participants ayant opté pour un traitement médicamenteux ont privilégié la phytothérapie, la mélatonine et l'homéopathie. Concernant les résultats secondaires, les facteurs influençant le choix d'une thérapeutique les plus importants pour les participants sont les mêmes dans les deux groupes. Les femmes prescrivent plus volontiers de l'homéopathie, se sont plus formées à des thérapies alternatives, et proposent plus souvent des thérapies non médicamenteuses que les hommes.

CONCLUSION: Le nombre de réponses au questionnaire permettait des analyses avec un niveau de robustesse satisfaisant. Le nombre de femmes ayant participé ne reflète pas la démographie médicale actuelle. Les praticiens préfèrent éviter autant que possible les prescriptions d'hypnotiques ou de benzodiazépines, leurs effets indésirables semblent être un élément important de leur réflexion. On peut se poser la question d'une utilisation de l'homéopathie ou de la phytothérapie comme placebos impurs. Des guidelines pour engager une déprescription des benzodiazépines en médecine générale sont proposés.

Composition du Jury :

Président : Pr Christelle CHARLEY-MONACA

Assesseurs : Pr Vincent TIFFREAU, Pr Marc BAYEN, Dr Frédérique BLIER

Directeur de thèse : Pr Marc BAYEN

