

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Sophie ROUET

Née le 20 août 1985 à Chartres

Présentée et soutenue publiquement le 9 octobre 2013

DEPENDANCE AUX HYPNOTIQUES ET CONNAISSANCE DU
TRAITEMENT PAR LE PATIENT :
EXISTE-IL UN LIEN ?

**Etude rétrospective en soins primaires portant sur des patients d'Eure et
Loir traités au long cours.**

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS

Membres du jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Monsieur le Docteur Jean-Yves BACHELIER

Monsieur le Docteur Nicolas CHARTIER

Monsieur le Docteur Thomas DESMIDT

Monsieur le Docteur Jacques QUADRELLI

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie

	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
-----	---------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mmes	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille	Immunologie

Mmes	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	MARUANI Annabel	Dermatologie
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux Membres du jury, pour leurs enseignements.

A Monsieur le Professeur Camus, de me faire l'honneur de présider cette thèse.

A Madame le Professeur Lehr-Drylewicz et à Monsieur le Professeur Rusch d'avoir accepté de participer à mon jury et de porter attention à mon travail.

A mon directeur de thèse, le Docteur T. Desmidt, pour son accompagnement, son investissement et le temps précieux passé à me conseiller.

Aux médecins de l'enquête et maîtres de stages, d'avoir accepté de participer, pour votre enseignement, veuillez trouvez ici l'expression de ma gratitude et sincère considération.

A mes tuteurs, le Docteur Tibout et le Docteur Fauchier, pour leurs encadrements.

A mon père, pour son soutien indéfectible tout au long de ses années d'études.

A Thomas, mon homme, père de mon enfant, pour sa patience. Avec tout mon amour.

A mon fils, Ethan, puisses toi aussi choisir ta voie.

A mes grands parents, et ceux qui n'ont pas pu voir la fin de ce projet dont ma grand-mère Suzanne, « toujours ensemble par la pensée ».

A ma famille et belle famille : Guillaume, Aline et leur enfants, Jérôme, Anne-Marie, Brigitte, Sylviane « la polyglotte » des Dudus ...

A Aude et sa famille, témoin de ma vie, puis-je vous rendre un jour tout ce que vous m'avez apporté.

A mes amis pour les bons moments passés et à venir dont Aude et Cyrilla pour leurs relectures.

A mes confrères et adhérents de J'M 28 pour nos aventures dans le beau département de l'Eure et Loir.

A tous ceux que je n'ai pas cités, mais que je n'oublie pas, merci...

RESUME

Introduction : La consommation française d'hypnotiques augmente régulièrement et se révèle supérieure à la plupart des pays occidentaux. Cet usage est souvent chronique et expose à de nombreux effets indésirables dont la dépendance. Certaines études, dans le domaine cardiovasculaire par exemple, ont montré qu'il existait un lien entre la survenue d'effets indésirables et la connaissance par le patient de son traitement, mais aucune étude n'a testé ce lien pour les hypnotiques. Dans notre travail, nous avons cherché à montrer une association entre la connaissance du traitement et la dépendance aux hypnotiques. Nous avons fait l'hypothèse que les sujets dépendants à leur hypnotique avaient une moins bonne connaissance de leur traitement que les sujets non-dépendants.

Méthode : Dans cette étude cas-témoins, réalisée de mai à novembre 2012, les sujets ont été recrutés dans 3 cabinets de médecine générale en Eure et Loir. Tous les sujets avaient entre 25 et 75 ans, étaient suivis pour une insomnie et traités par hypnotique ou apparenté au long cours. Ils devaient répondre à 3 auto-questionnaires : le premier permettait d'évaluer la présence ou non d'une dépendance à leur hypnotique, le second permettait d'évaluer leur connaissance à ce traitement et le dernier permettait de recueillir leurs caractéristiques socio démographiques.

Résultats : Parmi les 51 patients recrutés, 16 étaient considérés comme dépendants à leur hypnotique et 35 non-dépendants. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre ces 2 groupes de sujets concernant leur connaissance du traitement (OR= 1,2 [0,4 ; 4,0]). Néanmoins, la quasi-totalité des sujets (n=30 (85,7%) dans le groupe non-dépendant et n=15 (93,7%) dans le groupe dépendant) méconnaissaient le risque de dépendance lié aux hypnotiques, avec une tendance plus marquée pour les sujets dépendants, sans pour autant obtenir une significativité statistique (OR= 0,4 [0,1 ;3,7]). En outre, seule la moitié des sujets connaissaient leur traitement selon les critères de l'auto-questionnaire et très peu d'effets indésirables étaient cités.

Conclusion : Notre étude ne permet pas de conclure quant à l'influence de la connaissance du traitement sur le risque de dépendance aux hypnotiques. Cependant, nos résultats indiquent que sur une population plus large, il pourrait être mis en évidence un lien entre la présence d'une dépendance et la connaissance de l'effet indésirable de la dépendance. Par ailleurs, nos résultats montrent une faible connaissance de leur traitement dans l'ensemble de notre population d'usagers chroniques d'hypnotiques. Ces résultats incitent à renforcer l'information sur la dépendance médicamenteuse aux hypnotiques dès l'initiation du traitement et à chaque renouvellement, afin d'en limiter le risque de mésusage.

Mots clés : Hypnotique, Dépendance, Connaissance médicamenteuse

TITLE

HYPNOTIC DEPENDENCE AND PATIENT'S KNOWLEDGE OF THE TREATMENT: IS THERE A LINK?

A retrospective study in primary care on patients from Eure & Loir receiving a long-term treatment.

ABSTRACT

Background: The French consumption of hypnotic is steadily increasing and is higher than in most of Western countries. This use is often chronic and exposes to numerous adverse effects including addiction. Some studies in the cardiovascular field, for example, showed that there was a link between the occurrence of adverse effects and the patient's knowledge of his treatment; but no study has tested this link for hypnotic. Thanks to our work, we have tried to show a connection between knowledge of the treatment and addiction to hypnotic. We have assumed that the dependent subjects to their hypnotic had a poorer knowledge of their treatment than non-dependent subjects.

Method: In this case-control study, conducted from May to November 2012, subjects were recruited in three general practices in Eure & Loir. All patients were between 25 and 75 years-old and were treated for insomnia by hypnotic or related drugs, in the long-term. They had to answer three auto-questionnaires: the first one allowed us to assess the presence or absence of an addiction to hypnotic; the second questionnaire enabled us to assess their knowledge of this treatment and the last one to collect their socio-demographic characteristics.

Results: Among these 51 patients, 16 were considered as hypnotic-addicted and 35 non-addicted. We did not highlight any significant difference between these two groups of patients about their knowledge of treatment (OR = 1.2 [0.4, 4.0]). However, almost all of the subjects (n = 30 (85.7%) from the non-addicted group and n = 15 (93.7%) from the addicted group ignored the risk of addiction linked to hypnotic, with a stronger tendency for addicts, without obtaining a statistical significance (OR = 0.4 [0.1, 3.7]). Moreover, half of subjects only were aware of their treatment according to the criteria of the auto-questionnaire and very few undesirable effects were mentioned.

Conclusion: Our study does not allow us to draw a conclusion about the influence of knowing the treatment on the risk of dependence on hypnotics. However, our results indicate that on a larger population, a link could be demonstrated between the addiction itself and the knowledge of its adverse effects. Furthermore, our results indicate a poor knowledge of their treatment within the whole population of chronic hypnotic users. These results lead to reinforce information about dependence on hypnotic drugs from the origination of treatment and at each renewal, in order to limit the risk of mis-use.

Keywords: Hypnotic, Dependence/Addiction, Drug knowledge.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	page 12
I.1. Position du problème	page 12
I.2. Les recommandations	page 13
I.3. La dépendance	page 16
I.4. La connaissance	page 17
I.5. L'objectif de l'étude	page 18
II. MATERIEL ET METHODE	page 19
II.1. Type et population d'étude	page 19
- Critères d'inclusion	page 19
- Critères d'exclusion	page 20
- Evaluation de la connaissance et la dépendance des patients	page 21
II.2. Recueil des données	page 22
II.3. Analyses statistiques	page 22
III.RESULTATS	page 23
III.1. Description de la population d'étude	page 23
- En fonction de la dépendance médicamenteuse	page 23
- En fonction de la connaissance du médicament	page 26
III.2. Description des réponses aux questionnaires	page 27
- Evaluant la dépendance médicamenteuse	page 28
- Evaluant la connaissance du médicament	page 28
III.3. Description de l'analyse recherchant un lien entre la connaissance et la dépendance	page 30

IV. DISCUSSION	page 32
IV.1. Principaux résultats	page 32
IV.2. Biais de l'étude	page 32
IV.3. Comparaisons à la littérature	page 33
- Des données socio-démographiques et médicales	page 34
- Des réponses aux questionnaires évaluant la dépendance et la connaissance	page 35
V. CONCLUSION	page 36
VI. ANNEXES	page 38
Annexe 1 : Plaintes d'insomnie, arbre décisionnel	page 38
Annexe 2 : Echelle ECAB	page 40
Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation de la connaissance	page 41
Annexe 4 : Questionnaire d'évaluation des caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients	page 42
Annexe 5 : Pyramide des besoins selon Maslow	page 43
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	page 44

I. INTRODUCTION

I.1. Position du problème

Les troubles du sommeil, motifs fréquents de consultation en soins primaires, constituent un véritable problème de santé publique, tant par leur fréquence, que par leurs répercussions humaines, sociales et économiques. Depuis de nombreuses années, en France, les études épidémiologiques mettent en évidence une augmentation régulière de la prévalence de l'insomnie. Entre 20 % et 30 % de la population adulte connaissent une insomnie et environ 10 % souffrent d'insomnie sévère (plusieurs symptômes, état chronique, retentissement sur la vie quotidienne). Parallèlement, les consommations d'hypnotiques et d'anxiolytiques augmentent régulièrement et se révèlent supérieures à la plupart des autres pays occidentaux [1]. Certaines études, en population générale, rapportent que 10 à 32% des adultes prennent ou ont déjà pris des médicaments facilitant le sommeil [2]. Actuellement, le temps médian de traitement par une benzodiazépine anxiolytique et hypnotique ou apparentée est estimé à une durée de 7 mois [3]. Les patients âgés sont particulièrement concernés; plus d'un quart des plus de 65 ans sont exposés de manière chronique et cette proportion s'élève à près de 40 % chez les plus de 85 ans [4]. Il semble donc exister une prise en charge médicamenteuse quasi systématique de l'insomnie et un mésusage des traitements hypnotiques, notamment en ce qui concerne leur durée de prescription; les recommandations en effet indiquent qu'elle ne doit pas dépasser 4 semaines pour les hypnotiques et 12 semaines pour les anxiolytiques benzodiazépines [5]. Or, ces médicaments s'ils ont des effets patents initialement sur la réduction de l'insomnie, au long cours, ils sont également à risque d'effets indésirables: dépendance, vertiges, somnolence diurne, troubles de mémoire, du comportement, céphalées, chutes avec risques de fractures [6] [7], démence [8]... Devant ce constat, les pouvoirs publics dont l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) [6], le Parlement [9] et l'HAS (Haute Autorité de Santé) [2] se sont emparés de la question du bon usage des hypnotiques.

I.2. Les recommandations

La majorité des patients insomniaques étant suivis par des médecins généralistes, l'HAS a diffusé des recommandations concernant la prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale et la prescription des psychotropes dont les hypnotiques notamment chez le sujet âgé [10] (plan Psycho SA) avec leurs modalités d'arrêt [11]. Ses recommandations reprennent [2]:

- la définition de l'insomnie : une insuffisance ressentie de l'installation ou du maintien du sommeil, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associée à des retentissements diurnes à l'état de veille (fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreurs dans la réalisation de tâches).
- les méthodes de caractérisation de l'insomnie, notamment à l'aide d'agenda du sommeil et rappellent la classification selon l'ICSD-2 (International Classification of Sleep Disorders. Second Edition) révisée en 2004 [2] [12], suite aux travaux de l'AASM (American Academy of Sleep Medicine), résumée par l' HAS et permettant de distinguer les différents types d'insomnie:
 - 1) les insomnies par règles d'hygiène inadéquates (présentes depuis au moins un mois, en rapport avec des horaires impropres, des consommations ou des activités inappropriées par rapport au sommeil).
 - 2) les insomnies d'ajustement (occasionnelles, transitoires ou de court terme, d'une durée de quelques jours à 3 mois, liées à des évènements stressants ou à des situations nouvelles équivalant à un stress, parfois récidivantes ou pouvant néanmoins se chroniciser).
 - 3) les insomnies chroniques sans comorbidité (ex-primaire) de type : psychophysiologique (caractérisée par un conditionnement mental et physiologique qui s'oppose au sommeil, indépendamment de pathologies anxieuses ou dépressives), paradoxale (ou par mauvaise perception du sommeil: les plaintes d'insomnie coexistent avec les résultats normaux des enregistrements de sommeil) ou idiopathique (début dans l'enfance ; insomnie permanente et stable).
 - 4) les insomnies chroniques avec comorbidité (ex-secondaires) : liées à une pathologie mentale (état dépressif, trouble bipolaire, trouble anxieux généralisé, attaques de panique, troubles

compulsifs...) ou physique (pathologie douloureuse, hyperthyroïdie, épilepsie, cardiopathie, troubles respiratoire, reflux gastro-œsophagien, neuropathie dégénérative...).

- 5) les insomnies liées à une drogue ou substance perturbant le sommeil (psychostimulants (caféine, nicotine, etc.), alcool, hypnotiques, médicaments prescrits...).
- 6) les insomnies associées à d'autres troubles du sommeil : organiques (mouvements périodiques des membres, syndrome des jambes sans repos, apnées du sommeil, obstructives ou centrales, bruxisme) ou parasomnies (terreurs nocturnes, cauchemars, somnambulisme).
- 7) les troubles du rythme circadien (avance ou retard de phase, décalages horaires, irrégularité des cycles veille-sommeil).

- Egalement, l'HAS reprend l'épidémiologie de l'insomnie et son poids pour l'individu et la collectivité. La prévalence de l'insomnie est difficile à définir. Il n'existe pas de données objectives réalisées à la suite de consultations ou à l'aide d'enregistrements du sommeil. Soit les données sont déduites de la consommation médicamenteuse, soit elles sont subjectives et déclaratives. En France, sa prévalence se situe entre 20 et 30% et s'accroît avec l'âge. Les femmes sont plus concernées par l'insomnie. Les séquelles peuvent être ressenties par les individus dans les dimensions cognitives, physiques, psychiques et sociales de leur vie quotidienne. D'après les études longitudinales, une insomnie persistante est associée à un risque plus important de développer une pathologie cardiaque ou une dépression. Trop peu nombreuses, elles ne permettent pas de conclure sur l'intensité de l'insomnie comme facteur de risque. De même, un lien direct entre insomnie et accidents (de la voie publique ou du travail) est difficile à établir dans la mesure où la médication semble avoir un impact notable.
- Enfin, l'HAS propose une approche diagnostique ainsi qu'une stratégie thérapeutique pour le médecin généraliste [Annexe 1]. Les mesures non médicamenteuses ont la balance « bénéfice-risque » la plus favorable. Diverses propositions peuvent être exposées allant d'une simple information sur le fonctionnement du sommeil avec ses modifications physiologiques, aux règles d'hygiène et de régulation du cycle éveil-sommeil, à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Ces thérapies

visent à rétablir un rythme veille-sommeil satisfaisant en agissant entre autres sur les croyances et attitudes préjudiciables au sommeil (estimations irréalistes des durées de sommeil et des conséquences d'une insomnie, erreurs dans les stratégies pour favoriser le sommeil...). La technique du « contrôle par le stimulus » consiste à réassocier la chambre à coucher avec le sommeil et rétablir un rythme veille sommeil régulier en donnant au patient des directives simples. Elle a été évaluée par des essais, qui sont en faveur d'une efficacité surtout sur le maintien du sommeil sans différence significative par rapport à une prise en charge médicamenteuse [13]. Cependant, les conclusions sont incertaines sur la durabilité des résultats obtenus et soulignent l'importance de la qualité du thérapeute et la faible accessibilité actuelle. La formation des médecins généralistes à certaines de ces méthodes est une piste mais leurs modalités d'appropriation et le temps nécessaire pour y consacrer des consultations spécifiques restent à définir. Lorsqu'un recours médicamenteux par hypnotiques ou apparentés est incontournable, une information complète portant sur les avantages et les inconvénients des traitements est recommandée. Les effets indésirables sont à signaler dès le début du traitement pour motiver les patients à en rester à une courte utilisation. Le choix du médicament doit s'appuyer sur le type d'insomnie, le délai d'action, la demi-vie du produit, l'état physiologique du patient, l'effet résiduel du médicament, le risque d'effet rebond et d'interactions médicamenteuses. Les erreurs à éviter sont :

- Prescrire ou renouveler un hypnotique de façon systématique.
- Associer deux anxiolytiques ou deux hypnotiques.
- Renouveler une ordonnance sans réévaluer la situation du patient.
- Méconnaître une dépression ou un autre trouble psychiatrique.
- Négliger un symptôme évocateur de syndrome d'apnées du sommeil (ronflements sonores, somnolence diurne, céphalées au réveil, excès de poids).
- Prescrire un hypnotique en présence d'une pathologie respiratoire.
- Arrêter brutalement un traitement hypnotique.

Mais en raison de l'existence pratique d'insomnie au long cours, de prescriptions chroniques persistantes induisant de nombreux effets indésirables, de l'écart par rapport aux indications de l'AMM (Autorisation de

Mise sur le Marché) et du fait d'alternatives au traitement médicamenteux parfois difficile à mettre en œuvre, l'HAS envisage de poursuivre ses recherches dans ces domaines et de diffuser de nouvelles recommandations.

Parmi les effets indésirables, la dépendance représente un véritable défi pour le médecin. Nous avons cherché à savoir ce qui pourrait limiter cette dépendance médicamenteuse et donc réduire l'utilisation prolongée des hypnotiques.

I.3. La dépendance

Selon les critères OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la dépendance aux drogues est « un état psychique et quelquefois aussi physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, caractérisée par un comportement et d'autres réactions qui toujours incluent une compulsion à prendre la drogue de façon continue ou périodique dans le but d'en éprouver les effets, et parfois pour éviter l'inconfort de son absence ». La dépendance physique est considérée par l' HAS comme l'effet indésirable le plus important lors de l'usage d'hypnotiques. Les critères les plus régulièrement utilisés pour l'identifier incluent les syndromes spécifiques de sevrage ou les symptômes suivant la cessation du produit comme l'effet rebond d'insomnie.

Le syndrome de sevrage se signale par l'anxiété, l'hypersensibilité sensorielle, l'irritabilité, les céphalées, l'anorexie, la perte de poids ; parfois, l'agitation, les crises convulsives ou les réactions de type psychotique. Il serait lié à un arrêt brutal du traitement, de fortes doses et une prise supérieure à 6 mois. Certains auteurs considèrent que l'incidence des symptômes de sevrage est élevée, jusqu'à 45 % [2]. Mais son évaluation est difficile étant donné l'intrication possible des effets propres au sevrage, aux plaintes relatives au mauvais sommeil et aux effets indésirables des médicaments. Au moment d'entreprendre l'arrêt, il convient d'évaluer les attentes du patient et au besoin, son degré d'attachement aux hypnotiques à l'aide de l'échelle ECAB (Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines), comme recommandé par l'HAS [Annexe 2]. En cas de suspicion de dépendance, une réduction lente et progressive est conseillée. Si le patient est réticent à arrêter ou diminuer, il est recommandé de renouveler l'information lors d'une consultation ultérieure [11].

Concernant l'effet rebond, son mécanisme est inconnu et correspond à une exacerbation des symptômes originels pendant une à deux nuits. Sa présence serait plus fréquemment retrouvée avec la prise de médicament à demi-vie courte ou intermédiaire et serait dépendant de la dose prescrite surtout si celle-ci est supérieure aux doses recommandées. Environ 30 à 50% des patients présentent une exacerbation des symptômes originels [2]. Dans les études comparatives, la présence de l'effet rebond en proportion non négligeable dans les groupes « placebo » suggère l'imputabilité d'une part au moins de l'effet « arrêt de la prise du comprimé », ce qui rend le problème plus complexe. Une différence d'efficacité ou de tolérance entre les benzodiazépines et les hypnotiques n'est pas retrouvée dans la littérature, en effet peu d'études effectuent une comparaison à long terme.

Au regard des données de la littérature, il apparaît que le bon usage des hypnotiques implique que le médecin dispense une information exhaustive sur ceux-ci. Cette information fournie au patient pourrait réduire les risques d'effets secondaires et de dépendance.

I.4. La connaissance

La connaissance du médicament est le reflet de l'information délivrée et de la communication entre le médecin et son patient. Communément, la connaissance d'un médicament est définie selon les 3 principaux critères suivants [14] :

- 1) la capacité du patient à dénommer le médicament ,
- 2) le motif de la prescription ,
- 3) la dose du médicament ,

mais aussi la durée du traitement, la fréquence et la modalité de prise, les effets secondaires, l'attitude en cas de surdosage, les interactions médicamenteuses ou alimentaires [15]. Diverses études ont évalué la connaissance globale du médicament par le patient notamment dans le but d'identifier les facteurs influençant une utilisation sécurisée et la non adhérence aux traitements [15], explorer les déterminants de la méconnaissance des traitements [16], améliorer les prescriptions [17] et connaître le profil des patients moins informés [18]. Plusieurs facteurs influençant la connaissance des médicaments ont été retrouvés: ceux liés au patient (âge, sexe, pathologies associées), aux médicaments (nombre, ancienneté, classe thérapeutique) et à la relation médecin-patient. Il y avait peu de distinction entre les hommes et les femmes,

au contraire un âge avancé était souvent synonyme de connaissance réduite. Les pathologies induisant des altérations des fonctions cognitives ou réductrices de l'autonomie étaient des facteurs de diminution de la connaissance. Un nombre de médicament supérieur à quatre, une introduction récente, notamment lors d'une hospitalisation de longue durée, abaissaient aussi fréquemment le niveau de connaissance globale. Dans ces études, il était difficile d'observer une différence entre les classes thérapeutiques, excepté en ce qui concerne ceux à administration locale (ORL ou ophtalmologique). Pour toutes les classes thérapeutiques, les effets secondaires représentaient l'information la moins bien connue. La capacité à donner la dose et la durée de prescription la précédait de peu. L'aptitude du patient à se renseigner, des contacts répétés avec un médecin, amélioraient la connaissance globale. Il a ainsi été montré qu'un niveau élevé de connaissance permet une meilleure adhésion, une meilleure observance du patient à son traitement et apparaît comme une condition sine qua non pour réduire les erreurs et les effets indésirables. En ce qui concerne les hypnotiques, la connaissance du traitement pourrait donc être un facteur protecteur contre la dépendance, sans que cela n'ait été vérifié à ce jour.

I.5. Objectif de l'étude

Dans notre travail, nous avons cherché à montrer une association entre la connaissance du traitement et la dépendance aux hypnotiques. Nous avons fait l'hypothèse que les sujets dépendants à leur hypnotique avaient une moins bonne connaissance de leur traitement que les sujets non-dépendants. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons réalisé une étude épidémiologique rétrospective cas-témoin en soins primaires portant sur des patients d'Eure et Loir traités au long cours.

II. MATERIEL ET METHODES

II.1. Type et population d'étude

Dans cette étude cas-témoin, les sujets ont été inclus à partir de la patientèle de 3 praticiens en soins primaires installés dans des cabinets différents mais tous dans le département de l'Eure et Loir. La période d'inclusion était de 6 mois, entre le 2 mai et le 2 novembre 2012 ; elle correspondait à mon stage de niveau 1. Les 3 praticiens étaient des hommes âgés de 35 à 50 ans. L'un d'entre eux était installé en milieu urbain tandis que les deux autres travaillaient en milieu semi-rural. Un praticien avait une activité complémentaire d'hypnose médicale. Un autre médecin pratiquait, en plus, l'aide au sevrage tabagique.

Les critères d'inclusion étaient :

- 1) Patients entre 25 et 75 ans,
- 2) Suivis en médecine générale pour une insomnie ;
- 3) Accord du médecin et du patient ;
- 4) Traités par un hypnotique, un apparenté ou par un médicament fréquemment retrouvé dans l'insomnie secondaire à des symptômes anxieux, pendant une période supérieure ou égale à 6 mois, compris dans la liste suivante : *Estazolam* (Nuctalon®), *Flunitrazépam* (Rohypnol®), *Témazépam* (Normison®), *Nitrazépam* (Mogadon®), *Lormétazépam* (Noctamide®), *Loprazolam* (Havlane®) ; *Zolpidem* (Stilnox®) ; *Zopiclone* (Imovane®); *Alprazolam* (Xanax®), *Bromazépam* (Lexomil®), *Lorazépam* (Témesta®), *Oxazépam* (Séresta®), *Clotiazépam* (Vératran®), *Diazépam* (Valium®), *Chlordiazépoxyde et Bromure de clidinium* (Librax®), *Chlorazépoxyde dipotassique* (Tranxène®) , *Clobazam* (Urbanyl®), *Loflazépoxyde d'éthyle* (Victan®), *Nordazépam* (Nordaz®), *Prazépam* (Lysanxia®).

Afin de limiter les biais de confusion liés au risque de démence, à la perte d'autonomie des patients plus âgés, les sujets de plus de 75 ans étaient exclus. Les sujets âgés de moins de 25 ans aussi, l'insomnie de l'adolescent ou du jeune adulte étant souvent liée à une instabilité du rythme de vie amenant à un syndrome de retard de phase (insomnie d'endormissement avec réveil tardif). Ils bénéficient d'une souplesse de leurs systèmes de régulation permettant, le plus souvent, une récupération suffisante par les grasses matinées et les week-ends [19] et les prescriptions d'hypnotique dans cette population sont moins fréquentes. Des études spécifiques sur ces populations aux extrêmes de la vie seraient nécessaires.

La durée de traitement de 6 mois a été définie en tenant compte des durées maximales de prescription, d'apparition d'un syndrome de sevrage (plus fréquente à partir de 6 mois), de chronicité de l'insomnie (certains auteurs ont considérés dans leurs études que l'insomnie devenait chronique à partir de 6 mois étant donné les divergences de durée dans les définitions conventionnelles de l'insomnie d'ajustement pouvant atteindre 3 mois et celle de l'insomnie chronique à partir de 1 mois [2]).

Les critères d'exclusion étaient :

- 1) La notion par son médecin traitant d'un trouble de l'axe I du DSM IV autre que la dépression et l'anxiété (troubles psychotiques, troubles du comportement alimentaire, addictions à des toxiques (alcool, opiacés), troubles bipolaires) ;
- 2) Maladies neurologiques, troubles cognitifs connus, visuels ou auditifs ;
- 3) Suivi psychiatrique connu ;
- 4) Médicaments gérés par une tierce personne.

De la même manière, l'exclusion de ces critères avait pour but de limiter les biais de confusion portant sur l'information (délivrance et intégration) et la dépendance médicamenteuse.

Evaluation de la dépendance et la connaissance des patients :

L'échelle d'autoévaluation ECAB a été utilisée pour la mesure du niveau de dépendance aux hypnotiques. L'échelle ECAB est une Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines [Annexe 2]. Il s'agit d'un questionnaire de 10 items, cotés 1 ou 0. La cotation consiste à attribuer 1 point en cas de réponse « vrai » sauf pour la question 10, où le point est obtenu en cas de réponse « faux » et 0 point dans les cas contraires. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Cette échelle a été validée dans un échantillon de 52 patients psychiatriques, hospitalisés ou ambulatoires consommant des benzodiazépines quotidiennement depuis au moins 3 mois. Avec un score supérieur ou égal à 6, la sensibilité était estimée à 94 % et la spécificité à 81 %, avec les critères de la CIM 10 de dépendance comme référence. Les propriétés diagnostiques de l'échelle ECAB et le nombre de questions limitées, suggèrent qu'elle peut être utilisée en ambulatoire pour évaluer l'attachement du patient aux benzodiazépines [11]. Les sujets de notre étude dont le score à l'échelle ECAB était supérieur ou égal à 6 ont été considérés comme dépendant (cas) et les autres non-dépendant (témoins).

A notre connaissance, il n'existe pas de questionnaire validé pour l'évaluation de la connaissance des traitements hypnotiques. Pour les besoins de l'étude, nous avons élaboré un tel questionnaire à partir d'échelles évaluant la connaissance par le patient de son traitement en général ; [15] [16] [17] [18]. Les spécificités des hypnotiques tiennent principalement à leurs effets secondaires propres, dont la dépendance et aux Références Médicales Opposables (RMO) dont le délai maximal d'utilisation. Nous avons donc modifié les questionnaires existant pour inclure précisément ces 2 dimensions (dépendance et durée maximale d'utilisation) et les faire ressortir dans la cotation. Il en est de même pour l'un des items moins connu et critère majeur dans l'évaluation de la connaissance: le dosage du médicament. Le questionnaire d'évaluation de la connaissance du traitement hypnotique a pris alors la forme d'une autoévaluation [annexe 3], comprenant 8 questions. La cotation consistait à attribuer en cas de réponse juste, 1 points aux questions 1, 2, 3, 6, 8 ; 2 points aux questions 4 et 5 (connaissance du dosage et durée maximale de prescription) ; à la question 7, 0,5 point par effets secondaires cités inclus dans la liste suivante : troubles du comportement, agitation, irritabilité, syndrome de sevrage, l'effet de rebond, céphalée, sensation de vertige, sensation ébrieuse, confusion, somnolence, trouble de conscience ou vigilance, cauchemars et hallucinations pour le *Zolpidem* (Stilnox®) et 2 points si le mot dépendance apparaissait. A cette question, le patient pouvait

obtenir un score maximal de 4 points. Un bon niveau de connaissance était défini par un score total supérieur ou égal à 5/13. Cette estimation n'a pas fait l'objet d'une validation rigoureuse, ce travail de thèse n'ayant pas permis la mise en œuvre d'une telle démarche. Toutefois, le score de 5/13 a été déterminé après simulation des réponses correctes attendues. Puis une période de pré-test réalisée par quelques personnes au sein de la population générale a permis de vérifier la compréhension et la faisabilité du questionnaire auprès de non initiés au vocabulaire médical et de conclure qu'il fallait fournir les trois questionnaires en une seule fois afin de diminuer le nombre de perdus de vue.

II.2. Recueil des données

Notre échantillon a été sélectionné lors des périodes de stages chez chaque praticien. Un changement de praticien avait lieu environ tous les 15 jours. Les critères d'inclusion et de non-inclusion ont été recherchés systématiquement pour tous les patients s'étant présentés pour une consultation dans les cabinets d'Eure et Loire pendant la période d'inclusion. Il n'y a pas eu de caractérisation du type d'insomnie chez les patients, ce qui aurait nécessité une consultation dédiée. Un autre questionnaire a permis de recueillir les données sociodémographiques et médicales [Annexe 4]. Avec leur consentement, les sujets inclus ont répondu aux questionnaires à la suite d'une consultation médicale puis ont déposé leurs réponses dans une boîte destinée à la collecte, au cabinet. Les praticiens avaient la possibilité de soumettre les questionnaires en mon absence. Il était possible au patient de rapporter plus tard les questionnaires en cas de non disponibilité après la consultation. Ultérieurement, une vérification des antécédents et des médicaments pris par les personnes incluses a été effectuée à partir des dossiers médicaux des praticiens.

II.3. Analyses statistiques

Les populations des cas et témoins ont fait l'objet d'une analyse descriptive et de comparaisons. Une association statistique a été recherchée entre la dépendance et la connaissance du traitement par calcul d'Odds Ratio (OR).

III. RESULTATS

III.1 Description de la population d'étude

Au total, sur 56 patients inclus dans l'étude, 51 ont rendu les trois questionnaires. La quasi-totalité des patients les ont remplis en une seule fois. 5 questionnaires ont été remis mais non récupérés. La variation de lieu a quand même permis au bout de 6 mois de reproposer les questionnaires à des patients les ayant déjà remplis (naturellement refusés par ceux-ci). Par ailleurs le nombre de questionnaires recueillis entre cabinet n'était pas équivalent : le cabinet du médecin pratiquant l'hypnose a permis de recueillir plus de la moitié des résultats.

En fonction de la dépendance médicamenteuse :

Le tableau I détaille les caractéristiques sociodémographiques et médicales de la population étudiée. Après analyse, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes cas et témoins pour l'ensemble des caractéristiques étudiées. Cependant, on distingue une tendance statistique en faveur d'une dépendance au traitement plus importante chez les femmes ($p= 0,11$) et les patients anxieux ou dépressifs ($p=0,09$). Les traitements par *Zolpidem* (Stilnox®) et *Bromazépam* (Lexomil®) étaient le plus souvent retrouvés dans les 2 groupes.

Tableau I. - Description des caractéristiques sociodémographiques et médicales de la population d'étude en fonction de la dépendance médicamenteuse (ET= Ecart Type).

Caractéristiques sociodémographiques et médicales	Dépendant	Non-dépendant	p	T-test ou Chi2 ou Fischer
	N=16 (% ou +/-ET)	N=35(%ou+/-ET)		
Age	57,8 (+/-10,3)	54,6 (+/-12,4)	0,36	-0,90
Genre (homme)	3 (18,8)	14 (40,0)	0,11	1,62
Statut Professionnel (actif)	8 (50,0)	18 (51,4)	0,92	0,09
Nombre de médicaments	4,6 (+/- 3,6)	3,4 (+/- 2,3)	0,15	-1,46
Principaux Antécédents				
- Cardiovasculaire	5 (31,3)	10 (28,6)	0,85	-0,19
- Neurologique	1 (6,3)	4 (11,4)	0,57	0,57
-Psychiatrique (dépression et anxiété)	9 (56,3)	12 (34,3)	0,09	-1,70
Psychotropes				
- <i>Bromazéпам</i> (Lexomil®)	2 (12,5)	11 (31,4)	0,15	2,03
- <i>Lormétazéпам</i> (Noctamide®)	2 (12,5)	3 (8,5)	0,66	0,19
- <i>Alprazolam</i> (Xanax®)	2 (12,5)	4 (11,4)	0,91	0,01
- <i>Zopiclone</i> (Imovane®)	2 (12,5)	4 (11,4)	0,91	0,01
- <i>Zolpidem</i> (Stilnox®)	5 (31,1)	9 (25,7)	0,68	0,16
-Autres : <i>Lorazéпам</i>	3 (18,8)	4 (11,4)	0,66	0,49

(Temesta®), *Prazépam*

(Lysanxia®),

Loprazolam (Havlane®),

Oxazépam (Seresta®),

Nordazépam (Nordaz®)

En fonction de la connaissance du médicament :

Vingt-sept sujets ont obtenu un score de 5 ou plus (sur 13) à l'échelle de la connaissance. Ces sujets ont été considérés comme connaissant leur hypnotique. Les autres sujets (N=24) ont obtenu un score inférieur à 5 et ont été considérés comme non-connaissant. On retrouve une répartition similaire des caractéristiques sociodémographiques entre les patients « connaissant » et ceux « non-connaissant » leur traitement [tableau II].

Tableau II.- Description des caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude en fonction de la connaissance du médicament.

Caractéristiques sociodémographiques	Connaissance		Non Connaissance	
	N=27 (%)		N=24 (%)	
Age sup. ou égal à 65 ans	7	(25,9)	5	(20,8)
Age inf. à 65 ans	20	(74,1)	19	(79,2)
Sexe féminin	18	(66,7)	16	(66,7)
Sexe masculin	9	(33,3)	8	(33,3)
Actif	14	(51,8)	12	(50,0)
Non actif	13	(48,2)	12	(50,0)
Nombre de médicaments sup. ou égal à 4	14	(51,8)	14	(58,3)
Nombre de médicaments inférieur à 4	13	(48,2)	10	(41,7)

III.2. Description des réponses aux questionnaires

Evaluant la dépendance médicamenteuse :

Seize sujets ont obtenu un score de 6 ou plus (sur 10) à l'échelle ECAB. Ces sujets ont été considérés comme dépendants à leur hypnotique et ont été traités comme des cas dans notre étude épidémiologique. Les autres sujets (N=35) ont obtenu un score inférieur à 6 et ont été considérés comme non-dépendant et donc comme des sujets témoins. L'analyse du questionnaire ECAB montrait que la moyenne des réponses positives était de 7,7 (+/-1,1) chez les cas contre 2,4 (+/-1,8) chez les témoins, soit une moyenne totale de 4,1 (+/-2,9). Un nombre de réponses positives plus important, était retrouvé aux questions 1, 2, 3, 6, 8 et 9 chez les cas et 1, 6 et 10 chez les témoins [Tableau III]. L'oubli et la peur du manque de leur somnifère étaient principalement et communément retrouvés chez les personnes dépendantes et non dépendantes (question 1 et 6).

Tableau III. - Description des réponses positives au questionnaire ECAB en fonction de la dépendance médicamenteuse (ET= Ecart Type).

Echelle ECAB	Dépendants		Non Dépendants		Population étudiée	
	N=16	(% ou +/-ET)	N=35	(% ou +/-ET)	N=51	(% ou +/- ET)
Question 1	16	(100)	20	(57,1)	36	(72)
Question 2	12	(75)	6	(17,1)	18	(35,3)
Question 3	14	(87,5)	6	(17,1)	20	(39,2)
Question 4	7	(43,8)	3	(8,9)	10	(19,6)
Question 5	6	(37,5)	10	(28,6)	16	(31,4)
Question 6	15	(93,8)	19	(54,3)	34	(66,7)

Question 7	10	(62,5)	1	(2,9)	11	(21,6)
Question 8	15	(93,8)	5	(14,3)	20	(39,2)
Question 9	14	(87,5)	6	(17,1)	20	(39,2)
Question 10	11	(68,8)	16	(45,7)	27	(52,9)
Moyenne des réponses positives		7,7 (+/-1,1)		2,4 (+/-1,8)		4,1 (+/-2,9)

Évaluant la connaissance du médicament :

Les réponses correctes les plus souvent retrouvées dans l'évaluation de la connaissance chez les cas et les témoins concernées la capacité à dénommer son médicament, son motif de prescription et le nombre de comprimés pris par jour [Tableau IV]. Concernant les effets secondaires, seules les notions de dépendance, de perte de mémoire, de somnolence, de céphalées, de troubles du comportement, de perte de vigilance étaient évoquées et en faible nombre. La moyenne du nombre des effets indésirables cités était de 0,3 (+/- 0,5) chez les cas contre une moyenne à 0,5 (+/-0,8) chez les témoins. L'ensemble des scores se répartissaient de 0 à 2,5. Sur l'ensemble des patients, seuls six ont cité la dépendance comme effets indésirables au traitement, soit 11,8% de connaissance du risque de dépendance. Quatorze interactions ont été citées, par le même nombre de patients: l'alcool, les antidépresseurs et les autres sédatifs, soit 27,5% de connaissance.

Tableau IV. - Description des réponses correctes au questionnaire d'évaluation de la connaissance en fonction de la dépendance médicamenteuse (ET= Ecart Type).

Echelle d'évaluation de la connaissance	Dépendants		Non Dépendants	
	N=16	(% ou +/-ET)	N=35	(% ou +/-ET)
Question 1	14	(87,5)	31	(88,6)
Question 2	11	(68,8)	24	(68,6)
Question 3	11	(68,8)	33	(94,3)
Question 4	6	(37,5)	14	(40)
Question 5	7	(43,8)	11	(31,4)
Question 6	6	(37,5)	5	(14,3)
Question 7	0.3	(+/-0,5)*	0.5	(+/-0,8)*
-Dépendance	1	(6,3)	5	(14,3)
-Perte de mémoire	3	(18,8)	3	(8,5)
-Somnolence	1	(6,3)	6	(17,1)
-Céphalées	1	(6,3)	1	(2,9)
-Troubles du comportement	0	(0)	1	(2,9)
-Perte de la vigilance	0	(0)	1	(2,9)
Question 8	4	(25,0)	10	(28,6)
- Alcool	3	(18,8)	9	(25,7)

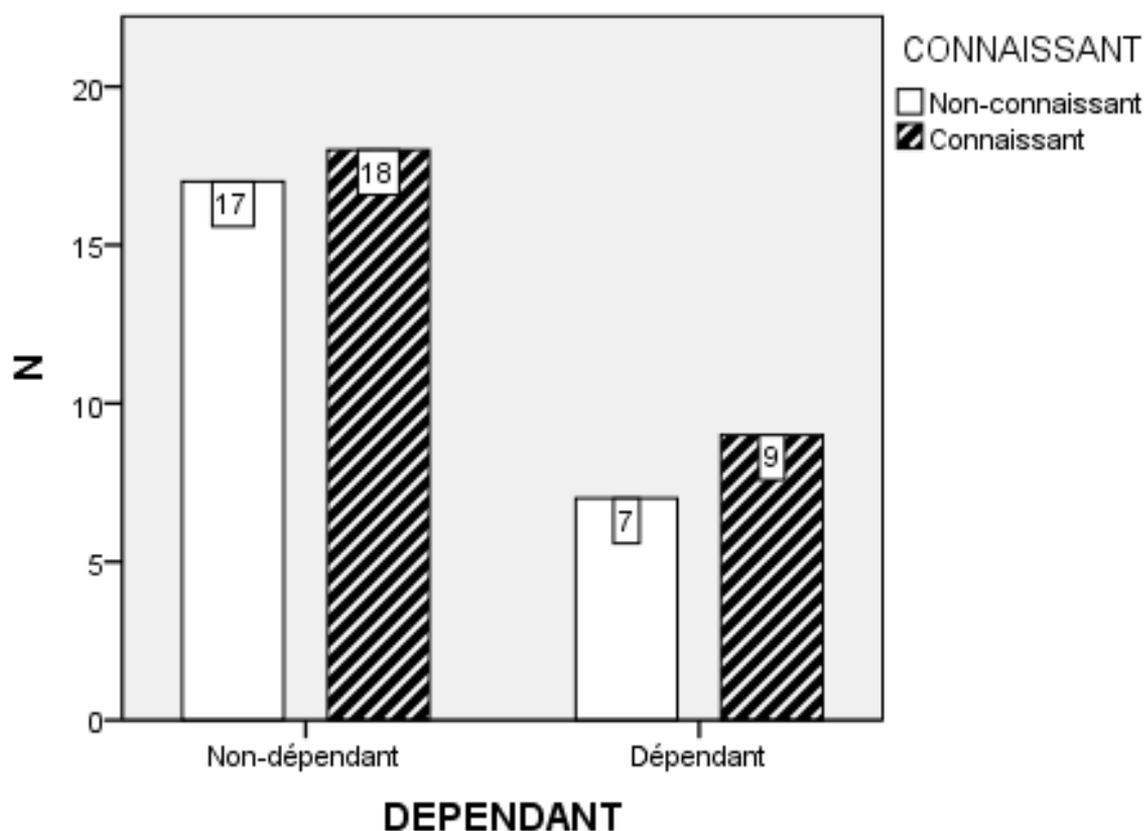
-Antidépresseur	1	(6,3)	0	(0)
-Autres Sédatifs	0	(0)	1	(2,9)

*moyenne des réponses obtenues

III.3. Description de l'analyse recherchant un lien entre la connaissance et la dépendance

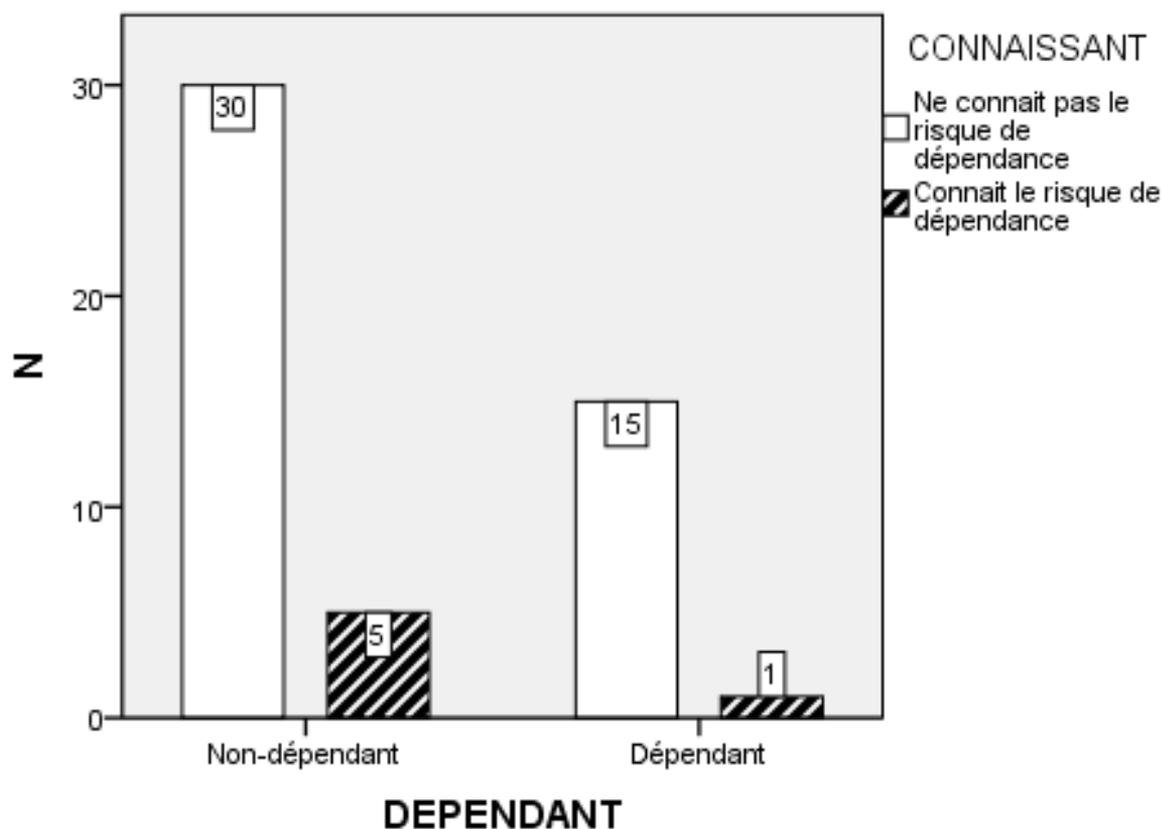
Le taux de connaissance chez les cas n'était pas significativement plus élevé que chez les témoins, Odds Ratio: 1.2 [0,4 ; 4,0] [Figure 1]. Au préalable, un test du Chi2 a été réalisé entre les variables « dépendant » et « connaissant ». Ce test n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative ($\chi^2(1) = 0.102, p = 0.749$).

Figure 1. - Relation entre DEPENDANT et CONNAISSANT



L'analyse secondaire de la capacité à dénommer le mot dépendance chez les cas et les témoins n'était pas en faveur d'une différence significative, OR= 0,4 [0,1 ; 3,7] [Figure 2]. Au préalable, un test de Fisher a été réalisé entre les variables « dépendant » et « connaissant_Mot ». Ce test n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative ($F(1) = 0.670$, $p = 0.413$).

Figure 2. - Relation entre DEPENDANT et CONNAISSANT LE RISQUE DE DEPENDANCE



IV. DISCUSSION

IV.1. Principaux résultats

Cette étude préliminaire n'a pas permis de conclure quant à une association entre dépendance aux hypnotiques et connaissance du traitement. Néanmoins, nous avons montré la faisabilité d'une telle étude dans le contexte de la médecine générale. De plus, le recueil de la connaissance du traitement semble indiquer que de nombreux sujets méconnaissent le risque de dépendance lié aux hypnotiques avec une tendance plus marquée pour les sujets dépendants, sans pour autant obtenir une significativité statistique. Augmenter la puissance statistique de l'étude pourrait permettre de montrer une différence sur ce point précis.

IV.2. Biais de l'étude

Il existe également plusieurs biais pouvant rendre compte de l'absence de différence significative. D'abord, la population de ce travail n'était pas représentative de la population générale consultant en médecine générale. En effet, le recueil n'a été effectué que sur 3 cabinets, en Eure et Loir. La spécialisation d'un médecin dans le domaine de l'hypnose influence très probablement sa pratique quotidienne, la représentativité de sa patientèle (nombre de patients anxieux ou dépressifs plus important) et donc les résultats. Il en est de même pour le sevrage tabagique. Il n'a pas été possible de réaliser une comparaison des données recueillies chez chaque praticien ainsi que de comparer les caractéristiques sociales des patients. Un nombre plus élevé de médecins auraient permis d'avoir une population d'étude plus représentative. Un autre biais de sélection réside dans le fait que nous avons exclu volontairement les sujets de plus de 75 ans, afin de limiter l'impact des troubles cognitifs, même si presque la moitié des prises s'effectue après 85ans [20]. Il paraissait difficile d'effectuer un dépistage systématique par M.M.S. (Mini-Mental State) à chaque personne âgée, pour un motif de prévalence de maladies neuro-dégénératives (type maladie d'Alzheimer) plus élevée. Sa mise en place, son but et son interprétation auraient été complexes avec une prise en charge tout aussi délicate. Ce test aurait été fait de surcroît dans un contexte parfois aigu. Enfin, le principal écueil de ce travail concernait l'absence de questionnaire validé dans la littérature relatif

à la définition de la connaissance d'un traitement, notamment par hypnotiques. Sans influence sur le score total des patients, certaines réponses aux questions 5 et 6 sont l'illustration d'une mauvaise compréhension du questionnaire. Au total, 7 patients (1 cas et 6 témoins) connaissent le délai maximal de prescription des hypnotiques mais ne pensaient pas avoir dépassé ce délai alors qu'ils étaient à une prise chronique minimale de 6 mois. Probablement une confusion entre le délai maximal de prescription sur l'ordonnance avec le délai maximal de prescription des hypnotiques en générale. Lors de futures études, une reformulation de ces questions semble nécessaire.

IV.3. Comparaisons à la littérature

Des données sociodémographiques et médicales :

La proportion d'un homme pour deux femmes est voisine des données de l'HAS selon lesquelles en France le ratio femme/homme est de 1,6 pour l'insomnie. Pour rappel, une pathologie anxieuse ou dépressive peut être cause ou conséquence d'une insomnie. Or, le sexe féminin ou les antécédents anxio-dépressifs sont retrouvés dans les études comme facteurs favorisant la dépendance [21]. La dépression est citée comme une caractéristique commune des patients addictifs, qu'elle soit un facteur prédisposant ou une conséquence des conduites addictives [22]. Elle joue un rôle important dans la consommation chronique des benzodiazépines. Pareillement, une insomnie est souvent associée à une anxiété chronique et inversement. C'est une hypothèse pour expliquer la forte prescription de *Bromazépam* (Lexomil®), hors AMM dans l'insomnie. L'anxiété chronique peut aussi cacher des symptômes sous-jacents de dépression résistant au traitement et conduisant à une prescription de longue durée. Par ailleurs, la prescription de *Zolpidem* (Stilnox®) est retrouvée de façon prépondérante dans les études évaluant le traitement de l'insomnie. Mieux évalué et de demi-vie courte, il est connu pour posséder une proportion d'effets résiduels parmi les plus faibles après 8 heures d'administration [2]. Cependant, cinquième médicament le plus prescrit en France en 2002, il a été classé psychotrope à risque d'abus et de dépendances cette même année après que l'OMS est recueillis de nombreuses données sur des développements de dépendance et de tolérance avec cette molécule [13]. Certains patients ont commencé le traitement par *Zolpidem* avec une prise quotidienne au coucher, au bout de plusieurs semaines, ce traitement a montré un manque d'efficacité sur l'insomnie et une anxiété durant la journée d'où une escalade parfois vertigineuses des doses [23]. A noter que d'après le

réseau d'addicto-vigilance, les 5 benzodiazépines faisant le plus l'objet d'abus par les patients suivis par les médecins généralistes sont le *Zolpidem*, le *Bromazépam*, l'*Oxazépam*, la *Zopiclone* et l'*Alprazolam* (enquête OPEMA 2010) et le *Zolpidem*, le *Clonazépam*, le *Bromazépam*, le *Flunitrazépam*, le *Zopiclone* et l'*Alprazolam* figurent parmi les plus retrouvées sur les ordonnances suspectes de falsification présentées aux pharmaciens d'officine (enquête OSIAP 2010) [4] [24].

Des réponses aux questionnaires évaluant la dépendance et la connaissance:

Par l'intermédiaire du questionnaire ECAB, seize patients se déclaraient dépendants à leur hypnotique, soit 31%. Des valeurs similaires, de 30 à 50%, sont retrouvés dans les études évaluant le syndrome de sevrage, l'effet rebond et donc la dépendance aux hypnotiques [2] [4] [21]. Réponses dominantes à ce questionnaire, le besoin d'avoir le médicament sur soi (question 1) et la peur d'en manquer (question 6) illustrent parfaitement chez les cas et les témoins la crainte de ces 2 effets et un attachement psychologique important aux hypnotiques ou apparentés. Dans une vaste étude épidémiologique représentative de la population française, en 2007, sur 4425 patients anxieux et/ou dépressifs consommateurs de benzodiazépines au long cours en médecine générale, les auteurs trouvaient 55% de personnes considérées comme dépendante [25]. La moyenne totale des réponses positives à l'échelle ECAB était de 5,61 (+/-2,11) contre 4,1 (+/-2,9) dans notre étude. La 9ème proposition y était la plus approuvée, à 82,7% : « je prends ce médicament car je vais mal quand j'arrête ». Le phénomène de dépendance y est considéré comme un acteur majeur dans la pérennisation de l'usage des benzodiazépines, même en l'absence d'effet thérapeutique suffisant. Dans un autre travail, en 2008, des médecins de l'assurance maladie de Mulhouse, ont sélectionnés 53 patients tirés au sort, âgés entre 20 et 70 ans (pour des raisons similaires à notre étude). Leur but était d'évaluer le niveau d'anxiété et de dépendance des primo-consommateurs d'anxiolytique-benzodiazépiniques à l'aide de l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) et l'échelle ECAB. Après seulement 3 mois de traitement, 23% des sujets étaient dépendants. Une association entre symptômes anxieux-dépressifs et dépendance était une nouvelle fois retrouvée. Ses auteurs inscrivent, dans la conclusion, la discordance existante entre les recommandations, l'utilisation chronique des benzodiazépines et la faible accessibilité de la population tout venante à des recours non médicamenteux [26].

Concernant l'évaluation de la connaissance dans notre étude, environ la moitié des patients connaissaient leur traitement : 53 % de connaissance contre 47% de non connaissance. Cette proportion de connaissance était retrouvée dans des études déjà publiées évaluant la connaissance globale du patient [16], [17], [18]. De même, les items les mieux connus étaient : le nom et l'indication du traitement ; les moins connus, étaient ceux pouvant faire la dangerosité du médicament : la fréquence de prise, le dosage, les interactions et surtout les effets secondaires dont la dépendance. Or, cette répartition proche de 50% de connaissance ou de non connaissance pourrait également être le reflet soit d'un manque de puissance de l'étude, soit de mauvaise qualité éventuelle du questionnaire évaluant la connaissance, soit d'une possible absence d'impact de la connaissance globale de son hypnotique sur la dépendance. Définir la connaissance des patients par la seule capacité à nommer l'effet indésirable « dépendance », pourrait être une autre piste de recherche pour de futures études, étant donnée la tendance en faveur d'une connaissance plus importante du risque de dépendance chez les personnes non-dépendantes. De plus, la connaissance du traitement par le patient est aussi le reflet de l'information délivrée avec une perte notable de celle-ci au moment de sa transmission. Donner une information minimale systématique au moment de chaque prescription, sur l'effet indésirable le plus important des hypnotiques, est une solution à envisager. Par exemple, « il y a un véritable risque de dépendance avec ce produit et il est possible d'envisager son arrêt dès maintenant : que pensez vous d'une semaine ? ». C'est une possibilité qui a donné de bons résultats lors de mon stage de niveau 1, où la seule évocation par le médecin du risque de dépendance avait parfois permis de stopper l'engrenage vers une prescription chronique. Enfin, de futurs travaux pourraient comparer la connaissance d'une population à usage chronique, à une autre dont la consommation serait inférieure à 6 mois, afin d'identifier les éléments dans la connaissance de leur traitement par hypnotiques qui auraient influencé la réduction de la durée de leur consommation d'hypnotiques, ainsi que tous les éléments qui auraient motivé l'arrêt de ce traitement hypnotique.

V. CONCLUSION

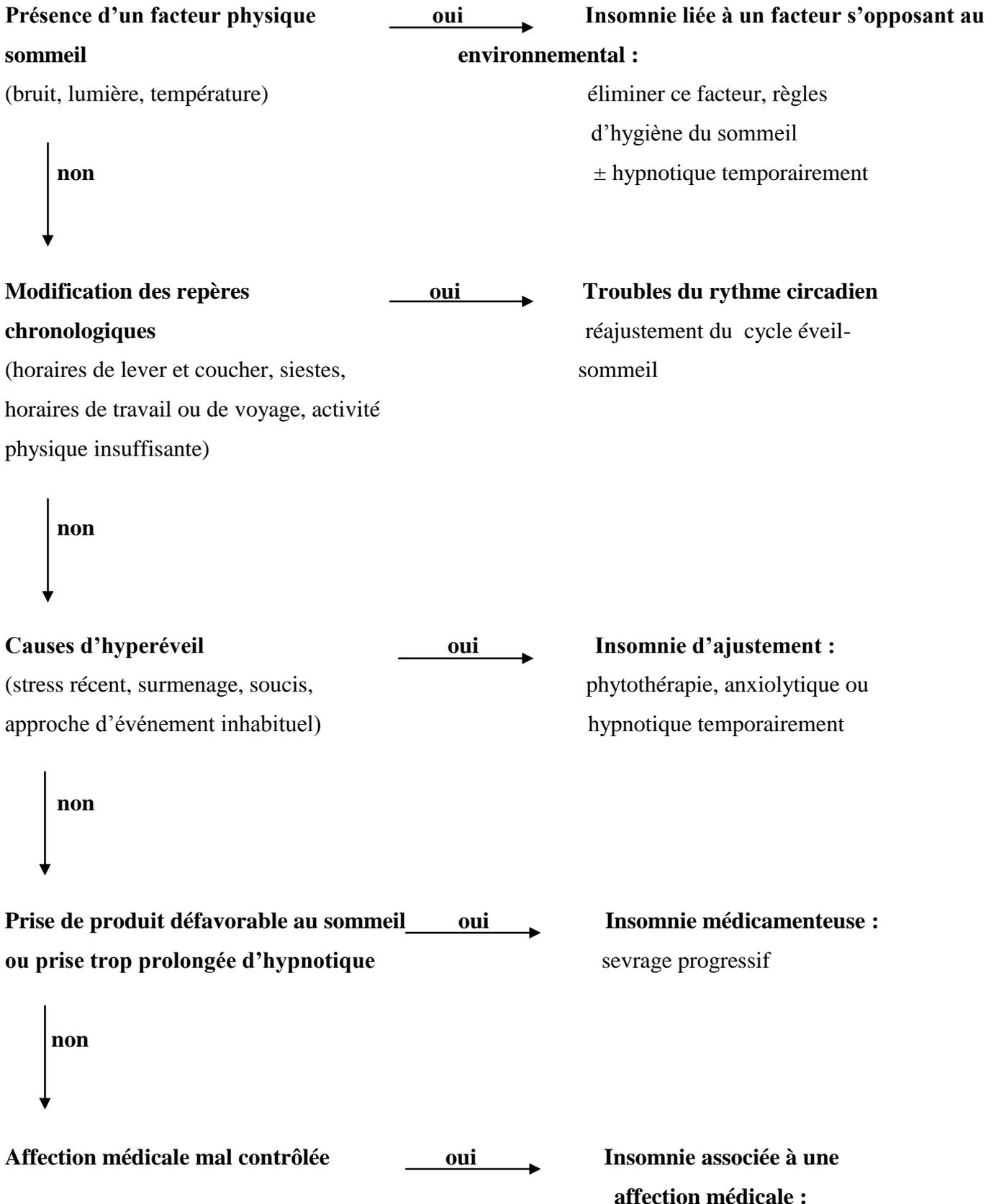
Aux vues des remarques précédentes, de nouvelles études de puissance plus importante, évaluant une relation entre connaissance et dépendance médicamenteuse aux hypnotiques semblent nécessaires. Dans l'attente de ces résultats et afin de limiter une partie des utilisations chroniques et leurs conséquences, il semble envisageable en pratique d'indiquer au patient, comme une information minimale, le risque de dépendance médicamenteuse dès la première prescription et à chaque renouvellement d'hypnotiques ou apparentés. Outre les derniers outils d'aide à la prise en charge de l'insomnie en médecine générale (arbres décisionnels résumant les recommandations, mémos « conseils pour aider la personne à garder un bon sommeil »...), récemment proposés par l'HAS, l'entretien motivationnel est présenté comme un autre moyen non médicamenteux pour aider le professionnel de santé à épauler le patient insomniaque et/ou à préparer une consultation visant l'arrêt de la prescription [4]. En effet, telle la pyramide des besoins de Maslow, « nous recherchons d'abord à satisfaire chaque [besoin](#) d'un niveau donné avant de penser aux besoins situés au niveau immédiatement supérieur de la pyramide [Annexe 5]. C'est-à-dire que nous recherchons à satisfaire les besoins physiologiques avant les besoins de sécurité » : c'est pour cela que, dans une situation comme l'insomnie nous serions prêts à prendre le risque des effets indésirables des hypnotiques et apparentés [27]. La formation à l'entretien motivationnel est conçue pour soutenir les patients dans la modification de leurs comportements [28]. Développé au cours des années 80 aux États-Unis et au Royaume-Uni, ses applications ont tout d'abord concerné les addictions, et en particulier le traitement des dépendances à l'alcool, au tabac ou aux drogues illicites, puis se sont étendues à toutes les situations d'« accompagnement au changement ». Elle se base sur l'hypothèse que la plupart des patients qui arrivent en consultation ne sont pas nécessairement prêts à changer [29] et repose sur trois approches fondamentales : la collaboration avec une personne unique, l'évocation des motivations propres aux patients et le respect de son autonomie. Quatre principes servent également de guide à l'intervention motivationnelle : exprimer l'empathie, développer la divergence, prendre en compte la résistance et renforcer le sentiment d'efficacité personnelle. Plus qu'une simple information, cette méthode s'adapte parfaitement à la prévention primaire et secondaire des dépendances aux somnifères en encourageant la

connaissance de l'insomnie et ses traitements par le patient. Face aux difficultés nationales de prise en charge de l'insomnie, l'entretien motivationnel est une ressource supplémentaire pour les médecins. Il renforce notre idée que la connaissance des traitements serait un facteur protecteur contre la dépendance et donc notre hypothèse d'étude: la mauvaise connaissance de son hypnotique ou apparenté comme facteur de risque de dépendance à celui-ci.

VI. ANNEXES

Annexe 1 : Plainte d'insomnie, arbre décisionne

HAS. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale (inspiré de Billiard M. Quotidien du Médecin). Recommandations et argumentaires. 2006. <http://www.has-sante.fr>



améliorer le traitement de
l'affection ± hypnotique
temporairement

non



**Trouble dépressif,
trouble anxieux caractérisé
ou autre trouble mental**

oui



**Insomnie associée à une
affection psychiatrique**
: traiter l'affection ± thérapie
cognitivo-comportementale
± hypnotique temporairement

non



**Suspicion d'un trouble respiratoire, de
mouvements périodiques ou de jambes
sans repos liés au sommeil**

oui



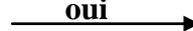
**Syndrome d'apnées du
sommeil, syndrome
des jambes sans repos :**
adresser le patient à un
centre du sommeil

non



**Associations mentales défavorables
au sommeil, efforts excessifs pour
dormir, tension somatisée,
ruminations**

oui



**Insomnie primaire
psychophysiologique :**
thérapie cognitivo-
comportementale
+ hypnotique temporairement

Annexe 2 : Echelle ECAB.

Nom et Prénom:

N° de téléphone :

QUESTIONNAIRE N ° 1

Vous prenez un somnifère, merci de répondre à ces quelques questions. Les idées ci-dessous correspondent à ce que vous pensez, cocher la case « vrai »; cochez la case « faux » dans le cas contraire. Il est indispensable de répondre à toutes les propositions avec une seule réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas sûr(e) de votre réponse.

FAUX

VRAI

- 1. Où que j'aie, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi
- 2. Ce médicament est pour moi comme une drogue
- 3. Je pense que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament
- 4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament
- 5. J'ai l'impression de prendre beaucoup de ce médicament
- 6. J'ai parfois peur de manquer de ce médicament
- 7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade
- 8. Je prends mon médicament car je ne peux plus m'en passer
- 9. Je prends ce médicament car je vais mal quand j'arrête
- 10. Je prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin

Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation de la connaissance.

QUESTIONNAIRE N ° 2

Connaissez-vous votre somnifère ?

Sans regarder votre ordonnance merci de répondre à ces quelques questions.

○ 1. Quel est le nom de votre « somnifère »?

.....

○ 2. Quelle est l'indication (motif de prescription) de ce traitement ?

.....

○ 3. Combien de comprimés par jour vous ont été prescrit par votre médecin?

.....

○ 4. Quel est le dosage d'un comprimé (souvent exprimé en gramme ou mg) ?

.....

○ 5. Connaissez-vous la durée maximale de prescription de ce traitement par votre médecin?

si oui, quelle est cette durée ? Oui Non

.....

○ 6. Pensez-vous avoir dépassé ce délai ? Oui Non

○ 7. Pouvez-vous citer des effets secondaires de ce médicament à courts et longs termes?

si oui, lesquels ? Oui Non

.....

○ 8. Quelles sont les interactions possibles / avec quelles substances ne devez-vous pas associer ce traitement ?

.....

Annexe 4 : Questionnaire d'évaluation des caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients.

CARACTERISTIQUES

- Quel âge avez-vous ?

.....

- Quelle est votre situation sociale et professionnelle ?

.....

- Avez-vous des antécédents de maladies cardiaques, neurologiques, psychiatriques ?

.....

- Depuis quand prenez-vous un somnifère ?

.....

- Combien de médicaments avez-vous sur votre ordonnance ?

.....

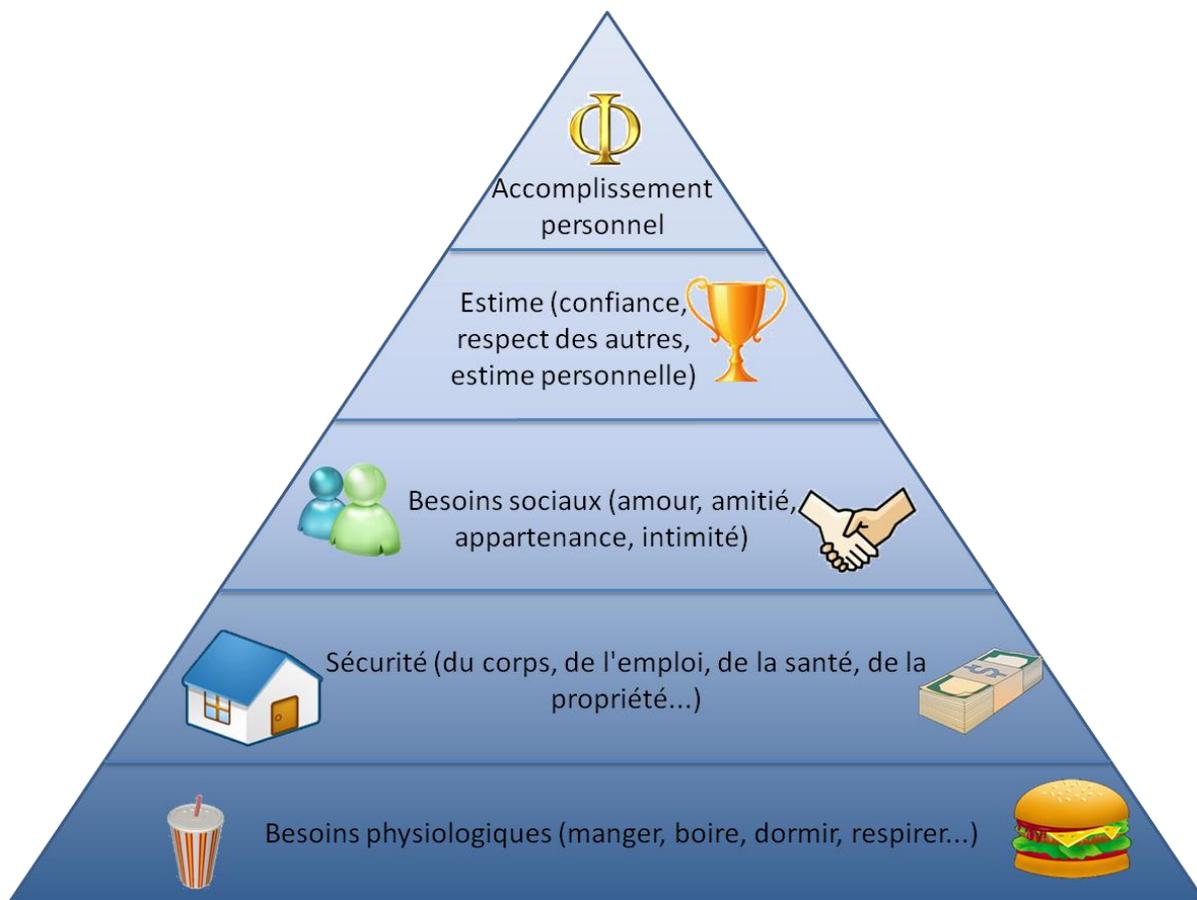
- Quels sont leurs noms ?

.....

- Vos médicaments sont-ils gérés par une tierce personne ?

.....

Annexe 5 : Pyramide des besoins selon Maslow



VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Ohayon MM, Caulet M. Psychotropic medication and insomnia complaints in two epidemiological studies. *Can J Psychiatry* 1996; 41(7): 457-64.
- [2] HAS. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Recommandations et argumentaires. 2006. <http://www.has-sante.fr>.
- [3] *Rapport d'expertise. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Janvier 2012.* www.anism.sante.fr.
- [4] HAS. Trouble du sommeil : lutter contre le réflexe « somnifère ». Lettre d'information de la HAS n°34. Octobre 2012. <http://www.has-sante.fr>.
- [5] Durée maximale de prescription des médicaments classés comme hypnotiques et anxiolytiques. <http://www.anism.santé.fr>.
- [6] Retrait de l'AMM de Noctran® et de Mépronizine® : l'Afssaps émet des recommandations sur la conduite à tenir pour arrêter un traitement par hypnotique, 25/07/2011. <http://www.anism.sante.fr>.
- [7] Desmidt T., Camus V. Psychotropes et sujet âgé. EMC, Psychiatrie, 37-540-C-10, 2011.
- [8] Benzodiazépines et démence : limiter les risques par un strict respect des règles de prescription et de bon usage - Lettre aux professionnels de santé. <http://www.anism.sante.fr>.
- [9] Briot M. Le bon usage des médicaments psychotropes. [Rapport de l'office parlementaire de l'évaluation des pratiques de santé]. 2006. <http://www.assemblee-nationale.fr>.
- [10] HAS. Ensemble, améliorons la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. (Psycho SA). 2007. <http://www.has-sante.fr>.
- [11] HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. 2007. <http://www.has-sante.fr>.
- [12] American Academy of Sleep Medicine (AASM). International classification of sleep disorders. Second edition: diagnostic and coding manual. Westchester, Illinois. American Academy of Sleep Medicine. 2004.
- [13] Plaintes de mauvais sommeil. *La Revue Prescrire*. Février 2008/Tome 28 N° 292.

- [14] Traore A. Connaissance des patients sur leur traitement: impact sur le travail aux urgences. Thèse pour un doctorat en médecine. Université Paris Diderot- Paris 7. Janvier 2011
- [15] Samanta Etges Fröhlich, Tatiane da Silva Dal Pizzol, Sotero Serrate Mengue. Instrument to evaluate the level of knowledge about prescription in primary care. *Rev Saude Publica* 2010; 44(6).
- [16] Kristenson J., Modig S., Midlöv P., Hallberg I. R., Jakobsson U. Healthcare utilization and knowledge concerning prescribed drugs among older people. Springer Verlag 2010.
- [17] Maio V., Jtkowitz E., Herrera K., Abouzard S., Negri G., Del Canale S. Appropriate medication prescribing in elderly patients: how knowledge are primary care physicians? A survey study in Parma Italy. *J Clin Pharm Ther* 2011 August.
- [18] Patris-Vandesteene S., Macrez A., Quenon J-L., Soury F., Rufat P., Farinotti R., Regnier B. Information des patients : évaluation de leurs connaissances après prescription de médicaments dans un CHU parisien. *Journal de Pharmacie Clinique*. Volume 21, Numéro 2, 115-21, Juin 2002, Information et dispensation.
- [19] Adolescent et sommeil. www.sommeil-mg.net
- [20] HAS. Questions/réponses concernant les troubles du sommeil : Stop à la prescription systématique de somnifère chez les personnes âgées. <http://www.has-sante.fr>.
- [21] Reyssset A. Les benzodiazépines dans l'anxiété et l'insomnie : dangers liés à leur utilisation et alternatives thérapeutique chez l'adulte. Thèse pour un doctorat en pharmacie. Faculté de pharmacie de Grenoble. Année 2010.
- [22] Speranza M., Stéphan P., Corcos M., Loas G., Taieb O., Guilbaud O., Perez-Dias F., Venisse J-L., Bizouard P., Halfon O., Jeammet P. Étude des liens entre l'alexithymie, l'expérience dépressive et la dépendance interpersonnelle chez des sujets addictifs. *Masson, Paris, 2003 Ann. Med. Interne, 2003.154, Hors série I, pp. 1S65-1S75*
- [23] Dépendance aux hypnotiques : Zolpidem et Zopiclone aussi. *La Revue Prescrire. Octobre 2000/Tome 20 N° 210.*
- [24] Lader, M. Withdrawal Reactions after Stopping Hypnotics in Patients with Insomnia. *CNS Drugs*. 1998, Vol. 10 Issue 6, p425-440. 16p.

[25] Pelissolo A. et al. 2007. Troubles anxieux et dépressifs chez 4425 patients consommateurs de benzodiazépines au long cours en médecine générale. *Encéphale*. 2007, Vol. 33.54.

[26] Barthelmé B., Pairo Y. Niveau d'anxiété et de dépendance des primoconsommants d'anxiolytiques : une étude de psychométrie. *La Presse Médicale*, Volume 37, Issue 11, Pages 1555-1560.

[27] Pyramide des besoins. www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/Maslow.pdf.

[28] L'entretien motivationnel : pour une relation soignant-patient de qualité. *La Revue Prescrire*. Novembre 2010/Tome 30, N°325.

[29] Mémo « l'entretien motivationnel » 08/03/2013. <http://www.has-sante.fr>.