

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 13 Octobre 2015

Par Sandrine OUHAYOUN

Etude de pratique
sur les alternatives thérapeutiques médicamenteuses
aux benzodiazépines et apparentés prescrites dans l'insomnie
par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Julie DUPOUY

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane Oustric	Président
Monsieur le Docteur Michel Bismuth	Assesseur
Madame le Docteur Maryse Lapeyre-Mestre	Assesseur
Madame le Docteur Julie Dupouy	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUDAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophtalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

M.C.U.

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Je vous prie de croire à l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à la formation des étudiants en médecine générale.

A Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à ce jury et de juger ce travail. Merci également de votre aide apportée lors du recrutement des médecins généralistes, grâce à votre implication au sein de l'URPS. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Docteur Maryse LAPEYRE-MESTRE

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de siéger à ce jury et d'avoir accepté de juger ce travail.

A Madame le Docteur Julie DUPOUY

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être ma directrice de thèse. Ton enthousiasme et ta passion pour la recherche sont un très bel exemple pour la médecine générale. Tu m'as été d'une grande aide, tout au long de ce travail, où tu as su me guider grâce à tes conseils avisés, ton expérience dans la recherche, et ta grande disponibilité, y compris durant tes week-ends et tes congés. Sois assurée de toute ma gratitude et de mon profond respect.

Je remercie les médecins généralistes de Midi-Pyrénées qui ont accepté de participer à cette étude. Merci de l'intérêt que vous portez à ce sujet, et à la recherche en médecine générale.

A mes maîtres de stage et aux médecins généralistes que j'ai rencontrés tout au long de ma formation

Je vous remercie de votre implication et de votre investissement au sein de la formation en médecine générale. Vous m'avez apporté vos connaissances, et j'ai pu, grâce à vos différentes conceptions de la médecine générale, façonner ma propre vision de ce beau métier. Je remercie en particulier le Docteur Philippe Poinot, tu m'as apporté une ouverture d'esprit dont je ne me savais pas capable. Merci Christine Cerna pour ta gentillesse, l'implication, et le temps passé à prendre soin de tes internes. Merci aux médecins et aux secrétaires d'Auterive pour votre accueil chaleureux au sein du cabinet.

A ma famille

Papa, Maman, merci de m'avoir encouragée dans cette voie, et de m'avoir soutenue, tout au long de mon cursus. Merci Carole pour ta relecture attentive. Jacques, je te remercie de t'être intéressé à ce sujet palpitant qu'est l'insomnie. Janine, merci pour ton soutien. Enfin je remercie toute ma famille, pour l'intérêt que vous portez à mes études, et à mon avis de jeune médecin, bien que je n'arrive pas toujours à vous apporter des solutions.

A mes amis

Marion, Julia, Gabrielle, merci pour tous ces bons moments, vous êtes là quand j'en ai besoin, votre amitié m'est très chère! Merci à toutes les personnes que j'ai rencontrées durant ces neuf ans de cursus. Selim, Ambre, Philippe, Claire, et tous les autres, merci pour tous ces instants partagés !

Merci aussi à toute la fine équipe des énaciens et associés, trop nombreux pour tous vous citer, de m'avoir acceptée dans votre grande famille. Merci pour toutes ces soirées et week-ends de décompression, j'espère que notre amitié durera encore longtemps.

Merci à Vincent, Aurélie, Florence, Fleur, et tous les autres, pour ces matchs de badminton, plus ou moins endiablés, soirs et week-end, qui ont permis de m'oxygéner le corps et l'esprit !

A Flavien

Je remercie le badminton de t'avoir mis sur ma route. Tu es une personne exceptionnelle, par ta sincérité, ton humour, et ton écoute toujours attentive. Tu m'apportes ton soutien et ton affection à tous les instants. Tu m'as permis, avec ces heureuses années passées ensemble, de m'épanouir. Je te remercie infiniment de la confiance que tu me portes. Tu m'as soutenue dans tous mes choix, et je t'en suis extrêmement reconnaissante. Tu m'amènes, grâce à ton entrain et ta joie de vivre, tout ce dont je rêve.

« C'était un grand mystère que l'insomnie. A priori, quelle souffrance y avait-il à séjourner durablement dans un lit confortable, même sans dormir ? Pourquoi y devenait-on le siège de pensées atroces ? L'explication était celle-ci : l'insomnie consistait en une incarcération prolongée avec son pire ennemi. Ce dernier était la part maudite de soi. »

Amélie Nothomb, *Le crime du comte Neville*

Table des matières

Liste des tableaux, figures et annexes	3
Liste des abréviations	4
I. Introduction.....	5
II. Matériel et méthode.....	13
II-1. Schéma de l'étude.....	13
II-2. Critères d'inclusion.....	13
II-3. Estimation du nombre de sujets nécessaires.....	13
II-4. Description des questionnaires	13
II-5. Déroulement de l'étude	14
II-6. Analyse statistique.....	15
II-7. Aspects réglementaires	15
III. Résultats	16
III-1. Population d'étude	16
III-2. Médecins prescripteurs	16
III-3. Patients se plaignant d'insomnie.....	17
III-4. Critère d'évaluation principal : alternatives médicamenteuses aux benzodiazépines prescrites dans l'insomnie par les généralistes.....	18
III-5. Critères d'évaluation secondaire.....	22
III-5.a. Classes médicamenteuses prescrites selon la demande du patient.....	22
III-5.b. Alternatives non médicamenteuses prescrites dans l'insomnie lors de la consultation.....	22
III-5.c. Alternatives médicamenteuses et non médicamenteuses déjà expérimentées par les patients.....	23
III-5.d. Habitudes de prescription médicamenteuses et non médicamenteuses des médecins généralistes en Midi-Pyrénées	24
IV. Discussion	26
IV-1. Rappel des résultats principaux	26

IV-2.	Cohérence externe.....	27
IV-2.a.	Dans la littérature.....	27
IV-2.b.	Comparaison par rapport à l'étude menée parallèlement par F. Perinelli dans les officines	28
IV-3.	Validité interne : forces et faiblesses de l'étude	28
IV-4.	Validité externe	29
V.	Conclusion.....	30
	Références	31
	Annexes	34

Liste des tableaux, figures et annexes

Tableaux

Tableau I - Caractéristiques démographiques des médecins généralistes de Midi-Pyrénées inclus	17
Tableau II - Caractéristiques des patients inclus	17
Tableau III - Répartition des médicaments parmi les patients selon nombre de médicaments (n=263)	19
Tableau IV - Association de traitements en cas de ≥ 2 médicaments prescrits, n=35 (%)	20
Tableau V - Répartition des classes médicamenteuses prescrites par les généralistes	21
Tableau VI - Répartition de la classe médicamenteuse prescrite en fonction de la demande du patient	22
Tableau VII - Alternatives non médicamenteuses prescrites dans l'insomnie lors de la consultation parmi les 263 patients inclus	23
Tableau VIII - Alternatives médicamenteuses et non médicamenteuses déjà expérimentées par les patients (n=263)	24
Tableau IX - Habitudes de prescription médicamenteuses et non médicamenteuses des médecins généralistes en Midi-Pyrénées (n=71)	25
Figure I - Diagramme de flux	16

Annexes

ANNEXE 1 - Critères diagnostiques des insomnies et troubles du sommeil de l'ISCD-2	34
ANNEXE 2 - Agenda du sommeil	37
ANNEXE 3 - Conseils d'hygiène de sommeil (Inpes 2007)	38
ANNEXE 4 - Echelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines ECAB	39
ANNEXE 5 - Calendrier de suivi de l'arrêt des benzodiazépines	40
ANNEXE 6 - Médicaments ayant l'AMM dans l'insomnie	41
ANNEXE 7 - Médicaments de l'insomnie n'ayant pas l'AMM	42
ANNEXE 8 - Pistes de travail dans les TCC (34)	44
ANNEXE 9 - Questionnaire médecin	45
ANNEXE 10 - Questionnaire patient	47

Liste des abréviations

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ECAB : Echelle d'Attachement Aux Benzodiazépines

HAS: Haute Autorité de Santé

ICSD-2 : International Classification of Sleep Disorders - version 2

IMAO: Inhibiteurs non sélectifs de la recapture de la monoamine

IRS: Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la noradrénaline

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

INPES: Institut National de Prévention et d'Education Pour la Santé

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I. Introduction

La durée de sommeil permettant un fonctionnement optimal est variable en fonction des individus, et peut aller de 5 à 9 heures. En deçà du seuil individuel de sommeil, peuvent apparaître des altérations du fonctionnement diurne physique, psychique et social, et des troubles psychiatriques. En particulier un lien de cause à effet entre dépression et insomnie a été mis en évidence dans plusieurs études (1) (2). D'autre part les insomniaques auraient un risque accru d'accidents de la route et du travail, lié en grande partie aux traitements hypnotiques (3).

L'insomnie se définit comme « le ressenti d'une insuffisance de l'installation ou du maintien du sommeil, ou d'une mauvaise qualité restauratrice, associés 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 » (4).

Les critères généraux de l'insomnie selon l'International Classification of Sleep Disorders-version 2 (ICSD-2) sont les suivants :

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

1. Difficulté à s'endormir
2. Difficulté à rester endormi
3. Réveil trop précoce
4. Sommeil durablement non réparateur ou de mauvaise qualité

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

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

1. Fatigue, méforme
2. Baisse d'attention, de concentration ou de mémoire
3. Dysfonctionnement social, professionnel ou mauvaise performance scolaire
4. Instabilité d'humeur, irritabilité
5. Somnolence diurne
6. Baisse de motivation, d'énergie ou d'initiative
7. Tendance aux erreurs, accidents de travail ou lors de la conduite automobile
8. Maux de tête, tension mentale et/ou symptômes intestinaux en réponse au manque de sommeil
9. Préoccupations et soucis à propos du sommeil

Il existe plusieurs classifications des troubles du sommeil et de l'insomnie. La classification de l'ICSD-2, parue en 2004, avait été retenue par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations sur la prise en charge de l'insomnie de Décembre 2006. Les critères diagnostiques des types d'insomnie de l'ICSD-2 sont détaillés en annexe 1, ils peuvent être résumés ainsi (5) :

- **Insomnie par hygiène de sommeil inadéquate**
L'insomnie, présente depuis au moins un mois, est en rapport avec des horaires impropres, des consommations ou des activités inappropriées par rapport au sommeil.
- **Insomnies d'ajustement**
Il s'agit d'insomnies occasionnelles, transitoires ou de court terme, d'une durée de quelques jours à 3 mois, liées à des événements stressants ou à des situations nouvelles équivalant à un stress (parfois récidivantes ou pouvant néanmoins se chroniciser).
- **Insomnies chroniques sans comorbidité (ex-primaires)**
 - **Insomnie psychophysiologique** : elle est caractérisée par un conditionnement mental et physiologique qui s'oppose au sommeil, indépendamment de pathologies anxieuses ou dépressives.
 - **Insomnie paradoxale ou par mauvaise perception du sommeil** : les plaintes d'insomnie coexistent avec les résultats normaux des enregistrements de sommeil.
 - **Insomnie idiopathique** : début dans l'enfance ; insomnie permanente et stable.
- **Insomnies avec comorbidité (ex-secondaires)**
 - **Insomnie liée à une pathologie mentale** : état dépressif, trouble bipolaire, trouble anxieux généralisé, attaques de panique, troubles compulsifs, etc.
 - **Insomnie liée à une pathologie physique** : pathologie douloureuse, hyperthyroïdie, épilepsie, cardiopathie, trouble respiratoire, reflux gastro-œsophagien, neuropathie dégénérative, etc.
- **Insomnies liées à une drogue ou une substance perturbant le sommeil** : psychostimulants (caféine, nicotine, etc.), alcool, hypnotiques, médicaments prescrits, aliment ou toxique, etc.

L'insomnie chronique concernait 15,8% de la population entre 15 et 85 ans en 2010 (6). Ces chiffres ont une grande variabilité en fonction des études : 6% de la population française répondait aux critères les plus stricts de l'insomnie, alors qu'un tiers de la population française déclarait présenter des symptômes d'insomnie en 2002 (1). De plus, de nombreux patients n'abordent pas cette question avec leur médecin (5).

La prise en charge de ces troubles du sommeil n'est pas simple, et nécessite du temps, et souvent une consultation dédiée. Le médecin doit faire le diagnostic de l'insomnie, différencier les insomnies primaires, ou sans comorbidités, des insomnies secondaires, avec comorbidités, après avoir éliminé les diagnostics différentiels (syndrome d'apnée obstructive du sommeil, syndrome des jambes sans repos, mouvements périodiques des membres inférieurs notamment), et s'enquérir des thérapeutiques déjà essayées par le patient. Pour s'aider dans cette démarche, le médecin peut s'aider d'outils diagnostiques, en particulier de l'agenda de sommeil (annexe 2).

Ces conseils doivent être délivrés aux patients avant d'envisager toute thérapeutique médicamenteuse ou non médicamenteuse (5). Le guide « Bien dormir, mieux vivre » rédigé par l'Institut National de Prévention et d'Éducation Pour la Santé (Inpes) explique ces quelques règles (7), à considérer comme la base de l'éducation thérapeutique (cf. annexe 3).

Les benzodiazépines et apparentés sont au premier plan des prescriptions des généralistes (4).

Bien qu'elles possèdent toutes des propriétés hypnotiques, sédatives, anxiolytiques, myorelaxantes et antiépileptiques, toutes les benzodiazépines ne disposent pas toutes d'une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) dans l'insomnie. Les benzodiazépines hypnotiques (estazolam, nitrazépam, témazépam, lormétazépam, loprazolam) et apparentés (zolpidem, zopiclone) ont une AMM dans l'insomnie occasionnelle (traitement de quelques jours) et l'insomnie transitoire (2-3 semaines, en cas d'évènement anxiogène par exemple). Les benzodiazépines anxiolytiques ont une AMM dans l'anxiété, et sont préférées lorsque l'anxiété est le facteur dominant de l'insomnie (8).

Les effets indésirables de ces classes médicamenteuses sont nombreux :

- Effets résiduels diurnes (troubles de la concentration, de la mémoire, de l'équilibre, somnolence, céphalées, altération des performances psychomotrices et cognitives) ;
- Effet rebond d'insomnie à l'arrêt du traitement, syndrome de sevrage ;
- Accoutumance, tolérance et dépendances physique et psychique, ...

Les risques de chutes, fractures, dépression, suicides, et excès de mortalité sont particulièrement importants chez les personnes âgées, qui sont aussi les plus consommatrices de benzodiazépines et apparentés au long cours (9). Les apparentés aux benzodiazépines, ou « Z-drugs » (zolpidem et zopiclone) présentent des risques similaires aux benzodiazépines (10).

L'effet rebond est un des freins à l'arrêt des traitements hypnotiques, les patients ne souhaitant pas dégrader leur sommeil, les benzodiazépines sont donc souvent prescrites pour une durée plus longue que celle recommandée par la HAS (4 semaines pour les hypnotiques, 12 semaines pour les anxiolytiques). Le rapport d'expertise de l'AFSSAPS de Janvier 2012 sur la consommation de benzodiazépines en France retrouve un temps de traitement médian de 7 mois pour une benzodiazépine anxiolytique et hypnotique ou apparentée (11).

L'efficacité des benzodiazépines hypnotiques et apparentés est démontrée dans l'insomnie, mais leur quantité d'effet est faible (environ 1 heure de sommeil gagné par nuit), sans différence entre les molécules et son maintien à long terme n'est pas démontré (12). La HAS estime que leur rapport efficacité/effets est faible à court terme et insuffisant au-delà de 4 semaines expliquant un service médical rendu (SMR) faible dans l'insomnie occasionnelle et l'insomnie transitoire (13). Cette baisse du SMR a entraîné une diminution du taux de remboursement de 65% à 15% par la Commission de Transparence en 2014.

Il existe de nombreuses alternatives thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses dans l'insomnie. La HAS recommande, pour l'insomnie d'ajustement (occasionnelle ou de court terme), la phytothérapie, un hypnotique (doxylamine, benzodiazépine ou apparenté), ou un anxiolytique, si la composante anxieuse est prépondérante. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont le traitement de première intention dans l'insomnie chronique, après avoir rappelé les règles d'hygiène du sommeil (5).

Ces dernières années, de nombreuses études ont montré l'effet nocif des hypnotiques et anxiolytiques abondamment prescrits dans les pays occidentaux (14,15). La HAS a édité des outils pour aider à leur déprescription : Echelle Cognitive d'Attachement Aux Benzodiazépines ECAB (annexe 4), calendrier de suivi de l'arrêt des benzodiazépines (annexe 5), ... Une fiche mémo de la HAS de Juin 2015 résume la démarche du médecin traitant pour arrêter les benzodiazépines en ambulatoire (16).

Néanmoins, le rapport d'expertise de janvier 2012 sur la consommation des benzodiazépines en France de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) ne montrait pas de franche diminution des benzodiazépines ou apparentés hypnotiques (11).

Une étude de Juin 2012 retraçant les effets des campagnes anti-benzodiazépines sur la prescription des hypnotiques et anxiolytiques dans 9 pays européens retrouvait une prescription globale des anxiolytiques et hypnotiques stable entre 2007 et 2012 (17).

Bien que les généralistes soient au fait des effets nocifs des anxiolytiques et hypnotiques, la pression exercée par les patients, souvent dépendants, pour renouveler leur traitement, et le manque d'accès et d'information à des thérapeutiques alternatives, limite la déprescription des benzodiazépines et apparentées.

Les alternatives médicamenteuses aux benzodiazépines et apparentés peuvent être classées en deux groupes : les médicaments ayant l'AMM, et ceux n'ayant pas l'AMM. Les listes des médicaments et des noms commerciaux avec et sans AMM sont disponibles en annexes 6 et 7.

▪ Alternatives médicamenteuses ayant l'AMM dans l'insomnie

- *Antihistaminiques sédatifs de type H1 (Alimémazine, Prométhazine, Doxylamine)*

Certains antihistaminiques possèdent une AMM dans l'insomnie occasionnelle et transitoire. Ils ont une efficacité modérée démontrée à court terme dans l'insomnie légère (18). Ils

entraînent des effets résiduels diurnes, en raison de leur demi-vie de 8h en moyenne, des effets anti-cholinergiques, ainsi qu'une accoutumance rapide de 3 à 7 jours (4). Dans la littérature, on retrouve un mésusage des antihistaminiques, avec une consommation chronique, en particulier avec la doxylamine (19). Certains d'entre eux peuvent être délivrés sans ordonnance. Leur remboursement est variable en fonction des spécialités (0 à 15% de remboursement par l'assurance maladie).

- ***Mélatonine***

Seul Le Circadin^o, contenant de la mélatonine dosé à 2mg, a l'AMM en France dans l'insomnie primaire des patients de plus de 55 ans. Il n'est pas remboursé. Les études sur le sujet sont divergentes en ce qui concerne une potentielle efficacité (20,21). La mélatonine expose à des effets indésirables parfois graves (angio-œdèmes, galactorrhée,..) et ses effets à long terme sont mal cernés (22,23). Sa place dans la stratégie thérapeutique n'est pas établie.

- ***Phytothérapie***

Dans son cahier n°3, l'AFFSAPS liste 19 plantes qui ont une indication dans le « traitement symptomatique des états neurotoniques des adultes et des enfants, notamment en cas de troubles mineurs du sommeil » (24). Quelques données d'évaluation clinique de la phytothérapie ont montré une balance bénéfices-risques favorable des extraits de valériane, avec une efficacité modeste dans les troubles du sommeil (25). D'autres plantes comme le tilleul, la mélisse, l'oranger ou la verveine odorante paraissent sans effet indésirable notable, et sont en vente libre en France. La ballote (présente dans l'Euphytose^o), et l'anémone pulsatille, sont responsables d'effets indésirables parfois graves (26). Pour toutes ces plantes, il existe peu de données fiables d'efficacité, et de données sur leur effets indésirables (27). Ces substances ne sont pas remboursées.

- ***Spécialités homéopathiques***

Un état des lieux de l'homéopathie a été fait en 2011 en Belgique. Aucun traitement homéopathique n'a d'efficacité démontrée au-delà de l'effet placebo. Il existe quelques études de méthodologie médiocre. Une synthèse de 19 essais cliniques n'a pas mis en évidence de risque avec ces substances (28).

Les médicaments homéopathiques sont divisés en deux catégories :

- **Médicaments homéopathiques à noms communs** : Ils sont vendus sous leur dénomination scientifique latine et présentent comme caractéristique commune de ne pas posséder d'indication thérapeutique, de posologie ou de notice,

conformément au principe selon lequel une souche peut correspondre à plusieurs symptômes et être prescrite pour des pathologies différentes. Pour être commercialisés, ils doivent faire l'objet d'un enregistrement. Sur prescription médicale, ils bénéficient d'un remboursement à hauteur de 30% par l'assurance maladie (29).

- **Médicaments homéopathiques à nom de marque ou spécialités homéopathiques :** Il s'agit de spécialités pharmaceutiques développées spécifiquement par les laboratoires homéopathiques, et distribuées sous un nom de marque. Ils associent généralement plusieurs principes actifs homéopathiques. Ils possèdent une AMM dans l'indication proposée (ici : « troubles mineurs du sommeil »). Ils sont disponibles sans ordonnance, et ne bénéficient pas de remboursement par l'assurance maladie.

▪ Médicaments n'ayant pas l'AMM dans l'insomnie

○ *Antidépresseurs sédatifs (amitryptiline, doxépine, miansérine, trimipramine)*

Ils ont parfois été préconisés à faible dose, même en l'absence de composante dépressive. Ils sont proposés en cas d'intolérance ou de contre-indication aux benzodiazépines. Ils auraient l'avantage de ne pas entraîner de dépendance. Ils sont utilisés (hors AMM) à faible posologie (30). Les études réalisées, peu nombreuses, n'apportent pas d'éléments probants en faveur de traitements de l'insomnie primaire par antidépresseurs, notamment pour des raisons méthodologiques. Ces médicaments possèdent par contre des effets indésirables avérés (31).

○ *Neuroleptiques*

La prescription de certains neuroleptiques à faible dose est une pratique relativement courante, notamment en Europe (4). Les études manquent quant à leur efficacité dans cette indication, malgré des effets indésirables importants (32–35).

○ *Médicaments homéopathiques à nom commun*

○ *Compléments alimentaires*

De multiples compléments alimentaires, à base de mélatonine, plantes, etc., sont aussi disponibles actuellement en France, sans ordonnance. Aucune étude n'est disponible pour ces substances. Ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie.

- *Agoniste des récepteurs de la mélatonine : Rameltéon*

Ce médicament, commercialisé aux Etats-Unis, a fait l'objet d'une demande d'AMM dans l'Union Européenne en 2007, mais cette demande a été refusée. Ce médicament n'a pas fait la preuve de son efficacité, mais peut entraîner des hyperprolactinémies, et des effets cancérogènes ont été mis en évidence lors d'études animales (36).

- **Des thérapeutiques non médicamenteuses sont également utilisées dans l'insomnie**

- *Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)*

C'est le traitement recommandé en première intention par la HAS dans l'insomnie chronique avec ou sans comorbidités (37). Ces thérapies ont prouvé leur efficacité à moyen et long terme (38), sur la réduction du délai d'endormissement, et le maintien du sommeil, mais pas sur la quantité de sommeil (4). L'annexe 8 résume les principales croyances explorées dans les TCC (39). Il existe plusieurs méthodes, isolées ou combinées :

- La restriction du sommeil : cette méthode consiste à réduire le temps passé au lit pour l'aligner sur le nombre d'heures estimées de sommeil effectif. Cette méthode est reconnue comme l'une des plus efficaces, avec le contrôle du stimulus (3).
- Le contrôle du stimulus : cette technique permet de réassocier les stimuli temporels et environnementaux au sommeil plutôt qu'à l'insomnie.
- La relaxation musculaire, le biofeedback, ... : elles visent à réduire l'état d'hypervigilance.
- La thérapie cognitive : elle identifie et combat les croyances relatives à l'insomnie.

- *Exercice physique*

Peu d'études apportant des preuves formelles ont été faites.

- *Photothérapie*

Elle agit sur la sécrétion endogène de mélatonine. Là encore, peu d'études concluantes ont été menées.

○ *Autres thérapeutiques non reconnues*

L'acupuncture : une revue systématique de la littérature parue en 2012 ne retrouve pas d'efficacité dans l'insomnie, une hétérogénéité des pratiques étant l'un des biais les plus importants intervenant dans l'absence d'efficacité retrouvée (40).

La sophrologie, l'hypnose, etc., sont autant d'alternatives existantes mais non évaluées, et non recommandées par la HAS dans le traitement de l'insomnie.

Une étude britannique parue en 2010 rapportant les habitudes de prescription et les points de vue des généralistes par rapport aux traitements médicamenteux pour traiter l'insomnie, a retrouvé une envie de réduire leur prescription d'anxiolytiques et hypnotiques, mais un manque de moyen pour proposer des alternatives (41). En France, les TCC, et le Circadin^o, nouvelle alternative thérapeutique proposée dans le traitement de l'insomnie, ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, de même que la phytothérapie et les spécialités homéopathiques. De plus les conseils d'hygiène de sommeil ou l'explication, la réalisation et l'étude des agendas de sommeil sont chronophages.

Depuis les campagnes de promotion de déprescription des benzodiazépines et apparentés, la promotion des TCC, et la mise sur le marché du Circadin^o, aucune étude n'a étudié les prescriptions des généralistes et les alternatives thérapeutiques médicamenteuses proposées aux patients se plaignant d'insomnie.

L'objectif principal de cette thèse était de décrire les traitements médicamenteux alternatifs aux benzodiazépines et apparentés prescrits par les médecins généralistes en cabinet libéral de la région Midi-Pyrénées chez des patients adultes de plus de 18 ans se plaignant d'insomnie.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les thérapeutiques non médicamenteuses prescrites lors de ces consultations, de faire un état des lieux des traitements médicamenteux et non médicamenteux déjà expérimentés par les patients, et des habitudes de prescription des généralistes dans l'insomnie.

Cette étude a été menée conjointement à une étude de M. F. Perinelli, portant sur un état des lieux des alternatives médicamenteuses aux benzodiazépines et apparentés dans les pharmacies d'officine de Haute-Garonne.

II. Matériel et méthode

II-1. Schéma de l'étude

Nous avons mené une étude observationnelle descriptive transversale des pratiques de prescriptions médicamenteuses dans l'insomnie par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées en mai et juin 2015.

Les généralistes recrutés avaient pour consigne d'inclure tous les patients de plus de 18 ans consultant pour un problème d'insomnie (première plainte ou non) qui se présentaient à leur cabinet pendant la durée de l'étude. Ils pouvaient inclure de 1 à 10 patients. Le nombre de 10 a été défini afin d'avoir un nombre de patients par médecin comparable et de s'affranchir de l'effet propre du médecin. Un médecin ne pouvait pas inclure de nouveau un patient qui consultait une deuxième fois pour insomnie.

II-2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient d'être un médecin généraliste, en activité libérale, en Midi Pyrénées et d'accepter de participer à l'étude. L'échantillon de médecins généralistes de Midi-Pyrénées a été obtenu par recrutement parmi la liste de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS).

II-3. Estimation du nombre de sujets nécessaires

Nous ne pouvions déterminer le nombre de réponses nécessaire, aucune étude n'ayant été retrouvée sur le pourcentage de prescriptions médicamenteuses alternatives aux benzodiazépines dans l'insomnie dans la littérature. Une étude canadienne rapportait cependant une prescription médicamenteuse sur ordonnance pour l'insomnie pour 11,9% de la population consultant en médecine générale. Le nombre de sujets nécessaires estimé grâce à cette étude était de 330 patients (42).

Pour des raisons logistiques et afin d'avoir un échantillon de médecins représentatif, nous avons décidé d'inclure n=100 médecins généralistes, pour un nombre de patients de 400, en estimant à 4 le nombre moyen de patients inclus par médecin sur 1 mois. Pour cela nous avons voulu interroger 2000 médecins généralistes, le taux de réponse étant généralement inférieur à 10% dans les enquêtes via la mailing liste de l'URPS.

II-4. Description des questionnaires

Pour connaître les caractéristiques de notre population de médecins généralistes, un « questionnaire médecin » a été élaboré (annexe 9).

Pour réaliser cette étude de pratique, un « questionnaire patient » (annexe 10) a également été élaboré. Ce questionnaire était rempli par le médecin avec l'accord du patient, sur proposition du médecin, dans le temps de la consultation.

Le questionnaire comportait les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents psychiatriques, ainsi que l'historique de l'insomnie et des traitements déjà essayés. Enfin la dernière partie était une copie de l'ordonnance prescrite pour l'insomnie.

Les questionnaires patients étaient anonymes. Les médecins avaient un code d'anonymat, distribué en début d'étude, qui permettait de les identifier de façon anonyme.

Ces questionnaires ont été créés sous forme papier, et également sous une forme modifiable et enregistrable en ligne (grâce au logiciel Lime Survey). Des questionnaires test ont été envoyés à quelques médecins généralistes (n = 5) pour en tester la faisabilité avant le début de l'étude.

II-5. Déroulement de l'étude

Les médecins généralistes ont été recrutés via l'URPS, qui les a contactés avec un premier mail. Celui-ci contenait une présentation du travail de thèse, et proposait aux médecins intéressés de laisser leurs coordonnées dans un premier questionnaire pour qu'ils soient recontactés par la suite. Un mail détaillant l'étude, et contenant un code d'anonymat leur était ensuite envoyé. Plusieurs modes de transmission des données, leur étaient proposés, pour qu'ils choisissent selon leur préférence.

- Un format web permettait de répondre en ligne aux questionnaires ;
- Le format papier des questionnaires était également en pièce-jointe dans le mail, pour les médecins qui préféraient ce format.
- Pour les médecins qui le souhaitaient, un courrier postal contenant leur code d'anonymat, une feuille de présentation de mon travail, un questionnaire médecin et 10 questionnaires patient sous format papier leur a été envoyé. Ce courrier contenait également une enveloppe pré-timbrée à mon adresse, permettant le renvoi des questionnaires complétés.

Les questionnaires ont été ensuite récupérés à mon adresse mail ou à mon adresse postale personnelle.

Nous avons programmé un recueil des données sur 1 mois à partir de la date d'envoi des formulaires avec le code d'anonymat aux médecins, pour avoir un nombre de réponses

suffisant. Une période plus longue de recueil des données n'était pas souhaitable, car la participation des médecins aurait été plus aléatoire et se serait essouffée dans le temps. Les médecins ont été relancés à 2 ou 3 reprises, par mail et par téléphone, au cours de la période d'inclusion.

Le recueil des données s'est déroulé du 2 mai au 30 juin 2015.

II-6. Analyse statistique

Les questionnaires web ont été créés en ligne avec le logiciel Limesurvey^o (Version 1.90+ Build 9406). Les questionnaires web, ainsi que les questionnaires récupérés sous forme papier qui ont été retranscrits dans les questionnaires web sur Limesurvey, ont été exportés dans Excel. Toutes les réponses ont été analysées avec Excel 2007. Les analyses statistiques ont été faites avec le logiciel BiostaTGV. La comparaison des âges a été faite avec le test de student, les comparaisons des variables qualitatives entre les sous-groupes ont été faites avec le test du χ^2 . Le risque α a été fixé à 5%.

II-7. Aspects réglementaires

L'étude a reçu un avis favorable de la commission d'éthique du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse le 12 Avril 2015.

III. Résultats

III-1. Population d'étude

Le diagramme de flux ci-dessous résume la population étudiée :

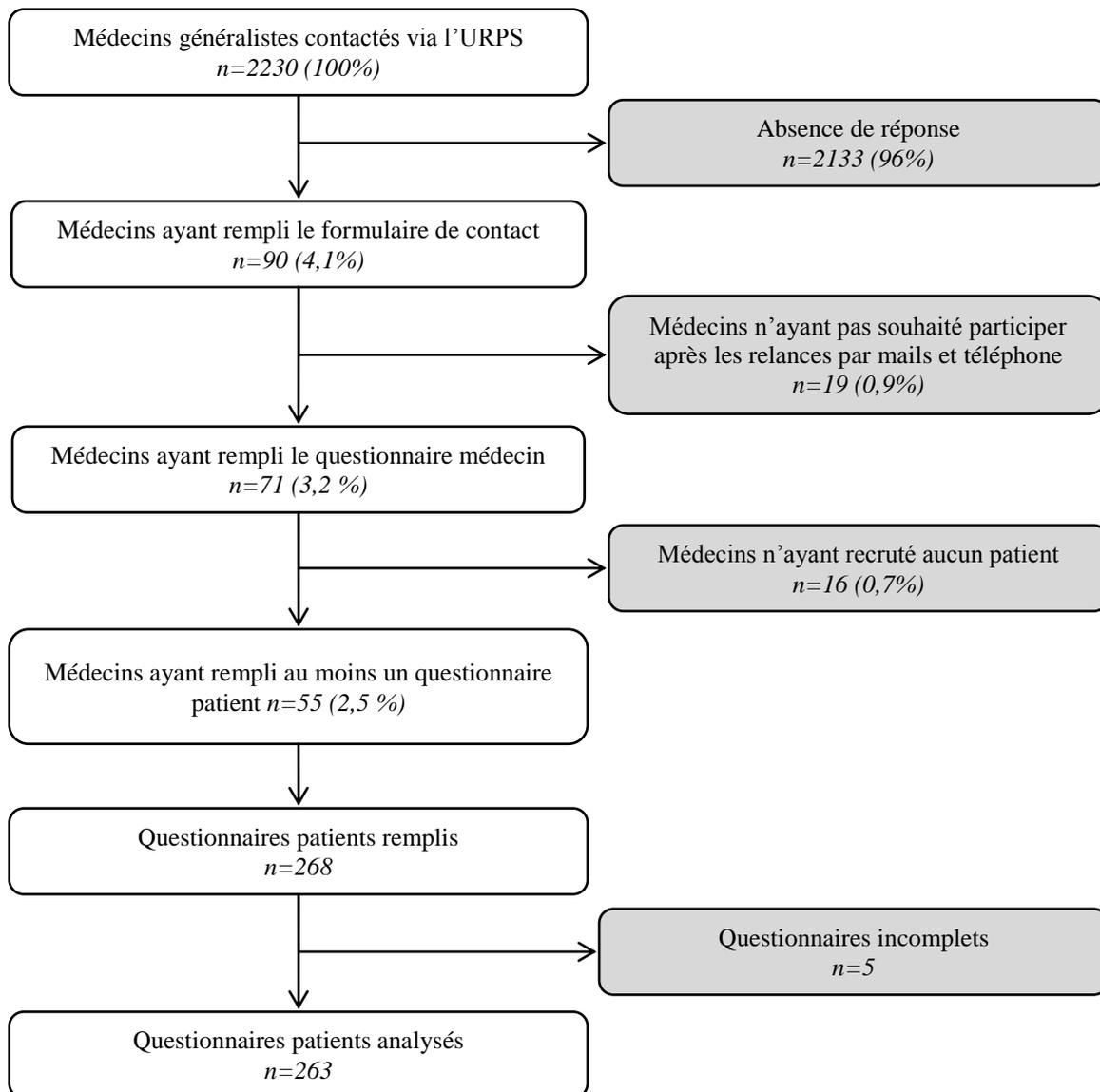


Figure I - Diagramme de flux

III-2. Médecins prescripteurs

Sur les 2223 médecins généralistes de Midi-Pyrénées sollicités par mail, 90 médecins (4,1%) ont rempli le formulaire de contact. Parmi ceux-là, 71 médecins (3,2%) ont participé à l'étude en remplissant le questionnaire concernant leurs caractéristiques. La moyenne d'âge des médecins participants était de 45,3 +/- 10,8 ans. Le tableau 1 décrit les caractéristiques des médecins inclus. Les médecins ayant inclus des patients étaient plus jeunes que les médecins n'en ayant pas inclus ($p = 0,054$).

Tableau I - Caractéristiques démographiques des médecins généralistes de Midi-Pyrénées inclus

	Médecins questionnés sur leurs pratiques (n=71)	Médecins ayant inclus ≥ 1 patient (n=55)	Médecins ayant inclus 0 patients (n=16)	Comparaison des 2 sous-populations
Sexe, n (%)				
Femmes	37 (52,1)	30 (54,5)	6 (37,5)	p=0,360
Hommes	34 (47,9)	25 (45,5)	10 (62,5)	
Age, moy +/- ET	45,3 +/- 10,8	43,6 +/- 10,4	49,9 +/- 11,0	p=0,054
Lieu d'installation				
Urbain	20 (27,8)	14 (25,5)	5 (31,3)	p=0,281
Semi rural	37 (51,4)	32 (58,2)	6 (37,5)	
Rural	14 (19,4)	9 (16,4)	5 (31,3)	

n= nombre ; ET= écart type ; moy= moyenne

III-3. Patients se plaignant d'insomnie

Sur les 71 médecins ayant participé, 55 médecins généralistes ont recruté au moins un patient, pour un total de 263 patients inclus, soit une moyenne de 4,8, et une médiane de 4 patients vus par chacun des 55 médecins. L'âge moyen des patients inclus était de 58,6 ans, et allait de 18 à 95 ans. Dans les antécédents des patients, on retrouvait une insomnie chronique pour 86 (32,7%) d'entre eux, une dépression pour 113 (43,0%) patients, et une addiction pour 29 (11,0%) patients (tableau II).

Tableau II - Caractéristiques des patients inclus

Total patients inclus, n (%)	n=263 (100)
Sexe, n (%)	
Femmes	174 (66,2)
Hommes	89 (33,8)
Moyenne d'âge +/- ET	58,6 +/- 18,6
Antécédents, n (%)	
aucun	80 (30,4)
insomnie chronique	86 (32,7)
dépression	113 (43,0)
addiction	29 (11,0)
<i>benzodiazépines</i>	9 (3,4)
<i>alcool</i>	15 (5,7)
<i>tabac</i>	8 (3,0)
<i>drogues illicites</i>	6 (2,3)
<i>autres</i>	4 (1,5)
autres atcd	18 (6,8)

III-4. Critère d'évaluation principal : alternatives médicamenteuses aux benzodiazépines prescrites dans l'insomnie par les généralistes

Sur les 263 patients venant pour insomnie, 34 (12,9%) n'ont eu aucun médicament pour l'insomnie, 229 (87,1%) ont eu au moins un traitement. Une prescription médicamenteuse alternative aux benzodiazépines et apparentés a été faite à 32,8% des patients ayant reçu un traitement médicamenteux, soit 75 patient (28,5% des patients inclus). Les alternatives prescrites par les généralistes étaient : des antihistaminiques à 25 patients (9,5%), des antidépresseurs à 17 patients (6,5%), de l'homéopathie à 11 patients (4,2%), de la phytothérapie à 10 patients (3,8%), des neuroleptiques à 6 patients (2,3%), de la mélatonine à 5 patients (1,9%), d'autres médicaments à 3 patients (1,1%). Des 263 patients, 173 (65,8%) ont eu une prescription d'au moins une benzodiazépine ou apparenté (tableaux III et IV).

Tableau III - Répartition des médicaments parmi les patients selon nombre de médicaments (n=263)

	0	≥1	1	2	3	4
Total, n (%)	34 (12,9)	229 (87,1)	194 (73,8)	30 (11,4)	2 (0,8)	3 (1,1)
Benzodiazépines et apparentés		173 (65,8)	144 (54,8)		29 (11,0)	
<i>Benzodiazépines</i>		80 (30,4)	57 (21,7)		23 (8,7)	
<i>N'ayant pas l'AMM</i>		58 (22,1)	36 (13,7)		22 (8,4)	
<i>Ayant l'AMM</i>		22 (8,4)	21 (8,0)		1 (0,4)	
<i>Apparentés</i>		103 (39,2)	87 (33,1)		16 (6,1)	
Alternatives aux Bzd/A.		75 (28,5)	50 (19,0)		25 (9,5)	
Antihistaminiques		26 (9,9)	20 (7,6)		6 (2,3)	
<i>Hydroxyzine Atarax°</i>		16 (6,1)	13 (4,9)		3 (1,1)	
<i>Doxylamine</i>		7 (2,7)	6 (2,3)		1 (0,4)	
<i>Alimémazine Théralène°</i>		3 (1,1)	1 (0,4)		2 (0,8)	
Antidépresseurs		17 (6,5)	9 (3,4)		8 (3,0)	
<i>IMAO (amitript., dosulépine)</i>		7 (2,7)	5 (1,9)		2 (0,8)	
<i>Miansérine</i>		5 (1,9)	4 (1,5)		1 (0,4)	
<i>ISRS (fluvox., escitalopram)</i>		2 (0,8)	1 (0,4)		1 (0,4)	
<i>IRS (venlafaxine)</i>		1 (0,4)	0 (0,0)		1 (0,4)	
<i>Sans précision</i>		2 (0,8)	1 (0,4)		1 (0,4)	
Homéopathie		11 (4,2)	6 (2,3)		5 (1,9)	
Phytothérapie		10 (3,8)	9 (3,4)		1 (0,4)	
<i>Euphytose°</i>		5 (1,9)	5 (1,9)		0 (0,0)	
<i>Autres</i>		5 (1,9)	4 (1,5)		1 (0,4)	
Neuroleptiques		6 (2,3)	4 (1,5)		2 (0,8)	
<i>Cyamemazine</i>		4 (1,5)	3 (1,1)		1 (0,4)	
<i>Loxapine</i>		1 (0,4)	1 (0,4)		0 (0,0)	
<i>Risperidone</i>		1 (0,4)	0 (0,0)		1 (0,4)	
Mélatonine		5 (1,9)	1 (0,4)		4 (1,5)	
Autres		3 (1,1)	1 (0,4)		2 (0,8)	
<i>Codéine (Néocodion°)</i>		1 (0,4)	0 (0,0)		1 (0,4)	
<i>Paracétamol</i>		1 (0,4)	0 (0,0)		1 (0,4)	
<i>Etifoxine (Stresam°)</i>		1 (0,4)	1 (0,4)		0 (0,0)	

Bzd/A. : benzodiazépines et apparentés ; fluvox : fluvoxamine ; amitript. : amitriptyline Laroxyl°

Tableau IV - Association de traitements en cas de ≥ 2 médicaments prescrits, n=35 (%)

Prescriptions pour ≥ 2 médicaments sur ordonnance, n	35 (100)
Benzodiazépine ou apparenté	29 (82,9)
+ Benzodiazépines ou apparentés	14 (40,0)
+ Antihistaminiques	4 (11,4)
+ Phytothérapie	1 (2,9)
+ Homéopathie	2 (5,7)
+ Autre	5 (14,3)
+ Antihistaminique + Bzd/A. + Bzd/A.	1 (2,9)
+ Mélatonine + autre	2 (5,7)
Homéopathie	3 (8,6)
+ Homéo + Homéo + Homéo	2 (5,7)
+ Mélatonine	1 (2,9)
Mélatonine + Homéopathie	1 (2,9)
Autre ttt + autre ttt	2 (5,7)

Bzd/A. : benzodiazépine ou apparenté ; Homéo : homéopathie ; Autre : antidépresseur, neuroleptique, codéine, paracétamol, étifoxine.

En tout, 272 traitements ont été prescrits aux 263 patients, dont 84 (30,9%) d'alternatives aux benzodiazépines ou apparentés (tableau V).

Tableau V - Répartition des classes médicamenteuses prescrites par les généralistes

Traitements médicamenteux, n (%)	272 (100)
Benzodiazépines ou apparentés	188 (69,1)
Benzodiazépines	86 (31,6)
<i>N'ayant pas l'AMM</i>	62 (22,8)
<i>Ayant l'AMM</i>	24 (8,8)
Apparentés aux benzodiazépines	102 (37,5)
Alternatives aux benzodiazépines	84 (30,9)
Antihistaminiques	26 (9,6)
<i>Hydroxyzine Atarax°</i>	16 (5,9)
<i>Doxylamine</i>	7 (2,6)
<i>Alimémazine Théralène°</i>	3 (1,1)
Phytothérapie	10 (3,7)
<i>Euphytose°</i>	5 (1,8)
<i>Autres</i>	5 (1,8)
Homéopathie	17 (6,3)
Mélatonine	5 (1,8)
Antidépresseurs	17 (6,3)
<i>IMAO (amitript., dosulépine)</i>	7 (2,6)
<i>Miansérine Athymil°</i>	5 (1,8)
<i>ISRS (fluvox., escitalopram)</i>	2 (0,7)
<i>IRS (venlafaxine Effexor°)</i>	1 (0,4)
<i>Sans précision</i>	2 (0,7)
Neuroleptiques	6 (2,2)
<i>Cyamemazine Tercian°</i>	4 (1,5)
<i>Loxapine Loxapac°</i>	1 (0,4)
<i>Risperidone Risperdal°</i>	1 (0,4)
Autre	3 (1,1)
<i>Etifoxine (Stresam°)</i>	1 (0,4)
<i>Codéine (Néo-codion°)</i>	1 (0,4)
<i>Paracétamol</i>	1 (0,4)

Amitript. : amitriptyline Laroxyl° ; fluvox. : fluvoxamine

III-5. Critères d'évaluation secondaire

III-5.a. Classes médicamenteuses prescrites selon la demande du patient

Seuls 14 patients sur les 48 patients consultant pour une première plainte d'insomnie ont reçu des benzodiazépines ou apparentés, soit 29,2% des patients. En revanche, parmi les 154 demandes de renouvellement de traitement, 131 patients (85,1%) ont eu une prescription de benzodiazépines ou apparentés (tableau VI).

Tableau VI - Répartition de la classe médicamenteuse prescrite en fonction de la demande du patient

	Demande de renouvellement	Première plainte	Récidive de plainte
Total, n (%)	154 (100,0)	48 (100,0)	61 (100,0)
Benzodiazépines ou apparentés	131 (85,1)	14 (29,2)	28 (45,9)
<i>Bzd/A. seuls</i>	120 (77,9)	13 (27,1)	24 (39,3)
<i>Bzd/A. + AH1</i>	5 (3,2)	1 (2,1)	1 (1,6)
<i>Bzd/A. + Homéopathie</i>	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (1,6)
<i>Bzd/A. + autre ttt</i>	3 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,6)
<i>Bzd/A. + mélatonine + autre</i>	2 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>Bzd/A. + phytothérapie</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,6)
Autre classe médicamenteuse	19 (12,3)	19 (39,6)	18 (29,5)
<i>Antihistaminiques</i>	4 (2,6)	7 (14,6)	9 (14,8)
<i>Phytothérapie</i>	3 (1,9)	6 (12,5)	0 (0,0)
<i>Homéopathie</i>	1 (0,6)	4 (8,3)	3 (4,9)
<i>Mélatonine</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,6)
<i>Autre médicament</i>	10 (6,5)	2 (4,2)	4 (6,6)
<i>Mélatonine + Homéopathie</i>	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>Mélatonine + Autre</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,6)
Aucun médicament	4 (2,6)	15 (31,3)	15 (24,6)

Bzd/A : Benzodiazépine ou apparenté ; ttt : traitement ; AH1 : antihistaminique 1

III-5.b. Alternatives non médicamenteuses prescrites dans l'insomnie lors de la consultation

Une prise en charge non médicamenteuse a été proposée, avec ou sans médicament associés, à 116 patients (44,1%) (tableau VII). Des conseils d'hygiène de sommeil ont été

délivrés à 97 patients (36,9%). Une thérapeutique non médicamenteuse a été proposée à 38 patients (14,4%). Quatorze patients (5,3%) ont été orientés vers une TCC. Trente patients (11,4%) ont bénéficié de conseils d'hygiène de sommeil, d'un agenda du sommeil ou de thérapeutiques non médicamenteuses, sans prescription de médicaments associée.

Tableau VII - Alternatives non médicamenteuses prescrites dans l'insomnie lors de la consultation parmi les 263 patients inclus

Prises en charge non médicamenteuses, n (%)	116 (44,1)
Conseils d'hygiène de sommeil	97 (36,9)
Agenda	10 (3,8)
Thérapeutiques non médicamenteuses	38 (14,4)
<i>Psychiatre/psychothérapie</i>	20 (7,6)
<i>TCC</i>	14 (5,3)
<i>autre</i>	6 (2,3)
<i>Sophrologie</i>	9 (3,4)
<i>Autre (méditation, relaxation, kinésiologie, ...)</i>	11 (4,2)

III-5.c. Alternatives médicamenteuses et non médicamenteuses déjà expérimentées par les patients

Les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses déjà expérimentées par les patients avant la consultation sont décrites tableau VIII.

III-5.c.i. Thérapeutiques médicamenteuses antérieures

Chez les 263 patients, 125 (47,5%) avaient déjà reçu une alternative médicamenteuse aux benzodiazépines ou apparentés, et 193 (73,4%) des benzodiazépines ou apparentés. Seuls 48 patients (18,3%) n'avaient reçu aucun traitement médicamenteux pour l'insomnie auparavant. Les autres médicaments consommés auparavant par les patients étaient par ordre décroissant de la phytothérapie, de l'homéopathie, des antihistaminiques, de l'étifoxine Stresam°, de la mélatonine, des antidépresseurs, des neuroleptiques, et enfin des médicaments d'autres classes.

III-5.c.ii. Thérapeutiques non médicamenteuses antérieures

Les patients n'ayant pas reçu de conseils d'hygiène de sommeil, d'agenda ou de thérapeutique non médicamenteuse étaient au nombre de 128 (48,7%). Ceux-ci avaient été proposés à 135 patients (51,3%), et 52 patients (19,8%) avaient bénéficié de thérapeutiques non médicamenteuses.

Tableau VIII - Alternatives médicamenteuses et non médicamenteuses déjà expérimentées par les patients (n=263)

Thérapeutiques médicamenteuses antérieures, n (%)	215 (81,7)
Benzodiazépines et apparentés	193 (73,4)
Benzodiazépines	137 (52,1)
Apparentés aux benzodiazépines	130 (49,4)
Alternatives aux benzodiazépines et apparentés	125 (47,5)
Phytothérapie	36 (13,7)
Homéopathie	30 (11,4)
Antihistaminiques	28 (10,7)
Mélatonine	5 (1,9)
Antidépresseurs	5 (1,9)
Neuroleptiques	2 (0,8)
Autres	19 (7,2)
<i>Etifoxine Stresam°</i>	17 (6,5)
<i>Prégabaline Lyrica</i>	1 (0,4)
<i>Magnésium</i>	1 (0,4)
Aucune	48 (18,3)
Prises en charge non médicamenteuses, n (%)	135 (51,3)
Conseils d'hygiène de sommeil	114 (43,4)
Agenda du sommeil	9 (3,4)
Thérapeutique non médicamenteuse	52 (19,8)
TCC	24 (9,1)
Sophrologie	18 (6,8)
Ostéopathie	9 (3,4)
Acupuncture	7 (2,7)
Autre	5 (1,9)
Aucune	128 (48,7)

III-5.d. Habitudes de prescription médicamenteuses et non médicamenteuses des médecins généralistes en Midi-Pyrénées

Les habitudes de prescription des généralistes de Midi-Pyrénées dans l'insomnie ont été recueillies pour 71 médecins (tableau IX).

Les thérapeutiques médicamenteuses qu'ils avaient l'habitude de prescrire étaient les suivantes : 66 médecins (93,0%) avaient l'habitude de prescrire des benzodiazépines ou

apparentés dans l'insomnie. Puis venaient par ordre décroissant la phytothérapie, les antihistaminiques, l'homéopathie, la mélatonine, les antidépresseurs, et enfin les autres médicaments.

Les spécialistes vers lesquels les généralistes orientaient principalement leurs patients pour les thérapeutiques non médicamenteuses habituellement conseillées étaient les suivants: Neuf médecins (12,7%) n'orientaient vers aucun spécialiste, 39 (54,9%) vers des centres du sommeil, 32 (45,1%) vers des psychologues, et 31 (43,7%) vers des psychiatres.

Tableau IX - Habitudes de prescription médicamenteuses et non médicamenteuses des médecins généralistes en Midi-Pyrénées (n=71)

Thérapeutiques médicamenteuses, n (%)	69 (97,2)
Benzodiazépines et apparentés	66 (93,0)
<i>Benzodiazépines</i>	33 (46,5)
<i>Apparentés aux benzodiazépines</i>	63 (88,7)
Antihistaminiques	42 (59,2)
Phytothérapie	51 (71,8)
Homéopathie	32 (45,1)
Mélatonine	14 (19,7)
Antidépresseurs	3 (4,2)
Autres	2 (2,8)
<i>Magnésium</i>	1 (1,4)
<i>Oligosol lithium</i>	1 (1,4)
Aucune	2 (2,8)
Orientations non médicamenteuses, n (%)	62 (87,3)
Centre du sommeil	39 (54,9)
Psychologue	32 (45,1)
Psychiatre	31 (43,7)
Sophrologue	26 (36,6)
Acupuncteur	14 (19,7)
Neurologue	14 (19,7)
Somnologue	8 (11,3)
Ostéopathe	5 (7,0)
Hypnose	2 (2,8)
TCC par généraliste	1 (1,4)
Aucun	9 (12,7)

IV. Discussion

IV-1. Rappel des résultats principaux

Cette étude a décrit les médicaments alternatifs aux benzodiazépines et apparentés prescrits par les médecins généralistes en cabinet libéral de la région Midi-Pyrénées chez des patients adultes avec une plainte d'insomnie.

Sur les 263 patients inclus, plus de 85% ont eu au moins un médicament et près d'un tiers des patients a reçu une prescription médicamenteuse alternative aux benzodiazépines et apparentés. Les alternatives étaient, par ordre de fréquence, les antihistaminiques, des antidépresseurs, l'homéopathie, la phytothérapie, les neuroleptiques, la mélatonine, et enfin d'autres médicaments. Plus de 65% des patients ont eu une prescription d'au moins une benzodiazépine ou apparenté. En tout, près de 31% des médicaments prescrits étaient des alternatives aux benzodiazépines et apparentés.

Près d'un tiers des patients a reçu des alternatives médicamenteuses aux benzodiazépines et apparentés. Ces médicaments comprenaient différentes classes thérapeutiques, parmi lesquelles certaines avaient l'AMM, et d'autres pas. Les benzodiazépines et apparentés étaient malgré tout largement majoritaires dans les médicaments prescrits.

Les médecins paraissent démunis pour proposer des alternatives efficaces aux patients, d'une part pour les sevrer de leurs benzodiazépines, d'autres parts pour pouvoir soigner efficacement leur insomnie : ils ont souvent recours aux antidépresseurs sédatifs, ou aux neuroleptiques, qui n'ont pas l'AMM dans le traitement de l'insomnie.

Environ 85% des patients ayant demandé un renouvellement des médicaments pour l'insomnie a eu une prescription de benzodiazépines ou apparentés. Le fort taux de prescription de benzodiazépines et apparentés semble principalement dû aux demandes de renouvellement des patients qui ne souhaitent pas se sevrer de leur médicament.

Une prise en charge non médicamenteuse a été proposée, avec ou sans médicament associés, à environ 44% des patients. Des conseils d'hygiène de sommeil ont été délivrés à plus d'un tiers des patients. Une thérapeutique non médicamenteuse a été proposée à moins de 15% des patients. Seuls 5,3% des patients ont été orientés vers une thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

Cette étude montre également la difficulté des médecins français à proposer des thérapeutiques non médicamenteuses, par exemple les TCC, prescrites seulement à 5% des patients. Cela s'explique d'une part du fait que les TCC, bien qu'elles constituent le traitement de première intention de l'insomnie chronique, ne sont pas remboursées, d'autre part que nos croyances nous inculquent que les patients doivent ressortir du cabinet avec une ordonnance du médecin (43). De plus ce traitement est plus long et plus complexe que la prise d'un comprimé au coucher, solution de facilité, et que les TCC nécessitent le recours à des psychiatres ou des psychologues formés à ces techniques.

Les autres médicaments consommés auparavant par les patients, après les benzodiazépines ou apparentés pour $\frac{3}{4}$ d'entre eux, étaient, par ordre décroissant de la phytothérapie, de l'homéopathie, des antihistaminiques, de l'étifoxine Stresam^o, de la mélatonine, des antidépresseurs, des neuroleptiques, et enfin des médicaments d'autres classes.

En ce qui concernait les habitudes de prescription médicamenteuses des généralistes, derrière les benzodiazépines ou apparentés, venaient par ordre décroissant la phytothérapie, les antihistaminiques, l'homéopathie, la mélatonine et enfin les autres classes médicamenteuses.

IV-2. Cohérence externe

IV-2.a. Dans la littérature

La population de cette étude est comparable à celle de la littérature. Les études sur la prévalence de l'insomnie retrouvent des ratios hommes/femmes entre 0,75 et 0,92 (1). Il n'existe aucune étude française de prévalence de l'insomnie en pratique de médecine générale à notre connaissance (4). Une étude Québécoise retrouve une prévalence de l'insomnie chez les patients consultant en médecine générale de 61,8% de femmes et 38,2% d'hommes (44). Notre étude retrouve des résultats similaires, soit une population incluse constituée à 66,2% de femmes et 33,8% d'hommes.

En ce qui concerne la prescription des alternatives aux benzodiazépines et apparentés, aucune étude n'a été retrouvée sur la prévalence de l'utilisation des différentes classes médicamenteuses, ni des benzodiazépines et apparentés, spécifiquement chez les patients se plaignant d'insomnie (11).

IV-2.b. Comparaison par rapport à l'étude menée parallèlement par F. Perinelli dans les officines

Dans son étude sur les médicaments délivrés sans ordonnance dans les officines pour l'insomnie, F. Perinelli a mis en évidence des divergences. En effet, les benzodiazépines et apparentés n'apparaissent pas, puisqu'ils nécessitent une prescription médicale. Les classes médicamenteuses les plus prescrites étaient, par ordre décroissant : les antihistaminiques (42,6% des médicaments délivrés), la phytothérapie (36,8%), la mélatonine (24,2%), l'homéopathie (13,3%), l'oligothérapie (11,9%), et enfin l'aromathérapie (1,4%). La spécialité Donormyl^o (doxylamine) était de loin l'antihistaminique le plus consommé, puisqu'elle représentait à elle seule 35,2% des prescriptions. Chez les généralistes, la doxylamine n'a représenté que 7 prescriptions sur 272, soit 2,6%.

De plus, dans l'étude menée chez les généralistes, l'ordre des classes prescrites différait totalement (après les benzodiazépines et apparentés venaient ensuite les antidépresseurs, l'homéopathie, la phytothérapie, les neuroleptiques, la mélatonine et enfin les autres médicaments). L'oligothérapie et l'aromathérapie n'ont jamais été prescrites par les généralistes.

Les médicaments délivrés en pharmacie et ceux prescrits par les généralistes diffèrent. Il pourrait être intéressant de pouvoir estimer la prévalence d'usage de la doxylamine chez les patients insomniaques (qu'ils soient vus en médecine générale ou à leur officine) mais nous ne disposons pas des données de vente pour estimer cette proportion, par rapport notamment aux autres antihistaminiques.

IV-3. Validité interne : forces et faiblesses de l'étude

A notre connaissance, il s'agit de la première étude sur la prévalence de prescription des différentes classes médicamenteuses par les généralistes dans l'insomnie.

Cette étude de pratiques, avec copie des ordonnances délivrées pour l'insomnie, a reflété plus fidèlement la réalité qu'un questionnaire de recueil sur les habitudes de prescription. En effet, des biais de mémorisation et de déclaration plus importants auraient été retrouvés en questionnant les médecins sur leurs pratiques (ce qui a été fait pour les critères secondaires). La faible concordance entre les résultats de l'étude de pratiques et les habitudes de prescription déclarées des généralistes illustre la nécessité de l'utilisation d'une étude de pratiques pour décrire les prescriptions médicamenteuses.

Cette étude est sujette à des biais de sélection : les médecins prescripteurs représentaient un faible pourcentage des médecins généralistes de Midi-Pyrénées (2,5% des médecins généralistes contactés par l'URPS). Seulement ceux qui avaient communiqué une adresse mail à l'URPS ont été contactés. Leur participation à l'étude nécessitait une implication importante, les médecins ayant répondu étant également ceux qui étaient les plus intéressés par le sujet, et donc ceux prescrivant probablement moins de benzodiazépines et apparentés.

De plus, de nombreux patients consultant pour leur renouvellement de benzodiazépines et apparentés n'ont potentiellement pas été inclus par les médecins si le renouvellement des médicaments pour l'insomnie n'était pas au centre de la consultation.

Les patients étaient inclus s'ils présentaient une insomnie aussi bien aiguë que chronique, car nous souhaitions recruter un nombre suffisant de patients.

En ce qui concerne les critères secondaires, sur les habitudes de prescription et les traitements antérieurement utilisés par les patients, des biais de mémorisation et de déclaration sont intervenus, de la part des médecins et des patients.

Enfin, les comorbidités des patients, en particulier les syndromes anxiodépressifs, intervenaient dans l'ordonnance finale sur l'insomnie, en particulier ces patients recevaient souvent des antidépresseurs sédatifs, pouvant créer un biais de confusion.

IV-4. Validité externe

Cette étude a été menée sur toute la région Midi-Pyrénées, parmi les médecins généralistes contactés via l'URPS. Des médecins provenant aussi bien de zones rurales, semi-rurales, qu'urbaines ont été inclus. Les médicaments existant dans l'insomnie sont les mêmes sur tout le territoire français, et soumis aux mêmes taux de remboursement, ce qui permet de généraliser les résultats à toute la population française.

V. Conclusion

Cette étude nous permet de conclure que presque un tiers des patients ont eu des prescriptions médicamenteuses alternatives aux benzodiazépines et apparentés. Les benzodiazépines et apparentés restent la première classe prescrite malgré les campagnes récentes menées par les autorités de santé publique pour diminuer leur prescription. Comparativement, il y a eu peu de thérapeutiques non médicamenteuses prescrites, et encore moins d'abstention thérapeutique dans cette étude.

L'hétérogénéité des alternatives médicamenteuses existantes, l'absence de preuve solide d'efficacité, et le doute sur l'innocuité de certains de ces médicaments, n'aident pas à faire évoluer les pratiques. Le non remboursement de certains d'entre eux est également un frein à leur prescription. Une piste d'amélioration serait de faire la promotion des autres classes médicamenteuses et non médicamenteuses ayant une balance bénéfices/risques favorable existant dans l'insomnie. Les TCC sont peu prescrites, bien qu'elles soient le traitement de référence de l'insomnie psychophysiologique. Les études sur l'efficacité de la mélatonine divergent, et la multiplicité des médicaments de phytothérapie et d'homéopathie contraste avec le peu d'études existant à leur sujet. Des études de fort niveau de preuve permettraient d'avoir des arguments solides pour améliorer le service médical rendu des thérapeutiques à balance bénéfices/risques favorable, d'augmenter leur remboursement par l'assurance maladie, et de diminuer les prescriptions de benzodiazépines et apparentés.

Références

1. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev.* mai 2002;6(2):97-111.
2. Riemann D. Insomnia and comorbid psychiatric disorders. *Sleep Med.* août 2007;8:S15-20.
3. Léger D, Guilleminault C, Bader G, Lévy E, Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep.* 2002;25(6):625-9.
4. [rpc_sftg_insomnie_-_argumentaire_mel.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_argumentaire_mel.pdf) [Internet]. [cité 16 janv 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_argumentaire_mel.pdf
5. [rpc_sftg_insomnie_-_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_recommandations.pdf) [Internet]. [cité 16 janv 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_recommandations.pdf
6. Beck F, Richard J-B, Léger D. Prévalence et facteurs sociodémographiques associés à l'insomnie et au temps de sommeil en France (15-85 ans). Enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, France. [cité 16 janv 2014]; Disponible sur: [http://www.researchgate.net/publication/232743229_Prvalence_et_facteurs_sociodmographiques_associs__linsomnie_et_au_temps_de_sommeil_en_France_\(15-85_ans\)._Enquete_Baromtre_sant_2010_de_lINPES/file/9fcfd50acb1841f627.pdf](http://www.researchgate.net/publication/232743229_Prvalence_et_facteurs_sociodmographiques_associs__linsomnie_et_au_temps_de_sommeil_en_France_(15-85_ans)._Enquete_Baromtre_sant_2010_de_lINPES/file/9fcfd50acb1841f627.pdf)
7. [1215.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1215.pdf) [Internet]. [cité 19 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1215.pdf>
8. [Insomnie de l'adulte - Traitements - Vidal.fr](http://www.vidal.fr/recommandations/1619/insomnie_de_l_adulte/traitements/) [Internet]. [cité 13 sept 2015]. Disponible sur: http://www.vidal.fr/recommandations/1619/insomnie_de_l_adulte/traitements/
9. Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Sivertsen B, Havik OE, Nordhus IH. Patient characteristics and predictors of sleep medication use. *Int Clin Psychopharmacol.* mars 2010;25(2):91-100.
10. Dündar Y, Dodd S, Strobl J, Boland A, Dickson R, Walley T. Comparative efficacy of newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* 1 juill 2004;19(5):305-22.
11. [Afssaps_rapport_benzodiazepines.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/Afssaps_rapport_benzodiazepines.pdf) [Internet]. [cité 20 janv 2014]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/Afssaps_rapport_benzodiazepines.pdf
12. Nowell PD, Mazumdar S, Buysse DJ, Dew M, Reynolds CF, III, et al. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA.* 24 déc 1997;278(24):2170-7.
13. Haute Autorité de Santé - Benzodiazépines hypnotiques au long cours: un intérêt thérapeutique limité [Internet]. [cité 13 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1756665/fr/benzodiazepines-hypnotiques-au-long-cours-un-interet-therapeutique-limite
14. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Can Med Assoc J.* 2000;162(2):225-33.
15. Vermeeren A. Residual Effects of Hypnotics - Springer [Internet]. [cité 28 sept 2015]. Disponible sur: <http://link.springer.com/article/10.2165%2F00023210-200418050-00003#page-1>
16. [fiche_memo_arret_benzodiazepines_pour_mel_2015_06_16.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_arret_benzodiazepines_pour_mel_2015_06_16.pdf) [Internet]. [cité 25 août 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_arret_benzodiazepines_pour_mel_2015_06_16.pdf
17. Clay E, Falissard B, Moore N, Toumi M. Contribution of prolonged-release melatonin and anti-benzodiazepine campaigns to the reduction of benzodiazepine and z-drugs consumption in nine European countries. *Eur J Clin Pharmacol.* 1 nov 2012;69(4):1-10.
18. Insomnia: assessment and management in primary care. *Sleep.* 1 mai 1999;22 Suppl 2:S402-8.
19. Roussin A, Bouyssi A, PouchÃ© L, Pourcel L, Lapeyre-Mestre M. Misuse and Dependence on Non-Prescription Codeine Analgesics or Sedative H1 Antihistamines by Adults: A Cross-Sectional Investigation in France. Hsiao CK, éditeur. *PLoS ONE.* 3 oct 2013;8(10):e76499.
20. Zhdanova IV, Wurtman RJ, Regan MM, Taylor JA, Shi JP, Leclair OU. Melatonin treatment for age-related insomnia. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;86(10):4727-30.

21. Hughes RJ, Sack RL, Lewy AJ. The role of melatonin and circadian phase in age-related sleep-maintenance insomnia: assessment in a clinical trial of melatonin replacement. *Sleep*. 1998;21(1):52-69.
22. Download.pdf [Internet]. [cité 19 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/A0FF7B439DC929C91B53561EB992E5A3/Download.aspx>
23. Download.pdf [Internet]. [cité 13 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/813E06DF1A42EDD7EED0C9231D651588/Download.aspx>
24. Med-Acces-Direct_Plantes-Indications.pdf [Internet]. [cité 25 août 2015]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/content/download/13068/159122/version/2/file/Med-Acces-Direct_Plantes-Indications.pdf
25. Download.pdf [Internet]. [cité 13 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/BD21CDA050D9FE1F3AB2D29D97BA05A5/Download.aspx>
26. Dourakis SP, Papanikolaou IS, Tzemanakis EN, Hadziyannis SJ. Acute hepatitis associated with herb (*Teucrium capitatum* L.) administration. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. juin 2002;14(6):693-5.
27. Download.pdf [Internet]. [cité 13 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/BD21CDA050D9FE1F3AB2D29D97BA05A5/Download.aspx>
28. kce_154b_homeopathie_en_belgique.pdf [Internet]. [cité 13 sept 2015]. Disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_154b_homeopathie_en_belgique.pdf
29. Médicaments homéopathiques - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cité 4 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/medicaments-homeopathiques.html>
30. Insomnie de l'adulte - Traitements - Vidal.fr [Internet]. [cité 13 sept 2015]. Disponible sur: http://www.vidal.fr/recommandations/1619/insomnie_de_l_adulte/traitements/
31. Riemann D, Voderholzer U, Cohrs S, Rodenbeck A, Hajak G, Rüther E, et al. Trimipramine in Primary Insomnia: Results of a Polysomnographic Double-Blind Controlled Study. *Pharmacopsychiatry*. sept 2002;35(5):165-74.
32. Anderson SL, Vande Griend JP. Quetiapine for insomnia: A review of the literature. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*. 1 mars 2014;71(5):394-402.
33. Khazaie H, Rezaie L, Darvishi F, Najafi F, Avis K. Treatment of paradoxical insomnia with atypical antipsychotic drugs. A comparison of olanzapine and risperidone. *Neurosci Riyadh Saudi Arab*. janv 2013;18(1):64-9.
34. Hermes EDA, Sernyak M, Rosenheck R. Use of second-generation antipsychotic agents for sleep and sedation: a provider survey. *Sleep*. avr 2013;36(4):597-600.
35. McCall C, McCall WV. What is the role of sedating antidepressants, antipsychotics, and anticonvulsants in the management of insomnia? *Curr Psychiatry Rep*. oct 2012;14(5):494-502.
36. Download.pdf [Internet]. [cité 19 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/fr/31903/Download.aspx>
37. rpc_sftg_insomnie_-_synthese_des_recommandations.pdf [Internet]. [cité 16 janv 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sftg_insomnie_-_synthese_des_recommandations.pdf
38. 0912f50f1d5981b97c000000.pdf [Internet]. [cité 4 sept 2015]. Disponible sur: http://www.researchgate.net/profile/Michael_Irwin3/publication/7326294_Comparative_met_a-analysis_of_behavioral_interventions_for_insomnia_and_their_efficacy_in_middle-aged_adults_and_in_older_adults_55_years_of_age/links/0912f50f1d5981b97c000000.pdf
39. 085-096FAVallieres1004.pdf [Internet]. [cité 25 août 2015]. Disponible sur: <http://lemedecinduquebec.org/Media/82568/085-096FAVallieres1004.pdf>
40. Cheuk K, Yeung W, Chung K, Wong V. Acupuncture for insomnia [Systematic Review]. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 [Internet]. 2012 [cité 11 juin 2014]; Disponible sur: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=coch&AN=00075320-100000000-04328>

41. Siriwardena AN, Apekey T, Tilling M, Dyas JV, Middleton H, Ørner R. General practitioners' preferences for managing insomnia and opportunities for reducing hypnotic prescribing: GPs' preferences for managing insomnia. *J Eval Clin Pract.* 10 juin 2010;16(4):731-7.
42. 11340757.pdf [Internet]. [cité 6 sept 2015]. Disponible sur: <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.docadis.ups-tlse.fr/pmc/articles/PMC2018415/pdf/11340757.pdf>
43. Hemminki E. Review of the Literature on the Factors Affecting Drug Prescribing'in Gabe, J. & Williams, P. *Tranquillisers Soc Psychol Clin Asp Lond Tavistock.* 1986;78-89.
44. Blais FC, Morin CM, Boisclair A, Grenier V, Guay B. [Insomnia. Prevalence and treatment of patients in general practice]. *Can Fam Physician.* 2001;47(4):759-67.

Annexes

ANNEXE 1 - Critères diagnostiques des insomnies et troubles du sommeil de l'ISCD-2

Hygiène du sommeil inadéquate

- A. Les symptômes du patient correspondent aux critères de l'insomnie.
- B. L'insomnie relevée est présente depuis au moins un mois.
- C. Les conditions d'une hygiène du sommeil inadéquate sont prouvées, comme l'indique la présence d'au moins l'un des critères suivants :
 1. Habitudes de sommeil impropres consistant en fréquentes siestes diurnes, choix d'horaires de coucher et de lever trop variables ou temps excessif passé au lit.
 2. Consommation habituelle de produits contenant de l'alcool, de la nicotine, de la caféine, en particulier à proximité de l'heure du coucher.
 3. Pratique d'activités mentales ou physiques stimulantes, ou procurant de fortes émotions, trop près de l'heure du coucher
 4. Pratique fréquente d'activités au lit autres que le sommeil (télévision, lecture, étude, déjeuner, etc.).
- D. La perturbation du sommeil n'est pas mieux expliquée par un autre trouble actuel du sommeil, une
- E. pathologie somatique ou neurologique, une pathologie psychique, l'usage d'un médicament ou un trouble dû à la consommation d'une substance.

Critères de l'insomnie d'ajustement *

- A. Les symptômes du patient correspondent aux critères de l'insomnie.
- B. La perturbation du sommeil est associée dans le temps avec un évènement stressant sur le plan psychologique.
- C. La perturbation du sommeil est supposée se résoudre quand l'évènement stressant se dissipe ou quand le patient s'adapte à celui-ci.
- D. La perturbation du sommeil dure moins de trois mois.
- E. La perturbation du sommeil n'est pas mieux expliquée par un autre trouble actuel du sommeil, une pathologie somatique ou neurologique, une pathologie psychique, l'usage d'un médicament ou un trouble dû à la consommation d'une substance.

** Autres appellations : insomnie aiguë, transitoire, de court terme, relative à un stress ; trouble de l'ajustement*

Critères de l'insomnie psychophysiologique

- A. Les symptômes du patient correspondent aux critères de l'insomnie.
- B. L'insomnie est présente depuis au moins un mois.
- C. Le patient présente une difficulté probante de sommeil conditionné et/ou une hypervigilance au lit, comme l'indique une ou plus des conditions suivantes :
 1. Une excessive focalisation ou une hyper-anxiété concernant le sommeil
 2. Une difficulté à s'endormir au lit à l'heure souhaitée ou à l'occasion de siestes programmées, mais pas de difficulté à s'endormir pendant des activités de routine lorsque le sommeil n'est pas recherché.
 3. Une meilleure capacité à dormir hors de chez lui que chez lui.
 4. Une vigilance mentale au lit caractérisée par des pensées intrusives ou une incapacité à cesser volontairement l'activité mentale empêchant le sommeil.
 5. Une tension physique élevée au lit traduite par une incapacité à relaxer suffisamment le corps pour permettre l'arrivée du sommeil
- D. La perturbation du sommeil n'est pas mieux expliquée par un autre trouble actuel du sommeil, une pathologie somatique ou neurologique, une pathologie psychique, l'usage d'un médicament ou un trouble dû à la consommation d'une substance.

Critères de l'insomnie paradoxale *

- A. Les symptômes du patient correspondent aux critères de l'insomnie.
- B. L'insomnie est présente depuis au moins un mois.
- C. Un ou plusieurs des critères suivants s'applique :
 - 1. Le patient relate un état chronique de sommeil rare ou absent pendant la plupart des nuits, avec de rares nuits au cours desquelles des quantités relativement normales de sommeil sont obtenues
 - 2. Les données d'agenda du sommeil pendant une semaine de relevé ou plus montrent un temps moyen de sommeil inférieur aux valeurs de référence rapportées à l'âge, souvent sans aucun sommeil plusieurs nuits par semaine ; typiquement, il n'y a aucune sieste après de telles nuits.
 - 3. Il existe une discordance prononcée entre les résultats objectifs de la polysomnographie ou de l'actigraphie et les estimations subjectives provenant des appréciations du patient ou de son agenda de sommeil.
- D. Au moins un des critères suivants est observé :
 - 1. Le patient se dit conscient en permanence ou presque de l'existence de stimuli environnementaux pendant la plupart des nuits.
 - 2. Le patient témoigne d'un type de pensées conscientes ou de rumination pendant la plupart des nuits tant qu'il se maintient en position couchée.
- E. Les répercussions diurnes relatées sont cohérentes avec celles d'autres types d'insomnie, mais sont beaucoup moins sévères que le laisserait supposer le niveau extrême de privation de sommeil relatée ; il n'y a pas de phases de sommeil diurne gênantes, de désorientation ou d'incident sérieux du à une perte de vigilance, même au lendemain des nuits sans sommeil.
- F. La perturbation du sommeil n'est pas mieux expliquée par un autre trouble actuel du sommeil, une pathologie somatique ou neurologique, une pathologie psychique, l'usage d'un médicament ou un trouble dû à la consommation d'une substance.

* *Autres appellations : insomnie par mauvaise perception du sommeil, insomnie subjective, pseudo-insomnie, insomnie sans signes objectifs, hypochondrie du sommeil.*

Critères de l'insomnie idiopathique

- A. Les symptômes du patient correspondent aux critères de l'insomnie.
- B. L'évolution du trouble est chronique, comme l'indique chacun des éléments suivants :
 - 1. Début pendant l'enfance ou la petite enfance.
 - 2. Absence de cause ou de facteur déclenchant.
 - 3. Évolution persistante sans période de rémission durable.
- C. La perturbation du sommeil n'est pas mieux expliquée par un autre trouble actuel du sommeil, une pathologie somatique ou neurologique, une pathologie psychique, l'usage d'un médicament ou un trouble du à la consommation d'une substance.

Critères de l'insomnie liée à une pathologie mentale

- A. Les symptômes du patient correspondent aux critères de l'insomnie.
- B. L'insomnie relevée est présente depuis au moins un mois.
- C. Un trouble psychiatrique a été diagnostiqué selon les critères en vigueur (définis selon le DSM IV).
- D. Il existe un lien temporel entre l'insomnie et la pathologie mentale ; cependant, dans certains cas, l'insomnie peut apparaître quelques jours ou semaines avant l'émergence de la pathologie jusqu'alors sous-jacente.
- E. L'insomnie est plus marquée que celle qui est typiquement associée aux pathologies psychiatriques, comme l'indique le fait de causer une détresse marquée ou le fait de constituer une cible de traitement en soi.
- F. La perturbation du sommeil n'est pas mieux expliquée par un autre trouble actuel du sommeil, une pathologie somatique ou neurologique, une pathologie psychique, l'usage d'un médicament ou un trouble du à la consommation d'une substance.

Critères de l'insomnie liée à une pathologie physique

- A. Les symptômes du patient correspondent aux critères de l'insomnie.
- B. L'insomnie relevée est présente depuis au moins un mois.
- C. Le patient a une pathologie somatique ou un état physiologique connu pour perturber le sommeil.
- D. L'insomnie est clairement associée à cette maladie. Elle a commencé vers le début ou à l'occasion d'une aggravation significative de celle-ci et progresse ou décroît selon ses fluctuations.
- E. La perturbation du sommeil n'est pas mieux expliquée par un autre trouble actuel du sommeil, une pathologie somatique ou neurologique, une pathologie psychique, l'usage d'un médicament ou un trouble du à la consommation d'une substance.

Critères de l'insomnie due à un médicament ou une autre substance psychostimulante

- A. Les symptômes du patient correspondent aux critères de l'insomnie.
- B. L'insomnie relevée est présente depuis au moins un mois.
- C. L'un des critères suivants est observé :
 - 1. Il existe une dépendance actuelle ou un abus d'une drogue ou d'une substance connue pour perturber le sommeil, soit pendant sa période active, soit par intoxication, soit pendant la période d'interruption.
 - 2. Le patient a actuellement un usage ou une exposition à un médicament, un aliment ou un toxique, connu pour avoir des propriétés perturbant le sommeil chez les individus sensibles.
- D. L'insomnie est liée temporellement à l'exposition à cette substance, son usage ou abus, ou son interruption.
- E. La perturbation du sommeil n'est pas mieux expliquée par un autre trouble actuel du sommeil, une pathologie somatique ou neurologique ou une pathologie psychique.

ANNEXE 2 - Agenda du sommeil

Nom et prénom du patient : Nom du médecin : Dates : période du .../.../... au .../.../...

Jours (*)	Hypnotique (cocher)	19 h	21 h	23 h	1 h	3 h	5 h	7 h	9 h	11 h	13 h	15 h	17 h	19 h	Qualité du sommeil	Qualité de l'éveil	Remarques
Lun																	
Mar																	
Mer																	
Jeu																	
Ven																	
Sam																	
Dim																	
Lun																	
Mar																	
Mer																	
Jeu																	
Ven																	
Sam																	
Dim																	
Lun																	
Mar																	
Mer																	
Jeu																	
Ven																	
Sam																	
Dim																	

Mode d'utilisation

- | | | |
|--|---|--|
| <p>↓ Heure d'extinction de la lumière</p> <p>//// Périodes de sommeil (griser)</p> <p>□ Périodes d'éveil nocturne (laisser en blanc)</p> <p>↑ Heure du lever</p> | <p>○ Fatigue</p> <p>★ Envie de dormir</p> <p>● Sieste involontaire</p> <p>☰ Sieste volontaire</p> | <p>Qualité du sommeil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple : 8 </p> <p>Qualité de l'éveil : noter de 1 à 10 dans la case Exemple : 5 </p> <p>(état dans la journée : en forme ou non)</p> <p>Traitement : en cas de prise d'hypnotique, cocher la case : X </p> |
|--|---|--|

Consignes au patient :

- Remplir l'agenda :
 - chaque matin, en fonction des souvenirs de la nuit (inutile de regarder sa montre pendant la nuit, ce qui perturberait davantage le sommeil ; l'agenda n'est pas un outil de précision) ;
 - chaque soir, pour relater l'état du patient pendant la journée.
- Tenir l'agenda sur l'ensemble de la période d'observation, de façon à obtenir un aperçu des variations de sommeil au fil du temps.



apprenez à connaître vos besoins. Notez vos horaires de sommeil lors d'une période de vacances par exemple : êtes-vous plutôt du soir ou du matin, gros dormeur ou petit dormeur ? Tentez de respecter votre rythme et d'aménager pour vous-même un espace propice au sommeil.

maintenez des horaires de sommeil les plus réguliers possibles, en particulier pour le lever.

aménagez votre réveil pour être plus en forme : douche, petit déjeuner, lumière, etc.

Soyez attentif aux signes du sommeil : bâillement, paupières lourdes, étirements, yeux qui picotent, etc. L'organisme vous indique qu'il est l'heure de se mettre au repos. Ne résistez pas à la fatigue, allez au lit.

évitez les excitants le soir : café, thé, vitamine C, sodas à la caféine, cigarettes, etc.

évitez les repas trop copieux le soir et l'abus d'alcool au dîner.

amêtez le sport ainsi que toute activité très stimulante une heure avant de vous coucher.

tisane, lait tiède, lecture, prières, techniques de relaxation, etc., à chacun ses rituels pour se préparer à dormir. En répétant ces mêmes gestes, vous vous conditionnez au sommeil et cela permet de raccourcir la durée d'endormissement.

Créez un environnement calme et apaisant où il fait bon dormir : pièce aérée chaque jour, si possible bien isolée, calme, température autour de 18-20 °C, bonne literie, etc.

évitez les stimulations auditives, visuelles (luminosité, veilleuses) ou intellectuelles fortes. Le lit devrait être l'endroit réservé au sommeil et à l'intimité.

TÉLÉVISION ET SOMMEIL FONT-ILS BON MÉNAGE ?

La télévision se distingue de l'ordinateur par la moindre proximité de l'écran et le caractère passif du téléspectateur mais elle est tout de même souvent déconseillée pour l'endormissement. En effet, bien que beaucoup expérimentent son effet « somnifère », elle peut nuire au sommeil notamment dans deux situations :

- ceux qui la regardent depuis leur lit après s'être préparés pour la nuit (en pyjama, toilette faite, etc.) peuvent s'endormir devant puis se réveiller à la faveur d'un changement de son (générique de fin du film ou publicités). Ils doivent donc se relever pour aller éteindre le poste. On peut alors leur conseiller de penser à le programmer pour qu'il s'arrête automatiquement ou de se munir de la télécommande ;
- ceux qui la regardent depuis leur canapé et s'endorment involontairement devant sans s'être préparés pour la nuit se réveilleront souvent quelques heures plus tard et devront donc aussi se relever pour éventuellement dîner, se mettre en pyjama, se laver, préparer leur affaires du lendemain, aller au lit, etc.

ANNEXE 4 - Echelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines ECAB

Échelle ECAB

Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines
(attribuer 1 point en cas de réponse « vrai »,
sauf question 10 = 1 point en cas de réponse « faux »)

Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments **tranquillisants** et/ou **somnifères** que vous prenez.

Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez 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 très sûr(e) de votre réponse.

Nom du médicament concerné :

	Vrai	Faux
1. Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.

ANNEXE 5 - Calendrier de suivi de l'arrêt des benzodiazépines

Calendrier de suivi de l'arrêt

Données indispensables au suivi de votre diminution de dose de benzodiazépine

Renseignement sur le traitement (à remplir par le médecin traitant)

Nom de la benzodiazépine :

Posologie initiale :

Pour plus d'informations sur le médicament qui vous a été prescrit, vous pouvez de vous reporter à la notice contenue dans sa boîte.

Date de début de la période d'arrêt du médicament :

Durée prévisible de la période d'arrêt du médicament :

Votre objectif de la semaine est de :
Il peut varier de : à :

CALENDRIER D ARRÊT

Date	Consultation médicale	Dose à prendre	Dose réellement prise	Remarques/observations*
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Judi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

* Cette case est à votre disposition pour noter un signe inhabituel pendant la période de réduction de dose. Elle peut aussi être utilisée par votre médecin pour signaler un traitement ponctuel par un autre médicament, ou tout autre événement.

Ce calendrier d'arrêt est destiné à :

- mieux vous faire comprendre les modalités d'arrêt des benzodiazépines ;
- noter les données indispensables au suivi du protocole (notamment les symptômes inhabituels) ;
- mieux informer votre médecin sur votre démarche d'arrêt des benzodiazépines.

Pour plus d'informations sur les modalités d'arrêt, n'hésitez pas à questionner votre médecin.

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. :

Nom et coordonnées de la personne à contacter en cas de problème :

.....

Médecin traitant :

Adresse :

Tél. :

Cachet :

Pharmacien :

Adresse :

Tél. :

Cachet :

ANNEXE 6 - Médicaments avec AMM dans l'insomnie (substances non remboursées *en italique*)

BENZODIAZEPINES

HAVLANE 1 mg cp séc Loprazolam
LORMETAZEPAM ACTAVIS 1 mg cp séc
LORMETAZEPAM ACTAVIS 2 mg cp séc
NOCTAMIDE 1 mg cp séc Lormetazepam
NOCTAMIDE 2 mg cp séc Lormetazepam
MOGADON 5 mg cp séc Nitrazepam
NORMISON 10 mg cp Témazepam
NORMISON 20 mg cp Témazepam
NUCTALON 2 mg cp Estazolam

APPARENTES AUX BZD

IMOVANE 3,75 mg cp pellic Zopiclone
IMOVANE 7,5 mg cp pellic séc Zopiclone
STILNOX 10 mg cp pellic séc
ZOLPIDEM 10 mg cp pellic séc
ZOPICLONE 7,5 mg cp pellic séc

ANTI-HISTAMINIQUE H1

DONORMYL 15 mg cp efferv séc Doxylamine
DONORMYL 15 mg cp pellic séc Doxylamine
DOXYLAMINE 15 mg cp pellic séc
LIDENE 15 mg cp pellic séc Doxylamine
NOCTYL 15 mg cp enr séc Doxylamine
PHENERGAN 25 mg cp enr Prométhazine
THERALENE 0,05% sirop Alimémazine
THERALENE 4 % sol buv en gte Alimémazine
THERALENE 5 mg cp pellic séc Alimémazine

AGONISTES DES RECEPTEURS DE LA MELATONINE

CIRCADIN° 2 mg cp LP Mélatonine

PHYTOTHERAPIE (Plantes utilisées: Aubépine, Passiflore, Valériane, Mélisse, Eschscholtzia, Tilleul, Houblon, Mélilot, Bigaradier, Ballote, Agripaume, Avoine)

ANXEMIL 200 mg cp enr
ARKOGELULES Aubépine gél
ARKOGELULES Escholtzia 240 mg gél
ARKOGELULES Houblon 150 mg gél
ARKOGELULES Mélisse gél
ARKOGELULES Passiflore gél
ARKOGELULES Valériane gél
BIOCARDE sol buv
CARDIOCALM cp enr adulte
DORMICALM cp enr
ELUSANES Aubépine 200 mg gél
ELUSANES Eschscholtzia 200 mg gél
ELUSANES gél Natudor
ELUSANES Passiflore 200 mg gél
ELUSANES Valériane 200 mg gél
EUPHYTOSE cp enr
MEDIFLOR N°14 mélange plantes p tisane en sachet-dose calmante trouble du sommeil
OMEZELIS cp enr
PASSIFLORINE sol buv
PLENESIA NERVOSITE cp enr
SANTANE N9 mélange plantes p tisane en sachet-dose sédatif
SANTANE N9 tis en vrac
SEDATIF TIBER sirop
SEDOPAL gél
SPASMINE cp enr
SYMPATHYL cp pellic
TRANQUITAL cp enr

HOMEOPATHIE SEDATIVE

AVENA SATIVA TEINTURE MERE WELEDA sol buv en gte
BIOMAG cp à croquer agrumes
CALMODREN gle
COMPLEXE LEHNING GELSEMIUM N° 70 sol buv
COMPLEXE LEHNING OENANTHE CROCATA N° 78 sol buv
COMPLEXE LEHNING TARENTULA N° 71 sol buv
HOMEOGENE 46 cp orodispers
L.72 sol buv
NERVOPAX cp
NOCTIUM sirop
PASSIFLORA GHF sol buv
QUIETUDE sirop
SEDATIF PC cp
SEDATIF PC gle
SOMNIDORON sol buv en gte
STRESSDORON sol buv en gte
ZENALIA cp subling

ANNEXE 7 - Médicaments de l'insomnie n'ayant pas l'AMM

<p>AUTRES BENZODIAZEPINES (NOMS COMMERCIAUX ET GENERIQUES)</p> <p>LEXOMIL 6 mg cp Bromazepam LYSANXIA 10 mg cp Prazepam LYSANXIA 40 mg cp Prazepam LYSANXIA 15 mg/ml sol.buv. Prazepam NORDAZ 7.5 mg cp Nordazepam NORDAZ 15 mg cp Nordazepam QUITEILINE 6 mg cp Bromazepam SERESTA 10 mg cp Oxazepam SERESTA 50 mg cp Oxazepam TEMESTA 1 mg cp Lorazepam TEMESTA 2.5 mg cp Lorazepam TRANXENE 5 mg cp Clorazepate TRANXENE 10 mg cp Clorazepate TRANXENE 20 mg cp Clorazepate URBANYL 5 mg cp Clobazam URBANYL 10 mg cp Clobazam URBANYL 20 mg cp Clobazam VALIUM 2 mg cp Diazepam VALIUM 5 mg cp Diazepam VALIUM 10 mg cp Diazepam VALIUM 1% sol.buv. Diazepam VERATRAN 5 mg cp Clotiazepam VERATRAN 10 mg cp Clotiazepam VICTAN 2 mg cp Loflazébate XANAX 0.25 mg cp Alprazolam XANAX 0.50 mg cp Alprazolam XANAX 1 mg cp Alprazolam</p>
<p>ANTIDEPRESSEURS SEDATIFS</p> <p>ATHYMIL 10 mg cp Miansérine LAROXYL 40 mg/ml sol.buv. Amitriptyline LAROXYL 25 mg cp Amitriptyline QUITAXON 10 mg cp Doxépine SURMONTYL 25 mg cp Trimipramine</p>
<p>NEUROLEPTIQUES</p> <p>RISPERDAL Risperidone TERCIAN Cyamémazine XEROQUEL Quetiapine ZYPREXA Olanzapine, ...</p>
<p>AUTRES SUBSTANCES PRECONISEES DANS LES TROUBLES DU SOMMEIL : COMPLEMENTS ALIMENTAIRES</p> <p>3 CHENES BIO SOMMEIL HOUBLON 30 COMPRIMES 3 CHENES BIO SOMMEIL VALERIANE 30 AMPOULES 3 CHENES PHYTO PATCHS SOMMEIL NUITS PAISIBLES 7 PATCHS 3 CHENES SOMNIPLEX TROUBLES DU SOMMEIL 30 COMPRIMES ANTINERVEUX LESOURD AUX PLANTES ANTINERVEUX LESOURD Aux plantes S buv FU/45ml ARKOBIO INFUSION SOMMEIL RELAXATION 20 SACHETS ARKOCEAN DETENTE ET EQUILIBRE MAGNESIUM MARIN + VIT B6 GOUT CAMEL 20 AMPOULES ARKOPHARMA MAGNESIUM 150MG VITAMINE B6 ARKOPHARMA MORAL STRESS ET SOMMEIL ARKOFUIDES BIO DETENTE SOMMEIL 20 AMPOULES BIOCYTE MICROZEN ANTI-STRESS RELAXANT 40 GELULES BIOCYTE NOTRIM FORTE SOMMEIL ET ENDORMISSEMENT 40 GELULES BOIRON MAGNESIUM 300+ CURE DE 20 JOURS X2 160 COMPRIMES CALMOSINE SOMMEIL BIO Boisson relaxante extraits naturels de plantes 14Dosettes/10ml CHRONO CALME & SERENITE 6 COMPRIMES CHRONODORM MELATONINE REDUCTION DU TEMPS D'ENDORMISSEMENT 30 COMPRIMES COOPER PLANTES MEDICINALES CAMOMILLE ROMAINE FLEURS COOPER PLANTES MEDICINALES LAVANDE FLEURS COOPER PLANTES MEDICINALES ORANGER FEUILLES ENTIERES COOPER PLANTES MEDICINALES TILLEUL BRACTEE COOPER PLANTES MEDICINALES VERVEINE ODORANTE FEUILLES CYCLAMAX SOMMEIL ET STRESS 32 GELULES CYCLOSOMNIA Gél femme B/30 CYCLOSOMNIA Gél homme B/30 DAYANG INFUSION BIO ORANGER NERVOSITE SOMMEIL 20 SACHETS DERGAM DORZEN TROUBLES DU SOMMEIL 60 COMPRIMES DORZEN Cpr apaisant B/60 DYSTOLISE Cpr sommeil stress B/30 EASYMAGNEVIE JOUR/NUIT Gél B/60 EASYNIGHT SUEVAL SANTE SOMMEIL ERIC FAVRE SOMNIDRYNE TROUBLES DU SOMMEIL 60 COMPRIMES FIBROMYALGINE FORTE Gél matin soir 2Piluliers/60 FIBROMYALGINE Gél matin soir 2Piluliers/60 FORTE PHARMA MELATONINE 1000 SOMMEIL FORTE PHARMA NOCTIFOR SOMMEIL & SERENITE 30 GELULES GRANIONS DE LITHIUM 1 mg/2ml, sol buv, 30 ampoules GRANIONS L-TRYPTOPHANE 220MG GRANIONS MELATONINE 1MG TROUBLES DU SOMMEIL 60 GELULES</p>

GRANIONS SOMDOR+ Cpr B/30
 HERBESAN NOCTAPHYT + MELATONINE REDUCTION DU TEMPS D'ENDORMISSEMENT 30 GELULES
 HERBESAN NOCTAPHYT SOMMEIL SEREIN 45 GELULES
 HERBIOLYS ELIXIROLYS SOMNOLYS SOMMEIL EXTRAITS DE PLANTES FRAICHES 50ML
 INELDEA INS SOMNIL SOMMEIL DIFFICILE 30 GELULES
 INELDEA INS ZENAXYL STRESS NERVOSITE 60 GELULES
 ISOXAN 50+ 63 COMPRIMES
 ISOXAN J+ 40 COMPRIMES
 LERO DNV Stress et Sommeil Caps B/30
 MAGNEVIE B6
 MEDIFLOR INFUSION SOMMEIL EN CAPSULES COMPATIBLE NESPRESSO X7
 MELATONIGHT Spray buccal endormissement décalage horaire Fl/20ml
 MELATONINE - VITAMINE B6 SOLARAY / KAL
 MELISSA REVE Cpr stress & sommeil B/60
 MENOPHYTEA EQUILIBRE SOMMEIL 30 COMPRIMES
 MENOPHYTEA MENOSTICK SOMMEIL NUITS DOUCES ET PAISIBLES 5G
 MILLEPERTUIS BTE 60 GELULES SOLARAY
 NATURACTIVE SERIANE 24H/24 STRESS & SOMMEIL 30 GELULES
 NATURACTIVE SERIANE 24H/24 STRESS & SOMMEIL 30 GELULES
 NATURACTIVE SERIANE CHRONO CALME & SERENITE 6 COMPRIMES
 NATURACTIVE SERIANE NUIT SOMMEIL 30 GELULES
 NEURADAPT Gél anti-stress B/60
 NEUROVITOL Caps molle stress-mémoire B/60
 NEW NORDIC MELISSA RELAXATION SOMMEIL 60 COMPRIMES
 NHCO NUTRITION L-NOXEAM SOMMEIL 56 GELULES
 NOVACTIVE SOMMEIL MELATONINE ET ESCHOLTZIA 30 COMPRIMES SUBLINGUAUX
 NOVANUIT Gél B/30
 NOVANUIT SOMMEIL 30 GELULES
 NOVAZEN Cpr B/45
 NUTERGIA ERGYCALM RELAXANT 250ML
 NUT'EXEL ISYDORMYL SOMMEIL 20 GELULES
 NUTREOV PHYSICIENNE CYCLAZEN P20 NUIT+ REDUCTION DE LA FATIGUE ET GOUTTES BUVABLES 20ML
 NUTREOV PHYSICIENNE NOSTRESS ANTI-FATIGUE 40 CAPSULES
 NUTREOV PHYSICIENNE OPTINUIT DOUBLE REGULATEUR DE SOMMEIL 30 COMPRIMES
 NUTREOV PHYSICIENNE OPTINUIT FLASH MELATONINE SOMMEIL DECALAGE HORAIRE 30 COMPRIMES
 NUTRISANTE BIO INFUSION BIEN ETRE CAMOMILLE 20 SACHETS
 NUTRISANTE BIO INFUSION BIEN ETRE DETENTE 20 SACHETS
 NUTRISANTE BIO INFUSION BIEN ETRE MELISSE 20 SACHETS
 NUTRISANTE BIO INFUSION BIEN ETRE SOMMEIL 20 SACHETS
 NUTRISANTE BIO INFUSION BIEN ETRE TILLEUL MENTHE 20 SACHETS
 NUTRISANTE MAGNESIUM + VITAMINES B1, B2, B6 24 COMPRIMES
 PHYTALESSENCE ENDORPHYT FACILITE L'ENDORMISSEMENT 40 GELULES
 PHYTALESSENCE SOMMEIL 60 GELULES
 PHYTOPREVENT PHYTOSTANDARD AUBEPINE-PASSIFLORE 30 COMPRIMES
 PHYTOPREVENT PHYTOSTANDARD ESCHSCHOLTZIA-VALERIANE 30 COMPRIMES
 PHYTOPREVENT PHYTOSTANDARD PASSIFLORE 90ML
 PHYTOSUN AROMS AROMADOSES AUX HUILES ESSENTIELLES SOMMEIL 30 CAPSULES
 PHYTOSUN AROMS AROMAZEN DETENTE SOMMEIL SERENITE 20 AMPOULES
 PHYTOSUN AROMS HUILE ESSENTIELLE BIO LAVANDE FINE 5ML
 PHYTOSUN AROMS HUILE ESSENTIELLE BIO MANDARINE VERTE 5ML
 PHYTOSUN AROMS HUILE ESSENTIELLE BIO ORANGE DOUCE 5ML
 PILEJE CHRONOBIANE MELATONINE SOMMEIL & DECALAGE HORAIRE 30 COMPRIMES
 PILEJE NEUROBIANE COMPLEMENT NUTRITIONNEL SYSTEME NERVEUX 60 GELULES
 PURESSENTIEL HEBBD HUILE ESSENTIELLE BIO LAVANDIN SUPER 10ML
 PURESSENTIEL HEBBD HUILE ESSENTIELLE BIO MANDARINE 10ML
 PURESSENTIEL HEBBD HUILE ESSENTIELLE BIO ORANGE DOUCE 10ML
 PURESSENTIEL HEBBD SOMMEIL COMPLEMENT ALIMENTAIRE BIO 30 CAPSULES
 RESTCALM Cpr B/15
 SANOFI EASY MAGNEVIE 20 SACHETS GOUT CITRON
 SANOFI EASY MAGNEVIE JOUR/NUIT 60 GELULES
 SANOFI MAGNEVIE B6 EXPRESS GOUT CITRON 30 STICKS
 SERIANE NUIT Gél 2B/30
 SEROXYL Gél B/60
 SOLGAR MELATONINE 60 COMPRIMES
 SOLGAR MELATONINE COMPLEXE FAVORISE LE SOMMEIL 30 GELULES
 SOLGAR MELATONINE SUPER 60 COMPRIMES
 SOLGAR NOXIDRIM 5-HTP 30 GELULES
 SOLURONFL' SOMMEIL SPRAY 20ML
 SOMNIL Gél sommeil naturel réparateur B/45
 SUPER DIET MELATONINE REDUIT LE TEMPS D'ENDORMISSEMENT 120 GELULES
 SYNERGIA D-STRESS 80 COMPRIMES
 SYNERGIA S.I.P.F. AUBEPINE EMOTIVITE 100ML
 SYNERGIA S.I.P.F. PASSIFLORE SERENITE 100ML
 SYNERGIA S.I.P.F. VALERIANE SOMMEIL 100ML
 THALAMAG MAGNESIUM MARIN 30 GELULES
 VALDISPERT MELATONINE BONNE NUIT
 VALDISPERT MELATONINE NUIT PAISIBLE 40 COMPRIMES
 VALDISPERT PHYTO NUIT SOMMEIL ET ENDORMISSEMENT 40 COMPRIMES
 VALERIANE BOITE DE 100CAPS SOLARAY
 VITAFLORE BIO ELIXIR SOMMEIL AUX 3 INFLORESCENCES 200ML
 VITAFLORE BIO TISANE SERENITE FEUILLES D'ORANGER TILLEUL FLEURS D'ORANGER
 VITAFLORE BIO TISANE TILLEUL SOMMEIL 18 SACHETS
 VITAFLORE BIO TISANE VERVEINE DIGESTION SOMMEIL 18 SACHETS
 VITAFLORE EXTRAIT DE BOURGEONS BIO GOUTTES BUVABLES CHENE SURMENAGE FATIGUE DEPRIME 15ML
 VITAFLORE EXTRAIT DE BOURGEONS BIO GOUTTES BUVABLES MARRONNIER ETATS EMOTIONNELS 15ML
 VITAFLORE EXTRAIT DE BOURGEONS BIO GOUTTES BUVABLES TILLEUL TROUBLES DU SOMMEIL 15ML...

ANNEXE 8 - Pistes de travail dans les TCC (39)

Principales croyances et attitudes concernant le sommeil

Garder des attentes réalistes concernant le sommeil

« Je dois dormir huit heures par nuit. »
« Parce que mon conjoint s'endort en quelques minutes, je devrais pouvoir en faire autant. »

Ces attentes sont-elles réalistes ?

- Est-ce que tout le monde a la même grandeur et le même poids ?
- Les différences individuelles se retrouvent également sur le plan de l'endormissement, du sommeil et de la quantité de sommeil dont nous avons besoin. Par conséquent, il n'y a aucune norme de sommeil.

Éviter de blâmer l'insomnie pour tous vos maheurs

« Quand je ne dors pas suffisamment, je dois rattraper le sommeil perdu en dormant plus longtemps le matin ou en faisant une sieste. »
« Si je passe plus de temps au lit, j'obtiendrai éventuellement tout le repos dont j'ai vraiment besoin. »

Ces conceptions sont-elles valides ?

- Dormir trop longtemps le matin et faire des siestes augmentent le risque de faire de l'insomnie la nuit suivante.
- Les expériences sur la privation de sommeil démontrent que les gens ont uniquement besoin de récupérer environ le tiers du sommeil perdu.

Ne pas dramatiser après une mauvaise nuit de sommeil

« Après une mauvaise nuit de sommeil, je sais que je ne serai pas capable de fonctionner. »
« Quand je suis irritable, anxieux ou déprimé durant la journée, c'est parce que j'ai mal dormi la nuit précédente. »

Ces conséquences sont-elles exagérées ?

- Les conséquences négatives d'une mauvaise nuit sont-elles toujours vécues avec la même intensité ?
- Si c'était vrai, quelqu'un ayant moins dormi en raison d'une bonne nouvelle devrait être dans le même état le lendemain et être aussi inquiet.
- Si l'irritabilité et la déprime ne sont le résultat que du manque de sommeil, cela signifie que les gens qui dorment bien ne sont jamais irrités ni déprimés. Est-ce vrai ?

Ne jamais essayer de dormir

« J'ai perdu la maîtrise de mon sommeil. »
ou « Je n'arrive plus à gérer mon sommeil. »

Ces croyances sont-elles valides ?

- Est-il possible de tout maîtriser ?
- Si une personne essaie de tout maîtriser, son anxiété de performance augmentera et nuira à son sommeil. Il est plus facile de combattre le sommeil que d'essayer de s'endormir.

Réviser les mauvaises conceptions des causes de l'insomnie

« Mon insomnie est le résultat d'un dérèglement hormonal ou de la vieillesse. »

Est-il vrai que je ne peux rien faire pour combattre l'insomnie ?

- Attribuer l'insomnie seulement à une cause externe nous rend impuissant et victime de l'insomnie.
- Peu importe ce qui crée l'insomnie, ce qui la maintient peut être modifié.

Apprendre à tolérer l'insomnie

« L'insomnie détruit ma vie. »

- Surtout, ne pas se punir de son manque de sommeil en s'empêchant de faire des activités plaisantes.

ANNEXE 9 - Questionnaire médecin

Questionnaire médecin INSOMNIE

Ce questionnaire a pour but de recueillir les caractéristiques des médecins généralistes prescripteurs.

Caractéristiques des médecins généralistes

Genre : Féminin Masculin

Age : Ans

Depuis combien de temps exercez-vous en cabinet de médecine générale (exercice en tant que remplaçant non thésé inclus)?

- 1-2 ans
- 3-5 ans
- 5-10 ans
- 10-20 ans
- 20-30 ans
- Plus de 30 ans

Caractéristiques de l'exercice

Dans quel milieu exercez-vous? (cochez une seule réponse)

- Urbain
- Rural
- Semi-rural

Lieu d'exercice de votre principale activité:

rural < 3000 habitants

urbain >20000 habitants

semi-rural 3000-20000 habitants

Dans quel cadre exercez-vous votre activité principale? (cochez une seule réponse)

- Seul
- Cabinet de groupe de médecins généralistes
- Cabinet de groupe de médecins de plusieurs spécialités
- Centre pluridisciplinaire avec professionnels médicaux et paramédicaux
- Autre, précisez :

Si vous travaillez dans un cabinet de groupe ou un centre pluridisciplinaire, quelles sont les professions représentées?

- Médecins généralistes
- Psychiatres
- Neurologues
- Pneumologues
- ORL
- Psychologues
- Kinés/Ostéopathes
- Infirmiers
- Sophrologues
- Acupuncteurs
- Autres, lesquels :

Combien de consultations faites-vous par jour en moyenne?

- < 10
- 10-20
- 20-30
- 30-40
- > 40

Avez-vous participé à des formations sur les troubles du sommeil?

- Non
- Oui

Si oui lesquelles (DU/DIU, FMC, ...)?

Prescriptions dans l'insomnie

Quels types de traitements médicamenteux avez-vous l'habitude de prescrire dans l'insomnie (insomnie aiguë ou chronique, de façon générale)?

Plusieurs réponses possibles

- Benzodiazépines
- Apparentés aux benzodiazépines (Imovane® Zopiclone, Stilnox® Zolpidem)
- Anti-histaminiques (Atarax® Hydroxyzine, Donormyl® Doxylamine, ...)
- Phytothérapie

Précisez les noms :

- Homéopathie

Précisez les noms :

- Mélatonine Circadin®
- Aucun
- Autres, précisez :

Vers quels spécialistes pouvez-vous orienter vos patients (interlocuteurs avec lesquels vous avez déjà travaillé) pour l'insomnie?

- Aucun
- Psychologue
- Psychiatre
- Neurologue
- Somnologue
- Ostéopathe
- Acupuncteur
- Sophrologue
- Centre du sommeil
- Autre, précisez :

Merci de votre participation. Vous pouvez maintenant remplir les questionnaires consacrés aux patients consultant pour des problèmes d'insomnie.

ANNEXE 10 - Questionnaire patient

Questionnaire patient INSOMNIE

Merci de remplir 1 questionnaire par patient (de plus de 18 ans) qui consulte pour une plainte d'insomnie, dans le temps de la consultation.

Caractéristiques du patient:

Age : ans

Sexe Féminin Masculin

Antécédents psychiatriques (plusieurs réponses possibles)

- Aucun
- Insomnie chronique
- Syndrome anxiodépressif
- Addictions
 - Benzodiazépines et hypnotiques
 - Alcool
 - Tabac
 - Drogues illicites
 - Autres, précisez:

Thérapeutiques médicamenteuses déjà expérimentées (plusieurs réponses possibles):

- Aucune
- Benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques
- Apparentés aux benzodiazépines (Zopiclone Imovane[®], Zolpidem Stilnox[®])
- Anti-histaminiques
- Mélatonine (Circadin[®])
- Phytothérapie
- Homéopathie
- Autre
 - Buspirone
 - Covatine[®] (Captodiame)
 - Lyrica[®] (Prégabaline)
 - Stresam[®] (Etifoxine)
 - Autre, précisez:

Thérapeutiques non médicamenteuses déjà expérimentées (plusieurs réponses possibles):

- Aucune
- Conseils d'hygiène de sommeil
- Agenda du sommeil
- Psychothérapie, TCC, ...
- Sophrologie
- Acupuncture
- Ostéopathie
- Autre, précisez:

Consultation actuelle

Plaintes ou demandes du patient (une seule réponse possible)

- Demande de renouvellement de son traitement pour l'insomnie
- Première plainte d'insomnie
- Récidive de plainte après traitement médicamenteux /non médicamenteux/agenda ...

Qu'avez-vous proposé lors de cette consultation? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Rien
- Conseils d'hygiène du sommeil
- Agenda du sommeil
- Traitement non médicamenteux (par vous ou un autre professionnel)
 - Psychothérapie (TCC, ...)
 - Sophrologie
 - Acupuncture
 - Ostéopathie
 - Autre, précisez :
- Introduction d'un (de) nouveau(x) médicament(s) (si pas de médicaments antérieurement)
- Modification du traitement médicamenteux existant
 - Augmentation de la dose
 - Diminution de la dose
 - Arrêt du médicament
 - Changement de traitement
 - Ajout d'un traitement supplémentaire
 - Autre, précisez :
- Renouvellement du traitement à l'identique
- Arrêt du (des) médicament(s)
- Autre, précisez :

En cas d'arrêt ou de modification du traitement prescrit, précisez quel(s) était(nt) ces médicaments:

- Benzodiazépine
- Apparentés aux benzodiazépines (Imovane[®] Zopiclone, Stilnox[®] Zolpidem)
- Anti-histaminique
- Mélatonine Circadin[®]
- Phytothérapie
- Homéopathie
- Autre, précisez :

Raison(s) de la modification du traitement médicamenteux

- Effet(s) indésirable(s)
- Inefficacité/efficacité incomplète du traitement
- Réévaluation de la balance bénéfices/risques
- Durée maximale de prescription atteinte
- Autre, précisez :

Pour conclure, veuillez compléter le tableau page suivante avec les traitements prescrits lors de cette consultation, ou joindre une copie anonymisée de l'ordonnance.

Vous pouvez me laisser vos commentaires éventuels dans ce cadre:

Merci d'avoir participé à cette étude, et d'avoir consacré du temps à répondre à ces questions.

Pour toute remarque ou commentaire, vous pouvez m'écrire à l'adresse sandrine.ouhayoun@gmail.com

Vous pouvez dès lors recommencer ce questionnaire avec un autre patient consultant pour insomnie, le nombre de "questionnaire patient" étant limité à 10 par médecin. Vous serez tenu au courant des résultats par la suite.

	POSOLOGIE (indiquez la quantité de cp, gélule, gouttes, ...)				DUREE	COMMENTAIRES (si besoin, décroissance, ...)
	matin	midi	soir	coucher		
BENZODIAZEPINE :						
Havlane [®] (Loprazolam) 1mg						
Lexomil [®] / Quietiline [®] (Bromazepam) 6mg						
Lysanxia [®] (Prazepam) 10mg						
Lysanxia [®] (Prazepam) 40mg						
Lysanxia [®] (Prazepam) 15mg/ml sol.buv.						
Mogadon [®] (Nitrazepam) 5mg						
Noctamide [®] (Lormetazepam) 1mg						
Noctamide [®] (Lormetazepam) 2mg						
Nordaz [®] (Nordazepam) 7.5mg						
Nordaz [®] (Nordazepam) 15mg						
Normison [®] (Témazepam) 10mg						
Normison [®] (Témazepam) 20mg						
Nuctalon [®] (Estazolam) 2mg						
Seresta [®] (Oxazepam) 10mg						
Seresta [®] (Oxazepam) 50mg						
Temesta [®] (Lorazepam) 1mg						
Temesta [®] (Lorazepam) 2.5mg						
Tranxène [®] (Clorazepate) 5mg						
Tranxène [®] (Clorazepate) 10mg						
Tranxène [®] (Clorazepate) 20mg						
Urbanyl [®] (Clobazam) 5mg						
Urbanyl [®] (Clobazam) 10mg						
Urbanyl [®] (Clobazam) 20mg						
Valium [®] (Diazepam) 2mg						
Valium [®] (Diazepam) 5mg						
Valium [®] (Diazepam) 10 mg						
Valium [®] (Diazepam) 1% sol.buv.						
Veratran [®] (Clotiazepam) 5mg						
Veratran [®] (Clotiazepam) 10mg						
Victan [®] (Loflazéplate) 2mg						
Xanax [®] (Alprazolam) 0.25mg						
Xanax [®] (Alprazolam) 0.50mg						
Xanax [®] (Alprazolam) 1mg						

	POSOLOGIE (indiquez la quantité de cp, gélule, gouttes, ...)				DUREE	COMMENTAIRES (si besoin, décroissance, ...)
	matin	midi	soir	coucher		
APPARENTES AUX BZD :						
Stilnox [®] (Zolpidem) 10mg						
Imovane [®] (Zopiclone) 3.75mg						
Imovane [®] (Zopiclone) 7.5mg						
ANTI-HISTAMINIQUE :						
Atarax [®] (Hydroxyzine) 25mg						
Atarax [®] (Hydroxyzine) 100mg						
Atarax [®] (Hydroxyzine) sirop						
Donormyl [®] / Lidène [®] /Noctyl [®] (Doxylamine) 15mg						
Phénergan [®] (Prométazine) 25mg						
Théralène [®] (Alimémazine) 5mg						
Théralène [®] (Alimémazine) 4% sol.buv.						
Théralène [®] (Alimémazine) 0.05% sirop						
HOMEOPATHIE (indiquez le nom et le dosage)						
PHYTOTHERAPIE (indiquez le nom et le dosage)						
CIRCADIN [®] Mélatonine						
DIVERS						
Buspirone 10mg						
Covatine [®] (Captodiame) 50mg						
Lyrica [®] (Prégabaline) 25mg						
Lyrica [®] (Prégabaline) 50mg						
Lyrica [®] (Prégabaline) 75mg						
Lyrica [®] (Prégabaline) 100mg						
Lyrica [®] (Prégabaline) 150mg						
Lyrica [®] (Prégabaline) 200mg						
Stresam (Etifoxine) 50mg						
AUTRES						

Etude de pratique sur les alternatives thérapeutiques médicamenteuses aux benzodiazépines et apparentés prescrites dans l'insomnie par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées

Toulouse, 13 Octobre 2015

Les benzodiazépines et apparentés sont les traitements majoritairement prescrits par les généralistes dans l'insomnie. De nombreux autres médicaments existent, mais la prévalence de leur prescription n'est pas connue. L'objectif était de décrire les pratiques de prescription des alternatives médicamenteuses aux benzodiazépines et apparentés par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées dans l'insomnie. Une étude observationnelle descriptive transversale des pratiques de prescription des généralistes dans l'insomnie a été menée sur des patients consultant en cabinet pour insomnie. Sur 263 patients inclus, 229 (87,1%) patients ont reçu une prescription médicamenteuse pour l'insomnie : ces prescriptions étaient des alternatives aux benzodiazépines et apparentés pour 32,8% des patients traités par médicaments. Les alternatives prescrites par les généralistes étaient : des antihistaminiques à 25 patients (9,5%), des antidépresseurs à 17 patients (6,5%), de l'homéopathie à 11 patients (4,2%), de la phytothérapie à 10 patients (3,8%), des neuroleptiques à 6 patients (2,3%), de la mélatonine à 5 patients (1,9%). Une prescription d'au moins une benzodiazépine ou apparenté a été faite à 173 patients (65,8%). Presque un tiers des patients a eu une prescription médicamenteuse alternative aux benzodiazépines et apparentés. Plus d'études fiables sur ces alternatives pourraient aider à la déprescription des benzodiazépines.

Practice study on drug therapeutic alternatives to benzodiazepines and related prescribed by general practitioners in insomnia in Midi-Pyrénées

Benzodiazepines and related are mostly prescribed in the treatment of insomnia by physicians. Many other therapeutics have an indication in insomnia, but their frequency of use is unknown. The objective was to describe drug prescription practices alternatives to benzodiazepines and related by general practitioners of Midi-Pyrénées in insomnia. A descriptive cross-sectional observational study was conducted on patients complaining of insomnia in general medicine practice. 229 (87,1%) of 263 patients included received a prescription drug for insomnia. Alternative drug prescription to benzodiazepine or related was made to 32.8% of patients treated with drugs. Drugs prescribed by physicians were: antihistamines for 25 patients (9.5%), antidepressants for 17 patients (6.5%), homeopathy for 11 patients (4.2%), phytotherapy for 10 patients (3.8%), neuroleptics for 6 patients (2.3%), melatonin for 5 patients (1.9%). A prescription of at least one benzodiazepine or related was made for 173 patients (65.8%). Almost a third of patients had an alternative drug prescription to benzodiazepine or related. More reliable studies regarding these alternatives would help to decrease benzodiazepine's prescriptions.

Discipline administrative: MEDECINE GENERALE**Mots clés:** insomnie - médecine générale - thérapeutique - étude de pratique - benzodiazépines - Midi-Pyrénées

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directeur de thèse : DUPOUY Julie