

Diagnostic éducatif de 13 seniors consommateurs chroniques de benzodiazépines et apparentés pour insomnie : représentations du trouble du sommeil et de son traitement

Charlotte Taylor

▶ **To cite this version:**

Charlotte Taylor. Diagnostic éducatif de 13 seniors consommateurs chroniques de benzodiazépines et apparentés pour insomnie : représentations du trouble du sommeil et de son traitement. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01586184

HAL Id: dumas-01586184

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01586184

Submitted on 12 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Thèse présentée et soutenue publiquement le

Jeudi 4 mai 2017 à Nice par

Charlotte TAYLOR

Née le 15 Septembre 1988 à Marseille

DIAGNOSTIC EDUCATIF DE 13 SENIORS CONSOMMATEURS CHRONIQUES DE BENZODIAZEPINES ET APPARENTES POUR INSOMNIE : REPRESENTATIONS DU TROUBLE DU SOMMEIL ET DE SON TRAITEMENT

Président :

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Monsieur le Docteur Nicolas HOGU

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Nicolas HOGU

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	**M. BAQUÉ Patrick**
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. JOURDAN Jacques
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DARMON David	Médecine Générale
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
M.	GONZALEZ Jean-François	Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale
M.	WELLS Michael	Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

À Monsieur le Professeur Olivier GUERIN,
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et vous prie de croire à l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,
Je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous portez à mon travail en siégeant au sein de ce jury. Veuillez accepter l'expression de toute ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Michel BENOIT,
Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail en acceptant de prendre part à ce jury. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Nicolas HOGU,
Je vous remercie de m'avoir si bien guidée dans la réalisation de ce travail en m'accordant un temps précieux. Votre engagement dans la médecine générale et l'enseignement suscite toute mon admiration.
Travailler à vos cotés fut un immense plaisir et je vous adresse mon éternelle reconnaissance.

A mes parents,

A mon frère,

A mon mari,

Et à toi Henri chéri,
Qui m’a accompagné chaque jour dans l’écriture de ce travail.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 9

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION 13
- **I- Etat des lieux** 13
- **II- Benzodiazépines : Iatrogénie et particularité du sujet âgé** 14
  - A. Troubles cognitifs 15
  - B. Effets sédatifs 15
  - C. Tolérance, dépendance et phénomène de sevrage 15
- **III- Recommandations** 16
  - A. Prise en charge de l'insomnie chez la personne âgée 17
  - B. Modalités d'arrêt 19
- **IV- Le médecin généraliste en difficulté** 19
- **V- Le diagnostic éducatif** 20

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE 24
- **I- Type d'étude** 24
- **II- Choix de la méthode** 24
  - A. Enquête qualitative 24
  - B. Entretiens individuels semi-dirigés 25
  - C. Réalisation du canevas d'entretien 26
- **III- Constitution de l'échantillon** 27
  - A. Caractéristiques 27
  - B. Recrutement 27
  - C. Taille de l'échantillon 28
- **IV- Recueil des données** 29
  - A. Date et lieu 29
  - B. Déroulement 29
- **V- Méthode d'analyse** 30

TROISIEME PARTIE : RESULTATS 31
- **I- Représentation du sommeil** 32
  - A. Définition 32
  - B. Représentation des mécanismes causaux 34
  - C. Vécu de l'insomnie 42
- **II- Représentations du traitement** 45
  - A. Les croyances 45
  - B. Justification de la prise 51
- **III- Représentations du sevrage** 57
  - A. L'environnement du patient 57
  - B. Les méthodes proposées 60
  - C. L'intention de sevrage 64

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION ____ **73**
I- Discussion de la méthode ____ **73**
A. Méthode qualitative ____ 73
B. Diagnostic éducatif ____ 73
C. Recueil des données ____ 77
D. Echantillon ____ 79
E. Codage et Analyse ____ 80
II- Discussion des résultats ____ **81**
A. Population ____ 81
B. Molécule et durée de prescription ____ 82
C. Le sommeil ____ 82
D. Les benzodiazépines chez le sujet âgé ____ 91
E. Le sevrage ____ 95
III- Perspectives ____ **103**

CONCLUSION ____ **106**

ANNEXES ____ **109**

BIBLIOGRAPHIE ____ **112**

RESUME ____ **120**

SERMENT D'HIPPOCRATE ____ **121**

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION

I- ETAT DES LIEUX

Le sommeil est une fonction biologique fondamentale jouant un rôle essentiel sur notre santé et bien-être, permettant le repos et la restauration des principales fonctions physiologiques et mentales.[52]
Les troubles du sommeil, aux lourds retentissements médicaux, sociaux et professionnels, sont répartis par l'Académie américaine de la médecine du sommeil, selon la classification internationale des troubles du sommeil, en six familles principales [6] :

- les insomnies (troubles les plus fréquents),
- les troubles respiratoires durant le sommeil,
- les hypersomnies,
- les troubles du rythme circadien,
- les parasomnies
- les mouvements anormaux durant le sommeil.

L'homme passe en moyenne près d'un tiers de sa vie à dormir.[63] Pourtant l'insomnie reste un problème de santé majeur, tant par sa fréquence que par ses répercussions humaines, sociales et économiques. De récentes études mettent en évidence un lien entre durée de sommeil et espérance de vie : le manque de sommeil serait associé à un sur-risque de morbidité (diabète, obésité, dépression, maladies cardiovasculaires) et de mortalité.[28]

Près d'un tiers de la population générale manifeste des symptômes d'insomnie. Il s'agit d'un ressenti subjectif, correspondant à une insuffisance de l'installation ou du maintien du sommeil, ou une mauvaise qualité restauratrice, avec manifestations diurnes (fatigue, perte de concentration, manque de mémoire, morosité ou irritabilité, erreurs dans la réalisation de tâches).[33]

La quête d'une réponse à la problématique de l'insomnie conduit à plusieurs types de solutions, médicamenteuses ou pas, médicalisées ou non. Concernant l'option médicamenteuse, l'insomnie est à l'origine d'une consommation importante, voire excessive, témoignant certainement de sa sévérité :

- 15 à 20 % des français font un usage ponctuel d'anxiolytiques et d'hypnotiques ;
- 10% les consomment régulièrement.[2]

Parmi les consommateurs de benzodiazépines hypnotiques :

- 17,4 % se procurent leur traitement en continu ;
- la moitié d'entre eux le consomment cinq années consécutives.[2]

II- BENZODIAZEPINES : IATROGENIE ET PARTICULARITE DU SUJET AGE

Les médicaments psychotropes recouvrent un ensemble de molécules : les neuroleptiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques et les hypnotiques ; ces deux dernières classes sont principalement représentées par les benzodiazépines.
Deux molécules hypnotiques sont également rapprochées de cette classe : le zolpidem et la zopiclone possèdent un mécanisme d'action et des effets proches des benzodiazépines. On les considère comme « apparentées aux benzodiazépines ».[2]
Les benzodiazépines et apparentées induisent ou maintiennent le sommeil.

Un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans et près de 40 % des plus de 85 ans consomment de façon régulière des hypnotiques ou des anxiolytiques. Dans le cadre des troubles du sommeil, la durée d'exposition moyenne constatée pour une benzodiazépine (anxiolytique et hypnotique) ou apparentée est de 7 mois, alors que la durée de prescription maximale recommandée est de 30 jours.[37]
La consommation de benzodiazépines au long cours expose cette population, soumise à des modifications pharmacodynamiques et pharmacocinétiques, à de nombreux risques. En effet, les modifications physiologiques liées à l'âge favorisent l'accumulation des métabolites actifs des benzodiazépines, augmentant alors le risque de surdosage et d'effets indésirables: psychomoteurs, avec une augmentation du risques de chutes et de fractures, ou cognitifs avec des troubles mnésiques.[2,13]

A. TROUBLES COGNITIFS

Les troubles cognitifs apparaissent comme des effets indésirables majeurs et se caractérisent par des troubles de la concentration et de la mémoire, une amnésie antérograde, une diminution du rappel des évènements à court terme ainsi qu'un ralentissement dans l'apprentissage d'une nouvelle information.

Des études suggèrent également qu'un usage de benzodiazépines sur le long terme, est un facteur d'augmentation du déclin cognitif.[13, 60]

L'association entre la consommation de benzodiazépines et la survenue de démence est controversée par différentes études.[13, 33, 26, 27]

B. EFFETS SEDATIFS

L'effet hypnotique recherché par le prescripteur dans le cadre de trouble du sommeil, peut notamment induire une somnolence diurne avec un retentissement sur les activités quotidiennes et donc un risque plus important d'accident de la voie publique et domestique.

Par ailleurs, l'équilibre postural étant diminué, leur consommation est à l'origine de nombreuses chutes chez le sujet âgé. Plusieurs études évoquent même une majoration du risque de fracture du col du fémur.[10, 13, 23, 47, 62, 74, 75]

C. TOLERANCE, DEPENDANCE ET PHENOMENE DE SEVRAGE

La tolérance correspond à une diminution de l'effet thérapeutique pour une même dose de traitement, pouvant donc conduire à une augmentation des posologies pour obtenir l'effet recherché.

Toute consommation de benzodiazépines et apparentées, expose à un risque de dépendance physique ou psychique : elle est proportionnelle à la dose et à la durée du traitement.

L'arrêt brutal du traitement, même à posologie normale, peut entraîner un phénomène de sevrage, pouvant se manifester par une fatigue physique, une

insomnie, de l'anxiété, des céphalées, voire même par des hallucinations, délires ou convulsions. La sévérité des manifestations varie en fonction du patient, du type de benzodiazépines et de la vitesse de décroissance de la posologie.[2, 13, 34]

III- RECOMMANDATIONS

En France, le temps d'utilisation moyen d'une benzodiazépine anxiolytique est de 5 mois par an environ, alors que l'AMM recommande une prescription ne dépassant pas les 12 semaines. De même, bien que la recommandation préconise une durée de consommation n'excédant pas les 4 semaines pour des troubles du sommeil[39], le temps de traitement par benzodiazépines hypnotiques est proche de 4 mois par an. Notons que chez les plus de 65 ans, ce temps d'exposition est plus élevé.[2]

Compte tenu de la iatrogénie et de l'importance de cette consommation en France, les autorités sanitaires portent un intérêt particulier à ce sujet.
Selon la HAS, « *mieux prescrire est un enjeu de santé publique* », puisque « *si le médicament est avant tout une chance, la polymédication augmente le risque iatrogénique et peut diminuer l'observance* ». A titre d'exemple, nous pouvons citer quelques actions phares des autorités sanitaires, afin d'améliorer les pratiques et le service médical :

- Programmes d'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA)
- Campagnes d'information du grand public sur les somnifères et les anxiolytiques (plan sommeil 2007, conseils pour mieux dormir quand on est senior 2012)
- Stratégies d'arrêt des benzodiazépines et apparentées chez le patient âgé (2007) puis dans la population générale (2015)[35, 39]
- Recommandations de prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale.[33]

A. PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE CHEZ LA PERSONNE AGEE

La première étape repose sur la construction du diagnostic d'insomnie reposant sur un faisceau d'arguments somatiques, psychologiques et environnementaux et sur une étude de l'historique du sommeil.[33] Rappelons les critères diagnostiques du DSM-5 : [3]

1. La plainte prédominante est une insatisfaction par rapport à la quantité ou la qualité du sommeil, associée à un ou plusieurs des symptômes suivants :
    - Difficulté d'endormissement
    - Difficulté à maintenir le sommeil
    - Réveil trop précoce
2. Provoque une détresse cliniquement significative ou nuit au bon fonctionnement social ou professionnel, aux études, au comportement ou à d'autres importantes fonctions.
3. Au moins 3 nuits par semaine.
4. Depuis au moins 3 mois.
5. Malgré des circonstances propices au sommeil
6. Non expliquée par un autre trouble du cycle veille-sommeil et sa survenue ne coïncide pas exclusivement avec cet autre trouble (narcolepsie, trouble du sommeil lié à la respiration, trouble du rythme circadien veille-sommeil, parasomnie).
7. Pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (drogue ou médicament).
8. Des troubles mentaux et des conditions médicales coexistant n'expliquent pas la plainte d'insomnie.

Lors d'une allégation de plainte récente de sommeil, il est fondamental de repérer les éventuelles causes modifiables ou curables (syndrome d'apnées du sommeil, douleurs, dépression, médicaments).

Dans un second temps, la prise en charge consiste à promouvoir l'éveil diurne de façon à maintenir le cycle éveil-sommeil. Des conseils simples tels que la pratique

d'activités physiques ou intellectuelles, éviter la caféine, la nicotine, l'alcool, retarder l'horaire de coucher, respecter les horaires de lever, doivent être délivrés.
Après avoir conseillé des traitements non pharmacologiques, l'utilisation d'hypnotiques est proposée, après information du patient. Le sujet âgé étant souvent polypathologique, le praticien se doit de prévenir le risque d'interactions médicamenteuses en limitant la polymédication.

L'AFSSAPS recommande de privilégier des produits à demi-vie courte, du fait du risque d'accumulation du médicament.[2]

Benzodiazépines et apparentées à demi-vie courte (< 20h) [33, 35] :

Nom commercial	**Molécule**	**Demi-vie**
Hypnotiques		
STILNOX®	*Zolpidem*	2 h 30
IMOVANE®	*Zopiclone*	5 h
NORMISON®	*Témazépam*	5 à 8 h
HAVLANE®	*Loprazolam*	8 h
NOCTAMIDE®	*Lormétazépam*	10 h
NUCTALON®	*Estazolam*	17 h

Nom commercial	**Molécule**	**Demi-vie**
Anxiolytiques		
VERATRAN®	*Clotiazépam*	4 h
SERESTA®	*Oxazépam*	8 h
TEMESTA®	*Lorazépam*	10 à 20 h
XANAX®	*Alprazolam*	10 à 20 h

B. MODALITES D'ARRET

La HAS établit en 2008 des recommandations sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés consommés depuis plus de 30 jours par le patient de plus de 65 ans, qui seront en 2015 réactualisées et généralisées à la population générale.[35,39]

Les prescripteurs sont encouragés à expliquer au patient, dès l'instauration du traitement, sa durée, les modalités d'arrêt progressif et les risques. Par ailleurs, le médecin devra s'interroger devant toute demande de renouvellement, sur la mise en œuvre d'un arrêt.

Si la décision est « partagée », il s'agira alors d'évaluer les attentes et le degré d'attachement du patient (échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines), ainsi que les facteurs pronostics : cet arrêt se veut progressif sur 4 à 10 semaines environ, aidé par des mesures d'accompagnement non médicamenteuses, et encadré de consultations régulières. [35,39]

IV- LE MEDECIN GENERALISTE EN DIFFICULTE

Le médecin spécialiste en médecine générale est le principal concerné par la problématique de l'insomnie, touchant globalement la moitié des consultants en médecine générale.[33] Il a une place privilégiée pour le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des troubles du sommeil. De plus, près de 90% des prescriptions de benzodiazépines émanent de prescripteurs libéraux dont la plupart sont des généralistes.[2]

Le taux de consommateurs annuels d'hypnotiques augmente avec l'âge et les médecins généralistes sont aussi les principaux prescripteurs chez les sujets âgés, qui ont moins recours aux spécialistes que les plus jeunes. Ils se doivent donc d'être particulièrement sensibilisés aux risques d'une surconsommation de somnifères chez les aînés.[31]

S. d'Audigier et E. Filz ont mené une étude sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes face aux prescriptions chroniques de benzodiazépines, conscients et mobilisés par cette problématique.[4] Ils ont exprimé leurs difficultés, par manque de temps et de formation, à gérer les résistances des patients et la pression lors du renouvellement d'une ordonnance. Par ailleurs, ils ont signalé un manque d'alternatives efficaces et remboursées, ainsi qu'une volonté de privilégier l'accompagnement du patient dans ses difficultés, plutôt que dans un processus de sevrage. Un sentiment d'impuissance et d'inefficacité s'est dégagé, conduisant parfois à une résignation. Les médecins auraient recours à la prescription de psychotropes afin d'atténuer les maux de la vieillesse.[19]

Les autorités sanitaires proposent des recommandations quant aux modalités d'arrêt, pourtant les médecins ne sont pas les seuls acteurs. En effet, les patients ont une identité propre, avec leur vécu, leurs croyances, leurs craintes et restent au centre de cette démarche volontaire. L'engagement du patient dans un processus de sevrage nécessite une motivation et une confiance, que le médecin généraliste, par sa proximité, peut exploiter.

La connaissance de ces différents aspects pourrait permettre au médecin de saisir les attentes de son patient et d'adapter ainsi sa prise en charge.

V- LE DIAGNOSTIC EDUCATIF

Les conséquences de l'insomnie au plan de la santé individuelle consistent en une altération du fonctionnement diurne, physique, psychique et social et induisent une qualité de vie globalement comparable à celle des personnes ayant une maladie chronique.[33]

Or, la banque de données en santé publique définit la maladie chronique comme *«une maladie qui évolue à long terme, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses, et susceptible de réduire la qualité de vie du patient. »*[14] C'est donc en considérant l'insomnie comme une maladie chronique, qu'une démarche d'éducation thérapeutique apparaît comme un outil à privilégier

dans la prise en charge globale. Elle est d'autant plus importante chez le sujet âgé, compte tenu de la complexité de ses pathologies, traitements et problèmes d'observance.

L'éducation thérapeutique est destinée selon l'OMS, à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle positionne le patient en acteur de sa santé, en partenariat avec les professionnels et le rend ainsi responsable : il devient un participant actif.
Brigitte Sandrin-Berthon nous rappelle que *« le but de la démarche éducative n'est pas de rendre le patient plus obéissant. Il s'agit plutôt de comprendre ce qu'il ressent et le sens qu'il donne à sa maladie, à son traitement. A partir de là, on a plus de chance d'être à son tour entendu».*[69] Il s'agira alors d'un échange interactif, d'une coopération soignant-soigné dans un climat d'écoute active et bienveillante, afin de favoriser l'expression par le patient, de ses attentes.

Cette évolution de la relation médecin-patient se veut moins directive, privilégiant l'écoute, dans un climat d'empathie et d'attitude encourageante.[36] *« Une fois que la question est posée, il est temps d'écouter. »*[50]

La HAS propose un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en quatre étapes [36] :

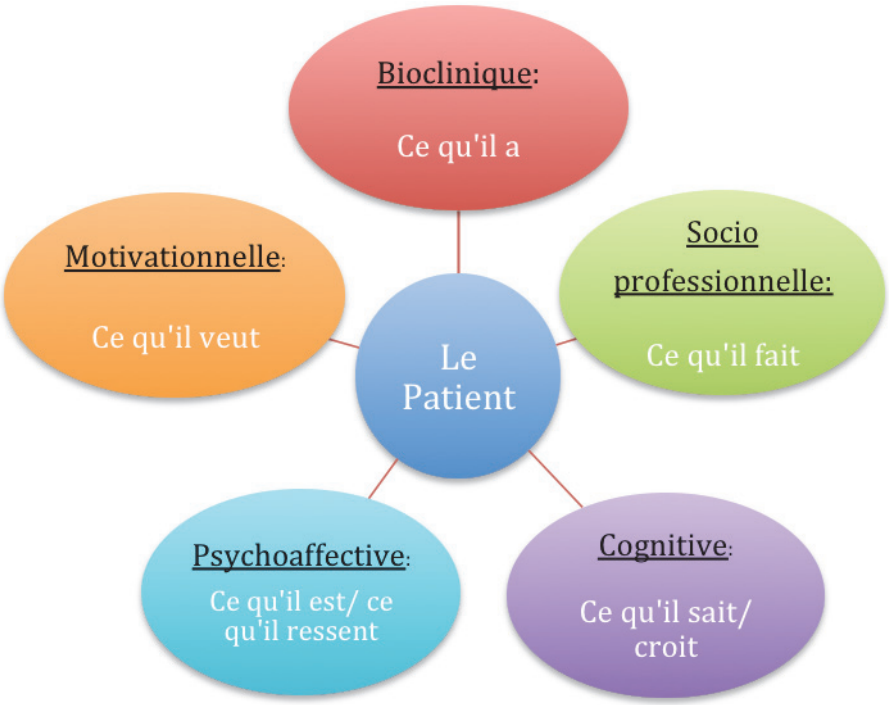
- Elaborer un diagnostic éducatif
- Définir un programme d'éducation avec les objectifs
- Mise en œuvre des séances
- Evaluer les compétences acquises.

Le prérequis à l'éducation réside dans l'évaluation du vécu, du profil, des croyances, des motivations des patients via le diagnostic éducatif. L'analyse des représentations de leur sommeil et traitement hypnotique, permettra au praticien de faire émerger leurs attentes et d'adapter sa prise en charge. C'est donc cet outil, le diagnostic éducatif, que nous avons décidé de placer au centre de notre travail.

L'intérêt du diagnostic éducatif est double :

- Pour le patient, en s'exprimant sur ses expériences, sa maladie et ses besoins
- Pour le praticien, en identifiant les attentes et les ressources de son patient puis en adaptant sa proposition de sevrage.

Afin de cerner le patient, ses besoins et ses attentes, cinq dimensions sont explorées par cinq questions [71] :



La HAS propose de nombreux outils aux médecins généralistes pour accompagner leurs patients dans une démarche de sevrage.[39] Cependant, ils ne sont pas nécessairement ciblés aux attentes des patients.

Dans le cadre de notre étude, la justification de l'usage du diagnostic éducatif comme outil, réside dans notre volonté de faire émerger des attentes de patients, non exprimées jusque là.
Ce travail est nécessaire avant d'initier toute démarche de sevrage, afin de saisir les priorités éprouvées par les intéressés.

Notre objectif est d’utiliser le diagnostic éducatif comme outil, afin d’explorer les représentations qu’ont les sujets âgés, de leur sommeil et traitement hypnotique. Ainsi, nous ferons émerger des suggestions pour l'amélioration de la prise en charge du sevrage en benzodiazépines chez le sujet âgé.

DEUXIÈME PARTIE : MATERIEL ET METHODE

I- TYPE D'ETUDE

C'est une étude qualitative en soins primaires, dont le but est d'explorer le vécu et les représentations de sujets âgés de plus de 65 ans concernant leur sommeil et leurs traitements, au cours d'entretiens individuels semi-dirigés.

II- CHOIX DE LA METHODE

A. ENQUETE QUALITATIVE

La médecine générale se caractérise par une approche du patient dans sa globalité et complexité. Le praticien est souvent confronté à des difficultés pour initier une démarche de sevrage en somnifères auprès de ses patients, dont la iatrogénie est redoutable chez les plus de 65 ans.[13] Nous souhaitons donc faire émerger les représentations qu'ont nos patients, concernant leur sommeil et traitement, afin de saisir les difficultés qu'ils rencontrent.

« La recherche qualitative étudie les phénomènes complexes dans leur milieu naturel, s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent »[17] : cette approche, cherchant à explorer les émotions, les sentiments des sujets ainsi que leurs comportements et expériences personnelles, contribue à une meilleur compréhension du patient, ce qui est l'objet de notre travail.[73]

B. ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGES

Le fait de travailler sur les représentations des patients a imposé le choix de la méthode de recueil des données : *« l'enquête par entretien est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal. Ces faits concernent les systèmes de représentations (pensées construites) et les pratiques sociales (faits - expériences)»*.[11]

Il s'agit donc de recueillir des données verbales, facteurs subjectifs donc difficiles à mesurer, au cours d'entretiens individuels semi-dirigés: c'est une démarche interprétative.

Par ailleurs, les problèmes de sommeil étant un sujet intime, l'entretien semi-dirigé nous a semblé adapté puisque l'enquêteur questionne directement et individuellement le patient: il favorise la libre expression *« dans le cadre naturel en mettant l'accent sur les expériences, les comportements et les opinions de tous les participants ».*[61]

Le langage à adopter par l'enquêteur lors de l'entretien doit être empathique, sans jugement ni moralisation, dans un environnement calme. Il convient d'utiliser différentes stratégies: [36, 59]

- Les questions ouvertes et relances : favorisent l'émergence de nouvelles idées
- La reformulation : permet de s'assurer que l'on comprend ce que le sujet a voulu dire, contribue au sentiment d'être écouté et compris.
- Une synthèse : permet de faire un retour de la situation exposée par la personne, et de l'aider dans sa réflexion.
- Le renforcement positif : valorise les actions réalisées.

Les entretiens ont été menés par l'enquêtrice qui a également réalisé l'analyse des résultats.

C. REALISATION DU CANEVAS D'ENTRETIEN

Notre canevas d'entretien semi-directif *(Annexe 1)* est composé de questions ouvertes abordant, à la manière d'un diagnostic éducatif, des interrogations favorisant une réflexion du patient sur sa vie, son sommeil et son traitement. Il était prévu d'adapter et d'enrichir ce guide au fur et à mesure des entretiens.
Nous nous sommes appuyés sur des modèles de guides d'entretien proposés par la HAS et de revues médicales. [22, 32, 36, 66, 59]

Ainsi, la trame de l'entretien cherchait à répondre aux questions explorant les cinq dimensions du diagnostic éducatif [66] :

- Qui est cette personne ?
- Qu'est-ce que cette personne a ?
- Qu'est-ce que cette personne fait ?
- Qu'est-ce que cette personne sait ?
- Quel est son projet ?

C'est à partir de l'analyse des données de la littérature et la lecture de thèses abordant le thème du sommeil qu'ont émergé les thèmes pertinents à aborder.[4,7,19,57]
Ces thèmes ont été regroupés en cinq notions à explorer : Le patient, son sommeil, son traitement, son environnement et son projet.
Ce guide, élaboré avec l'aide du directeur de thèse, est modulable et ne constitue qu'un support dans la conversation. Il a pour *« but d'aider l'interviewer à improviser des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés. Cette technique permet donc, du moins en principe, à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant aux questions de la recherche ».*[11]

Un interne en médecine et un sujet souffrant d'insomnie ont servi de sujets test à ce guide, afin de vérifier sa bonne compréhension et d'adapter sa formulation.

III- CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

A. CARACTERISTIQUES

Les critères d'inclusion étaient

- Des sujets en soins primaires,
- âgés de plus de 65 ans, (définition des personnes âgées retenue par l'OMS) [37]
- consommant depuis plus de 30 jours des benzodiazépines ou apparentées, (selon les critères d'abus en benzodiazépines de la HAS) [39]
- à visée hypnotique pour trouble du sommeil.

Les patients étaient issus d'un même cabinet de médecine générale à Menton, dans lequel deux médecins généralistes exercent.

B. RECRUTEMENT

Les patients ont été recrutés de deux manières différentes :

- Recherche sur le logiciel médical Crossway via la fonction statistique, de patients répondant aux critères d'inclusion : l'enquêtrice a par la suite contacté par téléphone les patients correspondants et proposé un entretien.

- Durant des consultations de patients répondant aux critères d'inclusion au cabinet : l'enquêtrice travaillant au cabinet dans le cadre d'un stage en SASPAS, ou le médecin référent du cabinet, ont proposé une rencontre à l'issue de la consultation.

Un rendez-vous avec l'enquêtrice était ensuite proposé aux sujets, au cabinet ou à leur domicile.

C. TAILLE DE L'ECHANTILLON

La qualité de l'échantillon prime et non pas sa taille, souvent restreinte. Les sujets inclus doivent refléter la diversité d'une population, y compris ses opinions marginales.[17]

La diversité des entretiens est la source de la richesse des données.

Les inclusions ont été interrompues lorsque nous avons estimé avoir atteint le point de « *saturation* » des données, ce qui sous-entend une analyse continue des entretiens.

IV- RECUEIL DES DONNEES

A. DATE ET LIEU

Les entretiens se sont déroulés de mars à juin 2016, dans un cabinet de médecine générale à Menton, au domicile des patients, ou par téléphone pour l'un des patients.

B. DEROULEMENT

Chaque entretien débutait par ce que A. Blanchet appelle le *« cadre conceptuel »* car c'est *« de la clarté de cette présentation que dépend la confiance nécessaire à l'établissement du dialogue ».*[11]

L'enquêtrice se présentait de la manière suivante :
« Bonjour madame/monsieur. Je vous remercie d'avoir accepté cette rencontre. Comme je vous l'ai expliqué par téléphone, j'effectue actuellement une étude sur le sommeil et les traitements de l'insomnie. L'objectif de cet entretien est pour moi de comprendre votre ressenti face à ces troubles du sommeil, afin d'améliorer notre pratique et mieux vous orienter.
Je vais vous poser des questions très variées et nous en discuterons ensemble. N'hésitez pas à m'interrompre ou à me poser des questions.
Avec votre accord, je souhaiterais enregistrer nos échanges, mais tous vos propos resteront bien-sur anonymes.
Souhaitez-vous des précisions ? »

Les interviews débutaient par un bref questionnaire quantitatif à visée illustratrice.
Les échanges étaient enregistrés avec l'accord du patient, en leur assurant l'anonymat, puis retranscrit sur Microsoft Word avec la plus grande fidélité du discours. Les silences et émotions ont été mentionnés.
La durée des entretiens s'échelonnait de 33 à 56 minutes.

V- METHODE D'ANALYSE [18, 42]

L'analyse qualitative consiste à recueillir les représentations communes, afin de saisir les difficultés rencontrées par nos patients, en se basant sur l'écoute des entretiens et les transcriptions verbatim.
Elle a débuté dès le premier entretien afin d'adapter le guide si besoin et de déceler le moment où nous arrivions à *« saturation des données ».*

Dans un premier temps, nous avons lu à plusieurs reprises les retranscriptions afin d'identifier les phrases clés. Un codage axial a ainsi pu être réalisé sur l'ensemble des entretiens, en classant chaque partie du verbatim dans une catégorie correspondant à l'idée véhiculée.
Secondairement, une lecture transversale a permis d'identifier des thèmes et thématiques, dans lesquels ont été regroupées les différentes catégories.

Ce travail a été réalisé manuellement, en écoutant et lisant plusieurs fois le discours des participants, puis en interprétant les données afin d'en dégager les concepts des patients.

TROISIÈME PARTIE : RESULTATS

ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES :

Nous avons réalisé 13 entretiens semi dirigés entre mars et mai 2015, dont un par téléphone.
Les autres entretiens ont été effectués dans le cabinet de leur médecin généraliste habituel.

	n = 13
Etat civil	
Femmes	9 (69%)
Hommes	4 (31%)
Age moyen (années)	74,5
Le plus jeune (années)	66
Le plus âgé (années)	82
Statut marital	
Veuf	4 (31%)
Marié	5 (38%)
Célibataire	3 (23%)
Divorcé	1 (8%)
Parentalité	
Pas d'enfant	1 (8%)
Enfant(s)	12 (92%)
Ancienneté de consommation moyenne (années)	17,2
Temps (t) < 5 (années)	0
5≤ t <10 (années)	5 (38%)
10 ≤ t <15 (années)	1 (8%)
15≤ t <20 (années)	2 (16%)
t ≥ 20 (années)	5 (38%)
Consommation	
Une molécule par prise	10 (77%)
Plus d'une molécule par prise (max 2)	3 (23%)
Traitement	
Zolpidem (Stilnox)	7 (59%)
Bromazepam (Lexomil)	2 (15%)
Lormétazépam (Noctamide)	1 (8%)
Zopiclone (Imovane)	2 (15%)
Nordazépam (Nordaz)	1 (8%)
Lorazépam (Témesta)	1 (8%)
Loprazolam (Havlane)	1 (8%)
Durée moyenne des entretiens (minutes)	40
Le plus court (minutes)	20
Le plus long (minutes)	54

ANALYSE DES DISCOURS :

I- REPRESENTATION DU SOMMEIL

A. DEFINITION

1) LE SOMMEIL EST UN REPOS ET UN PLAISIR

Le sommeil apparaît pour les patients comme un moment de quiétude, souvent associé à la notion de plaisir.

E6 : *« C'est un plaisir c'est certain… certain. (…) Quand je m'endors euh… il n'y a rien à faire on est mieux »*
E13 : *« Ça repose. (…) Je quitte le terrestre. »*
E12 : *« Vous vous levez le matin reposée, en forme. (…) Avec calme, sans anxiété. »*

2) LE SOMMEIL EST UN OUBLI

Les patients définissent souvent le sommeil avec ces notions d'évasion et de repos de l'esprit. Dormir semble être une échappatoire.

E12 : *« Le repos, le calme, l'oubli des choses… Ça me permet d'oublier, de partir. Oublier mes problèmes. »*
E7 : *« On oublie tout déjà quand on dort bien. (…) Ça efface les tracas. »*
E10 : *« Ça compte beaucoup, ça remet les idées en place. »*
E8 : *« Le repos du cerveau. »*

3) LE SOMMEIL EST VITAL

Tout comme boire et manger, le sommeil est un besoin fondamental, *« bon pour la santé »* (E7) associé à la notion de nécessité.

E13 : *« Il faut dormir. Ça fait partie de la vie, on est faits comme ça : on mange on boit on dort »*
E9 : *« Pas un plaisir, c'est un besoin que j'ai. »*
E8 : *« C'est très important, c'est l'énergie du corps.* »
E7 : *« Le sommeil c'est bon pour la santé, pour commencer. (…) Je pense que c'est vital de dormir. »*
E11 : *« C'est une nécessité plutôt. »*

4) LE SOMMEIL EST REPARATEUR

Grâce à un sommeil profond et continu, le patient éprouve du bien-être et surtout aborde la notion essentielle de sommeil « *récupérateur* ».

E11 : *« Quelque chose de réparateur. (…) Quand vous avez bien dormi, le lendemain matin vous vous sentez en forme. »*

5) LE SOMMEIL IDEAL

Les patients aspirent à un sommeil facile, sans difficulté d'endormissement ni réveils nocturnes. Ainsi, le réveil optimal serait spontané.

E10 : *« M'endormir à 10h du soir et me réveiller à 6h du matin, sans me lever dans la nuit.»*
E8 *« Un rêve. (…) Déjà se réveiller quand on n'a plus sommeil c'est magnifique. (…) Mon mari met la tête sur le coussin, il dort immédiatement. C'est magnifique.»*
E4 : *« Bien dormir c'est déjà ne pas se réveiller dans la nuit.»*
E2 : *« Bien dormir, et bien c'est… c'est m'endormir dès que je me couche. Ça pour moi c'est primordial.»*
E3 : *« Mon rêve c'est de dormir 7 heures d'affilée.»*

B. REPRESENTATION DES MECANISMES CAUSAUX

1) LES CAUSES MEDICALES

La douleur est non seulement un motif de difficultés d'endormissement, mais elle est également majorée par l'insomnie.

E6 : *« J'ai des douleurs et quand je dors pas ces douleurs elles se réveillent.»*

De même, un patient relate des acouphènes insomniantes.

E9 : *« J'ai un bourdonnement dans l'oreille, comme un essaim d'abeilles. Ça me freine à m'endormir.»*

Parmi les causes de réveils nocturnes, la nycturie est prédominante chez les patients interrogés.

E11 : *« De toutes façons je me réveille dans la nuit, je vais boire un verre d'eau, aller aux toilettes.»*
E12 : *« Je sais pas comment je dors, je me lève beaucoup la nuit, je vais aux toilettes, vers deux trois heures du matin, parfois je me relève après. Et le matin je me réveille je suis KO.»*

Les crampes sont également des causes fréquentes de réveils.

E12 : *« J'ai beaucoup de crampes dans la nuit.»*

A l'inverse, un patient appareillé suite à la découverte d'un SAOS, estime ne pas avoir constaté d'amélioration ni de lien de causalité avec la qualité de son sommeil : la fatigue est identique.

E5 : *« En fait cet appareil, pour moi hein, à part… ne plus avoir d'apnée, de ne plus ronfler… bon… après niveau fatigue, c'est … c'est pareil.»*

2) LEUR VECU

Certains patients considèrent que *« rien de tout ce qu'ils* ont *pu vivre, bien ou mal, ne* les *ont jamais empêché de dormir » (*E13*),* d'autres au contraire sont marqués par une histoire riche, à laquelle ils attribuent un impact négatif sur leur sommeil.

E11 : *« Plus les siècles passent plus les gens sont stressés, plus on a besoin de prendre des choses qui essaient de détendre.»*

Une mère de famille explique qu'elle était *« la dernière couchée, la première levée » (E13),* et une autre raconte ses multiples levées nocturnes pour ses trois enfants.

E4 : *« Après à la naissance de mon fils, l'aîné, heu… pendant deux ans et demi, il n'a pas dormi, il faisait pas ses nuits, il a commencé à faire ses nuits à deux ans et demi. Donc le cadet est arrivé un peu après, il avait des otites la nuit… donc je ne pouvais pas trop dormir la nuit. Et puis le troisième il a eu la coqueluche à deux mois. Donc voilà, toutes mes nuits… et après, c'était fini. J'avais déjà pas beaucoup de sommeil, mais je l'ai perdu.»*

Interrogée sur les éléments de vie ayant pu influer sur son insomnie actuelle, la patiente raconte l'histoire de sa mère anxieuse et suicidaire, prenant ainsi «*l'habitude de dormir peu.». (E8)*

E8 : *« Ma mère voulait se suicider quand son mari, mon père est mort, mais toi tu m'as obligé à vivre ». « Parfois je m'endormais, je me réveillais et ma mère était là pour voir si je respirais bien ». « Ma sœur de 15 ans travaillait. On faisait tout. Moi à 5 ans, je montais sur la chaise pour préparer la soupe. Et puis bon, après je suis allée à l'usine à 13 ans, le jour je travaillais et la nuit j'étudiais. »*

Une patiente retrace la **déportation** qu'ont subi ses parents et réalise que ses souvenirs ont certainement impacté sur sa qualité de sommeil.

E4 : *« Il y a eu la période de la guerre, ou on devait descendre aux abris tout ça. Donc le fait de devoir se coucher… même habillé, ça a dû me perturber.»*

« On a été perturbé par la guerre, et par le fait que… on le savait inconsciemment, parce que les parents ne parlaient jamais devant les enfants, c'est que toute ma famille paternelle était en Pologne. (…) On a vu la souffrance de mon père. Ils ont été… ils ont subi… ils sont restés à Varsovie, et ils ont subi toute la Shoah… voilà c'est le mot. (…) A l'âge où on a 10 ans, c'est la guerre… moi personnellement ça m'a marqué.»

La **guerre d'Algérie** a elle aussi marqué et bouleversé d'autres aînés.

E4 : *« Pendant que j'étais en train d'accoucher, il y avait des bombes de tous les côtés… il y a eu plein plein de choses comme ça. Des choses les unes après les autres. (…) Et je me suis retrouvée dans un bled, sachant qu'il y avait des bombardements et avec un bébé. Donc forcement, ça a dû impacter.»*
E10 : *« J'ai fait 4 ans de guerre en Algérie, tous les événements, mais là-bas ça ne m'empêchait pas de dormir, c'est que au retour en France que ça m'a perturbé, il faut le dire, sur le sommeil.»*

Les **horaires professionnels** atypiques ont également leur part de responsabilité. Les patients parlent même de « *programmation*.»

E2 : *« Quand toute votre vie, pendant 40 ans vous êtes levée très très tôt, changer c'est pas … Parce que quand je travaillais à Lyon, je commençais à 6h le matin. Et donc j'habitais en banlieue, donc fallait se lever très très tôt et puis… Pendant 12 ans j'ai fait ça. Ensuite je suis venue ici, euh… on commençait à 6h30. Donc je pense que ça c'est… c'est programmé. »*

Le deuil se révèle comme un élément perturbateur majeur chez les patients interrogés.

E12 : *« Depuis la mort de mon mari. Tout a commencé là.»*
E9 : *« Elle avait 62 ans, elle a fait un AVC. Ça a été un choc.»*
E1 : *« Bon c'est pas facile quand vous perdez un être cher. C'est pas facile. Surtout… ça a été assez soudain. Ça explique un peu le fait que je n'arrive pas à dormir et le fait que je n'envisage pas d'arrêter.»*

3) LA PERSONNALITE

Les tempéraments anxieux, nerveux ou dépressifs s'interrogent sur le lien de causalité avec leurs difficultés de sommeil.

E11 : *« Je suis nerveuse de tempérament, stressée, donc tout ça n'aide pas. (…) Je suis tellement nerveuse que c'est surtout la nervosité qui agit sur moi. Je me demande à quel point nervosité et stress n'engendrent pas une difficulté du sommeil. .»*
E5 : *« C'est ça aussi la nuit, c'est les nerfs qui … qui doivent sûrement m'empêcher à dormir.»*
E7 : *« Je pense que l'anxiété nourrit quelque chose.»*
E4 : *« Je ressens un espèce de vide en moi, de solitude, pas bien. J'ai eu des périodes ou j'ai été seule très longtemps et la… depuis à peu près de 2 ans je suis seule.»*

4) L'ANGOISSE NOCTURNE.

Chez beaucoup de patients interrogés, le coucher est associé à une angoisse ainsi qu'à des pensées négatives. Une journée marquée par des contrariétés, entrave au *« repos intellectuel » (E5)* et inversement, un vécu agréable facilitera l'endormissement.

E11 : *« Vous réfléchissez à tout ce qui a pu se passer dans la journée, aux problèmes que vous avez, que vous devez régler. »*
E7 : *« Il suffit que j'aie quelques petits soucis pour pas pouvoir m'endormir.»*
E5 : *« J'essaie de penser à rien, de faire le vide. Sinon je pense à des projets, je réfléchis et c'est foutu. Ou alors il faut vraiment que ce soit du positif. Si c'est du négatif, alors la… je me contrarie facilement.»*
E4 : *« J'appréhende de ne pas dormir, dès la nuit. (…) Je suis contente de ma journée, donc je vais peut être trouver le sommeil plus facilement que si je me suis… si j'ai eu un problème dans la journée. »*

Les **parasomnies**, à type de terreurs nocturnes, perturbent régulièrement certains sujets.

E12 : *« J'ai l'impression que mon esprit travaille beaucoup. Je pleure tous les soirs, et j'ai des visions (…) Je me mets à pleurer et je regarde le plafond, je vois la forme du visage de mon fils. Est-ce que ça se passe à l'intérieur de moi ? Je me pince je me lève, je reviens, le plafond redevient blanc. 10 minutes après la forme du visage revient. Je vois la forme du visage. Quand je pleure je vois sa bouche bouger, et je me dis qu'il me demande d'arrêter de pleurer. C'est vraiment dans mon cerveau. »*

E8 : *« J'ai toujours fait des cauchemars. (…) C'est régulier. Soit que je perds mon fils dans la boue, soit… il y en a un qui est assez … au moins 3 fois par an : je rentre dans l'église de mon village, c'est un film presque, pour la messe comme d'habitude, je suis toute seule, je regarde et sur les bancs il y a des têtes coupées. Des têtes coupées avec le sang qui coule. Et je regarde et je me dis, ah tiens elle est morte elle aussi ? C'est des gens, des amis que je connais. »*

5) UNE PROBLEMATIQUE INTRINSEQUE A CHACUN

Beaucoup de patients attribuent leurs difficultés de sommeil à un problème familial, voire même génétique. En effet, l'insomnie serait une maladie inhérente à chaque individu, avec une notion de fatalité qui leur échappe.

E2 : *« J'ai toujours très peu et mal dormi. Dans ma famille, ma sœur dort peu… et pas bien non plus. Disons… que nous sommes des gens… angoissés depuis très longtemps. (…) J'ai toujours très peu et mal dormi. Dans ma famille, ma sœur dort peu… et pas bien non plus. »*

E13 : *« J'ai toujours très peu dormi, même quand j'étais très jeune. (…) J'ai jamais eu besoin de beaucoup d'heures de sommeil. (…) Je suis né comme ça. Je suis faite comme ça. (…) Ma mère elle disait ça, quand j'étais petite, je ne dormais pas. Je dormais mais, mais pas comme dorment tous les enfants. (…) C'est mon organisme qui décide »*

E11 : *« L'organisme fait que chaque être humain est différent, certains ont besoin de 5 heures, d'autres 2, d'autres 10, je crois qu'il n'y a que « lui » qui peut le dire, là-haut »*

E8 : *« Peut être de la génétique. (…) Ma petite fille dormait 3 ou 4 heures et me demandait de regarder la télé, elle s'ennuyait. (…) Mon fils comprend car il ne dort pas très bien. Mon petit fils aussi.»*

E6 : *« Je suis comme ça. (…) Ça date de très jeune déjà, j'ai toujours très peu dormi. (…) Il y a des gens qui dorment beaucoup et des gens qui dorment beaucoup moins. (…) Il y a des personnes, des caractères qui dorment bien et d'autres moins bien. Personne n'est fait de la même façon.»*

E4 : *« Je pense que j'ai toujours été comme ça, même petite. (…) Je pense, je ne sais pas si je me trompe, je fais partie des gens, j'ai entendu des émissions, qui n'ont pas besoin de beaucoup de sommeil. (…) J'ai toujours été comme ça, comme ma mère.»*

6) L'AGE

Selon de nombreux interrogés, « *jeunesse qui veille et vieillesse qui dort sont toutes les deux prêts de la mort » (E13) :* le vieillissement aurait donc un impact négatif sur leur sommeil.

E13 : *« Je pense qu'avec l'âge on a besoin de moins de sommeil.»*
E9 : *« À mon âge, je sais qu'on dort moins.»*
E7 : *« Je pense que mon âge influe, c'est certain. J'entends souvent parler les gens dans les rues, je n'ai pas bien dormi, ce ne sont jamais des jeunes qui disent ça.»*

De plus, cette perte de sommeil serait corrélée à l'âge de départ à la retraite, via la baisse d'activité physique.

E4 : *« J'ai toujours entendu dire ça. Plus on prend de l'âge, moins on dort, parce qu'on a plus trop d'activité. »*
E13 : *« Maintenant ce qu'il y a c'est que je bouge moins, donc je dépense moins d'énergie.»*
E3 : *« Avant avec mon métier, comme physiquement vous êtes crevé, vous dormez. (…) Se préparer, sans avoir d'horaire, c'est terrible. Vous verrez quand vous serez à la retraite.»*
E7 : *« Je faisais 10 heures de voitures par jour. Donc je dormais bien parce que j'étais éreintée.»*
E5 : *« Ça a commencé ces trucs la quand j'ai pris ma retraite. (…) Peut être que la fatigue me disait qu'il fallait que je dorme. (…) C'est pas que je fais rien, mais bon par rapport à ce que je faisais avant, euh… peut être que c'est ça, c'est l'inactivité. »*

A l'opposé, des patients n'y voient aucune corrélation, voire même un effet inverse entre la fatigue et le sommeil.

E5 : *« Mon âge, non je pense pas que ce soit une histoire d'âge. »*
E11 : *« J'ai remarqué que quand on est très fatigués on dort moins » car « C'est peut être les nerfs. Parfois vous êtes extrêmement fatigué et vous avez du mal à vous endormir. (…) Le fait de marcher, de la natation, sortir, mais ça n'influe pas tellement sur le sommeil, je le ressens comme ça.»*

7) LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Concernant les effets du **bruit**, les avis sont partagés.

Certains n'y voient aucune influence :
E13 :« J'habite dans un coin qui est calme la nuit, mais les soirs ou les voisins font des fêtes, je m'endors quand même.»

D'autres sont perturbés par des nuisances sonores nocturnes :
E11 : *« Le moindre petit bruit me réveille.»*
E7 : *« Le calme complet c'est important.»*

Un patient note les méfaits d'un usage nocturne de **l'informatique**.

E7 : *« Internet j'ai évité de le prendre le soir, parce que si je regarde internet à 18 ou 19 h, la je ne dors pas. Surtout si je suis longtemps sur internet, parce que… je ne sais pas pourquoi mais ça empêche de dormir.»*

Un **dîner riche** est également un élément perturbateur.

E5 : *« C'est peut être le fait que... le soir au lieu de manger disons… light… je mange quand même… je fais un repas comme à midi. Donc peut être que ça pourrait expliquer » (E5)*

Le changement d'environnement, notamment au profit de la **montagne** et de la **campagne**, améliore le sommeil.

E8 : « A la montagne l'été je dors un peu plus. (…) Peut être c'est l'air de la montagne, je suis décontractée.»
E7 : « Quand je vais à la montagne je dors mieux.»
E5 : « Parce que c'est vrai que lorsque on est à la campagne, je me fatigue plus, je dors mieux.»

C. VECU DE L'INSOMNIE

1) LEUR SOMMEIL

Plusieurs perceptions de leur sommeil se dégagent : certains le voient **non réparateur**, d'autres **léger**. Une patiente évoque de la fatigue sans sommeil.

E2 : « Je ne peux même pas dire qu'il est réparateur en fait, parce que parfois je suis fatiguée quand je me lève. »
E4 : « Alors je suis fatiguée. Mais je n'ai pas sommeil. »
E11 : « J'ai un sommeil très léger. »

Les problèmes de sommeil évoquées sont de deux types : Les **difficultés d'endormissement**, ou les **réveils** nocturnes **multiples**.
E13 : « J'ai toujours eu de la difficulté à m'endormir.»
E9 : « J'ai un sommeil haché. »
E5 : « Moi mon sommeil, il n'est pas régulier. Je peux me réveiller à n'importe quelle heure.»

Une distinction est faite entre le **repos physique** et le **repos mental.**
E3 : « C'est complètement le corps qui se repose mais l'esprit qui travaille toujours. Voilà, ça c'est … dur.»
E11 : « On dort sans dormir. Vous êtes toujours un peu en éveil.»
E9 : « Je me réveille comme si j'avais fait une longue nuit mais le corps ne s'est reposé que 5h.»

L'insomnie « *C'est ne pas dormir, c'est se repasser dans la tête plein de choses » (E2)* et est souvent vécu comme douloureuse, associée à des évènements négatifs de leurs vies.
E4 : *« J'ai jamais aimé dormir non. Il y a trop d'histoires.»*
E3 : *« Ça n'a jamais représenté un repos depuis que ma fille est décédée.»*
E1 : *« Bien… c'est passer une nuit à … à avoir plein de choses qui vous passent par la tête… qui sont pas … qui sont pas toujours très réjouissantes. La nuit, la nuit, des fois c'est pas facile. »*

2) LES CONSEQUENCES PERÇUES

a) Conséquences physiques

Le principal retentissement est bien sûr **l'asthénie diurne**.

E12 : *« Je me sens fatiguée le matin. J'ai l'impression que j'ai pas récupéré.»*
E9 : *« Cette fatigue on la ressent dans la journée. (…) J'ai envie de faire des choses et je le fais pas. Je le vis pas très bien. Dans ma vie de tous les jours, c'est 40% de gêne.»*

De plus, l'absence de sommeil suffisant entraine une **majoration des douleurs** chez certains patients.

E6 : *« Alors que quand je tourne toute la nuit, ça irrite les nerfs et je me lève le matin … c'est… voilà j'ai des douleurs de partout.»*

b) Conséquences morales :

L'insomnie est à l'origine **d'anxiété**, de **nervosité** et d'une **baisse de moral** chez beaucoup de sujets interrogés. Un certain **mal-être** semble se dégager dans ces moments-là.

E13 : *« J'attends dans le lit des heures et j'arrive pas à m'endormir. Ça, ça m'énerve.»*
E9 : *« L'énervement, je suis très nerveux dans ces moments-là. (…) Ça agit sur le moral, de se voir comme ça, envie de rien.»*
E6 : *« Vous êtes là, vous tournez, ça énerve ça énerve. (…) Quand je me réveille le matin et que je n'ai pas dormi, je ne suis pas bien. Je n'ai pas le moral. Ça joue sur le moral, ça joue sur tout.»*
E5 : *« Moins je dors, plus j'ai tendance à être un peu sur les nerfs le lendemain. (…) Je suis certain, que si j'arrivais à dormir correctement, je suis certain que je me sentirais mieux.»*

c) Conséquences sur la qualité de vie

Le manque de sommeil est vécu comme une **perte de temps**.
E5 : *« Et pour moi perdre du sommeil, c'est perdre du temps hein. Et oui, c'est perdre du repos. »*

L'insomnie et les réveils nocturnes sont parfois à l'origine d'une **majoration de consommation tabagique.**
E3 : *« Ce que je vais arriver à ne pas fumer de la journée, où je suis contente, c'est repris le soir ou dans la nuit.»*

La qualité de vie est entravée, comme avec n'importe quelle autre **maladie chronique**.
E13 : *« Comme le reste, comme l'arthrose. On fait avec. Il faut faire avec.»*

3) LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION

Aucun patient interrogé n'entrevoit de possible amélioration, *« pas de miracle » (E10),* et ils s'y accommodent.

E13 : *« C'était déjà comme ça avant. Ça va pas bouger.»*
E8 : *« Ça va rester comme ça. Quand je serai morte je dormirai. (…) Je n'y pense même plus, j'ai l'habitude.»*
E3 : *« Oh je pense que ça va rester comme ça jusqu'à la fin de ma vie. Je me vois pas avoir… évoluer à ce niveau la.»*
E10 : *« On s'y habitue, j'en fais pas une maladie.»*

II- REPRESENTATIONS DU TRAITEMENT

A. LES CROYANCES

1) L'EFFICACITE DU TRAITEMENT

Les avis sont partagés.
Certains ne sont pas convaincus par leur traitement, dont l'efficacité est **fluctuante** voire **absente**.

E10 : *« Que je le prenne ou que je le prenne pas c'est pareil.»*
E9 : *« Parfois je prends le demi cachet je m'endors mais parfois je le prends et c'est comme si j'avais rien pris. »*
E6 : *« Sur moi il n'a plus tellement d'effet. »*

D'autres s'étonnement de l'impact du temps sur l'efficacité, décrivant ainsi le **phénomène de tolérance**.

E6 : *« Le corps il doit s'habituer hein je pense. (…) Je pense que l'efficacité n'est plus bonne avec le temps. »*

Un patient souligne la potentialisation de l'effet du Lexomil par la prise concomitante d'antalgique.

E2 : *« Je sais que si j'ai pris un Tramadol en plus du Lexomil je dors mieux. »*

Déçu du manque d'efficacité**,** un **effet paradoxal** est mis en évidence chez un aîné.

E6 : *« Après des fois je le prends, et ça m'énerve aussi, ça ne me fait pas d'effet. Quand je suis énervé, des fois ça me calme pas. (…) Ça m'a rien fait ça m'a encore plus énervé. »*

2) L'EFFET PLACEBO

En abordant la question de l'impact de leur somnifère, beaucoup de patients évoquent spontanément la notion **d'effet placebo**, et s'interrogent donc sur l'aspect **psychologique** : *« Est-ce dans ma tête ? (E12)*

E10 : *« Je pense que ça se passe dans la tête, vous me donneriez un cachet identique qui sert à rien, croyant que c'est un vrai, ça me ferait effet. »*
E9 : *« Ça devient psychique, je le reconnais. J'ai l'impression que si je le prends pas je vais pas m'endormir. »*
E7 : *« Je crois que c'est psychologique, parce que le jour où je le prends pas je dors pas. Alors si c'était un placebo peut être que ça ferait pareil, je sais pas. (…) Si je me couche sans le prendre, il me faudrait un placebo. J'ai l'impression que c'est le fait de prendre, qui m'endort. (…) C'est dans la tête. »*
E2 : *« Je ne suis pas sûre que ce soit ça qui me fasse dormir. C'est sûrement psychologique. »*

A l'opposé, un patient s'en défend et soutient au contraire l'efficacité de la molécule.

E13 : *« Il m'est arrivé de le poser, de boire mon verre d'eau, d'aller me coucher persuadée que j'avais pris mon cachet. Et ne pas m'endormir (…) Pour moi ça veut dire qu'en fait, c'est pas un placebo. Si je le prends pas, je dors pas. (…) C'est pas psychologique. »*

3) UN RITUEL / UNE ADDICTION

La prise du somnifère devient un élément du quotidien, associé à un phénomène d'automatisme conscient, une sorte de **rituel**. Certains patients décrivent une simple **habitude**, d'autres vont jusqu'à évoquer une **addiction**.

Pour beaucoup, leur prise quotidienne du traitement s'intègre dans une **routine**, et rapportent la notion **d'habitude**.

E9 : *« C'est devenu routinier, je le prends parce que ça fait plusieurs années, mon demi cachet en espérant qu'il me fera plus d'effet que la veille. (…) C'est plutôt une habitude. »*
E1 : *« Je m'y suis habituée. »*

Une patiente compare son traitement somnifère à son **traitement de fond**.

E13 : *« C'est systématique, un geste habituel. Je le fais par habitude. (…) Je le prends comme je prends mes médicaments pour le cœur. »*

Comme une prise mécanique, les patients conceptualisent cette prise comme **automatique**.

E11 : *« C'est rituel. Automatisme. »*
E10 : *« Je le prends machinalement. »*
E9 : *« Vous allez au travail, vous prenez le bus tous les matins. Là c'est pareil, je prends mon demi cachet tous les soirs. »*

Beaucoup abordent ces différents aspects avec un **ressenti négatif** :

E11 : *« C'est une habitude, pour moi. Mauvaise habitude»*
E2 : *« Ce sont des habitudes… c'est triste d'être habitué tout le temps. »*

Des patients mentionnent le terme **d'addiction** et de **drogue**, en comparant leur consommation à celle de la nicotine, vécue avec un **sentiment de faiblesse**. Ils n'aiment pas se sentir dépendants.

E1 : *« C'est une addiction hein… c'est sûr. »*
E7 : *« C'est une drogue. (…) C'est dans la tête. C'est bizarre, parce que j'ai l'impression que j'arrive pas à m'en passer. C'est une addiction, c'est le terme exact. (…) Fumer c'est une drogue, boire c'est une drogue. Mais moi je n'ai pas ces*

défauts là. Donc ça, c'est un défaut. (…) C'est un tranquillisant pour moi, donc c'est un défaut. (…) C'est une drogue parce que normalement on ne devrait pas en prendre. Et tout ce qu'on ne doit pas prendre, c'est une drogue. C'est pas pareil qu'un médicament. Un médicament, c'est fait pour soigner. Tandis que moi, ça ne soigne pas, ça contribue à mon endormissement, c'est tout. »
E3 : *« Je m'en veux d'être accrochée à un médicament. (…) Une addiction c'est… tu seras toute ta vie avec tes pilules. (…) Mais de toutes façons, la nicotine est une drogue. C'est la pire. (…) Je crois qu'à partir du moment où on les prend quotidiennement on s'habitue à tout. (…) Mais la nicotine j'en suis malade d'être accrochée comme ça. Je me trouve … pff… méprisable. »*
E2 : *« Je pense que c'est devenu une habitude, et… je ne peux pas m'en passer. C'est une addiction. (…) J'aimerais ne pas avoir… d'habitudes. »*

A l'opposé, des interrogés soutiennent **l'absence d'accoutumance** et donc l'intérêt et la nécessité de leur traitement.

E5 : *« Je ne pense pas que ce soit une addiction. Parce que une addiction c'est, admettons, si je pars quelque part et j'oublie mes médicaments, ça m'est déjà arrivé, ça me rend pas malade. »*
E8 : *« On m'a dit qu'il n'y a pas d'accoutumance. Je ne suis pas esclave du Nordaz, si je le prends pas ça change rien. »*

4) LA CONNAISSANCE DES EFFETS SECONDAIRES

Beaucoup de sujets soutiennent le fait de ne **pas avoir été informés** des effets secondaires par leur médecin.

E11 : *« Vous savez les 'toubibs' donnent pas beaucoup d'information sur les médicaments qu'ils donnent »*

Ils **ne cherchent pas** pour la majorité**, à les connaître**, puisque le traitement les satisfait par son efficacité.

E1 : *« Pour l'instant, je ne cherche pas trop à savoir quels sont les inconvénients. Je trouve que bon… ça me convient très bien. Voilà. Pour moi, à l'heure actuelle c'est l'essentiel. (…)Je n'ai pas de craintes. Je trouve que ça me convient, je dors. C'est très bien… je ne cherche pas plus loin. »*
E13 : *« Je veux pas savoir. Je sais trop déjà sur les médicaments. »*

Sans véritablement connaître les effets, les patients attribuent à leur somnifère, un **effet néfaste** sur le long terme.

E11 : *« Ça doit pas être très bon pour l'organisme. »*
E7 *« Il est pas bon. Il est pas bon pour personne. (…) Les journaux divers disent qu'il ne faut pas prendre de médicaments pour dormir. C'est pas bon. »*
E1 : *« C'est pas idéal pour la santé, c'est tout. »*

Un patient évoque la question de **l'accoutumance**.

E1 : *« Je sais que bon … ces médicaments, a priori il ne faut pas s'y habituer… euh mais bon ! »*

La survenue de **troubles mnésiques** interroge et inquiète certains séniors.

E7 : *« Pas bon pour la mémoire. (…) Parce que j'ai quand même perdu de la mémoire. (…) Je dis à mon mari que je dois faire Alzheimer, mais ensuite ça revient. Je pense que c'est les médicaments qui font ça. (…) Je pense qu'il y a quand même un effet de perte de mémoire présente, puisque ce qui est ancien je m'en rappelle, ce qui est récent… j'oublie. (…) Ça doit m'enlever des neurones. »*
E6 : *« On dit que le Lexomil c'est pas très bon, que ça peut donner la maladie d'Alzheimer à la longue, ça ralentit le cerveau. Et tous les cachets pour dormir. »*
E2 : *« Il me semble que … je perds la mémoire. Ça pourrait être ça aussi. »*

La **somnolence** associée à une sensation de **vertige** est rapportée.

E9 : *« Dans les moments de fatigue, je titube un peu, le matin. (…) Au réveil je suis un moteur diesel, il me faut longtemps. (…) Parfois j'ai la tête qui tourne. J'ai lu la notice du médicament, c'est susceptible de faire ça. »*

Certains sont réticents à l'idée de prendre des **médicaments génériques** et y voient même une efficacité inférieure.

E11 : *« Depuis qu'ils ont fait les génériques, je pense que c'est pas la même base à l'intérieur qu'avant au tout début. Je sais pas s'il est quand même pas moins efficace. (…) J'avais l'impression qu'il était plus efficace, sans faire de mal. »*

Concernant la connaissance du traitement, l'effet **anxiolytique** ou **hypnotique** est connu.

E2 : *« Je sais que ça calme les angoisses. »*
E4 : *« Le Stilnox par contre on m'a toujours dit que c'était un cachet qui aide à trouver le sommeil. »*

Dans la mesure où la prescription est **contrôlée** et **médicalisée**, on note une certaine prise de conscience, refusant de banaliser cette consommation.

E5 : *« C'est vrai qu'à la pharmacie, lorsque vous présentez une ordonnance avec du Lexomil, ils contrôlent quand même… la dernière fois que vous en avez pris. (…) Ça veut dire que je prends quand même un produit qui est quand même… assez costaud quoi. »*

De même, une meilleure **connaissance** des effets secondaires pourrait être un moteur à l'arrêt de ces traitements.
E11 : *« Ça serait peut-être un déclic pour ne pas le prendre. »*

B. JUSTIFICATION DE LA PRISE

1) LES CIRCONSTANCES DE LA PRESCRIPTION INITIALE

Pour certains, le traitement a été initié en **milieu hospitalier**.

E13 : *« Donc c'était à l'hôpital, les infirmières étaient inquiètes parce que je ne dormais pas. »*

La plupart des initiations résultent de **problèmes personnels douloureux**, tels qu'un deuil, des problèmes conjugaux ou encore une annonce de maladie grave.

E12 : *« Havlane depuis la mort de mon mari, 1987, j'arrivais pas à faire surface. (…) J'ai perdu toute ma famille, tout le monde a décliné. Donc on m'a dit prenez du Lexomil. »*
E2 : *« J'ai eu un … peut être il y a un peu plus de 15 ans, j'ai eu un problème de couple, j'ai fait une tentative de suicide avec le Lexomil d'ailleurs.* (Silence) *et… c'est depuis que je le prends »*
E1 : *« Et bien vous savez, quand on vous annonce que vous avez un cancer, et que …. On commence la chimio… vous avez quand même du plomb qui vous tombe sur la tête. Bon, j'arrive pas… j'arrive pas à vous expliquer. Mais c'est comme ça qu'on commence à prendre du Zolpidem »*

Le départ à la **retraite** (E5) ou l'arrivée de **voisins bruyants** (E7) sont également des conjonctures à l'origine d'une primo-prescription.

Toutefois, certains sujets ne sont pas en mesure d'identifier un facteur déclenchant.

E5 : *« Il n'y a rien qui m'empêche de m'endormir, rien qui...j'ai des collègues qui se réveillent deux fois dans la nuit pour aller uriner, ou aller boire un coup. Moi c'est pas le cas. Je me réveille. Parce que je me réveille voilà. »*

2) UNE DOSE QUI RASSURE

Plus de la moitié des patients interrogés consomment un demi comprimé de somnifères : ainsi, ils se justifient et banalisent les conséquences en s'appuyant sur l'argument du faible dosage.

E13 : *« D'abord moi je ne prends pas la dose. (…) J'en prends que la moitié. (…) Je pense qu'a cette dose la, ça doit pas être trop... je suis pas abimée quoi. (…) C'est un petit machin comme ça. C'est pas une catastrophe. »*
E11 : *« Il est pas fort le Temesta, c'est 1mg. (…) C'est tellement petit que ça me gêne pas. (…) Il est quand même pas trop puissant, déjà pour me faire du mal, et puis pas trop puissant pour que j'aie un sommeil vraiment lourd. (…) C'est toujours pareil, c'est pas comme si je prenais des médicaments à forte dose et que j'en prenais des tonnes »*

3) PAS DE RISQUE VITAL

La consommation n'est pas remise en cause dans la mesure où le pronostic vital n'est pas en jeu.

E13 : *« Pour l'instant, j'ai pas de signe.... inquiétant. Personne ne m'a encore dit, si tu n'arrêtes pas le Zolpidem, tu vas mourir. De toute façon, je mourrai quand même, alors ! »*

De plus, elle n'est pas à l'origine d'interférence avec les comorbidités des patients.

E13 : *« C'est pas ça, qui va influer sur mon arthrose ou sur mes problèmes cardiaques. »*

4) UNE PRESCRIPTION MEDICALE RASSURANTE

La prescription étant médicale et émanant de leur médecin traitant, les patients se sentent en **confiance**, presque aveugle, et n'estiment pas devoir la remettre en question.

E12 : *« Je me dis que si le docteur me le donne c'est que j'en ai besoin. Il me fait du bien donc je le prends. (…) Si le docteur me le donne c'est que c'est pas nocif. »*
E8 *: « Je fais confiance au docteur. »*
E5 : *« C'est pas que ça ne m'intéresse pas, c'est que bon, moi je fais confiance à mon médecin. »*
E11 : *« Je pense que quand ils prescrivent ils savent que ça peut faire du bien.»*

De la même manière, une ordonnance émise par l'hôpital inspire une absolue confiance.

E11 : *« Le soir ils me donnaient le Temesta, pourtant c'était à l'hôpital. »*

5) VECU COMME UNE OBLIGATION

Désireux de dormir, les sujets appréhendent leurs traitements comme **indispensables** voire même comme une **contrainte**.

E10 : « Plutôt une contrainte, de penser à prendre ce cachet. »
E7 : *« C'est une contrainte et une aide. »*
E6 : *« Si à minuit je dors pas, je suis obligé de prendre le cachet »*
E5 : *« Il faut que je dorme, il faut que dorme. Il me faut du repos. (…) C'est une obligation supplémentaire. »*
E11 : *« Je prends celui ci parce que c'est presque une obligation pour dormir. »*

A l'opposé, d'autres n'y voient aucun élément vital.

E8 : *« Si je le prends pas je meurs pas. »*

6) LA PERSONNALITE

Certains individus ont la chance d'être sereins, d'autres au contraire sont nerveux et angoissés, expliquant donc ce besoin en somnifères.

E6 : *« Il y a des gens qui sont très calmes et qui n'ont pas besoin de ça. (…) Mon mari est toujours décontracté, toujours … moi je suis toujours plus sur les nerfs. »*
E2 : *« Si je vais me coucher angoissé, je sais que je ne vais pas dormir. D'où le Lexomil. »*

7) LES BENEFICES ATTENDUS

Le service recherché est bien entendu le **sommeil continu**, que les interrogés associent à un équilibre et une nécessité.

E11 : *« Si je prenais pas le Temesta je passerais la nuit complète sans dormir, je dis pas que je ne sommeillerais pas à un moment, mais sommeiller et dormir ne sont pas la même chose. »*
E10 : *« De pouvoir dormir d'un trait. Sans me réveiller »*
E4 : *« Mais quand je suis angoissée j'en prends un entier, parce que je me dis qu'il faut absolument que je dorme. (…) Dans ma tête je me dis, il faut pas que j'oublie mon Stilnox ce soir parce que… j'ai besoin de dormir. »*

Les patients apprécient le fait de ne **pas avoir de retentissement diurne à type de somnolence** et de se réveiller naturellement sans difficulté. Ils décrivent même un sentiment de bien-être au réveil.

E1 : *« Pour moi c'est idéal, parce que le matin je me réveille… d'une façon très naturelle. (…) Sans être ensuqué au réveil. C'est ce que j'apprécie le plus. Quand j'ouvre les yeux, je ne mets pas une heure à reprendre mes esprits. »*
E11 : *« Assommée, abrutie, ça m'intéresse pas. »*
E7 : *« Je suis quand même en forme le lendemain, si je prends ma petite pilule. »*

E13 : *« Je me réveille en pleine forme. (…) Je me réveille je suis bien, pas fatiguée (…) C'est quelque chose qui ne m'assomme pas, et qui me va très bien. (…) Ça m'empêche pas de me réveiller et d'être en forme. Parce que moi j'ai des amis qui prennent des somnifères, si ils doivent se réveiller au milieu de la nuit, c'est des fantômes. C'est des zombies. »*

L'initiation du sommeil étant une difficulté rencontrée fréquemment par nos patients, l'aide à l'endormissement par la prise du traitement est donc un effet recherché. Un patient compare le comprimé à de l'huile de moteur.

E13 : *« Le cachet doit m'aider un peu à prendre le sommeil. Un fois que j'ai pris le sommeil, c'est parti. (…) J'ai besoin que quelque chose me déclenche le sommeil. (…) Je le prends à la dernière minute, je m'endors, je prends le sommeil. »*
E8 : *« Il m'aide à m'endormir. »*
E13 : *« C'est comme un moteur qui ne démarre pas, donc on met un peu d'huile et il démarre.»*

L'effet **anxiolytique** est attendu.

E4 : *« Parce que je suppose que si je passe une bonne nuit le lendemain je serai bien moins angoissée. »*
E11 : *« Qu'il me détende. »*

La notion de **réconfort** dans la prise de la molécule est fréquente : elle permet en effet d'oublier par l'intermédiaire du sommeil, et d'atteindre un certain **bien-être.**

E3 : *« Et puis c'est vrai que j'avais une sorte de paix du fait de prendre tout ça. »*
E13 : *« Il m'amène un bien-être »*
E12 : *« Ça me permet d'oublier. J'ai besoin d'oublier mes malheurs. (…) Pour moi ça me permet de partir. D'oublier, de dormir. »*
E1 : *« Mais au moins la nuit, je ne pensais pas. Ça me permet de ne pas penser pendant 7h. »*

Une patiente compare même son comprimé à un objet fétiche, procurant un **réconfort psychologique** :

E2 : *« C'est devenu un doudou. »*

Comparant le traitement à une « ***assurance*** », le patient recherche une sécurité par l'intermédiaire de cette prise régulière : la **garantie** d'un sommeil **constant**.

E3 : *« C'est une espèce de sauvegarde, d'assurance. Un petit garde-fou, mais rien de bien grave. (…) Vous êtes sûre de dormir, et j'avais au moins 5 ou 6 heures. »*
E1 : *« J'ai l'impression qu'avec le comprimé mon sommeil est toujours le même. »*

III-REPRESENTATIONS DU SEVRAGE

A. L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT

1) L'ENTOURAGE

De nombreux sujets souffrent **d'isolement** et de **solitude** et ont peu de présence humaine.

E3 : *« Il y a personne. (…) C'est mieux d'être seule. Je n'ai pas d'ami, j'ai beaucoup de connaissances. »*

D'autres reconnaissent à leur entourage un véritable **réconfort**, mais se refusent bien souvent de les solliciter, puisqu'« *ils ont assez de problèmes comme ça, ils ont leur vie. »* (E4)

E13 : *« C'est mon problème à moi, c'est pas le leur. Je vais pas les embêter avec mon problème de sommeil. »*
E2 : *« Je n'aime pas trop demander de manière générale.»*
E8 : *« Mes enfants, mon mari, des amis proches, des petits enfants, des neveux, une petite fille de 20 ans qui m'écrit toute la journée, je peux compter sur beaucoup de monde. »*

Concernant leur consommation, les avis de l'entourage proche sont partagés.
Certains y sont **favorables**.

E8 : *« Ma fille travaille à l'hôpital, elle me dit de le prendre si on me le prescrit. »*
E7 : *« Quelques fois elle me dit, prends une pilule si tu ne dors pas maman. »*
E1 : *« Elles trouvent que ça me convient, et ne voient pas de raison d'arrêter dans la mesure ou ça me procure un sommeil pratiquement naturel. »*

D'autres au contraire y sont **opposés**.
Les patients ne se sentent pas compris et pas toujours prêts à entendre leurs remarques, pensant que *« ça ne* - les - *regarde pas »* (E2).

E12 : *« Mon fils pense qu'il faut que j'arrête les médicaments. (…) Ils ne comprennent absolument pas. »*
E5 : *« Ils disent, hola tu prends des cachets, tu devrais pas. »*
E4 : Ils pensent que *« c'est une habitude ».*

Cet environnement est parfois jugé comme inutile et n'est pas perçu comme une aide.
E9 : *« Elles vont pas m'apporter la solution. »*
E10 : *« A part mon médecin ils n'ont pas besoin de savoir si je dors ou pas. Je demande pas qu'on m'aide, c'est comme ça. »*

2) LA RELATION MEDECIN/ PATIENT

a) Le recours au médecin traitant

La visite auprès du médecin généraliste est perçue comme un **temps médical** pur, dédié à la **prescription**.

E13 : *« Le docteur, c'était tous les lundis. Je fais renouveler l'ordonnance. »*
E9 : *« Je le vois tous les mois pour renouveler, il est au courant de mes soucis. »*
E4 : *« Vous savez une visite de médecin, on me donne les ordonnances. (…) La seule chose, je vérifiais que le Stilnox était bien marqué sur l'ordonnance avant de partir. Surtout ça. »*

La problématique du sommeil n'est pas systématiquement abordée avec le médecin traitant, car « *il y en a tellement d'autres » (E2)* et elle est jugée insoluble.

E7 : *« Je trouve pas ça utile. Qu'est-ce qu'il va faire ? »*
E2 : *« Je n'ai jamais parlé de mes problèmes de sommeil. »*
E6 : *« Je lui demande de me marquer une boite de cachets et il me le marque et voilà ! On n'en parle pas beaucoup. »*
E3 : *« C'est la première fois que j'ai un contact pour en parler. »*

b) Les réactions en cas de proposition de sevrage

Certains patients expliquent avoir déjà discuté avec leur médecin de l'intérêt ou non de maintenir leur traitement. Beaucoup estiment ne pas avoir été incités au sevrage.

E1 : *« Il ne m'a pas incité à arrêter du tout. Il m'a dit 'non non continuez, c'est pas grave'. »*
E2 : *« Je lui demande le Lexomil, il me prescrit le Lexomil. »*
E13 : *« J'ai dit vous savez, moi j'en prends que la moitié, alors il me le donne et puis voilà. »*
E12 : *« Il me donne automatiquement cela tous les 2 ou 3 mois. Car on m'a dit qu'il fallait continuer. »*

En cas de proposition de sevrage de la part de leur médecin traitant les réactions sont partagées :

Certains y seraient formellement **opposés** et refuseraient en l'absence de proposition d'alternatives efficaces (E2).

E6 : *« Alors la, c'est moi qui décide, c'est pas lui. »*
E3 *« Je lui dirai franchement que je ne suis pas d'accord, je peux pas le faire. Je serai paniquée. »*
E12 : *« Je lui dirais que je ne peux pas. Carrément. »*

D'autres, souvent dans un esprit de **confiance**, s'en remettraient à sa décision et seraient prêts à entreprendre un sevrage.

E10 : *« Et bien on arrête. Je lui fais confiance. »*
E9 : *« S'il me propose autre chose, s'il m'aide, pourquoi pas. »*
E7 : *« Je lui dirais je veux bien, mais je viens vous voir dans 2 jours quand j'ai pas dormi. »*
E4 : *« Je dirais peut être je vais essayer, mais je dis pas non systématiquement. »*
E8 : *« Progressivement, je ferais comme il me dit »*

B. LES METHODES PROPOSEES

Parmi les méthodes alternatives, sont évoquées la **phytothérapie**, **l'homéopathie** et **l'acupuncture**, auxquelles les patients n'attribuent qu'un support relatif.

La mélatonine :
E13 : *« J'ai pris pendant des années de la mélatonine et ça m'a rien fait. »*

La phytothérapie :
E13 : *« Il y en a qui s'endorment très bien avec des tisanes de tilleul le soir. Moi ça n'a jamais marché, ni la valériane. »*
E11 : *« Je prends une passiflore mais c'est pas suffisant. Ça me détend pas suffisamment. »*
E8 : *« Je bois beaucoup de tilleul, ça me calme. La verveine, camomille, tilleul, que je ramasse. (…) Ça m'aide pour le corps, pour la tête. »*

L'homéopathie et l'acupuncture :
E2 : *« Je sais qu'il y a les plantes, et d'autres comprimés qu'on vend en pharmacie sans ordonnance, le Donormyl des choses comme ça. Je suis sceptique. (…) Je me dis, ça va pas faire d'effet. (…) Il faudrait que j'essaie effectivement. L'homéopathie, ou toute sorte de choses. (…) Peut être l'acupuncture, j'en sais rien. »*

Le changement d'environnement au profit de la **montagne** semble être bénéfique.
E8 : *« J'ai passé de bonnes périodes sans. A la montagne l'été je dors un peu plus. (…) Peut être c'est l'air de la montagne, je suis décontractée. »*

Les règles hygiéno-diététiques et l'environnement apaisant font partie des ressources mobilisables.

La **lecture** par exemple apparaît comme une aide à l'endormissement
E12 : *« Ou alors lire. C'est l'idéal pour m'endormir. »*
E7 : *« J'ai l'impression qu'en lisant le soir, je dors mieux. (…) Je pense que la lecture pour moi est bénéfique quand même. »*
E1 : *« Je pense que ce qui est propice à l'endormissement, c'est de lire. »*

Associer le sommeil à un moment agréable contribue à l'endormissement : **pensées positives** ou encore des émissions télévisées plaisantes.

E5 : *« De penser à des trucs, disons positifs, au lieu de penser… A des trucs négatifs. Mais le problème c'est qu'on a plus tendance à penser au négatif qu'au positif. »*
E7 : *« Lorsque je regarde une émission qui m'a vraiment plu, j'ai été attiré par ce qui s'est passé dans le film ou le documentaire, je dors mieux. »*

L'anxiété étant à l'origine de nombreux troubles du sommeil, les patients s'orientent vers des techniques de relaxation diverses telles que le **yoga** (E6) ou encore le **reiki** (méthode de soins non conventionnelle d'origine japonaise, fondée sur des soins énergétiques par apposition des mains).

E8 : *« Je fais du « reiki», c'est le soin de soi-même. Mettre ses mains où il y a la souffrance et prendre l'énergie de nous-mêmes. Le soir je le fais. (…) Ça me calme ».*

Certains sujets ont constaté **l'impact négatif d'une sieste** sur leur sommeil au moment du coucher : ils suggèrent donc de limiter ce type de repos durant la journée.

E12 : *« J'ai envie de dormir l'après-midi mais je veux pas, ça va me couper mon sommeil de la nuit, enfin je pense. »*
E7 : *« Je crois que ce soir là, j'ai du mal à m'endormir, parce que j'ai déjà dormi. »*

L'usage des écrans tels que les tablettes ne serait pas recommandé, étant donné qu'il maintient en éveil.

E1 : *« On dit en général qu'il faut pas jouer sur une tablette, qu'il faut pas faire ce genre de choses. (…) On dit justement que ça tient l'esprit en éveil à partir de l'instant où vous jouez, en plus si il y a la lumière qui joue également… bon… enfin ça m'arrive de le faire. »*

L'activité physique, par le biais de la fatigue, est un moyen d'améliorer le sommeil.

E12 : *« Je marche beaucoup, 4 ou 5 heures, ça me casse les nerfs. (…) Je crois que ça fatigue et ça fait dormir. Surtout la natation. La marche fatigue les jambes. »*
E9 : *« Parfois l'activité intense permet de m'endormir mieux. (…) Avoir plus d'activité c'est peut être une solution. »*

Les patients suggèrent de *« l'arrêter petit à petit »* (E6)

En effet, la **décroissance progressive** est la méthode le plus fréquemment et intuitivement proposée, soit en coupant leur comprimé, soit en alternance.

E9 : *« Un jour oui un jour non. Au début. Et puis ensuite deux jours sans, un jour avec. »*
E11 : *« La je suis à 1mg, mettons qu'on passe à 0,5, je sais même pas si ça existe. C'est vrai que je peux le couper en deux, je peux tester de moi même. »*
E5 : *« Peut être essayer de le faire progressivement. C'est à dire au lieu d'en prendre 4, en prendre 2 et puis… et puis voir après ce que ça fait avec 2. Après on verra. »*
E1 : *« Alors je pense que la formule, effectivement, c'est de diminuer les doses petit à petit pour arriver à m'en passer. (…) Le seul sevrage que je puisse envisager, c'est de diminuer petit à petit, en coupant ces comprimés, ce que j'avais commencé à faire, couper ces comprimés de manière à en prendre de moins en moins pour me déshabituer. »*
E3 : *« Diminuer très doucement. »*

Selon un patient, le plus simple est d'interrompre brutalement le traitement avec un effort de **volonté**.

E10: *« On arrête d'un coup. C'est pas un souci. C'est dans la tête. »*

Afin de rompre une certaine accoutumance à la molécule, un sujet propose de la remplacer par une autre.

E2 : *« Je pensais même à changer de … de molécule. Prendre autre chose que le Lexomil. Pour justement, essayer de casser cette habitude. Cette habitude du Lexomil. »*

Certains éprouvent le besoin d'un accompagnement paramédical tel qu'un **psychologue**.

Un *« remède miracle »* en guise de substitut, sans accoutumance ni risque, est aspiré.

E3 : *« Si on me proposait quelque chose qui soit très léger, et qu'on me dise, là tu vas au moins dormir 4 ou 5 heures d'affilée, mais que ce soit d'un milligramme seulement, oui je changerais. (…) Si on me propose quelque chose qui va avoir aussi peu d'effet, je ne vais pas justement être en addiction, oui ! Je veux bien. »*

Une patiente réalise que la meilleure méthode pour elle serait **l'oubli**, afin de ne pas avoir un sommeil hanté par son vécu difficile.

E3 : *« Je vois pas comment, ou alors une superbe vie et un petit peu d'amnésie. »*

C. L'INTENTION DE SEVRAGE

1) PROJETS

Les **projets** des patients interrogés sont divers, tels que des voyages, des visites familiales ou encore des aménagements de leur environnement, et semblent **moteurs** : *« avoir des projets, moi j'appelle ça être positive. » (E4)*

E8 : *« Des voyages, où était mon frère, voir mes racines, celles de mes parents. (…) J'ai des projets. J'ai un moteur. »*
E7 : *« On part en voyage au mois de juin en Italie. »*
E5 : *« On est 6 mois là et après on fait les autres 6 mois à la campagne. Donc les projets, c'est plus ces projets : campagne, ranger, faire des travaux. Donc pour ça, on ne s'ennuie pas. »*

A l'inverse, certains mettent en avant leur **âge** et **solitude**, les contraignant à ne pas avoir de projets et à *« vivre au jour le jour »* (E1)

E12 : *« Je suis seule, j'ai plus de 82 ans, qu'est-ce que vous voulez avoir comme projet, faire un tour avec un bus avec des personnes que je ne connais pas ? Ça ne m'intéresse pas. »*
E6 : *« Des projets ?? A mon âge … oh non ! »*
E5 : *« Mais vous savez à notre âge, c'est des petits projets. »*
E1 : *« Je ne me projette pas du tout dans l'avenir.*

Effectivement, à partir d'un certain âge, les patients privilégient leur bien-être et éprouvent l'*« envie d'être sereine, de profiter le mieux possible ».* (E4)

a) Les intentions

Les patients sont **réticents** à l'initiation d'un processus de sevrage, compte tenu des éventuelles répercussions sur leur sommeil.

E11 : *« Pour l'instant je ne dors pas suffisamment bien pour me permettre de l'arrêter. »*
E9 : *« Je veux bien essayer mais j'ai l'appréhension de pas pouvoir dormir la nuit et m'endormir l'après-midi. C'est ma crainte. »*
E1 : *« Effectivement, ça serait mieux que j'arrête… mais … franchement… pour l'instant je n'envisage pas du tout d'arrêter. »*

Curieux d'un **éventuel bénéfice**, certains sont prêts à se lancer.
E5 : *« Je veux bien moi. Je peux faire l'essai, voir un peu ce que ça peut donner. Si il y a une amélioration. »*

b) Les objectifs

Lorsqu'il s'agit de se fixer des objectifs, les priorités diffèrent.
Le sevrage en benzodiazépines n'*« est pas une chose une chose primordiale»* (E13) pour de nombreux interrogés.

Parfois, l'objectif est de *« pouvoir faire des nuits entières. »* (E5)

D'autres orientent leurs efforts vers le **sevrage tabagique**
E3 : *« Et bien j'aimerais réussir à me passer de tout. Mais pour le sommeil non. Parce que comme j'y arrive pas… oui je souhaite vraiment arriver à me passer du tabac, ça c'est certain. Parce que j'ai du mal à respirer. »*

Lors de l'entretien E2, le sujet désire placer en priorité le problème de ses douleurs chroniques, puis de sa dépendance à la nicotine, et enfin celle du Lexomil.
Plutôt que d'envisager un sevrage, un patient espère déjà ne pas avoir *à « augmenter la dose».* (E7)

2) FACTEURS LIMITANT L'INTENTION DE SEVRAGE

a) Le sevrage, vécu comme une sanction

Tout comme l'arrêt de la cigarette ou les régimes alimentaires, certains associent le sevrage en somnifères à une **politique restrictive de sanction**.

E2 : *« C'est comme le sevrage de la cigarette, le sevrage de ça… il faut se sevrer de tout, c'est terrible, c'est pas évident. Alors, qu'est-ce qui est prioritaire ? La cigarette ? Le sucre ? Les anxiolytiques ? »*

b) Les craintes

En l'absence de traitement, les patients s'inquiètent des conséquences du retard de sommeil sur leur journée du lendemain, et notamment de l'asthénie et des tensions engendrées.

E7 : *« Si on me le supprime, qu'est-ce que je vais faire. (…). Je ne voudrais pas passer 2 ou 3 nuits sans dormir. C'est ça qui m'ennuie. Une nuit complète sans dormir, ça me gênerait beaucoup. Il faut que j'assume le lendemain. »*
E5 : *« L'arrêt ça va faire quoi ? Je vais l'arrêter, et je vais être électrique toute la journée. »*
E2 : *« Et bien les craintes c'est de ne pas dormir, et de ne pas être cool dans la journée. »*
E1 : *« Alors si vous voulez je vais sommeiller, mais… sommeiller en restant éveillée. Voilà. Donc le lendemain et bien je suis crevée parce qu'en fait j'ai pas dormi. »*

L'inquiétude est d'autant plus importante que la prise est ancienne.

E2 : *« Ça fait tellement longtemps que je le prends, que je ne sais pas, ça doit être difficile. »*
E4 : *« Je continue comme ça, ça fait des années, donc je veux continuer comme ça. »*

c) Les expériences

Sans aller jusqu'au sevrage complet, beaucoup expliquent avoir déjà entrepris spontanément une baisse des posologies de leur traitement, en coupant leur comprimé, ou en demandant un dosage inférieur.

E7 : *« Au début j'ai pris la pilule complète, puis après je me suis dis c'est pas bien, je vais baisser encore, c'est pas raisonnable, je baisse. Et maintenant je coupe en quatre. »*
E6 : *« Depuis deux mois. Je dois prendre un demi cachet ou un entier tous les trois jours à peu près. Sinon j'essaie de ne pas en prendre. »*

Des expériences infructueuses antérieures découragent les interrogés et abandonnent ainsi l'idée de sevrage.

L'accoutumance physique est à l'origine de la récidive :
E13 : *« Je sais que si j'arrête, mon corps réagira comme d'habitude, il ne s'endormira pas. Et puis c'est tout. Je serai plus fatiguée au réveil parce que je suis moins jeune. »*

Un attrait trop fort pour leur traitement, fait échouer leur velléité de sevrage
E7 : *« Je suis tentée par la boite et je retourne prendre un cachet. C'est la tentation.»*

L'échec du sevrage malgré les précautions de diminutions progressives, décourage.
E3 : *« J'aurais aimé justement enlever petit à petit un des médicaments. Mais j'y suis pas arrivée alors que c'était pas grand chose, donc c'est pas la peine. »*

Après une semaine de suppression du traitement, l'absence de sommeil n'était plus soutenable :
E12 : *« J'ai essayé d'arrêter l'Havlane, ça a duré 8 jours, puis au bout j'arrivais plus, j'étais énervée, je trouvais plus le sommeil, j'ai repris. »*
E11 : *« Je me passerais bien du Temesta mais j'ai essayé, je ne dors pas. J'ai fait le test. C'est moche parce que je m'en passerais bien. »*

L'annonce de mauvaises nouvelles fragilise et incite à la reprise du traitement.
E1 : *« J'ai diminué, quand je suis entrée en rémission de mon cancer au mois de juillet… bon j'étais déjà quand même déjà sur la bonne voie, et je me suis dit : bon peut être, je vais diminuer, je vais commencer à couper un peu mes comprimés pour en prendre un peu moins et puis bon… mon mari est tombé malade… et c'est reparti. Là, le moral a baissé… et bon… d'un coup j'ai repris mes comprimés en entier. »*

Sans traitement, le patient « *somnole* » au lieu de dormir. Il reconnaît une part psychologique à cet impact.
E9 : *« J'ai essayé, c'est dur. J'ai sommeil, je me mets au lit sans cachet, et je somnole, c'est dur, alors c'est là que je prends le cachet. Ça devient psychique, je le reconnais. J'ai l'impression que si je le prends pas je vais pas m'endormir. »*

Le sevrage en benzodiazépines est comparé à celui de la nicotine : les patients ne parvenant pas à abandonner la cigarette, ils comparent cet échec à celui d'un éventuel arrêt des benzodiazépines.
E2 : *« C'est comme la cigarette, je reprends tout le temps, j'arrête je reprends, j'arrête je reprends. (…) J'ai des problèmes de cœur et je sais qu'il faut que j'arrête. Je sais que je dois arrêter. Mais je rechute. Et ça serait peut être pareil avec le Lexomil. »*

d) L'impact d'un âge avancé

Les patients déclarent qu'à leur âge, il n'est plus question de limiter leur confort dont les benzodiazépines font partie. En effet, le bien-être et la sérénité sont privilégiés, aux dépens d'éventuels effets secondaires.

E13 : *« Si moi je dois vivre mieux en bataillant tous les soirs pour m'endormir, je préfère vivre deux ans de moins et dormir, c'est mon problème. Je préfère vivre heureuse. (…) Je ne vois pas pourquoi on devrait vivre 6 mois de plus dans de mauvaises conditions et se priver pendant des années, de vin, d'un apéritif, d'une cigarette, surtout quand c'est déjà tard. (…) Il arrive un moment où c'est plus la*

peine. (…) Si arrêter le médicament va me faire vivre un peu plus mais moins bien, alors non. C'est un choix. »

E4 : *« Maintenant… on arrive à un âge, où on a envie d'être sereine, de profiter le mieux possible.»*

E1 : *« Je dois dire que j'arrive à un âge où … bon ou pas bon, je ne vois pas trop… à partir du moment où ça m'apporte un confort, je ne dirai pas que je m'en fiche… mais enfin bon.»*

E12 : *« J'ai 82 ans, qu'est ce que tu veux que ça me fasse. Je suis sur la route du départ. Tu penses pas que je vais vivre 100 ans »* (à son fils qui lui suggère d'arrêter)

e) Une faible posologie

Ne prenant déjà qu'une faible posologie, le patient ne voit pas comment il pourrait diminuer progressivement et donc se sevrer.

E13 : *« Je vois pas comment vous pourrez sevrer un demi cachet gros comme ça. Le couper en 4 ? Parce qu'il est déjà en 2. »*

f) Un défaut d'intérêt évident

La tolérance et l'efficacité du traitement étant jugées comme bonnes, les patients estiment ne pas avoir *« de raison d'arrêter ».* (E4)

E4 : *« Pourquoi j'arrêterais. J'arrête et je vais me dire, tiens c'est super, j'ai dormi sans le cachet… c'est tout. »*

Dans la mesure où les conséquences ne sont pas fondamentales, *« tant que* -la- *vie n'est pas en danger » (E13),* l'arrêt n'est pas considéré.

E1 : *« Si on me disait vraiment, vous savez c'est … c'est très mauvais, depuis le temps que vous en prenez, faudrait songer à arrêter, parce que … ça a une action sur votre vitalité… bon à ce moment-là. Mais comme justement on ne m'a pas dit ce genre de choses, euh…Tant que ça m'apporte un confort, euh… bah voilà je continue. »*

L'intérêt du sevrage n'est pas évident pour les patients et n'y voient pas de retombées positives.

E12 : *« Je ne vois pas le bénéfice que j'en tirerais. »*
E3 : *« Qu'est-ce que vous voulez que ça m'apporte ? Encore plus d'insomnie ? Etre encore plus malheureuse ? »*

3) LEVIERS POUR INITIER UN PROCESSUS DE SEVRAGE

a) Les bénéfices attendus

Parmi les bénéfices attendus, les patients aspirent tout simplement à être en **meilleure santé**.

E9 : *« Il y a toujours des retombées dans l'organisme, ce serait des choses en moins »*
E7 : *« Ça serait peut-être mieux, parce que ça doit quand même me détériorer quelque chose. (…) Quoi j'en sais rien. Ça doit m'enlever des neurones. »*
E6 : *« Un bénéfice certain ! Parce que, ces molécules, je ne les connais pas, mais… euh j'ai une nièce qui est chercheuse et qui me dit qu'il y a des trucs qui y sont qui ne sont pas bons. »*

Après avoir constaté un phénomène de tolérance, un des avantages à l'arrêt est de retrouver **l'efficacité antérieure** du traitement.

E6 : *« Quand je vois que ça fait un mois et demi que j'en prends moins et avant-hier j'en ai repris un demi et ça me refait effet. »*

En l'absence de retombée à l'arrêt du somnifère, le patient en conclurait que son traitement n'a plus d'effet et donc est inutile.

E5 : *« Attendez... Si il n'y a pas d'amélioration, ça veut dire que le Lexomil ne me fait plus rien. (…) Ça c'est évident. Je ne vais pas continuer à prendre un médicament si je m'aperçois qu'en fait je le prends pour rien. Donc à ce moment là je ne le prendrai plus. »*

Le sevrage offre aux interrogés, un espoir **d'amélioration cognitive**, notamment sur leurs troubles mnésiques.

E2 : *« Peut être que je retrouverais ma tête que je ne serais plus à coté de mes pompes j'en sais rien. »*

b) Le patient acteur de sa santé

Il reconnaît être l'élément central dans le processus de sevrage, puisque ce dernier doit découler d'une **démarche personnelle** et **volontaire**.

E13 : *« Je n'ai pas besoin d'aide. C'est personnel. (…) C'est moi qui décide. (…) Il faut compter sur soi. »*

La volonté est primordiale, d'autant plus au début du processus.

E9 : *« Comme tout sevrage, c'est le début qui est dur, peut-être. (…) Je crois que je pourrais essayer, mais je sais que ça va être dur. »*
E4 : *« C'est une question de volonté. (…) Peut être un changement de vie. Ou simplement se dire, voilà, ' il y a trop longtemps que je le prends'. Quelqu'un qui décide de prendre quelque chose parce que ses nuits sont difficiles… doit décider. »*

c) Un désir de sevrage

Le ressenti vis à vis de cette prise régulière est globalement négatif : se sevrer en somnifère apparaît comme une solution idéale.

E11 : *« Je cours pas après les médicaments. (…) Quand je peux m'en passer je suis très contente. (…) Je pourrais m'en passer ce serait bien. (…) Quand on a besoin de sommeil on devrait pas avoir besoin de cachet pour dormir. »*
E5 : *« Je préfèrerais ne pas en prendre. (…) Je serais content de pas avoir à le prendre c'est évident. (…) J'aimerais bien trouver la solution, pour pouvoir dormir et faire une nuit entière. »*
E2 : *« J'aimerais bien de plus avoir à prendre ces anxiolytiques et pouvoir dormir. »*
E7 : *« Je suis pas contente de prendre ça. (…) Je voudrais m'en passer. »*

QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION

I- DISCUSSION DE LA METHODE

A. METHODE QUALITATIVE

« Chacun a sa représentation du sommeil et lui attribue des fonctionnalités, des qualités et des vertus ; elles renvoient à la connaissance de soi-même, en fonction de son environnement et de ses conditions de vie ; elles interrogent notre capacité à connaître et à apprivoiser cette fonction vitale qui participe à notre équilibre de vie. »[25]

Notre étude tend à comprendre les difficultés que rencontrent les patients âgés de plus de 65 ans concernant leurs sommeil et traitement : il s'agit de recueillir de nouveaux points de vue et de les interpréter de manière rigoureuse et réflexive, dans un contexte défini.
Or la méthode qualitative *« s'impose chaque fois que l'on ne veut pas décider a priori du système de cohérence interne des informations recherchées».*[11]

L'utilisation de la recherche qualitative nous a permis d'adopter une démarche interprétative, à partir de nombreuses données verbales afin de répondre à l'objectif de notre étude.

B. DIAGNOSTIC EDUCATIF

1) JUSTIFICATION DU DIAGNOSTIC EDUCATIF

Ce travail a pour point de départ le constat d'une grande difficulté pour les patients : envisager de se passer de leur traitement hypnotique.

Plusieurs études se sont intéressées aux facteurs influençant les intentions de sevrage auprès des patients, ainsi que les difficultés rencontrées par les médecins.[4,57]

L'originalité de notre étude est de s'intéresser aux attitudes et aux ressentis des patients, en utilisant un outil connu de la médecine générale : le diagnostic éducatif.

Le diagnostic éducatif nous a semblé un outil intéressant et innovant afin d'explorer les représentations et croyances des aînés, concernant leurs sommeil, prise médicamenteuse et vision du sevrage en hypnotiques. En effet, jamais utilisé dans le cadre d'un projet de sevrage en benzodiazépines, le diagnostic éducatif nous permet de saisir le ressenti des patients.

Dans la littérature, l'usage du diagnostic éducatif à des fins de sevrage se retrouve principalement dans le cadre de la BPCO et donc du sevrage tabagique. Nos recherches n'ont pas permis de mettre en évidence son utilisation dans le cadre d'un sevrage en benzodiazépines consommées pour des troubles du sommeil.
Pourtant, dans les recommandations de la HAS de 2015 concernant l'arrêt des benzodiazépines et apparentées, il est conseillé de *« préparer l'arrêt »*, d' *« évaluer les attentes du patient »*, d' *« aboutir à une décision partagée »* et d' *« offrir l'assurance au patient qu'il est acteur du processus d'arrêt »*.[39] Toutes ces notions résonnent étonnamment avec celles de l'éducation thérapeutique et plus particulièrement du diagnostic éducatif.
En effet, avant de s'intéresser aux modalités de sevrage, il apparaît essentiel de considérer chaque consommateur comme ayant une histoire singulière et d'adapter notre proposition.

Nous avons pris l'option d'utiliser le diagnostic éducatif comme un outil et non de l'intégrer au sein d'un véritable programme d'éducation thérapeutique. Il a donc été sorti de son cadre d'utilisation habituelle, afin de répondre à notre objectif de travail. C'est pourquoi, après avoir identifié les représentations des patients et fait émerger des projets, nous n'avons pas défini de programme personnalisé de soins ni entrepris de séances d'ETP (éducation thérapeutique du patient).
Cependant, si notre objectif était de comprendre les croyances et attentes des patients afin d'adapter notre proposition de sevrage, il reste que ces entretiens ont probablement permis au patient, grâce à la synthèse qu'ils opèrent sur la situation, de s'interroger sur leur consommation et de faire émerger des ressentis et préoccupations jusqu'alors inexprimés.

2) PARTICULARITES DU SUJET AGE

En explorant les cinq dimensions du diagnostic éducatif, nous avons été confrontés à un vécu extrêmement riche, des parcours singuliers, des croyances façonnées par plusieurs décennies, constituant une riche source de données. L'important matériel extrait de ces échanges donne toute sa place au diagnostic éducatif.

La particularité du sujet âgé réside principalement dans :

- Ses capacités sensorielles : nous avons veillé à ce que le patient se rende à l'entretien avec ses lunettes, ou appareillage auditif ;
- Ses capacités cognitives : La reformulation par le patient nous a permis de vérifier sa bonne compréhension des questions ;
- La polypathologie et donc polymédication.

L'ETP (éducation thérapeutique du patient) chez les aînés est un sujet d'actualité, notamment concernant les AVK, la prévention des chutes, ou encore le programme OMAGE (Optimisation des Médicaments chez le sujet Agé)[46] : la priorité est mise sur la iatrogénie et l'observance. Notons que l'absence d'éducation thérapeutique chez le sujet âgé est un facteur de risque reconnu d'accidents iatrogènes et d'hospitalisations.[48]

Dans le cadre de notre travail, l'accent est mis sur l'évaluation des besoins de nos patients, première étape de toute démarche d'éducation. En effet, la personne âgée doit être un partenaire actif dans la prise en charge et le soignant doit tenir compte de ses préférences[65] : le diagnostic éducatif apparaît donc comme un outil à privilégier.

3) LE TYPE DE RELATION IMPLIQUEE

Notre ambition au cours des entretiens était de placer les patients au cœur de leur prise en charge, d'accroitre leur autonomie en les interrogeant sur leurs vie et décisions, afin de saisir leurs impératifs. Il s'agissait donc de recueillir leurs représentations de santé, notamment concernant leur sommeil et traitement, pour ainsi connaître les liens et corrélations qu'ils établissent.

Selon les sociologues américains Szasz et Hollender, la relation médecin-malade particulièrement adaptée à cette démarche, est la *« participation mutuelle »* : elle sous-entend que les participants sortent de leur rôle social de médecin et patient.[69]
La relation impliquée par notre démarche se veut participative en positionnant le sujet comme un acteur privilégié de sa santé.
Toutefois, nous avons constaté au sein de cette population de plus de 65 ans, une relation paternaliste envers le médecin, du type *« je fais confiance au docteur » (E8)*.
En effet, le patient n'est pas toujours prêt à être acteur et établir un partenariat soignant-soigné nécessaire à son autonomisation, car il désire également pouvoir s'en remettre à autrui.[69]
Nous pouvons donc nous interroger sur l'intérêt d'un outil tel que le diagnostic éducatif, impliquant une relation participative, chez des patients âgés de plus de 65 ans, aux habitudes encore traditionnelles avec leur médecin.
Pourtant, le programme OMAGE révèle que les patients de plus de 70 ans polypathologiques ne se sentent pas au fait de leur maladie et traitement et sont demandeurs de plus d'informations.[46]
Il semble donc nécessaire de faire évoluer la relation, par définition asymétrique : le médecin s'inscrit comme un médiateur entre le savoir scientifique et le patient, lui aussi détenteur d'un savoir issu de son vécu.

C'est justement cette réciprocité des apprentissages qui attire notre intérêt dans ce travail, puisque nous tâchons d'apprendre de nos patients consommateurs chroniques de benzodiazépines. La vulnérabilité dévoilée du patient exige en retour une position accueillante et bienveillante.

C. RECUEIL DES DONNEES

1) ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI DIRIGES

La technique de l'entretien individuel respecte une certaine intimité nécessaire à la thématique abordée et nous permet de saisir la logique du patient, d'analyser le sens qu'il donne à sa consommation. Il s'agit de faciliter la libre expression de ses opinions.

Les patients n'ont pas été interrogés par leur médecin habituel, mais au contraire par un « *étranger* ». Ceci aurait pu constituer un frein à l'expression d'opinions, à l'inverse, les patients se sont montrés enthousiastes et libres d'exprimer leurs craintes, ou même divergences avec leur médecin. Il a généralement fallu quelques minutes de présentation et d'échanges plus pudiques, avant de libérer les propos. Une fois le lien créé entre le chercheur et l'interrogé, aucune gêne particulière n'a été constatée, malgré la différence d'âge qui les séparait.
Les interrogés se sont confiés sur des évènement intimes de vie, des souffrances, des inquiétudes ou des attentes.
Au cours de l'entretien semi directif, l'enquêteur accepte de se décentrer de ses préoccupations habituelles médicales et se focalise cette fois ci sur la personne : ce mouvement rassure le sujet, qui n'est pas appréhendé seulement en tant que patient, mais également comme un individu, dont l'histoire de vie est corrélée à sa maladie.

2) LE GUIDE D ENTRETIEN

Notre guide d'entretien *(Annexe 1)* a été testé sur deux sujets test afin de vérifier sa validité initiale.
Il a servi de support à l'élaboration d'un diagnostic éducatif et a été construit à la lumière de cinq dimensions : bioclinique, socioprofessionnelle, cognitive, psychoaffective et motivationnelle.
L'ordre des différents thèmes abordés différait d'un patient à autre, en fonction de l'enchaînement de leurs suites d'idées.

Tout en gardant une certaine ligne conductrice afin d'aborder nos différentes dimensions, le libre échange était privilégié en tâchant de ne pas interrompre l'interviewé. La question était reformulée dans un second temps si nécessaire.

Certaines questions ont fait émerger des incompréhensions de la part de nos patients : dans ces réponses bien qu'incomplètes, réside une part d'information. Elles sont à analyser comme une donnée à part entière.

Malgré notre volonté d'explorer dans sa globalité, le patient, son sommeil et sa consommation en benzodiazépines, toutes les problématiques n'ont évidemment pas été abordées. Certains patients ont fait émerger des thématiques auxquelles nous n'avions pensé, permettant d'enrichir le guide d'entretien. D'autres n'ont pas été parcourues, constituant ainsi un biais de questionnement.

3) DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entrevues ont duré en moyenne quarante minutes, constituant par cette longueur, une véritable force à notre étude.
Aucun patient n'a refusé l'enregistrement de l'entretien. Toutefois, il est possible qu'il ait influencé leur discours, malgré notre garantie de confidentialité.
Par ailleurs, les données recueillies sont déclaratives : les propos ne pouvant être vérifiées par l'enquêteur, nous devons donc présumer de la véracité des témoignages.
Nous devons également considérer un éventuel biais de mémoire en interrogeant des sujets de plus de 65 ans, sur des faits parfois anciens. Toutefois, A. Blanchet explique que le caractère vécu de l'information recueillie est essentiel, permettant au patient de se l'approprier.[11]

4) L'ENQUETEUR

Le manque d'expérience du chercheur peut constituer un biais d'investigation. Toutefois, l'adoption d'un langage adapté et d'une attitude neutre, la documentation personnelle en techniques d'éducation et la participation dans le cadre de sa formation, à des séances d'ETP, ont permis de limiter ce caractère novice.
De plus, il s'agit d'un travail faisant partie du quotidien de tout médecin généraliste. Cet exercice de recherche a donc contribué à une véritable sensibilisation et auto formation en éducation thérapeutique.

D. ECHANTILLON

A la différence de la recherche quantitative, l'étude qualitative se caractérise par un échantillonnage relativement restreint puisqu'elle n'est pas destinée à généraliser les résultats mais plutôt à faire émerger de nouveaux concepts.[42]
Notre saturation des données, c'est à dire l'absence d'émergence de nouvelles idées, a été obtenue après treize entretiens.

La proposition d'entretien a été effectuée oralement, par téléphone ou à l'issue d'une consultation, après avoir expliqué les modalités et les enjeux de l'étude : ainsi, les patients ayant accepté la rencontre, étaient enthousiastes et motivés par le projet. Certains ont même souligné leur engouement à dédier une consultation au sommeil. L'adhésion a donc été bonne. Le recrutement de volontaires constitue toutefois un biais de recrutement, puisque nous risquons de sélectionner des patients plus sensibilisés à la problématique, limitant alors la représentativité de la population.

Par ailleurs, cette étude n'est pas représentative des consommateurs français de benzodiazépines à visée hypnotique, de plus de 65 ans, dans la mesure où les patients ont été recrutés au sein d'un seul cabinet, auprès de deux médecins différents. Il existe donc un risque de ne recueillir les points de vue que d'un groupe restreint. Une diversification des lieux de recrutement aurait sans doute permis de constituer un échantillon plus varié.

E. CODAGE ET ANALYSE

Treize entretiens ont été menés, huit heures quarante de témoignage ont été retranscrits manuellement sous Word, puis un codage évolutif manuel a permis de mettre en évidence des grands thèmes. Afin d'assurer la plus grande fidélité du discours, les données verbales et non verbales, telles que les silences et émotions, ont été retranscrites par écrit.

Idéalement, la réalisation des entretiens, leur retranscription et l'analyse des données, devraient être effectuées par trois personnes différentes. Une triangulation des résultats aurait sans doute permis de s'affranchir du biais d'interprétation. Malheureusement, pour des difficultés d'organisation, ce travail a été réalisé par une seule et même personne. Toutefois, afin de pallier partiellement à cette subjectivité, le directeur de thèse a supervisé la classification des différents thèmes en plusieurs catégories et sous- catégories, grâce à un tableau de codes.
Par ailleurs, la triangulation n'apparaît pas, pour certains auteurs, comme un véritable critère de validité[49] : elle permettrait surtout de favoriser l'exhaustivité des données.

II- DISCUSSION DES RESULTATS

A. POPULATION

Nos patients sont âgés de 66 à 82 ans. Aucune tendance de consommation corrélée avec l'âge ne se dégage autour de ces treize interrogés, sûrement expliquée par le petit nombre d'interrogés dans cette enquête qualitative.
Les études révèlent que l'incidence de l'insomnie se majore avec l'âge[7, 54] et la consommation de somnifères augmente parallèlement.[2,13]

Dans notre étude, nous avons interrogé une majorité de femmes (69%). Le rapport de l'ANSM sur la consommation de benzodiazépines en France en 2013 relate que 64,2% des consommateurs sont des femmes.[2] De même, M. Baumann et al. retrouvaient que 63,6% des consommateurs chroniques de psychotropes étaient des femmes.[5] En 2016, les femmes représentaient 57,3% de la part de population de plus de 65 ans selon les chiffres de l'INSEE.

Plusieurs études ont montré que les troubles du sommeil ont une prédilection féminine.[45, 6] Nous pouvons donc nous interroger sur l'origine de cette disparité : l'enquête EVS réalisée en 2005-2006 révèle que les femmes sont plus sensibles à l'insomnie, en raison d'une souffrance psychologique plus importante et qu'à santé mentale égale, les hommes et les femmes seraient égaux face au sommeil.[7] L'hypothèse d'un lien entre cette disparité et l'implication de la femme dans la vie familiale, tels que les levées nocturnes pour les enfants, est également évoquée. D'ailleurs une patiente nous explique avoir « perdu » son sommeil après la naissance de ses enfants puisqu'elle était *« la dernière couchée, la première levée » (E13).*

B. MOLECULE ET DUREE DE PRESCRIPTION

Cette surconsommation est d'autant plus préoccupante qu'elle s'étend sur de nombreuses années, avec une moyenne à 17,2 ans dans notre étude, dépassant largement les recommandations de trente jours pour les molécules hypnotiques et de douze semaines pour les anxiolytiques préconisées par la HAS. La durée de consommation tend à augmenter et à se chroniciser avec l'âge.[8] Le rapport de l'ANSM de 2013 confirme cette tendance puisque 16% des consommateurs d'anxiolytiques et 17% des consommateurs d'hypnotiques consomment leur traitement sans l'interrompre.[2]

L'AFSSAPS recommande de privilégier les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif, dites « à demi-vie courte »,[2] compte tenu du risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises chroniques.
Or, les deux molécules hypnotiques les plus fréquemment prescrites auprès de nos interrogés sont le Zolpidem (59%) et le Zopiclone (15%), dont les demi-vies sont respectivement 2,5 et 5 heures. Les recommandations sont donc respectées.

C. LE SOMMEIL

1) LE ROLE DU SOMMEIL

Galien, médecin grec du IIe siècle après J.C estimait que « *le sommeil est utile aux humeurs qui doivent être élaborées*. ». Dans l'encyclopédie de Diderot et d'Alembert au siècle des lumières, le sommeil est défini par *« un état nécessaire à l'homme pour soutenir, réparer, et remonter sa machine. »*
Dans notre étude, les patients perçoivent le sommeil comme « *vital* », réparateur, à l'origine du repos et de sérénité. E. Mullens nous confirme que le sommeil a un rôle réparateur, régulateur, permettant aux défenses immunitaires de se façonner et à la peau de se régénérer.[52] Lorsque l'INPES a mené une enquête auprès des 25-45 ans en 2007 concernant leur vision du sommeil, la population avait une perception du sommeil similaire à celle de nos patients, c'est à dire *« bon pour la santé », « réparateur »,* nécessaire pour *« recharger les batteries ».* [43]

La notion de plaisir est également évoquée au travers de la paix et de l'évasion que le sommeil procure: *« je quitte le terrestre » (E13).*
Nous utilisons d'ailleurs au quotidien des expressions imagées renvoyant à la perte de contrôle, *« s'écrouler ou tomber de sommeil »,* ou à la quiétude, *« dormir comme un bébé ».*

Une autre notion est abordée par différents patients, celle de l'oubli. En effet, dormir permet « *d'oublier, de partir » (E12), « d'effacer les tracas » (E7).* Le coucher est fréquemment associé à des pensées négatives, douloureuses, créant une véritable angoisse nocturne auprès de nos interrogés.

Les conséquences, outre l'asthénie, sont donc morales puisque cette insomnie est vécue par nos patients comme génératrice de nervosité, d'anxiété et de mal-être : « *Quand je me réveille le matin et que je n'ai pas dormi, je ne suis pas bien. Je n'ai pas le moral ». (E6)*

L'étude de K. Henchoz et C. Lalive d'Epinay illustre très bien ces différentes notions,[40] bien que leur étude soit menée sur une population plus âgée que la notre (80 à 85 ans). En explorant le rapport qu'ont les seniors avec la nuit au moyen d'entretiens approfondis, la thématique du sommeil-oubli est retrouvée, tout comme la notion de pensées tristes au moment du coucher, de souvenirs douloureux, ou de cauchemars : la nuit est majoritairement évoquée comme un lieu de menace.
La nuit apparaît comme un temps où ressurgissent les douleurs, les mauvais souvenirs, les peines ou encore les pensées négatives. En effet, la vie quotidienne, maîtrisée et consciente, s'arrête au coucher.[40]

2) LE SOMMEIL DES SENIORS

L'âge avancé est pour la plupart de nos patients en rapport avec une diminution du temps de sommeil : *« A mon âge, je sais qu'on dort moins.» (E9)*

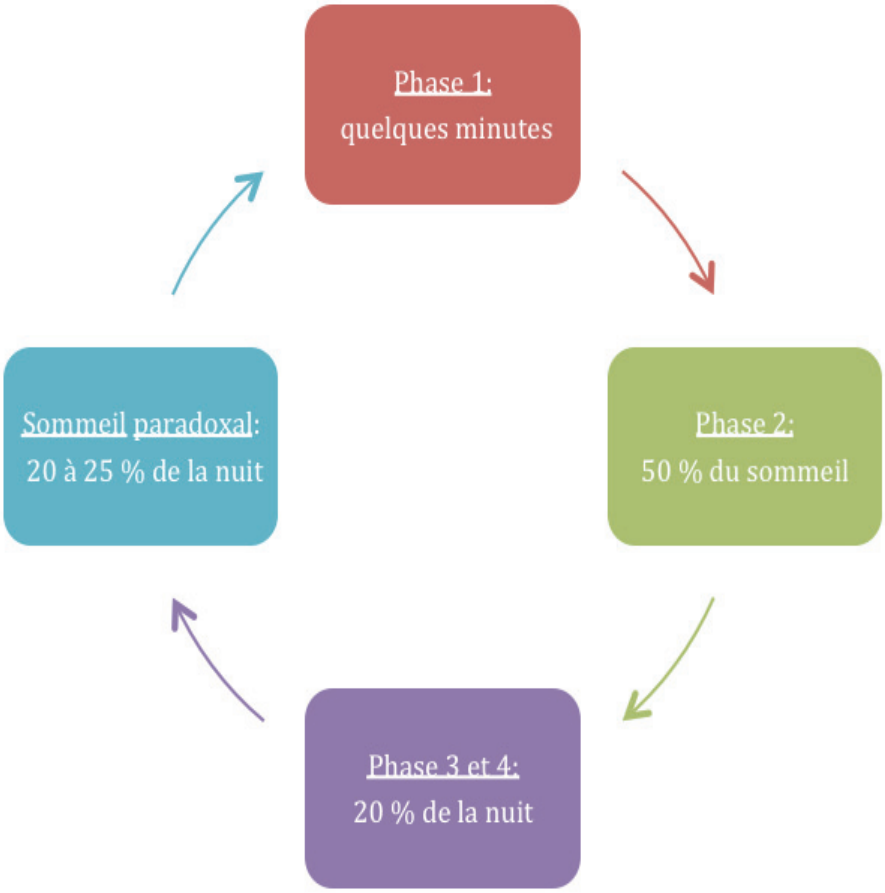
Intéressons-nous dans un premier temps au sommeil normal : grâce aux enregistrements polysomnographiques, plusieurs périodes de sommeil ont été identifiées [21] :

- Le sommeil lent, lui même décomposé en 4 stades :
  - Le stade 1 correspond à une transition entre l'état de veille et de sommeil, où le tonus musculaire reste élevé. Cette période ne dépasse pas les 10% de la nuit.
  - Le stade 2 constitue l'entrée véritable dans le sommeil avec une activité cérébrale et un tonus musculaire très diminués. Cette période peut représenter jusqu'à 50%.
  - Les stades 3 et 4 correspondent au sommeil lent profond, puisqu'ils permettent la restauration physique, le véritable repos. Cette période représente environ 20% du sommeil total.

- Le sommeil rapide, encore appelé le sommeil paradoxal :

  Il s'agit de la dernière phase d'un cycle de sommeil, participant à la restauration psychique, la régulation émotionnelle et le renforcement de la mémoire. Durant cette étape, la majorité des rêves se produisent, l'activité cérébrale est importante, alors que le tonus musculaire est inexistant. Cette période représente jusqu'à 25% du sommeil total.

Le sommeil se constitue ainsi de 4 à 6 cycles successifs.



Le vieillissement va modifier cette architecture classique du sommeil, comme l'ont d'ailleurs remarqué nos patients : « *Plus on prend de l'âge, moins on dort » (E4)*
Des études révèlent que le sommeil perd en qualité avec l'âge, avec une diminution du sommeil lent profond et une augmentation des réveils nocturnes.[20]

Ohayon, grâce à sa méta-analyse incluant 3577 sujets âgés de 5 à 102 ans, décrit l'évolution physiologique du sommeil :[53] ainsi avec l'âge, on constate une baisse du temps de sommeil (perte d'environ dix minutes par décennie), une augmentation de la latence d'endormissement, une baisse du temps de sommeil lent profond (perte d'environ 2% par décennie) et la durée des réveils nocturnes se majore d'environ dix minutes par décennie.

Evolution de la structure du sommeil avec l'âge [53] :

	20 ans	**40 ans**	**60 ans**	**80 ans**
Temps de sommeil total (mn)	450	417	383	350
Latence d'endormissement (mn)	16	17	18	18
Efficacité du sommeil	95	89	84	79
Sommeil de stade 1 (%)	5,8	6,2	6,8	7
Sommeil de stade 2 (%)	48	51	53,5	56
Sommeil lent profond (%)	20	15	10	8
Sommeil paradoxal (%)	21, 8	20,8	19,6	18,6
Latence du sommeil paradoxal (mn)	100	84	70	60
Durée des éveils nocturnes (mn)	14	26	43	77

Ces données correspondent aux plaintes de nos patients, qui ne concernent pas seulement la durée, mais surtout sa **qualité** avec des difficultés croissantes **d'endormissement**, ou des **réveils nocturnes**. Le sommeil est perçu comme plus léger et fragmenté : *« Parfois je dors 5 heures, parfois je m'endors dans le canapé à 23h et me réveille à 2h du matin, après c'est difficile de reprendre le sommeil. (…) J'ai un sommeil haché. » (E9)*

Par ailleurs, la baisse du temps de sommeil paradoxal avec l'âge se ressent au travers des témoignages recueillis, puisque certains distinguent le repos physique du repos mental : *« Et des fois c'est complètement le corps qui se repose mais l'esprit qui travaille toujours.» (E3)*

La HAS nous rappelle que le sommeil subit une modification d'organisation temporelle et de qualité au cours du temps: ainsi le sujet âgé dort moins la nuit, son sommeil est fractionné et se répartit différemment sur 24 heures. L'endormissement survient habituellement plus tôt, avec un réveil plus précoce, alors qu'une sieste en milieu de journée est souvent nécessaire.[37] Les sujets interrogés n'ont pas cette notion de sommeil poly-phasique et s'étonnent au contraire de ressentir une fatigue diurne : *« J'ai envie de dormir l'après-midi mais je veux pas, ça va me couper mon sommeil de la nuit, enfin je pense. »* (E12)

Les plaintes et représentations du sommeil de nos patients, correspondent en grande partie à l'évolution physiologique de l'architecture du sommeil avec l'âge : une diminution du sommeil profond (stade 3 et 4) et une augmentation du sommeil léger (stade 1 et 2). Subjectivement, le sommeil est perçu comme plus « léger », « haché », moins récupérateur, à l'origine en partie de la prévalence des plaintes accrues d'insomnie chez les seniors.[8]

Une information sur les modifications physiologiques du sommeil des seniors serait donc à diffuser auprès des seniors, afin d'améliorer leur perception de qualité de leur sommeil.

3) IMPLICATION DE FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

En dehors des changements biologiques, de nombreux facteurs tels que les douleurs chroniques, le style de vie ou les évènements de vie douloureux comme le deuil, sont corrélés à une détérioration du sommeil chez nos patients et dans la littérature.[8] Nous avons constaté que nos interrogés étaient plus sensibles au bruit, au changement de lieu de vie habituel, ou encore à la perte d'un être cher.

En effet, le sujet âgé est particulièrement sensible aux variations de l'environnement, notamment celles constituant une rupture avec l'état antérieur, comme le deuil, la maladie, les conflits familiaux ou l'institutionnalisation (non explorée dans notre étude).[29]

4) IMPLICATION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE

De nombreux patients attribuent leur mauvaise qualité de sommeil à la baisse de l'activité physique et la cessation d'activité professionnelle. En effet, tout comme les chômeurs, les hommes et femmes au foyer, les retraités présentent davantage de troubles du sommeil, probablement par cette baisse d'activité.[7]

La rythmicité des journées joue un rôle fondamental sur le sommeil et Hood et al. démontrent dans leur étude qu'une activité physique importante, ainsi qu'une exposition à des sources lumineuses suffisantes chez des sujets âgés de 65 à 85ans, sont corrélées positivement à un sommeil de qualité.[41]

De même, Benloucif et al. exposent l'efficacité d'une plus grande activité sociale et physique pour améliorer la qualité subjective des nuits du sujet âgé.[41, 9]

5) IMPLICATION DE FACTEURS PSYCHIATRIQUES [29, 21]

La HAS nous rappelle que les quatre grandes causes de prescription de benzodiazépines chez le sujet âgé sont les troubles du sommeil, la dépression, l'anxiété et les troubles du comportement.[34] Toutefois, l'insomnie ne justifie pas de prise chronique de somnifères.

Derrière la plainte de mauvais sommeil d'une personne âgée peut se cacher une anxiété, un mal-être révélateur d'une dépression. Nos sujets nous ont d'ailleurs signalé qu'ils ressentaient *« un espèce de vide, de solitude, pas bien » (E4*) et s'interrogeaient sur l'impact de leur nervosité *: « la nuit, c'est les nerfs qui … qui doivent sûrement m'empêcher à dormir. »(E5)* De même, certains justifiaient leur recours aux benzodiazépines par une angoisse nocturne : *« Si je vais me coucher angoissé, je sais que je ne vais pas dormir. D'où le Lexomil. (E2)*

De nombreuses études rapportent une association entre insomnie et épisodes dépressifs.[54]
L'insomnie peut donc être un signe d'appel et doit être appréhendée comme un potentiel symptôme de dépression masquée. Mais faute de diagnostic, la prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé dépressif est insuffisante, augmentant le risque suicidaire, alors que près d'un tiers des personnes âgées consomment de façon régulière des somnifères. [33, 37] En effet, parmi nos 13 interrogés, seule une patiente avait une co-prescription de traitement anti dépresseur (Laroxyl). Ainsi, la benzodiazépine soulage le symptôme (l'anxiété, l'insomnie) sans traiter la potentielle maladie sous-jacente.

Une patiente nous a confié être bouleversée par la déportation en Pologne qu'ont subie ses parents durant son enfance et que ses souvenirs douloureux ont définitivement altéré sa qualité de sommeil. Le deuil est également apparu comme un facteur déclenchant fréquent chez de nombreux interrogés : *« Depuis la mort de mon mari. Tout a commencé là.» (E12)*
Ces éléments au fort impact psychologique interviennent donc à la fois dans la genèse et dans l'entretien de l'insomnie.[29]

Dans cette étude, nous n'avons pas recherché une éventuelle dépression sous-jacente, nécessitant un faisceau d'arguments cliniques (selon le DSM-5).[3] Outre l'insomnie, nous retrouvons malgré tout des signes tels que l'humeur triste, la fatigue et un sentiment de dévalorisation depuis plus de deux semaines, évoquant un épisode dépressif. Cette piste serait intéressante à explorer par tout médecin généraliste.

Il s'agit donc pour le praticien de garder à l'esprit que l'insomnie peut masquer d'autres maladies et de s'attacher à entreprendre une analyse exhaustive de la plainte du patient.

6) IMPLICATION DE L'AGE

Les somnifères sont-ils prescrits afin de soulager l'insomnie, l'anxiété ou la dépression ? Ne sont-ils pas également administrés pour soulager une certaine détresse sociale ? C'est la question que soulèvent J. Collin et J. Ankri dans une étude abordant la problématique de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées en France et au Québec.[19]
Notre société a tendance à considérer les seniors comme une part de la population marginalisée.

H. Bourdesol et S. Pin dépeignent deux faces de la vieillesse : « la vieillesse ingrate d'une part, synonyme de dégradation et de dépendance, vieillesse épanouie d'autre part, incarnée par le senior sportif et hyperactif surfant entre voyages, sorties culturelles et engagement associatif ».[12] Ces deux profils se dégagent des discours recueillis.

Ainsi dans notre étude, le vieillissement apparaît d'une part comme une justification majeure de recours aux somnifères, comme si la situation vieillissante justifiait le recours pharmacologique*: « J'ai 82 ans, qu'est ce que tu veux que ça me fasse. Je suis sur la route du départ. Tu penses pas que je vais vivre 100 ans ». (E12)*
Cette représentation de la vieillesse, vécue comme un déclin et une fatalité, justifie aux yeux des seniors une consommation chronique. J. Collin et J. Ankri s'interrogent : *« A travers le médicament psychotrope et notamment ici les*

tranquillisants et somnifères, ne s'agit-il pas de rendre supportable et acceptable les effets de la marginalisation et du stigmate vécus par les personnes âgées hors de la vie productive ? »[19]

Bien que la majorité de nos interrogés ait un entourage familial proche, beaucoup mettent en avant leur solitude et volonté de ne pas vouloir « gêner ». Cette solitude, exprimée par nos patients*, « Je suis seule, j'ai plus de 82 ans » (E12),* s'explique par le décès du conjoint, d'amis ou l'éloignement des enfants et contribue à la consommation de somnifères. Une patiente compare son comprimé à un objet transitionnel, comblant un vide : *« C'est devenu un doudou. » (E2)*
Plusieurs auteurs ont d'ailleurs évoqué un lien entre l'isolement social et la consommation en psychotropes chez les seniors.[19]
Ne faut-il pas réhabiliter la vieillesse plutôt que de laisser les seniors se marginaliser?

L'autre facette de la vieillesse se dégage également des témoignages, par la mise en avant d'un besoin d'efficacité : *« Si on me le supprime, qu'est-ce que je vais faire. (…) Il faut que j'assume le lendemain. » (E7*) La volonté d'autonomie justifie le recours aux benzodiazépines, comme outil de performance et comble ainsi une éventuelle fragilité qu'ils n'osent dévoiler. Les seniors refusent de ne pas être en phase avec la société actuelle, où performance et dynamisme sont valorisés.

Le dilemme est donc à la fois d'afficher une forme physique et morale, et d'intérioriser leur déficit.

D. LES BENZODIAZEPINES CHEZ LE SUJET AGE

La méta-analyse réalisée par Glass et al. avait pour but d'étudier les bénéfices et les risques des médicaments sédatifs chez le sujet âgé : elle a porté sur des essais cliniques randomisés en double aveugle d'hypnotiques (benzodiazépines et apparentées) ou d'antihistaminiques H1 chez des sujets de plus de 60 ans présentant des troubles du sommeil, en excluant toute pathologie psychiatrique ou neurologique.[30]

1) NOMBRES DE REVEILS

Nos consommateurs chroniques attendent de leur traitement qu'il « *déclenche le sommeil » (E13)* et que ce dernier soit continu. Les réveils nocturnes sont des plaintes omniprésentes et la prise d'un somnifère leur permettait *« de pouvoir dormir d'un trait. Sans* -se- *réveiller ». (E10)*

Or en effet, dans six essais benzodiazépines versus placebo analysés par Glass, le nombre moyen de réveils nocturnes était significativement diminué quel que soit le sédatif.[30]

2) TEMPS DE SOMMEIL

L'augmentation du temps de sommeil retrouvée dans cette méta-analyse,[30] n'est pas une attente évidente auprès de nos patients. Les sujets semblaient plutôt préoccupés par l'impact de leur consommation sur leur bien être, à la recherche de réconfort.

3) QUALITE DE SOMMEIL

Nos patients attendaient de leur traitement qu'il assure un sommeil continu et un certain plaisir*: « Il m'amène un bien être » (E13).*

En effet, dans toutes les études analysées par Glass, la qualité du sommeil était meilleure sous sédatif que sous placebo.[30]

4) TROUBLES MNESIQUES

Glass rapporte que les pertes de mémoire et confusion étaient significativement plus importantes dans le groupe hypnotique que sous placebo.[30] Plusieurs de nos patients estimaient que ces médicaments n'étaient « *Pas bon pour la mémoire » (E7)* évoquant parfois la maladie d'Alzheimer. En effet, les effets cognitifs des benzodiazépines se manifestent par une amnésie antérograde, une baisse du rappel des faits récents et une majoration des pertes de mémoire.[13] Il est actuellement difficile d'établir un lien direct entre la consommation de benzodiazépines, à l'origine d'un déclin cognitif, et la survenue de troubles démentiels. [13]
Une patiente espère qu'un sevrage lui permettrait d'améliorer ses fonctions cognitives (E2), ce que la HAS nous confirme.[35]

5) EFFET SEDATIF

L'effet sédatif recherché implique parfois une sensation vertigineuse chez nos interrogés, dont les retentissements peuvent être lourds (accidents de la voie publique, fractures du col du fémur).[13, 10, 23]
Contrairement à Glass qui retrouve une fatigue résiduelle le lendemain plus importante sous hypnotiques que sous placebo, beaucoup de nos interrogés affirmaient ne pas avoir de retentissement diurne et se réveillaient « *Sans être ensuqué au réveil » (E1).*
Cette opposition s'explique peut être par la différence de durée de prescription entre notre étude, 17,2 ans en moyenne et celle de Glass, beaucoup plus courte.[30] Les patients semblent plus vulnérables à l'effet sédatif immédiatement après le début de la thérapeutique qu'après un mois d'utilisation continue.[13] Par ailleurs, il existe une baisse de l'effet hypnotique après une utilisation régulière, [62] constatée par plusieurs patients : *E6 : « Le corps il doit s'habituer hein je pense. (…) Je pense que l'efficacité n'est plus bonne avec le temps. »*

6) TOLERANCE

Le phénomène de tolérance aux benzodiazépines à l'origine d'une baisse des effets hypnotiques après quelques semaines d'utilisation, conduit parfois à une majoration des posologies.[62] La majorité de nos patients consomme les doses recommandées, mais une patiente cumule par exemple la prise d'un Zolpidem et d'un Noctamide tous les soirs.

Peu d'interrogés ont cette notion de tolérance, bien que certains s'étonnent tout de même d'une efficacité relative et fluctuante : *« Que je le prenne ou que je le prenne pas c'est pareil.» (E10)*

Au contraire, le psychotrope apparaît souvent comme le garant d'un *« bon sommeil »* et est qualifié « *de sauvegarde, d'assurance » (E13).*

Un défaut de connaissance sur les effets de leur traitement au long cours, associé à leur impression de *« faible »* posologie, conduit à une banalisation de consommation : *« D'abord moi je ne prends pas la dose. (…) J'en prends que la moitié. (…) Je pense qu'à cette dose là, ça doit pas être trop... je suis pas abimée quoi. (…) C'est un petit machin comme ça. Ce n'est pas une catastrophe. » (E13)*

7) DEPENDANCE

Parmi les différents effets des hypnotiques attendus ou connus de nos patients, l'accoutumance revient régulièrement. Les termes les plus fréquemment retrouvés dans les discours étaient *« habitude », « routine », « rituel », « addiction », « drogue ».*

Lorsque JM Parr interroge ses patients consommateurs chroniques de benzodiazépines, la dépendance est donnée comme principal motif de poursuite de leur traitement.[58]

En effet, après une utilisation prolongée, une accoutumance aux effets hypnotiques se développe, rendant le sevrage difficile.[62, 13]

Nous pourrions également parler de dépendance psychologique au vu de l'importance de la symbolique accordée par les patients à leur traitement. Evoquant un éventuel effet placebo, une patiente s'interroge: *« Est-ce dans ma tête ? (E12)*

S.H Onen propose une définition du rituel de sommeil: « Un ensemble de comportements répétitifs observés systématiquement le soir au moment du coucher ».[55] Cette notion est retrouvée chez nos seniors, qui intègrent leur prise de somnifère à un rituel de coucher, tel un *« automatisme » (E11),* de la même manière qu'ils ferment les volets le soir, ou se brossent les dents.
Un patient envisage de remplacer son traitement par un placebo, à condition qu'il soit intégré au même processus habituel : « *Il me faudrait un placebo. J'ai l'impression que c'est le fait de prendre, qui m'endort. (…) C'est dans la tête. » (E7).*
Il s'agit d'une forme de conditionnement positif au sommeil, marquant un passage entre la journée active et le repos de la nuit : *« Vous allez au travail, vous prenez le bus tous les matins. Là, c'est pareil, je prends mon demi cachet tous les soirs. » (E9)*
Cette piste de routine serait à explorer et éventuellement à utiliser dans une démarche de sevrage en modifiant ce rituel du coucher.

Le phénomène de dépendance aux benzodiazépines était appréhendé par nos interrogés comme une obligation, une contrainte, évoquant même parfois la notion de drogue et de « *mauvaise habitude» (E11)*. Ils ont un vécu négatif de ce besoin chronique.

Une certaine ambivalence se dégage donc: les patients déclarent que cette consommation leur assure un réconfort, mais vivent cette prise quotidienne comme une obligation à laquelle ils sont soumis. Un patient le verbalise d'ailleurs très clairement : *« C'est une contrainte et une aide. » (E7)*
Les patients aimeraient s'en séparer mais sont tiraillés par ce désir de bien-être : les effets secondaires sont relativisés et mis en balance avec l'impact positif de ces derniers sur leur confort physique et moral. Ils sont donc conscients de la problématique, mais la balance ne semble pas peser en faveur du sevrage.

E. LE SEVRAGE

1) POSITION DU MEDECIN

Le rôle d'information du médecin apparaît donc ici essentiel, puisque lui seul pourrait apporter les éléments pour renverser cette tendance.

Les médecins généralistes reconnaissent être en grande difficulté face aux habitudes de leurs patients, à l'origine d'une certaine réticence à initier un processus de sevrage.[4] S. d'Audigier et E. Filz, en étudiant les réactions des médecins généralistes face aux prescriptions chroniques de benzodiazépines, ont mis en évidence un manque de temps perçu par le médecin pour dédier des consultations à l'information et au sevrage. De plus, ils évoquent une crainte à perturber une situation d'équilibre, ont tendance à privilégier le confort des patients et ressentent une pression lors du renouvellement de l'ordonnance.

Nos séniors s'exprimaient sur le sujet, affirmant ne pas avoir été incités au sevrage, ni reçu beaucoup d'informations sur leur traitement : *« Vous savez les 'toubibs' donnent pas beaucoup d'information sur les médicaments qu'ils donnent » (E11)*

Les interrogés estiment « *que si le docteur me le donne c'est que j'en ai besoin » (E12).* Ainsi, en prescrivant ce traitement somnifère, le médecin rend le médicament licite, puisqu'il est à l'origine bien souvent de sa primo prescription et de son renouvellement.[2]
« *Si le docteur me le donne c'est que c'est pas nocif » :* la prescription médicalisée semble dédouaner le patient, participant de nouveau au phénomène de banalisation.

La confiance en leur médecin est une notion fondamentale, revenue fréquemment dans les discours recueillis : « *Je fais confiance au docteur. » (E8)*
Mais qu'est-ce qu'on entend par *« faire confiance au docteur ? »* La délivrance d'une ordonnance de *« bien-être »* consentie par le médecin ne met-elle pas en péril cette confiance ?

D'après nos interrogés, les motifs de rencontre avec leur médecin sont purement médicaux (pathologie aigue, renouvellement d'ordonnance) et cette problématique du sommeil, non appréhendée comme une véritable maladie, est rarement abordée. Pourtant, beaucoup ont manifesté un véritable intérêt voire presque soulagement lors des entretiens. Une consultation dédiée à la problématique du sommeil, durant laquelle le patient ne parlerait que de cette thématique, semble être une piste à explorer par les soignants.
La nouvelle convention médicale, signée le 25 aout 2016, prévoit la création de « consultations complexes » et permettra aux généralistes de consacrer un temps plus important à ce type de problématiques grâce à une nouvelle tarification.

A la proposition de sevrage de la part de leur praticien, les réactions sont partagées. Certains s'en remettraient à sa décision mettant de nouveau en avant la notion de confiance, d'autres au contraire y seraient opposés voulant garder la maîtrise de leur traitement. La volonté apparaît pour beaucoup comme l'élément essentiel, rejoignant la notion de patient acteur de sa santé : *« Je n'ai pas besoin d'aide. C'est personnel. (…) C'est moi qui décide. (…) Il faut compter sur soi. » (E13)*

Nous sommes alors confrontés à une résistance du patient, à qui l'on suggère d'engager un changement. Or le plaidoyer pour le changement est contre-productif chez un patient ambivalent.[50] Il s'agit donc pour nous soignants, d'appréhender cette résistance dans le contexte de vie du patient, car elle est le résultat d'interaction entre le patient et le monde qui l'entoure.

Le modèle transthéorique de changement est développé par deux psychologues, Prochaska et DiClemente et met en évidence les étapes successives par lesquelles passent les individus qui changent : on les appelle les stades de changement.[38]



D'après cette théorie, le soignant doit identifier le stade où le patient se situe, puisqu'à chaque étape correspond un mode d'intervention adapté. Ainsi, il s'agira d'accompagner le sujet vers son désir de changement et de le faire progresser d'étape en étape.

Le patient ne doit pas se sentir privé de sa liberté, « *c'est moi qui décide, c'est pas lui. » (E6),* d'autant plus qu'en cas de proposition frontale de sevrage, il aura le sentiment de ne pas être compris.

Tout comme évoqué précédemment concernant le type de relation impliquée par le diagnostic éducatif, le médecin ne doit pas se positionner en expert savant, mais plutôt comme partenaire, tâchant de considérer son patient comme source première de réponses et de solutions.

Une attitude similaire d'opposition est retrouvée envers l'entourage familial, avec parfois un sentiment d'incompréhension de la part des patients : le patient se positionne en seul maitre de son destin : *« Ca ne la regarde pas » (E2), « ils ne comprennent absolument pas ». (E12)*

Jean-Jacques Rousseau disait *« si c'est la raison qui fait l'homme, c'est le sentiment qui le conduit »*.[67] Après plus de 17 ans de consommation en moyenne chez nos seniors, changer n'est pas une chose banale et de nombreux paramètres, souvent irrationnels, interviennent dans le processus de changement.

« Je ne fais pas le bien que je voudrais, je fais le mal que je ne voudrais pas » écrit Saint Paul dans L'épître aux Romains.[68] L'irrationnel l'emporte parfois sur la raison, expliquant le choix du *« mal »* alors que l'on connaît le *« bien ».*[44] C'est pourquoi il ne faut pas s'étonner de la décision des patients de conserver leur traitement somnifère, malgré leur connaissance des effets secondaires, des avis défavorables de l'entourage ou encore un vécu personnel négatif de cette prise chronique.

Ainsi, l'une de nos patientes affirme: *« Si je dois vivre mieux en bataillant tous les soirs pour m'endormir, je préfère vivre deux ans de moins et dormir, c'est mon problème. Je préfère vivre heureuse. (…) Je ne vois pas pourquoi on devrait vivre 6 mois de plus dans de mauvaises conditions et se priver pendant des années de vin, d'un apéritif, d'une cigarette, surtout quand c'est déjà tard. (…) Si arrêter le médicament va me faire vivre un peu plus mais moins bien, alors non. C'est un choix. » (E13)*

A l'opposé, une étude longitudinale prospective multicentrique menée auprès de 414 patients octogénaires hospitalisés, révèle que peu de sujets sont favorables à l'idée d'échanger un temps important dans leur état actuel, contre un temps plus court en excellente santé.[72] Cette différence s'explique peut-être par l'accoutumance de nos seniors, les empêchant de renoncer à leur traitement.

Le patient justifie « un mauvais choix » par son vécu, son histoire, ses besoins et son âge, « *où on a envie d'être sereine, de profiter le mieux possible.» (E4)*. Nos possibilités d'action face à ce type de discours seront alors, dans une démarche éducative précédemment évoquée, de contribuer au questionnement du sujet et de faire émerger son ambivalence, premier pas vers le changement.

Les perspectives d'évolution perçues par nos seniors sont minces : *« Oh je pense que ça va rester comme ça jusqu'à la fin de ma vie. Je me vois pas avoir… évoluer à ce niveau la.» (E3)*
De même, on note une certaine résignation dans les intentions de sevrage, compte tenu d'expériences antérieures infructueuses, ou l'absence d'intérêt évident.

Par ailleurs, les projets de nos patients sont de tout type, mais le sevrage en benzodiazépines n'est pas une priorité. En revanche, la dépendance à la nicotine est un objectif primordial pour de nombreux patients.
Nous pouvons donc imaginer que les nombreuses campagnes d'information anti-tabac et la généralisation du conseil minimal de la part des professionnels de santé, ont permis de modifier les mentalités en profondeur. Un tel travail reste encore à faire dans le domaine du sommeil et des somnifères.

2) HYGIENE DU SOMMEIL

La HAS propose des conseils destinés à la personne âgée afin de garder un bon sommeil [37] :

- Maintenir des activités régulières avec un lever à horaire régulier, une activité physique dès le matin,
- S'exposer à la lumière naturelle si possible le matin,
- Favoriser les sorties à l'extérieur dans la journée,
- Limiter la durée des siestes,
- Une alimentation saine avec des repas à des heures régulières, limitation des excitants en fin d'après-midi (thé, café, alcool), des repas légers en soirée mais contenants des sucres lents,
- En cas d'éveil dans la nuit, privilégier une activité calme comme la lecture ou écouter la radio et limiter l'usage de la télévision et des écrans.

Nos patients évoquent eux aussi l'impact positif d'une activité physique, de la lecture au coucher *: « Avoir plus d'activité c'est peut être une solution. » E9*

3) THERAPIE

L'accompagnement psychologique comme aide au sevrage n'est proposé que par un seul patient. Pourtant, un essai randomisé a été réalisé chez 76 patients âgés en moyenne de 62,5 ans, se plaignant d'insomnie et consommant une benzodiazépine de manière chronique (3 mois). Trois groupes ont été constitués : un groupe sevrage progressif seul, un autre traitement cognitivo-comportemental et le dernier associant les deux méthodes. Bien qu'il soit apparu une diminution significative de la consommation de benzodiazépines dans les trois groupes après douze mois, le nombre de patients ayant arrêté la consommation a été plus important dans le groupe associant les deux méthodes.[51]

Toutefois, la thérapie cognitive fait appel à des praticiens spécialisés et pose le problème de leur prise en charge par l'assurance maladie et de leur accessibilité. Il serait enrichissant de proposer ce type de recours aux patients afin d'évaluer leurs intérêts et résistances. Par ailleurs, l'accessibilité aux thérapies dans la région de déroulement de l'étude, serait à étudier.

4) ALTERNATIVES

Certains proposent le recours à la phytothérapie bien qu'inefficace chez eux : *« Il y en a qui s'endorment très bien avec des tisanes de tilleul le soir. Moi ça n'a jamais marché, ni la valériane. » (E13)*

Quelques résultats reposant sur des essais de faible qualité méthodologique, attribuent une efficacité modeste à la valériane dans les troubles du sommeil. La consommation d'une infusion vespérale à base de tilleul, mélisse, oranger ou verveine, sans effet secondaire, permet d'instaurer un rituel de relaxation favorable au moment du coucher. La mélatonine quant à elle, ne serait pas plus efficace qu'un placebo.[59]

5) DECROISSANCE

En 2007, la HAS propose des recommandations concernant les modalités d'arrêt des benzodiazépines et apparentées chez le sujet âgé. Celles-ci s'adressent aux sujets de plus de 65 ans consommant leur traitement depuis au moins trente jours, à qui il est recommandé de proposer une stratégie d'arrêt lors de toute demande de renouvellement.[35]

Tout comme suggéré spontanément par la majorité de nos patients, l'arrêt doit être progressif sur une durée de quelques semaines à quelques mois : *« Alors je pense que la formule, effectivement, c'est de diminuer les doses petit à petit pour arriver à m'en passer. » (E1)*

Un patient s'interroge à juste titre : *« Je vois pas comment vous pourrez sevrer un demi cachet gros comme ça. Le couper en 4 ? Parce qu'il est déjà en 2. » (E13)*
Parmi les médicaments utilisés, seul le bromazépam est quadri-sécable. Les autres sont seulement bi-sécables, en dehors du Zopiclone 3,75 non sécable. Par ailleurs, des études réalisées en pédiatrie montrent que plus de 70 % des médicaments broyés, écrasés ou coupés ne correspondent plus à la dose prescrite.[24] Nos patients interrogés coupent leur comprimé à la main, malgré le fait qu'il soit recommandé d'utiliser un appareil (partage-comprimé) afin de limiter les risques de surdosages.[16]
La diminution de l'ordre de 25% suggérée par la HAS[35] ne semble donc pas réalisable avec les traitements déjà prescrits à faible posologie et coupés par les patients.

Certains patients, soucieux de l'impact de cette consommation chronique, ont spontanément décidé d'entreprendre une diminution en coupant leur comprimé ou en demandant au médecin un dosage inferieur : *« Au début j'ai pris la pilule complète, puis après je me suis dis c'est pas bien, je vais baisser encore, c'est pas raisonnable, je baisse. Et maintenant je coupe en quatre. » (E7)*
La HAS nous rappelle que bien que l'objectif final soit le sevrage complet, ce type de comportement doit être appréhendé comme un résultat positif et la réduction de posologie constituera d'ailleurs un facteur pronostic favorable à l'arrêt de la consommation lors d'une tentative ultérieure.[35]

Même si la suggestion de décroissance progressive est spontanément proposée, aucun patient n'a abordé la notion de syndrome de sevrage et des dangers à interrompre le traitement brutalement. Un patient a d'ailleurs suggéré : *« On arrête d'un coup. C'est pas un souci. » (E10)* Un défaut d'information émane donc de nos recueils.

III-PERSPECTIVES

Plusieurs constats se dégagent de cette étude et en découlent des perspectives d'évolution :

1. Il existe une inadéquation entre les exigences de qualité de sommeil des seniors et l'évolution physiologique de leur sommeil. Nous pourrions :

   - Informer les seniors des modifications physiologiques du sommeil ainsi que des règles d'hygiène simples à appliquer, afin de relativiser la plainte de mauvais sommeil.
   - Délivrer une brochure d'information proposée par le réseau Morphée, destinée aux seniors, abordant l'évolution du sommeil avec le temps et l'hygiène à adopter. (téléchargeable en ligne http://www.reseau-morphee.fr/wp-content/uploads/2009/11/brochure_sommeil_seniors_reseaumorphee.pdf)

2. Un quiproquo se dégage: les médecins renouvellent les prescriptions ne voulant pas se confronter à la dépendance du patient, qui lui attend une proposition de sevrage, ou du moins une information sur les modalités d'arrêt et alternatives possibles. Nous pourrions :

   - Renouer le dialogue: Le sommeil doit être un sujet facilement abordé par le médecin.
   - Evaluer le sommeil doit devenir un élément de l'examen clinique de routine chez le senior.
   - Proposer des consultations dédiées au sommeil semble en adéquation avec les attentes des patients.
   - Utiliser le diagnostic éducatif afin d'explorer les représentations du sommeil et des traitements. Il apparaît comme un outil adapté pour faire émerger la singularité de chaque patient.

     Une étude serait nécessaire auprès de plusieurs médecins utilisant le diagnostic éducatif dans ce même cadre afin de mesurer à distance l'impact de l'intervention sur une éventuelle démarche de sevrage.

3. L'impact du vécu de nos interrogés sur leur sommeil est lourd et les somnifères sont utilisés comme une « prothèse psychologique ».[19] Nous pourrions :

   - Approfondir individuellement ces parcours de vie.
   - Etablir une anamnèse détaillée de la plainte.
   - Diagnostiquer une insomnie selon une démarche clinique impliquant une approche somatique, psychologique et environnementale, ainsi qu'une étude de l'historique du sommeil.[33]
   - Rechercher systématiquement une dépression afin de proposer une prise en charge adaptée.
   - Réévaluer régulièrement l'insomnie et l'indication de prescription des somnifères.

4. La dépendance psychologique est largement décrite par nos seniors. Les consommateurs chroniques ont intégré leur somnifère à un rituel du coucher. Nous pourrions :

   - Organiser un travail autour de cet automatisme par le recours à des thérapies cognitivo-comportementales[33] afin de modifier cette « culture » du sommeil.
   - Conduire le patient vers une réflexion autour de son sommeil.

5. La vieillesse est vécue de façon péjorative et la prise de benzodiazépines est banalisée. Les connaissances incomplètes des patients sont à l'origine d'une consommation inadaptée. Nous pourrions :

   - Réhabiliter la vieillesse : La retraite devrait au contraire être appréhendée comme un nouveau départ dans notre société.
   - Fournir une information orale sur les risques des benzodiazépines à usage hypnotique à chaque prescription.
   - Délivrer une information écrite. La HAS propose aux pharmaciens et aux médecins l'usage de fiches conseils. *(Annexe 2)*

6. Beaucoup d'interrogés expriment des représentations contradictoires, illustrant leur ambivalence envers leur traitement. C'est un réconfort, une aide, pourtant à l'origine d'effets secondaires, de dépendance et de contraintes. Nous pourrions :

   - Former les soignants à repérer ces éléments du processus de changement auprès de leur patient afin de les guider.
   - Utiliser des techniques telles que l'entretien motivationnel ; il s'agit une piste à explorer et à évaluer dans ce contexte de sevrage en somnifères.

7. Les arguments scientifiques n'apparaissent pas comme des leviers essentiels vers le changement mais risquent au contraire de placer le soignant en position d'expert. Le patient a besoin d'être écouté et compris plutôt que moralisé par une liste des effets secondaires auxquels il s'expose. Avant de proposer un projet de sevrage, il s'agira de :

   - Développer une relation de partenariat.
   - Etablir un diagnostic de situation individualisé.
   - Connaitre les priorités du patient.
   - Travailler sur sa volonté et motivation.

Le sommeil doit être placé au cœur du débat et non plus comme un motif de renouvellement de prescription en fin de consultation : il s'agit d'une priorité dans la prise en charge du senior.

Une patiente nous livre sa clé dans la gestion de cette problématique :

« Une superbe vie et un petit peu d'amnésie. »

CONCLUSION

Le sommeil, ou plus précisément l'insomnie, sont des problématiques courantes en médecine générale. Les somnifères sont utilisés de manière chronique par près d'un tiers des personnes de plus de 65 ans bien que les effets indésirables soient jugés disproportionnés par rapport aux bénéfices au sein de cette population.[30]
Cette problématique fait l'objet d'une attention particulière de la part des autorités sanitaires, à l'origine de recommandations de bonne pratique. Pourtant, le médecin généraliste reste confronté quotidiennement aux difficultés liées à la prise chronique de benzodiazépines et apparentés dans le cadre de troubles du sommeil chez le senior.

Nous nous sommes intéressés aux croyances des patients concernant leur sommeil et traitement, afin de saisir leurs difficultés à envisager un processus de sevrage.
Treize sujets de plus de 65 ans et consommant de manière chronique une benzodiazépine ou apparentée pour trouble du sommeil, ont été interrogés au cours d'un entretien semi-dirigé, mené à la manière d'un diagnostic éducatif. Cet outil nous a permis de faire émerger les émotions, les expériences et les personnalités des patients jusqu'alors inexprimées, pour ainsi connaître leurs ressources et besoins dans la prise en charge de cette consommation.

Le sommeil renvoie à la notion de plaisir mais surtout à celle d'échappement et d'oubli. Les discours recueillis ont majoritairement fait appel au registre émotionnel et à l'expression de sentiments : le constat majeur qui ressort de cette étude est la place qu'occupe le mal-être dans la justification du mauvais sommeil et du recours au somnifère. Les priorités sanitaires s'articulent surtout autour de la iatrogénie, toutefois, il semble nécessaire de considérer la souffrance psychique à l'origine de l'initiation et de la poursuite du traitement. L'anxiété est un trait de personnalité qui se dégage majoritairement au cours des entretiens, laissant suggérer qu'une prise en charge adaptée de celle-ci, permettrait de diminuer le recours aux somnifères. De même, l'insomnie ne doit pas masquer une éventuelle dépression que les sujets âgés ont tendance à cacher.

Le médecin, à l'origine de cette prescription, use de la pleine confiance qui lui est accordée pour légitimer cette consommation, banalisée aux yeux des patients. En réalité, les interrogés semblent attendre de leur médecin qu'il prenne l'initiative de fournir une information sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines ; les consommateurs décideront alors, à la lumière de ces données, d'entreprendre ou non un sevrage, renforçant l'idée de patient acteur de sa santé. La volonté du senior d'être au cœur des décisions met au jour un besoin de « sevrage accompagné ».

Les représentations de la vieillesse mettent en avant la volonté de performance du senior dans notre société actuelle et parallèlement, ses difficultés à gérer son déclin inévitable. Le recours aux benzodiazépines est justifié par le besoin de dynamisme et sa consommation chronique par l'absence de perspective à long terme. Le somnifère est perçu comme un soutien afin de combler une certaine solitude. Un véritable travail de communication est à organiser afin d'aborder la retraite comme un nouveau départ.
Par ailleurs, le recours aux benzodiazépines s'inscrit dans un rituel de coucher. Cette « dépendance » est donc à la fois physique, psychologique voire même sociale.

L'insatisfaction des interrogés envers leur sommeil révèle un défaut d'information sur l'évolution de l'architecture de celui-ci. La connaissance des modifications auxquelles est soumis leur sommeil sous l'influence du temps, permettrait de modifier leur vision péjorative. Accepter un sommeil polyphasique et plus léger, serait une première étape de détachement des somnifères.

Par ailleurs, un certain nombre de représentations contradictoires illustrent l'ambivalence des seniors interrogés. Engager un processus de changement sous-entend en premier lieu de repérer ses différentes étapes, dont fait partie l'ambivalence. Comme le soulignent les patients, la motivation est centrale et doit être utilisée comme le moteur du changement. C'est pourquoi il semble nécessaire que les soignants acquièrent des compétences en matière de communication au cours de leur formation médicale initiale ou professionnelle continue, afin de mener des entretiens motivationnels.

De plus, les visions opposées, diverses et parfois inattendues rendent compte de l'importance des représentations des patients dans leur rapport à la maladie et au médicament, et de la nécessité d'une approche centrée patient dans notre métier.

Au total, il apparaît essentiel d'effectuer une évaluation exhaustive de la plainte de mauvais sommeil autour d'une consultation dédiée, en explorant les différentes dimensions du patient. Les recommandations proposées par la HAS concernant les modalités d'arrêt des benzodiazépines sont à adapter au cas par cas, au profil de chaque senior et à ses représentations. Par ailleurs, les sujets sont inquiets des répercussions d'un sevrage éventuel : le médecin devra leur assurer un suivi régulier.
Aucune prise en charge de la consommation chronique ne peut être généralisée au vu de la singularité de la problématique. Ce constat interroge sur la capacité organisationnelle des soignants dans un métier en refondation sous la contrainte de conditions d'exercice de plus en plus difficiles. La reconnaissance d'une médecine de qualité passe par la création d'outils adaptés, comme la consultation de prévention et les consultations dédiées, nouveau paradigme de ce métier "centré patient".

Ce travail fut particulièrement enrichissant par l'autoformation qu'il a impliquée lors de la réalisation des entretiens et utile pour la pratique éducative d'un médecin généraliste. L'expérimentation est en effet la clef de l'apprentissage en éducation thérapeutique. De plus, la posture éducative a fait émerger une nouvelle relation entre le médecin et son patient, axée sur la rencontre vers l'autre, le partenariat et la confiance mutuelle.

ANNEXES

Annexe 1

Guide d'entretien semi-dirigé

1- Le Patient :

- Pourriez vous vous présenter ? (Faire préciser âge, traitement, date du début de traitement, consommation de tabac ou OH, ancienne profession, enfants, statut marital)
- Quel type d'activité physique avez-vous ? Pensez-vous qu'elle puisse apporter quelque chose à votre qualité de sommeil ?
- Quelle note donneriez-vous à votre moral en ce moment entre 0 et 10 ?

2- Le sommeil :

- Que représente pour vous le sommeil ? Que vous évoque le mot insomnie?
- Qu'est-ce qu'un bon sommeil selon vous ? Comment décririez-vous le vôtre? Quelle importance accordez-vous à votre sommeil ?
- Combien d'heures dormez-vous en moyenne avec et sans traitement ?
- Depuis quand avez-vous des troubles du sommeil? Est-ce un motif de consultation fréquent auprès de votre médecin traitant?
- Est-ce un plaisir pour vous de dormir ? ou au contraire une contrainte ?
- D'ou viennent d'après vous, vos difficultés de sommeil ? (*F. aggravants, évènements de vie*)
- Dans quelle mesure pensez-vous que votre âge influe sur votre sommeil ?
- Quelles sont selon vous, les conditions propices à l'endormissement?
- Comment vivez vous ces difficultés de sommeil ?

3- Le traitement

- Racontez moi, si vous êtes d'accord, la dernière nuit ou vous avez dû prendre un …
- Que pensez vous de ces traitements et qu'en attendez vous ? (*une contrainte ou une aide ?*) Qu'est que …. a changé dans votre quotidien ?
- A quelle fréquence prenez vous un … et pourriez vous me décrire les situations où vous prenez ou non votre médicament ?

- Que savez vous de votre traitement ? (*bénéfices, risque*) Selon vous, quel impact a la prise régulière de votre traitement ?
- Comment vivez vous cette consommation ?
- Avez-vous des craintes vis à vis de ces traitements ? (*lesquelles*)

4- L'environnement :

- Quelles sont les personnes sur lesquelles vous pouvez compter ?
- Comment votre entourage réagit-il face à vos problèmes de sommeil et à votre consommation de … ?
- Que dit votre médecin et votre entourage sur ces médicaments ? Qu'en pensez vous ?
- Avez vous l'impression d'être compris, aidé et soutenu? En estimez vous le besoin ? Avez vous fait déjà appel à votre entourage ?
- Dans quel cas faites-vous appel à votre médecin ou autre professionnel de santé ?

5- Le projet :

- Avez vous des projet qui vous tiennent à cœur ? (*famille, sommeil, personnel*)
- Comment anticipez vous l'avenir en terme de qualité de sommeil et de prise de … dans les années à venir ?
- Quels sont les éléments non médicamenteux, qui selon vous pourraient agir efficacement sur votre sommeil ?
- Qu'aimeriez vous apprendre afin d'améliorer votre hygiène du sommeil ?
- Que pensez vous pouvoir faire personnellement pour améliorer ce problème ?
- Avez vous entendu parler de sevrage en bzd ? *Qu'en pensez vous ?*
- Quelle serait votre réaction si votre MT vous demandait d'arrêter ce traitement ?
- Avez-vous déjà arrêté dans votre vie ce traitement ? Racontez moi
- Quelles seraient les personnes pouvant vous aider dans cette démarche et de quelle façon ?
- Quel bénéfice auriez vous d'arrêter ce traitement ?

Annexe 2



Je dors Mal !

Tous les troubles du sommeil ne sont pas des insomnies.

Ils ne nécessitent pas forcément un traitement médicamenteux. En revanche, ces troubles méritent l'attention de votre médecin et un diagnostic précis.

Accepter la diminution du temps de sommeil

Avec l'âge, le temps de sommeil diminue. Sa qualité importe plus que sa durée.
Le sommeil s'inscrit dans le cycle jour-nuit et se prépare en état de veille, pendant la journée !

Conseils pour bien dormir

- Petit déjeuner copieux le matin et repas léger le soir
- Exercice physique régulier dans la matinée
- Vivre le jour dans une pièce claire et aérée
- Limiter la durée des siestes
- Se coucher quand on a sommeil et se lever à heures régulières
- Privilégier les boissons relaxantes (tisane, lait tiède, plantes etc..)
- Endormissement dans une chambre fraîche, sombre et calme

Les motifs de perturbations

- L'alcool
- Les excitants (tabac, café, thé, cola)
- Certains médicaments
- Les excès alimentaires
- Les modifications de l'état de santé psychique et physique

Les hypnotiques... ne sont pas magiques !

- Ils induisent un sommeil moins réparateur
- Ils peuvent provoquer des effets indésirables (chutes, troubles de la mémoire, fatigue, ...)
- Ils induisent une dépendance : on s'y habitue et il devient difficile de s'en passer

Lorsque votre trouble du sommeil nécessitera un traitement, votre médecin ou votre pharmacien proposera toujours le médicament le mieux adapté, la dose la plus faible et la durée de prescription la plus courte avec de fréquentes réévaluations.

ALORS, PARLEZ-EN AVEC VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN

GRSP

URML RHÔNE-ALPES

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDREANI J-C, CONCHON F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives: état de l'art en marketing. *Actes du 4e Congrès International sur les Tendances du Marketing en Europe*, Paris. 2005.

2. ANSM. Etat des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France [en ligne]. 2013. [Consulté le 01/12/2016]. http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information

3. ASSOCIATION AMERICAN PSYCHIATRIC. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Elsevier Masson; 2013. 1176 p.

4. AUDIGIER S, FILZ E. Attitudes des médecins généralistes face aux prescriptions chroniques de benzodiazépines : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes [Thèse de doctorat en médecine]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2015.

5. BAUMANN M, ALLA F, BONNETAIN F, BRIANCON S. Consommateurs continus et occasionnels. *Psychotropes*. 2001;7(2):33-47.

6. BECK F, LEON C, LEGER D. Les troubles du sommeil en population générale-Évolution 1995-2005 des prévalences et facteurs sociodémographiques associés. *médecine/sciences*. 2009;25(2):201-6.

7. BECK F, MARCH L, GUIGNARD R, CAVALIN C, MAILLOCHON F, LEGER D. Facteurs associés aux troubles du sommeil: l'apport de l'enquête EVS. *La santé de l'homme*. 2012;8-11.

8. BELANGER L, VALLIERES A, MORIN CM. Insomnie et utilisation accrue de somnifères chez les aînés: Problématique et alternative de traitement. *Can Fam Physician*. 2006;52(8):968.

9. BENLOUCIF S, ORBETA L, Ortiz R, JANSSEN I, FINKEL SI, BLEIBERG J, et al. Morning or evening activity improves neuropsychological performance and subjective sleep quality in older adults. *Sleep*. 2004;27(8):1542-51.

10. BERDOT S, BERTRAND M, Dartigues J-F, FOURRIER A, Tavernier B, Ritchie K, et al. Inappropriate medication use and risk of falls – A prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. BMC Geriatrics. 2009;9(1):1-10.

11. BLANCHET A, GOTMAN A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin; 2007. 90 p.

12. BOURDESSOL H, PIN S. Préférences et attentes des personnes âgées en matière d'information sur la santé et la prévention. *Evolutions*. 2009;17:6.

13. BOURIN M. Les problèmes posés par l'utilisation des benzodiazépines chez le patient âgé. *L'Encéphale*. 2010;36(4):340-7.

14. BRIANCON S, GUERIN G, SANDRIN-BERTHON B. Les maladies chroniques. *Actualité et dossier en santé publique*. Sept 2010;(72):11-53.

15. BRITTEN N, FISHER B. Qualitative research and general practice. *Br J Gen Pract*. 1993;43(372):270-71.

16. CAPP-INFO- HUG. Couper ou écraser les comprimés: oui ou non? De la théorie à la pratique. *Hôpitaux Universitaires de Genève* [en ligne]. 2003;(26):6. [Consulté le 01/12/2016]. http://pharmacie.hug-ge.ch/sites/pharmacie/files/infomedic/cappinfo/cappinfo26.pdf

17. CDRMG. Qu'est-ce que la recherche qualitative à l'ère des essais randomisés ? *Bibliomed* [en ligne]. 2003;(294):1. [Consulté le 01/12/2016]. http://www.unaformec.org/uploads/Publications/bibliomed/294_Recherche_qualitative.pdf

18. CNGE. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [en ligne]. 2013. [Consulté le 01/12/2016]. http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf

19. COLLIN J, ANKRI J. La problématique de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées en France et au Québec. *Gérontologie et société*. 2003;(4):149-65.

20. CORMAN B, LEGER D. Troubles du sommeil chez le sujet âgé. *La revue du praticien*. 2004;54(12):1281-85.

21. CORMAN B. Le sommeil des seniors. *Gérontologie et société*. 2006;(1):45-61.

22. COURTIN I. Trame d'entretien d'un Bilan Educatif Partagé ou diagnostic éducatif [en ligne]. 2015. [Consulté le 01/12/2016]. http://educther.com/pdf/Bilan_educatif_partage_Mars2015.pdf

23. CUMMING RG, LE COUTEUR DG. Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people: a review of the evidence. *CNS Drugs*. 2003;17(11):825-37.

24. DE GIORGI I, FONZO-CHRISTE C, Bonnabry P. Sécurité d'administration et de préparation des médicaments en pédiatrie [Thèse de doctorat en sciences pharmaceutiques]. [Genève]: Faculté des Sciences; 2010.

25. DELORMAS F, DEPINOY M, BROUSSOULOUX, S. Eduquer au sommeil. *La santé de l'Homme*. Mars 2007;(388):13-56.

26. GAGE SB de, BEGAUD B, BAZIN F, VERDOUX H, DARTIGUES J-F, PERES K, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ*. 27 sept 2012;345:e6231.

27. GAGE SB de, MORIDE Y, DUCRET T, KURTH T, VERDOUX H, TOURNIER M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ*. 9 sept 2014;349:g5205.

28. GALLICCHIO L, KALESAN B. Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Journal of sleep research*. 2009;18(2):148-58.

29. GIORDANELLA JP. Rapport sur le thème du sommeil à Mr Xavier Bertrand. *Ministère de la santé et des solidarités*. 2006.

30. GLASS J, LANCTOT KL, HERMANN N, SPROULE BA, BUSTO UE. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 19 nov 2005;331(7526):1169.

31. HAS, LEGRAIN S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé [en ligne]. 2005. [Consulté le 01/12/2016]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf

32. HAS. Exemple de guide d'entretien pour l'élaboration d'un diagnostic éducatif diététique soit en consultation individuelle, soit incluse dans un programme pluriprofessionnel [en ligne]. 2005. [Consulté le 01/12/2016]. http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=r_1500130

33. HAS. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. Décembre 2006.

34. HAS. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. Démarche participative de la HAS. Oct 2007.

35. HAS. Recommandations Professionnelles. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Oct 2007.

36. HAS. Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. 2008.

37. HAS. Questions / Réponses Troubles du sommeil : stop à la prescription systématique de somnifères chez les personnes âgées. 2012.

38. HAS. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente (Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »). 2014.

39. HAS. Rapport d'élaboration. Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire. Juin 2015.

40. HENCHOZ K, D'ÉPINAY CL. Le sommeil et les significations de la nuit dans la grande vieillesse. *Gérontologie et société*. 2006;(1):25-44.

41. HOOD B, BRUCK D, KENNEDY G. Determinants of sleep quality in the healthy aged: the role of physical, psychological, circadian and naturalistic light variables. *Age and Ageing*. 2004;33(2):159-65.

42. HUDELSON P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Médecine et hygiène*. 2004;1818-26.

43. INPES. Les français et leur sommeil [en ligne]. Mars 2008. [Consulté le 01/12/2016]. http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/08/dp080310.pdf

44. LECORPS P. Education du patient: penser le patient comme sujet éducable? *Pédagogie médicale*. 2004;5(2):82-6.

45. LEGER D, GUILLEMINAULT C, DREYFUS JP, DELAHAYE C, PAILLARD M. Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France. *Journal of sleep research*. 2000;9(1):35-42.

46. LEGRAIN S. Education thérapeutique et médicaments. Un exemple : le programme OMAGE [en ligne]. Oct 2012. [Consulté le 01/12/2016]. http://www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2009/11/Sylvie-LEGRAIN.pdf

47. MADHUSOODANAN S, BOGUNOVIC OJ. Safety of benzodiazepines in the geriatric population. *Expert Opin Drug Saf*. Sept 2004;3(5):485-93.

48. MARCANTONIO ER, MCKEAN S, GOLDFINGER M, KLEEFIELD S, YURKOFSKY M, BRENNAN TA. Factors associated with unplanned hospital readmission among patients 65 years of age and older in a Medicare managed care plan. *The American journal of medicine*. 1999;107(1):13-17.

49. MAYS N, POPE C. Quality in qualitative health research. *Qualitative Research in Health Care, Third Edition*. 2007;82-101.

50. MILLER WR, ROLLNICK S. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement. 2e édition. Paris: InterEditions; 2013. 448 p.

51. MORIN CM, BASTIEN C, GUAY B, RADOUCO-THOMAS M, LEBLANC J, VALLIERES A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry*. 2004;161(2):332-42.

52. MULLENS E. A quoi sert le sommeil. *La Santé de l'Homme*. 2007;388:21-23.

53. OHAYON MM, CARSKADON MA, GUILLEMINAULT C, VITIELLO MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep New York Then Westchester*. 2004;27:1255-74.

54. OHAYON MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep medicine reviews*. 2002;6(2):97-111.

55. ONEN SH, ONEN F. Dictionnaire de médecine du sommeil. Paris: Ellipses; 1998. 244 p.

56. PARIEL S, BOISSIERES A, DELAMARE D, BELMIN J. L'éducation thérapeutique en gériatrie: quelles spécificités? *La Presse Médicale*. 2013;42(2):217-23.

57. PARLET M. Facteurs influençant l'intention des patients âgés de se sevrer de leur traitement hypnotique (Benzodiazépines et apparentées) : une étude qualitative auprès de 14 patients, en soins primaires. [Thèse de doctorat en médecine]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2012.

58. PARR JM, KAVANAGH DJ, YOUNG RM, MCCAFFERTY K. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: a qualitative analysis. *Social science & medicine*. 2006;62(5):1237-49.

59. PASQUIER E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. [Mémoire de médecine générale]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2004.

60. PATERNITI S, DUFOUIL C, ALPEROVITCH A. Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging Study. *J Clin Psychopharmacol*. Juin 2002;22(3):285-93.

61. POPE C, MAYS N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*. 1995;311(6996):42.

62. REDACTION PRESCRIRE. Plaintes de mauvais sommeil. *Revue Prescrire*. Février 2008;28(292):111-8.

63. REEDER CE, FRANKLIN M, BRAMLEY TJ. Current landscape of insomnia in managed care. *Am J Manag Care*. Nov 2007;13(5 Suppl):S112-6.

64. REID AJ. What we want: qualitative research. Promising frontier for family medicine. *Canadian Family Physician*. 1996;42:387.

65. REUBEN DB. Better care for older people with chronic diseases: an emerging vision. *Jama*. 2007;298(22):2673-4.

66. REVUE DES MALADIES RESPIRATOIRES. Les étapes de la démarche éducative. *Revue des Maladies Respiratoires*. Avril 2002;19(2-C2):26.

67. ROUSSEAU J-J. Julie, ou La Nouvelle Héloïse. Paris: Folio; 1761. 550 p

68. SAINT PAUL. Epître aux Romains. 57.

69. SANDRIN-BERTHON B. Patient et soignant: qui éduque l'autre? *Médecine des maladies Métaboliques*. 2008;2(5):520-3.

70. SIRICARDENA AN, QURESHI MZ, DYAS JV, MIDDLETON H, ORNER R. Magic bullets for insomnia? Patients' use and experiences of newer (Z drugs) versus older (benzodiazepine) hypnotics for sleep problems in primary care. *Br J Gen Pract*. Juin 2008;58(551):417-22.

71. TRAYNARD P-Y. Le diagnostic éducatif. Une bonne idée pour évoluer. *Médecine des maladies Métaboliques*. 2010;4(1):31-7.

72. TSECAT J, DAWSON NV, WU AW, LYNN J, SOUKUP JR, COOK EF, et al. Health values of hospitalized patients 80 years or older. *Jama*. 1998;279(5):371-5

73. UBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A-M, IMBERT P, LETRILLIART L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.

74. WANG PS, BOHN RL, GLYNN RJ, MOGUN H, AVORN J. Hazardous benzodiazepine regimens in the elderly: effects of half-life, dosage, and duration on risk of hip fracture. *Am J Psychiatry*. Juin 2001;158(6):892-8.

75. ZINT K, HAEFELI WE, GLYNN RJ, MOGUN H, AVORN J, STURMER T. Impact of drug interactions, dosage, and duration of therapy on the risk of hip fracture associated with benzodiazepine use in older adults. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. Déc 2010;19(12):1248-55.

RESUME

Introduction : Les plaintes de mauvais sommeil, et donc parallèlement l'exposition chronique aux somnifères, augmentent avec l'âge, alors même que le senior a une sensibilité accrue aux accidents médicamenteux. Les médecins généralistes sont confrontés à cet enjeu majeur de santé publique et occupent une place centrale dans sa prise en charge. La maitrise de cette problématique sous-entend la compréhension des aînés confrontés depuis plusieurs années à des troubles du sommeil.

Objectif : Utilisation du diagnostic éducatif comme outil, afin d'explorer les représentations qu'ont les sujets âgés de leur sommeil et traitement hypnotique.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés conduits à la manière d'un diagnostic éducatif jusqu'à saturation des données. Treize patients de plus de 65 ans, consommateurs chroniques de benzodiazépines et apparentés à visée hypnotique, ont été interrogés dans la région de Menton de mars à juin 2016.

Résultats : Les représentations du sommeil idéal des interrogés renvoyaient aux notions de plaisir et d'oubli, tandis qu'ils attribuaient à leurs troubles un lien avec le vieillissement et un lourd vécu. Les conséquences perçues étaient d'ordre physique mais avant tout mental, à l'origine d'un mal-être. Concernant le traitement, le recours aux somnifères était inscrit dans un rituel de coucher et parfois vécu comme une obligation. Cette prise chronique était banalisée par les patients et se justifiait par l'espoir d'atteindre un sommeil meilleur et réconfortant. La perspective de sevrage soulève une ambivalence auprès des interrogés : certains l'appréhendaient comme une décision personnelle impliquant une démarche volontaire, d'autres au contraire étaient dans l'attente d'une proposition de la part de leur médecin. La décroissance progressive est apparue comme la méthode de choix.

Conclusion : Les croyances liées à l'impact de l'âge et les sentiments d'impuissance voire de souffrance, justifiaient le recours aux benzodiazépines dont l'usage chronique apporte un soutien physique et surtout psychologique. Compte tenu de la singularité de son patient, le médecin doit conseiller un sevrage sur-mesure en privilégiant l'autonomie et la décision partagée, au cours d'une consultation dédiée.

Mots-clés : Etude qualitative ; diagnostic éducatif ; représentations ; benzodiazépines et apparentés ; troubles du sommeil ; sevrage ; médecine générale ; seniors ;

SERMENT D'HIPPOCRATE

" Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.
Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque."